

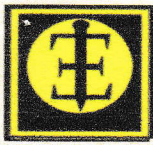
**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

**RESULTADO PERINATAL DEL EMBARAZO
EN LA ADOLESCENCIA TARDÍA**

WENDY WALESKA WINTER MÉNDEZ

**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**

Enero 2017



ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

PME.OI.142.2017

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

El (la) Doctor(a): Wendy Waleska Winter Méndez

Carné Universitario No.: 100023045


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 **RESULTADO PERINATAL DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA TARDÍA**.

Que fue asesorado: Dr. Cristóbal Sebastián Tol Macario MSc.

Y revisado por: Dr. Edgar Fernando Chinchilla Guzmán MSc.

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para **enero 2017**.

Guatemala, 24 de noviembre 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

/lamo

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

Tels. 2251-5400 / 2251-5409

Correo Electrónico: especialidadesfacmed@gmail.com

Escuintla 28 de septiembre 2016

Doctor
Edgar Fernando Chinchilla Guzmán.
Coordinador Específico.
Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia.
Hospital Nacional de Escuintla.
Presente.

Respetable Dr.

Por este medio informo que he asesorado a fondo el informe final de graduación que presenta la **DOCTORA WENDY WALESKA WINTER MÉNDEZ carné 100023045**, de la carrera de Maestría de Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia el cual se titula "**RESULTADO PERINATAL DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA TARDÍA**".

Luego de la asesoría, hago constar que la **Dra. Winter Méndez**, ha incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior emito el **dictamen positivo** sobre dicho trabajo y confirmo está listo para pasar a revisión de la unidad de tesis de la Escuela de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas.

Atentamente,



Cristóbal Sebastián Tol Macario
Ginecólogo y Obstetra
Col. 14,165

Dr. Cristóbal Sebastián Tol Macario. Msc.
Asesor de Tesis

Escuintla 28 de septiembre 2016

Doctor

Edgar Fernando Chinchilla Guzmán.

Coordinador Específico.

Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia.

Hospital Nacional de Escuintla.

Presente.

Respetable Dr.

Por este medio informo que he revisado a fondo el informe final de graduación que presenta la **DOCTORA WENDY WALESKA WINTER MÉNDEZ carné 100023045**, de la carrera de Maestría de Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia el cual se titula **“RESULTADO PERINATAL DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA TARDÍA”**.

Luego de la revisión, hago constar que la **Dra. Winter Méndez**, ha incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior emito el **dictamen positivo** sobre dicho trabajo y confirmo está listo para pasar a revisión de la unidad de tesis de la Escuela de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas.

Atentamente,

DR. EDGAR F. CHINCHILLA G.
GINECOLOGO
COLEGIADO No. 8454

Dr. Edgar Fernando Chinchilla Guzmán. Msc.

Revisor de Tesis

INDICE DE CONTENIDOS

Índice de cuadros	i
Índice de gráficas	ii
Resumen	iii
I. Introducción	1
II. Antecedentes	3
III. Objetivos	10
IV. Material y métodos	11
V. Resultados	18
VI. Análisis y discusión de resultados	31
6.1. Conclusiones	34
6.2. Recomendaciones	35
VII. Referencias bibliográficas	36
VIII. Anexos	40

INDICE DE CUADROS

Cuadro 1	Distribución Ordinal de Complicaciones Global	18
Cuadro 2	Distribución Nominal de Período Gestacional	19
Cuadro 3	Distribución Ordinal de Período Gestacional	20
Cuadro 4	Resultado Perinatal del Embarazo en la Adolescencia Tardía	21
Cuadro 5	Distribución Nominal de Complicaciones Metabólicas Perinatales	22
Cuadro 6	Distribución Nominal de Complicaciones Respiratorias Perinatales	23
Cuadro 7	Distribución Nominal de Malformaciones Congénitas	24
Cuadro 8	Distribución Nominal de Muerte intrauterina y Neonatal	25
Cuadro 9	Distribución Ordinal de la Vía de Resolución del Embarazo	26
Cuadro 10	Resultado Perinatal del Embarazo en la Adolescencia Tardía	27
Cuadro 11	Distribución Nominal de Procedencia	28
Cuadro 12	Distribución Nominal de Alfabetización	29
Cuadro 13	Distribución Ordinal de Edad materna	30

INDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1	Distribución Ordinal de Complicaciones Global	18
Gráfica 2	Distribución Nominal de Período Gestacional	19
Gráfica 3	Distribución Ordinal de Período Gestacional	20
Gráfica 4	Resultado Perinatal del Embarazo en la Adolescencia Tardía	21
Gráfica 5	Distribución Nominal de Complicaciones Metabólicas Perinatales	22
Gráfica 6	Distribución Nominal de Complicaciones Respiratorias Perinatales	23
Gráfica 7	Distribución Nominal de Malformaciones Congénitas	24
Gráfica 8	Distribución Nominal de Muerte intrauterina y Neonatal	25
Gráfica 9	Distribución Ordinal de la Vía de Resolución del Embarazo	26
Gráfica 10	Resultado Perinatal del Embarazo en la Adolescencia Tardía	27
Gráfica 11	Distribución Nominal de Procedencia	28
Gráfica 12	Distribución Nominal de Alfabetización	29
Gráfica 13	Distribución Ordinal de Edad materna	30

RESUMEN

Objetivo: Describir los resultados perinatales del embarazo adolescente tardío en pacientes atendidas en el servicio de labor y partos del departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital de Escuintla.

Metodología: Estudio descriptivo transversal realizado en pacientes embarazadas adolescentes tardías que recibieron atención médica y resolución del embarazo en labor y partos del Hospital de Escuintla, se tomó muestra según prevalencia, se contabiliza de la boleta de recolección, tabulación y base de datos en Excel.

Resultados: La edad media contabilizada para primer embarazo es de 16 años obteniendo 27%; resultados perinatales adversos: parto pretérmino 28%, bajo peso al nacer 36%, complicaciones metabólicas del recién nacido 36%, complicaciones respiratorias del recién nacido 30%, malformaciones congénitas 8% y muerte intrauterina y neonatal 9%; de la totalidad de pacientes la vía de resolución de embarazo se estimó 62% para vía cesárea y 38% parto eútosico simple. La procedencia de las pacientes fue Escuintla 44% seguida de Santa Lucía Cotzumalguapa 17% de ellos la mayoría es analfabeta ocupando 65%.

Conclusiones: Las pacientes en adolescencia tardía incluidas en el estudio fueron 187 de ellas 105 presentaron resultado perinatal adverso ocupando 56%; el parto pretérmino ocupa 28% y como consecuencia el bajo peso al nacer, complicaciones metabólicas y respiratorias del recién nacido que obtienen los mayores porcentajes. El analfabetismo de las pacientes de estudio está relacionado con el mal resultado perinatal por falta de información y la falta de educación sexual del adolescente. El embarazo adolescente tardío se considera grupo de alto riesgo materno perinatal.

Palabras clave: embarazo, adolescente, resultado perinatal, recién nacido.

I. INTRODUCCIÓN

Las afecciones maternas, perinatales y del recién nacido, son más frecuentes en las mujeres menores de 20 años esta asociación refleja un ambiente socio-demográfico desfavorable o inmadurez biológica. El embarazo en la adolescente se asocia con mayor riesgo y pobres resultados perinatales. Entre los resultados perinatales adversos en estas pacientes destaca el parto pretérmino, y el bajo peso para la edad gestacional; tomando como definición de embarazo pretérmino entre las 28-37 semanas y a término entre 37 semanas a las 40 semanas según fecha de última regla confiable o con ultrasonido realizado antes de las 20 semanas de gestación.

Un embarazo en esta etapa de la vida sin apoyo ni atención especial continúa siendo causa de morbilidad materno-fetal y neonatal con más frecuencia que en la adulta embarazada esto nos lleva a una mayor incidencia de las afecciones propias de la gestación o a la ocurrencia de distocias en el momento del parto, lo cual puede incrementar la mortalidad en las gestantes o su hijo. (1, 2,3)

Diversos estudios han discriminado la ganancia de peso durante la gestación como una variable relevante para el pronóstico del retardo de crecimiento intrauterino. (1,2)

Lo anteriormente mencionado destacó la importancia de investigar el problema; el estudio se realizó con muestra probabilística según prevalencia durante 1 año con pacientes de 15-19 años que ingresaron a Labor y Partos tomando en cuenta la edad gestacional entre 28-40 semanas, la historia clínica, examen físico y conductas de resolución del embarazo.

El embarazo en la adolescencia se debe considerar un problema, no sólo relacionado con los resultados perinatales, sino por todas las implicaciones psicosociales que la maternidad trae aparejada a esta edad y que repercutirán en la joven determinando el cuidado que pueda darle a su hijo y en sus posibilidades de desarrollo personal. (1, 2)

Su reconocimiento e importancia impone la necesidad de dedicarle cada vez mayor atención, sobre todo en lo que se refiere a promover educación e información sobre la salud reproductiva y control prenatal de este grupo humano. Se debe insistir en la atención primaria, en el adecuado pesquizado de adolescentes de riesgo potencial de embarazo ya que es en este nivel de atención donde se puede promocionar salud y prevenir afecciones en la madre y el niño con mejores resultados así como el manejo de la paciente en el servicio de Labor y Partos.

Los resultados perinatales fueron adversos en un 56% de la totalidad de pacientes; un 28% parto pretérmino y como consecuencia bajo peso al nacer 36%, complicaciones metabólicas del recién nacido 36%, complicaciones respiratorias del recién nacido 30%,

muerte intrauterina y neonatal 9%, malformaciones congénitas 8%. Además se demuestra que la edad media para primer embarazo es a los 16 años obteniendo 27% del total de pacientes. En relación a la vía de resolución de embarazo se estimó 62% para vía cesárea y 38% parto eutócico simple. La procedencia de las pacientes fue Escuintla con 44% seguida de Santa Lucía Cotzumalguapa con 17%, de ellos la mayoría es analfabeta ocupando un 65%.

No existía en Guatemala un estudio de esta naturaleza; el instrumento de recolección de datos se adjunta en anexos, con él se realizaron tablas, gráficas y análisis estadístico para evaluar las variables. Con los resultados obtenidos se evidencia el resultado perinatal adverso de las pacientes.

Es necesario crear un plan de mejora en la atención de las pacientes en el servicio de Labor y Partos, acciones de prevención del embarazo adolescente, educación sexual y reproductiva y con ello obtener impacto benéfico perinatal, disminuyendo el índice de cesárea y reduciendo la morbimortalidad perinatal, además de mejorar en un futuro el costo-beneficio que implica a las instituciones hospitalarias.

II. ANTECEDENTES

La adolescencia es un período decisivo en la vida de una mujer, y lo que decide hacer repercute en su calidad de vida posterior. En el mundo 17 millones de niños nacieron de madres adolescentes de 15 a 19 años, en la llamada adolescencia tardía durante el año 2011, de los cuales 16 millones son de países en vías de desarrollo. (1, 2, 6,22).

Las madres adolescentes tienen un riesgo sustancialmente mayor de tener niños afectados por prematuridad, bajo peso, malnutrición fetal y retardo en el desarrollo cognoscitivo. Además, la mortalidad infantil es 3 veces más alta en sus hijos. A pesar de ello, se desconoce si el riesgo se debe primariamente a la inmadurez biológica de la adolescente o a las condiciones sociales precarias frecuentemente asociadas al embarazo en esta edad (1, 5, 8,13).

Se define como resultado perinatal adverso a la ocurrencia de uno o más de los siguientes eventos: muerte fetal, peso al nacer <1 500 g, asfixia severa, síndrome de dificultad respiratoria (SDR) que amerita ventilación asistida, estadía hospitalaria mayor de 21 días y muerte neonatal precoz; o a la presentación conjunta de dos o más de estas patologías: peso al nacer entre 1 500 - 499gr restricción de crecimiento fetal, SDR con requerimiento de oxigenoterapia >40 %, sepsis clínica precoz, hipoglicemia sintomática (glicemia <45 mg/dL) y malformación congénita mayor.(13,14)

Los hijos de madres adolescentes son más susceptibles de tener bajo peso al nacer, prematuridad y morbi-mortalidad neonatal aumentada; además, tienen un mayor riesgo de morir en el primer año de vida. Las razones principales de esas muertes son la prematuridad y el sufrimiento fetal crónico. Los resultados perinatales desfavorables son mayores en el grupo de bajo estrato socioeconómico y en aquellas con inadecuado control prenatal. (2, 5, 8,15)

En un estudio realizado en Bolivia en donde se analizaron adolescentes que acudían a control prenatal o parto en el Hospital Materno Infantil de la ciudad de Cochabamba se encontró que la incidencia de cesárea se encuentra próxima 50% en adolescentes siendo de 24.9% entre 15-19 años lo cual puede deberse a inmadurez o incompleto desarrollo del canal del parto. (1, 5,10, 17)

2.1 EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA.

Etimológicamente, adolescente proviene del latín adolescens, participio presente del verbo latino adolescere que significa literalmente “El período de transición biológica, cognitiva y psicosocial desde la niñez hasta la adultez, que por lo general dura una década o más”. (2)

Refiere que los cambios biológicos ocurren, generalmente, antes de los 15 años de edad, mientras que los cambios a nivel cognitivo y psicosocial perduran incluso hasta los 30 años de edad. Agrega que los cambios experimentados en este período de la vida, con frecuencia son vividos por los adolescentes como momentos de desajuste, confusión, enojo, y angustia. (2,3)

La fecundidad de las adolescentes es uno de los temas de mayor interés en la actualidad, las consecuencias de un embarazo temprano son muy costosas para las familias, para la sociedad y para el desarrollo nacional; propicia el aumento de las tasas de mortalidad materna e infantil, aumentan los costos para el sistema de salud y seguridad social, reduce las posibilidades de erradicar la pobreza, disminuye el capital humano calificado y limita las posibilidades de desarrollo personal de las madres y de los hijos.(2,4)

El embarazo a cualquier edad constituye un hecho biopsicosocial muy importante, pero aún más durante la adolescencia, momento de la vida que conlleva a una serie de situaciones que pueden atentar contra la salud de la madre y del hijo, además de las complicaciones futuras que puede generar. (2,3)

Aunque existen variaciones individuales, el crecimiento de la adolescente no suele finalizar hasta 4 años después de la menarquía y durante este período la gestación supone una sobrecarga nutricional y explica que el 10 % de los recién nacidos de madres entre 15 y 19 años tengan bajo peso al nacimiento. (3)

Las afecciones maternas, perinatales y del recién nacido, son más frecuentes en las mujeres menores de 20 años. En relación con el producto se destaca el bajo peso al nacer (BPN), tanto por nacimiento pretérmino como por recién nacido bajo peso para la edad gestacional; así como también la depresión neonatal evaluada a través de la puntuación Apgar.(1,2,4)

La frecuencia de partos instrumentados es muy elevada en hospitales donde no se cuenta con atención de segundo y tercer nivel y la menor incidencia de partos instrumentados encontrada en otras referencias se debe a la decisión de cesárea en hospitales con equipo y quirófano adecuado, debido a la elevada frecuencia de complicaciones como desproporción cefalo-pélvica, sufrimiento fetal entre otras. (5)

Diversos estudios han discriminado la ganancia de peso durante la gestación como una variable relevante para el pronóstico del retardo de crecimiento intrauterino (RCIU). Así como también se realizaron trabajos que emplean el índice de masa corporal para evaluar el estado de nutrición durante el embarazo, observándose que este dato se asocia a la tasa de prematurez y a la restricción del crecimiento intrauterino. (1,4, 5)

Para una mujer con peso normal antes del embarazo la ganancia de 8 a 15 kg parece ser lo más adecuado, pero en la gestante desnutrida, y en la adolescente que no ha completado su desarrollo el incremento debe ser mayor, lo cual en muchas ocasiones no se cumple porque no existe la cooperación necesaria por parte de la gestante y/o sus familiares. La desnutrición durante el embarazo, propician la utilización insuficiente de los nutrientes por el feto y afectan su desarrollo. (2,3,5,6)

En la primera mitad del siglo XX, se consideraba que la infancia estaba comprendida entre los 0 y 15-16 años de edad; la adolescencia se extendía hasta 21-23 años; la adultez continuaba hasta los 50-55 años de edad; y la vejez se dilataba según las expectativas de vida existentes en el momento. Luego, a partir de la segunda mitad del siglo XX, la etapa de la infancia se redujo hasta los 10 años de edad; la adolescencia se extendió hasta los 25-28 años de edad; la adultez se prolongó hasta los 70 años de edad; y finalmente, la vejez se extendió hasta lo que permite los avances médicos.

Actualmente, se encuentra ampliamente difundido el criterio operacional que establece la Organización Mundial de la Salud ([OMS], 1990) para definir los parámetros cronológicos de la adolescencia. Desde su perspectiva, basándose en un principio que prioriza la maduración sexual y reproductiva, la adolescencia es el período comprendido entre los 10 a los 19 años de edad.

Si bien los cambios biológicos que suceden al comienzo del ciclo son universales, su expresión y aparición temporal no es uniforme. Asimismo, las transformaciones que

ocurren a nivel psicosocial se encuentran influidas por el contexto sociocultural de la persona, el cual incidirá en la construcción de su nueva identidad y posibles elecciones a nivel sexual, moral, educativo, laboral, político, entre otras.

2.1.1 Adolescencia como categoría social

La adolescencia como categoría evolutiva, comienza a gestarse mediados del siglo XIX y principios del siglo XX. Entre los antecedentes más relevantes, se pueden identificar las revoluciones sociales y culturales ocurridas en dicho período histórico, como la modernización de los medios de producción y comunicación, los cambios en las familias y los vínculos intergeneracionales, entre otros. Concretamente, la nueva construcción semántica servía para denominar a aquel sector de la población urbana, perteneciente a la clase social media y alta de países desarrollados, que por su edad cronológica, necesitaba de un tiempo prolongado de preparación adecuada, para luego poder acceder al status y roles asignados culturalmente a la adultez. En su momento, la inclusión a dicha categoría estaba sujeta al sexo y la pertenencia de clase, ya que fueron los varones pertenecientes a la burguesía y aristocracia, los primeros en ser considerados en esta nueva categoría. (2, 4, 5, 6)

Las características históricas de su origen, prueban que la adolescencia además de ser una categoría evolutiva, también se la puede considerar una categoría social, en estrecha dependencia con la clase social de pertenencia. De acuerdo al análisis documental realizado, se podría afirmar sobre la vigencia de tal conceptualización y su implicancia en las políticas públicas.

2.1.2 Embarazo y Maternidad Temprana

El embarazo y la maternidad en la adolescencia han sido ampliamente estudiados a nivel regional e internacional. Así como sucede con otras problemáticas sociales, se presentan como fenómenos multicausales, eslabonados temporalmente a otros factores situacionales. (2,6)

Según la revisión bibliográfica realizada, en la última década el embarazo y la maternidad en la adolescencia han sido abordados principalmente desde dos enfoques. Se lo identifica como una cuestión de salud pública, donde el énfasis se ha puesto en los factores de riesgo a nivel de la salud de las adolescentes y de sus hijos. Y también,

como un problema social por ser identificado como un factor asociado a la reproducción social de la pobreza.

En tal sentido, la maternidad temprana parece ser producto de decisiones erradas de adolescentes víctimas de su ignorancia, falta de información y bajas expectativas. (1, 2, 6, 7)

La alta tasa de fecundidad en la adolescencia responde o es expresión de dos fenómenos relacionados entre sí. Por un lado, se advierte un inicio cada vez más temprano de las relaciones sexuales entre los adolescentes, y por el otro, una insuficiente educación sexual en el sistema educativo en varios países de la región.

Además, se indica la ausencia de políticas públicas de salud sexual y reproductiva integrales para adolescentes y adultos, y una tendencia a reconocer a las mujeres como sujetos derechos reproductivos cuando ya han sido madres.

2.1.3 Factores de riesgo frecuentemente vinculados a la fecundidad en la Adolescencia

Si bien se considera de manera consensuada, que el embarazo en la adolescencia es un fenómeno multicausal, y eslabonado temporalmente a otros factores situacionales, se observa una tendencia de mayor concentración de riesgo en adolescentes de menos recursos. “La maternidad temprana, de por sí, aumenta la probabilidad de bloqueos en la acumulación de activos y se constituye en un eslabón importante de la cadena que conduce a la pobreza y exclusión social”. (2, 5, 7, 8)

La proporción de madres en el grupo de adolescentes de 14 a 19 años de edad con bajo nivel educativo (primaria completa o menos) triplica a la proporción de madres de las mismas edades, pero con mayor nivel de instrucción. (2, 3,5)

2.2 RESULTADOS PERINATALES DE MADRES ADOLESCENTES

No todos los adolescentes tienen acceso a educación de calidad, atención de la salud, protección y participación. Una evaluación precisa de su situación actual es el primer paso para realizar un seguimiento de sus derechos y garantizar que se cumplan. Desafortunadamente, sigue habiendo una escasez de datos desglosados y amplios,

que son esenciales para el seguimiento de los progresos. Los sistemas de información sobre la infancia se centran principalmente en los primeros años, cuando son mayores las amenazas para la salud y la asistencia a la escuela resulta más fácil de evaluar. A pesar de que un mayor hincapié en la protección integral del niño ha producido algunos indicadores clave sobre cuestiones que afectan a los adolescentes como el trabajo infantil, el matrimonio infantil, la violencia y la discapacidad la posibilidad de obtener una información más amplia y mejor sigue siendo considerable. El 44% de las adolescentes son madres antes de los 20, la proporción más alta está en las mujeres jóvenes sin educación (68%) y en las mujeres indígenas (54%). La gran mayoría de mujeres unidas de 15 a 19 años no desea tener un hijo en los dos años siguientes, sin embargo solo el 18% usa un método anticonceptivo efectivo. (2,11)

Los riesgos y las consecuencias negativas que para la salud física tiene el embarazo adolescente son bien conocidos tales como. Complicaciones obstétricas y relacionadas con el embarazo, mortalidad y morbilidad materna, bajo peso del recién nacido mortalidad y morbilidad de niños e infantes, aborto en condiciones de riesgos entre otras (6,7)

Alrededor del 17 % de las mujeres entre 13 y 19 años, tienen hijos con bajo peso al nacer; la adolescente embarazada se considera en riesgo nutricional y tiene necesidades nutricionales que exceden a las de las mujeres adultas. (1,8)

El bajo peso al nacer (BPN) ha sido reconocido como el riesgo más estrechamente ligado a la supervivencia infantil, en particular contribuyendo como factor principal a la tasa de mortalidad neonatal.

En general, casi todos los autores coinciden en que el bajo peso para la edad gestacional (BPEG) es consecuencia muy frecuente en el producto de gestaciones en adolescentes y con mayor riesgo en la medida que la madre es más joven.(1,5,6)

La incidencia de parto pretérmino guarda una correlación inversa con la edad de la madre y el nacimiento pretérmino es la mayor causa de morbimortalidad neonatal y post-neonatal. La edad materna sería el mayor determinante de ese riesgo, el que se incrementa a medida que la edad disminuye. (1, 5,8)

El mayor peligro de parto pretérmino y de muertes neonatales en los hijos de madres adolescentes ha sido descrito por varios autores, que identifican además la toxemia, partos prolongados y aumento de la incidencia de cesáreas en este grupo de riesgo; publicaciones especializadas coinciden en resaltar el incremento de la frecuencia de anemia, toxemia y complicaciones puerperales en estas pacientes. (9)

Algunas de las causas de depresión neonatal se deben a circular de cordón, trabajo de parto prolongado, aspiración de líquido amniótico meconial, distress respiratorio fetal, sufrimiento fetal agudo, entre otras. Las complicaciones perinatales más observadas fueron el bajo peso al nacer, el puntaje Apgar menor a 7 al primer minuto y la prematurez. Las adolescentes tienen mayor probabilidad de presentar parto pretérmino, y sus productos bajo peso al nacer, depresión neonatal. (1,5)

En la literatura se señala que los recién nacidos de madres adolescentes tienen mayor morbilidad, incluyendo peso bajo y depresión al primer minuto, así como, nacen con mayor frecuencia de partos por cesárea. La mortalidad perinatal es mayor en adolescentes principalmente en las adolescentes de 17 años o menores. (10)

Concluyendo en la mayoría de estudios en que el embarazo durante la adolescencia se asocia con mayor riesgo materno y pobres resultados perinatales.

El embarazo en la adolescente, además de tener repercusiones materno perinatales es un problema sociocultural y económico, porque puede afectar a mujeres aún estudiantes, dependientes de sus padres, sin apoyo de su pareja, que no utilizan anticonceptivos, lo cual propicia nuevos embarazos e incremento de sus complicaciones. (11)

El embarazo en la adolescencia está asociado con mayores riesgos para los resultados adversos del embarazo, como parto prematuro, bajo peso al nacer, y muerte en el período neonatal o postnatal. (2, 11,18)

III. OBJETIVOS

3.1 General

- Describir los resultados perinatales del embarazo en la adolescencia tardía en el servicio de Labor y Partos del Departamento de Ginecología y Obstetricia Hospital de Escuintla durante el periodo comprendido de Septiembre 2014 a Agosto 2015.

3.2 Específicos

- Identificar la procedencia más frecuente de pacientes adolescentes tardías.
- Determinar la morbilidad perinatal más frecuente en hijos de pacientes adolescentes tardías.
- Determinar la mortalidad perinatal más frecuente en hijos de pacientes adolescentes tardías.
- Conocer la edad media de pacientes con embarazos en la adolescencia tardía.
- Conocer la edad gestacional más frecuente de resolución de embarazos en pacientes adolescentes tardías.
- Relacionar la alfabetización con la morbi-mortalidad perinatal en pacientes adolescentes tardías.
- Determinar la vía de resolución en pacientes con embarazo adolescencia tardía.
- Identificar las causas más frecuentes de resolución vía alta de pacientes adolescentes tardías.

IV. MATERIAL Y MÉTODO

4.1 Diseño del estudio

Tipo de estudio II: Estudio descriptivo y transversal.

4.2 Área del estudio

Servicio de Labor y Partos del departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital de Escuintla, durante el período comprendido de septiembre 2014 a Agosto del 2015.

4.3 Población

Pacientes embarazadas adolescentes tardías que ingresaron al servicio de labor y partos y que recibieron atención médica y resolución del embarazo.

4.4 Muestra

Se realizó cálculo de muestra probabilística según prevalencia en pacientes con embarazo adolescente fase tardía (15-19 años) con edad gestacional de 28 a 40 semanas por fecha de ultima regla o por ultrasonido.

FÓRMULA PARA CÁLCULO DE LA MUESTRA CUANDO SE DESCONOCE LA POBLACIÓN						
			Cálculo de la muestra			
				Fórmula $n = \frac{z^2 (p \cdot q)}{d^2}$		
	Z	Nivel de confianza				
	P	Prevalencia				
	Q	1- p				
	D	Precisión				
	1	Datos				
	Z	1,96		z2=	3.8416	

	P	0.4		p*q=	0.24	
	Q	0.6		1-0.4	0.6	
	D	0,05		D2	0,0025	
				n=	184	
	2	% de perdida esperada de casos				
		20% n =				
		n+20%=	36			
	3	Muestra total	220			
		Muestra Mínima	184			
		Muestra Obtenida	187			

4.5 Criterios de inclusión

- Pacientes adolescentes embarazadas de 15 a 19 años (adolescencia tardía OMS)
- Pacientes adolescentes tardías con edad gestacional entre 28 a 41 semanas.
- Pacientes adolescentes tardías que no tengan enfermedades concomitantes como hipertensión arterial, diabetes, asma bronquial, cardiopatías, enfermedad renal y /o enfermedad tiroidea.
- Pacientes adolescentes tardías procedentes de los municipios del departamento de Escuintla.

4.6 Criterios de exclusión

- Pacientes mayores de 20 años.
- Pacientes menores de 15 años.

4.7 Operacionalización de Variables

	VARIABLE	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Instrumento
1	Edad materna	Tiempo cronológico desde el momento del nacimiento al tiempo actual	Pacientes de 15 a 19 años.	Cuantitativa	Intervalo	Boleta de recolección de datos.
2	Adolescencia	Periodo comprendido entre la niñez y la adultez que se diferencia en 2 fases: temprana de 10-14 años y tardía de 15-19 años (OMS 2013)	Pacientes con edad comprendida entre 15 y 19 años.	Cualitativa	Nominal	Boleta recolección de datos.
3	Periodo Gestacional	<p>Termino: mayor a 37 semanas de gestación a las 41 semanas.</p> <p>Pretérmino mayor a 28 semanas pero menor a 37 semanas de gestación.</p> <p>Inmaduro: mayor a 20 semanas pero menor de 28 semanas.</p> <p>Aborto: menor a 20 semanas de gestación.</p>	Pacientes con resolución del embarazo a edad gestacional determinada de 28-41 semanas según fecha de última regla confiable o ultrasonido obstétrico realizado antes de las 20 semanas.	Cuantitativa	Ordinal	Boleta de recolección de datos
4	Peso Neonatal	Peso del recién nacido mayor a 90 percentil para edad gestacional; peso menor al 10 percentil para edad gestacional.	Dato de peso tomado de expediente médico y/o libro de cunero/intensivo. Se toma dato como sí o no.	Cualitativa	Nominal	Boleta de recolección de datos.
5	Complicaciones Metabólicas Perinatales	<p>Hipoglicemia: glucosa sérica menor a 40mg/dl.</p> <p>Hipocalcemia: calcio sérico menor a 7mg/dl y</p>	Medición por gases arteriales y laboratorios de química	Cualitativa	Nominal	Boleta de recolección de datos.

		<p>en GSA menor a 1.10.</p> <p>Hipomagnesemia: magnesio menor a 1.5 mg/dl.</p> <p>Hiperbilirrubinemia: bilirrubina indirecta mayor a 13 mg/dl después de 24 horas o más de 10mg/dl en las primeras 24 horas en ausencia de hemolisis activa secundaria a incompatibilidad de grupo, sepsis u otras causas identificables.</p>	<p>sanguínea cuando sea necesario a criterio de pediatra= dato se toma como si o no.</p>			
6	Complicaciones Respiratorias Perinatales	<p>Asfixia perinatal: APGAR menor a 6 a los 5 minutos y datos de repercusión multisistémica. Y resultado de enzimas.</p> <p>Enfermedad de Membrana Hialina: hallazgos clínicos dificultad respiratoria, aleteo nasal, tiraje intercostal, retracción xifoidea, quejido respiratorio y paraclínicos como rayos X de tórax y gasometría arterial.</p> <p>Taquipnea Transitoria del Recién Nacido: dificultad respiratoria que inicia poco después del nacimiento y persiste de 12-24 horas después debido al retardo anormal en la absorción de líquido alveolar.</p>	<p>Se revisan expedientes médicos y/o libros de cunero-intensivo neonatal.</p> <p>Medición de GSA y resultados de bioquímica y enzimas. Dato se toma como si o no.</p>	Cualitativa	Nominal	Boleta recolección de datos.
7	Malformaciones Congénitas	<p>Alteraciones anatómicas en el</p>	<p>Producto de la concepción con</p>	Cualitativa	Nominal	Boleta de recolección

		desarrollo fetal que ocurre en la concepción o después de ella, ocasionando alteración funcional o estética que requiera cirugía o limite el bienestar.	malformación evidente de cualquier índole: se toma dato como si o no.			de datos y entrevista guiada
8	Muerte intrauterina	Fallecimiento del producto de la concepción ocurrido entre la 20 semana hasta antes del nacimiento.	Feto sin frecuencia cardíaca a partir de la 28 semana hasta el nacimiento. Se toma dato como si o no.	Cualitativa	Nominal	Boleta de recolección de datos y entrevista guiada
9	Muerte Neonatal	Fallecimiento del producto de la concepción ocurrido del nacimiento hasta los 28 días de vida.	RN sin frecuencia cardíaca del nacimiento hasta el día del egreso del recién nacido no sobrepasando los 28 días de vida.	Cualitativa	Nominal	Boleta recolección de datos.
10	Vía de resolución del embarazo	Vía a través de la cual el producto de la concepción pasa de la vida intrauterina a la extrauterina.	Nacimiento del recién nacido. Puede ser por vía vaginal o vía abdominal.	Cuantitativa	Ordinal	Instrumento de recolección de datos.
11	Procedencia	Lugar en el cual la paciente vive. Su entorno social.	Municipio de Escuintla en el que la paciente vive.	Cualitativa	Nominal	Instrumento de recolección de datos.
12	Alfabetización	Se refiere a la habilidad de la persona para leer y escribir.	Analfabeta, alfabeta	Cualitativa	Nominal	Instrumento de recolección de datos
13	Control prenatal	Acciones periódicas destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los	4 citas o más de control prenatal. Dato se toma como si=1 no=2.	Cualitativa	Nominal	Instrumento de recolección de datos

		factores que puedan condicionar morbimortalidad materna y perinatal.				
--	--	--	--	--	--	--

4.8 Procedimiento de recolección de datos y muestreo:

La información se obtuvo de la evaluación de adolescentes tardías atendidas en el servicio de Labor y Partos del departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital de Escuintla, determinando el resultado perinatal en módulos de posparto inmediato y evolución del recién nacido en cuneros/intensivo hasta su egreso o muerte; se realizó en 3 fases en tiempo descrito hasta obtener la totalidad de datos.

- Primera fase: Dirección Hospitalaria

Se realizaron cartas de autorización para evaluar pacientes y expedientes de adolescentes en fase tardía así como expedientes de recién nacidos.

- Segunda fase: Labor y partos

Revisión de paciente e historia clínica en labor y partos de aquellas que cumplieron criterio de inclusión, se toman datos, se obtienen números de expedientes para evaluar la evolución y se llena boleta de recolección de datos.

- Tercera fase: Departamento de Neonatología.

Se revisaron los libros de ingreso-egreso/traslado de recién nacidos con mal resultado perinatal con la finalidad de obtener la información necesaria para poder llenar el instrumento de recolección de datos.

El instrumento de recolección de datos es un cuestionario semiestructurado; el cual está dividido en dos secciones: La primera, denominada "Datos Generales": información del paciente (nombre, edad, número de expediente clínico, edad gestacional, y procedencia). La segunda, denominada "Datos y variables de estudio": información de variables de estudio, para evaluar frecuencia de cada una de ellas. Se incluyen los siguientes datos: adolescencia, periodo gestacional, peso neonatal, complicaciones metabólicas, complicaciones respiratorias, malformaciones congénitas, muerte intrauterina, muerte neonatal, alfabetización y vía de resolución.

4.8 Unidad de análisis de datos:

Se identificó a las pacientes adolescentes tardías que ingresaron a Labor y Partos del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital de Escuintla. Con los datos obtenidos por medio de revisión de pacientes y de expediente médico y con el instrumento de recolección de datos se realizó el análisis estadístico.

Se toma muestra probabilística según prevalencia siendo la muestra total de 220, muestra mínima de 184 y la muestra obtenida final de 187 pacientes evaluadas e incluidas en el estudio. Se realizó el análisis estadístico por medio del programa Excel utilizando la media, frecuencias, porcentajes, como prueba estadística que permita una adecuada interpretación de los datos.

4.9 Aspectos éticos

El presente estudio es una investigación con orientación epidemiológica de estudio de pacientes y expedientes médicos de casos seleccionados, por lo cual se cataloga como categoría I (sin riesgo), ya que no se realizan cambios en las variables fisiológicas, psicológicas o sociales de los pacientes. Con la información recolectada y conclusiones del trabajo se pretende dar garantía de privacidad, manejo seguro del documento y manejo ético de los datos obtenidos.

Material: Boletas de recolección de datos, libros de intensivo y expedientes médicos, hojas bond, folders tamaño carta, fastener, computadora, impresora, encuadernado y diseño.

V. RESULTADOS

Cuadro no. 1

Resultado Perinatal del Embarazo en la Adolescencia Tardía

Distribución Ordinal de Complicaciones Global.

Escuintla 2015.

COMPLICACIONES PERINATALES GLOBAL		
Con complicaciones	105	56%
Sin complicaciones	82	44%
TOTAL	187	100%

Fuente: Tomado del instrumento de recolección de datos. Realizado en el Hospital Nacional de Escuintla período de septiembre 2014 al mes de agosto 2015.

Gráfica no. 1

Resultado Perinatal del Embarazo en la Adolescencia Tardía

Distribución Ordinal de Complicaciones Global.

Escuintla 2015.



Fuente: Tomado del instrumento de recolección de datos. Realizado en el Hospital Nacional de Escuintla período de septiembre 2014 al mes de agosto 2015.

Cuadro no. 2

Resultado Perinatal del Embarazo en la Adolescencia Tardía

Distribución Nominal de Período Gestacional.

Escuintla 2015.

PERIODO GESTACIONAL		
		%
Pretérmino	54	28.87
A término	133	71.12
TOTAL	187	100%

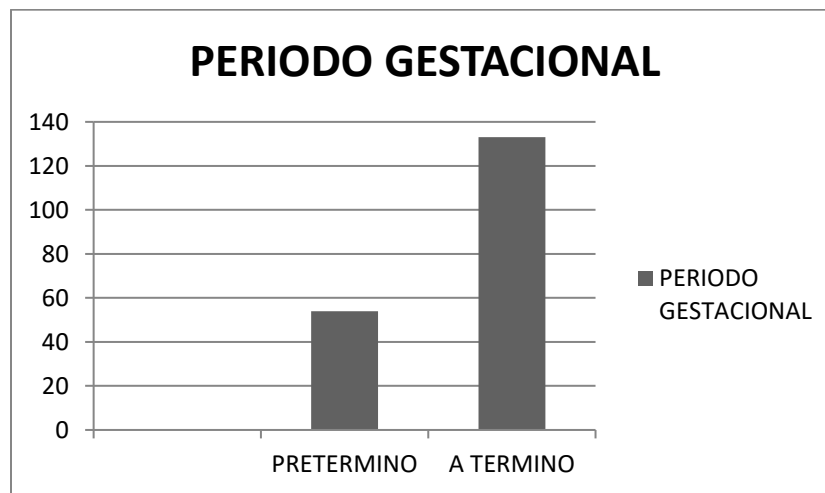
Fuente: Tomado del instrumento de recolección de datos. Realizado en el Hospital Nacional de Escuintla período de septiembre 2014 al mes de agosto 2015.

Gráfica no. 2

Resultado Perinatal del Embarazo en la Adolescencia Tardía

Distribución Nominal de Período Gestacional.

Escuintla 2015.



Fuente: Tomado del instrumento de recolección de datos. Realizado en el Hospital Nacional de Escuintla período de septiembre 2014 al mes de agosto 2015.

Cuadro no. 3

Resultado Perinatal del Embarazo en la Adolescencia Tardía

Distribución Ordinal de Período Gestacional.

Escuintla 2015.

	PERIODO GESTACIONAL	%
28-30semanas	8	4.27
31-33 semanas	14	7.48
34-36 semanas	32	17.11
37-39 semanas	87	46.52
40-41 semanas	46	24.59
TOTAL	187	100%

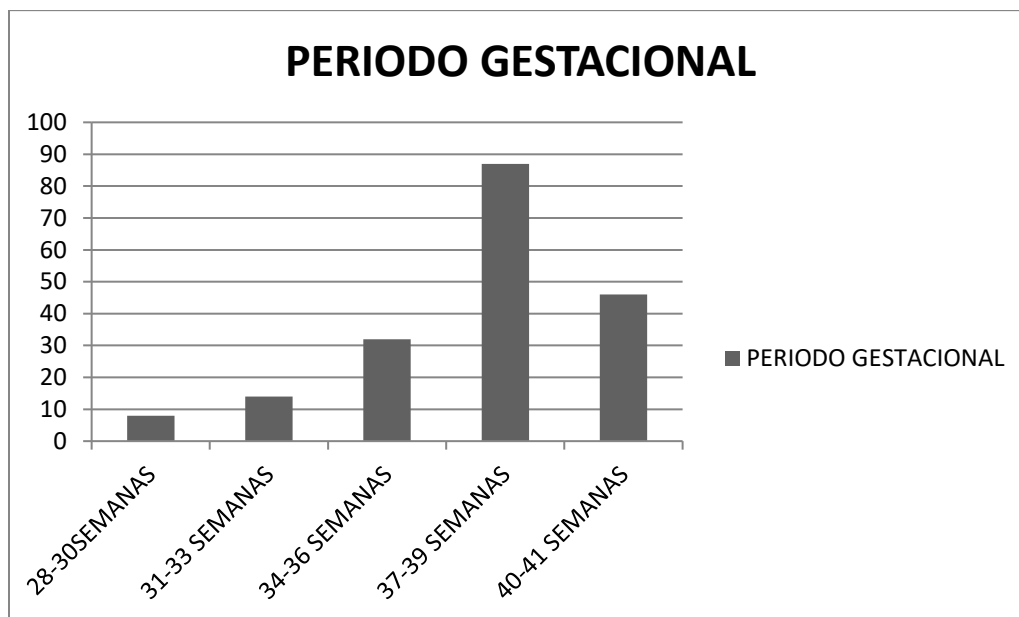
Fuente: Tomado del instrumento de recolección de datos. Realizado en el Hospital Nacional de Escuintla período de septiembre 2014 al mes de agosto 2015.

Gráfica no. 3

Resultado Perinatal del Embarazo en la Adolescencia Tardía

Distribución Ordinal de Período Gestacional.

Escuintla 2015.



Fuente: Tomado del instrumento de recolección de datos. Realizado en el Hospital Nacional de Escuintla período de septiembre 2014 al mes de agosto 2015.

Cuadro no. 4

Resultado Perinatal del Embarazo en la Adolescencia Tardía

Distribución Nominal de Peso Neonatal por Percentiles.

Escuintla 2015.

PESO NEONATAL		
		%
Bajo el 10 percentil para EG	69	36.89
Sobre el 90 percentil para EG	9	4.81
Adecuado para EG	109	58.28
TOTAL	187	100%

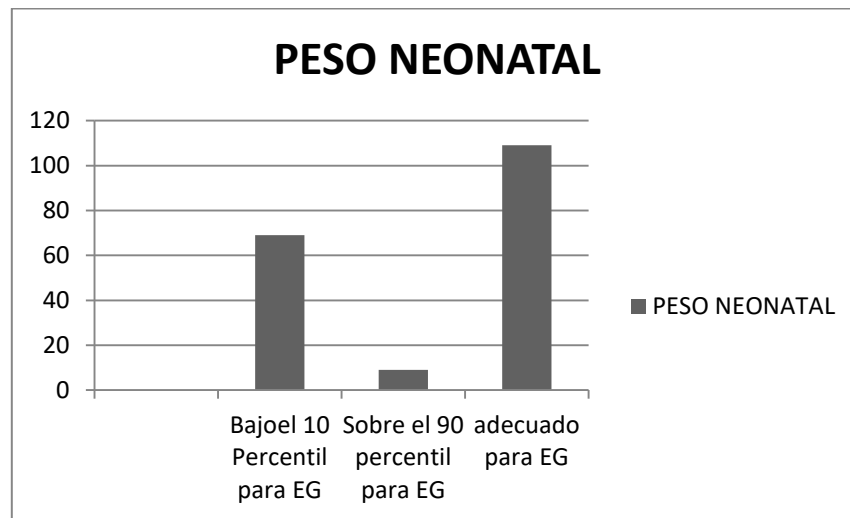
Fuente: Tomado del instrumento de recolección de datos. Realizado en el Hospital Nacional de Escuintla período de septiembre 2014 al mes de agosto 2015.

Gráfica no. 4

Resultado Perinatal del Embarazo en la Adolescencia Tardía

Distribución Nominal de Peso Neonatal por Percentiles.

Escuintla 2015.



Fuente: Tomado del instrumento de recolección de datos. Realizado en el Hospital Nacional de Escuintla período de septiembre 2014 al mes de agosto 2015.

Cuadro no. 5

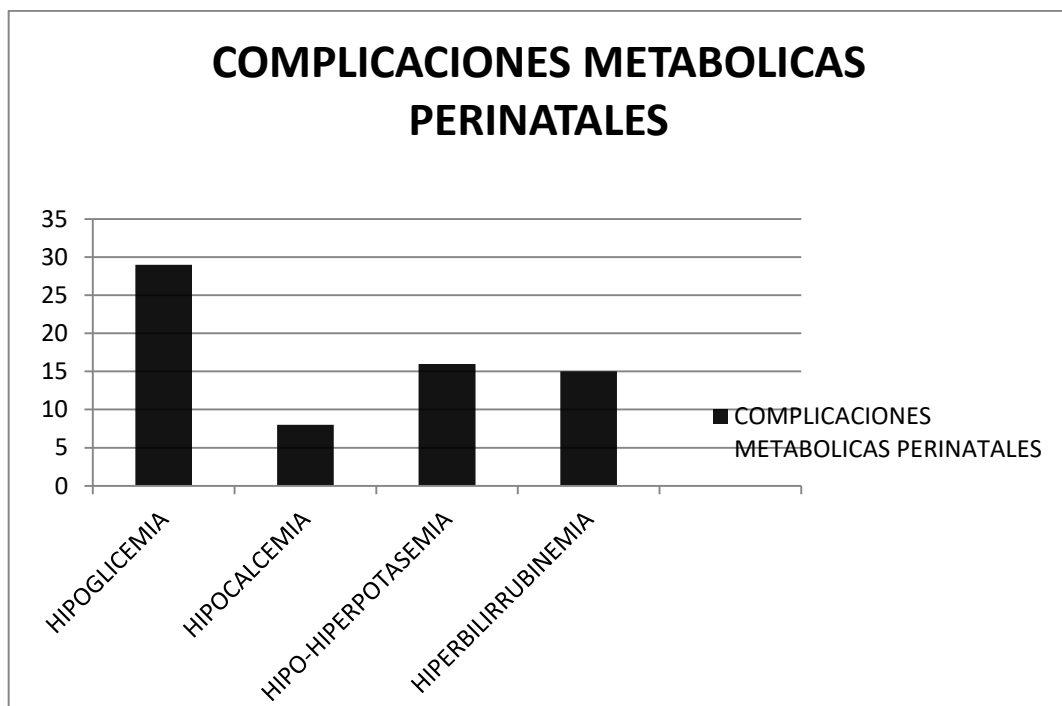
Resultado Perinatal del Embarazo en la Adolescencia Tardía
Distribución Nominal de Complicaciones Metabólicas Perinatales.
Escuintla 2015.

COMPLICACIONES METABOLICAS PERINATALES	TOTAL	GLOBAL
Hipoglicemia	29	42.64
Hipocalcemia	8	11.76
Hipo-hiperpotasemia	16	23.52
Hiperbilirrubinemia	15	22.05
TOTAL	68	100%

Fuente: Tomado del instrumento de recolección de datos. Realizado en el Hospital Nacional de Escuintla período de septiembre 2014 al mes de agosto 2015.

Gráfica no. 5

Resultado Perinatal del Embarazo en la Adolescencia Tardía
Distribución Nominal de Complicaciones Metabólicas Perinatales.
Escuintla 2015.



Fuente: Tomado del instrumento de recolección de datos. Realizado en el Hospital Nacional de Escuintla período de septiembre 2014 al mes de agosto 2015.

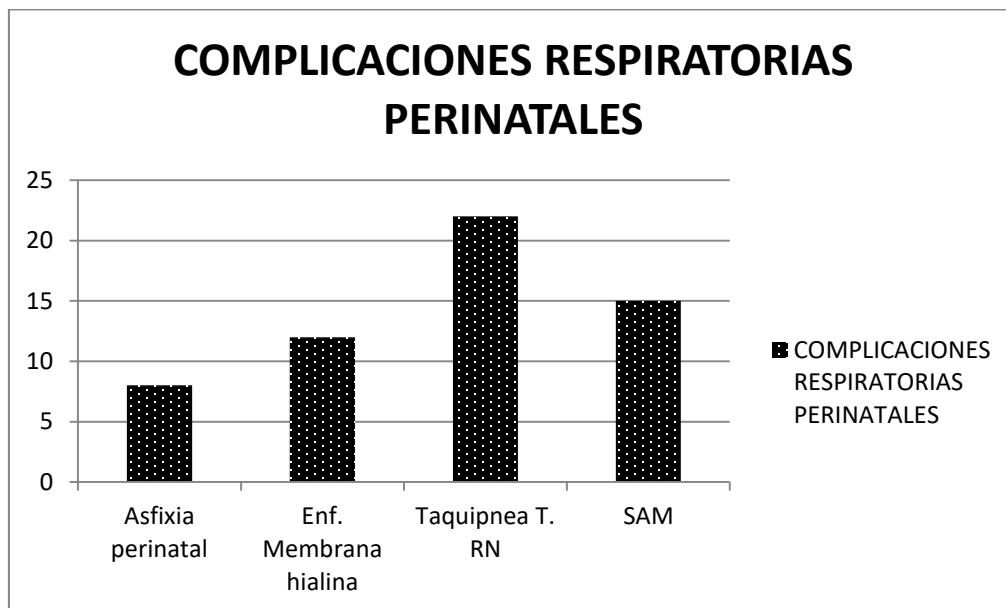
Cuadro no. 6

Resultado Perinatal del Embarazo en la Adolescencia Tardía
Distribución Nominal de Complicaciones Respiratorias Perinatales.
Escuintla 2015.

COMPLICACIONES RESPIRATORIAS PERINATALES			
		CR TOTAL	GLOBAL
Asfixia perinatal	8	14.03	4.27
Enfermedad de membrana hialina	12	21.05	6.41
Taquipnea transitoria del recién nacido	22	38.59	11.76
Síndrome de aspiración meconial	15	26.31	8.02
TOTAL	57	100%	30.48%

Gráfica no. 6

Resultado Perinatal del Embarazo en la Adolescencia Tardía
Distribución Nominal de Complicaciones Respiratorias Perinatales.
Escuintla 2015.



Fuente: Tomado del instrumento de recolección de datos. Realizado en el Hospital Nacional de Escuintla período de septiembre 2014 al mes de agosto 2015.

Cuadro no. 7

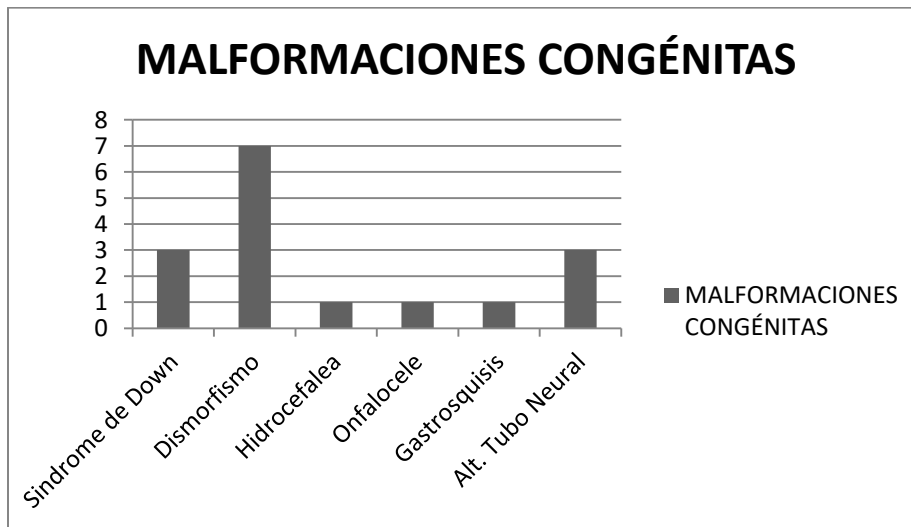
Resultado Perinatal del Embarazo en la Adolescencia Tardía
Distribución Nominal de Malformaciones Congénitas
Escuintla 2015.

MALFORMACIONES CONGÉNITAS			
		MC TOTAL	GLOBAL
Síndrome de Down	3	18.75	1.6
Dismorfismo	7	43.75	3.74
Hidrocefalea	1	6.25	0.5
Onfalocele	1	6.25	0.5
Gastrosquisis	1	6.25	0.5
Alteraciones del tubo neural	3	18.75	1.6
TOTAL	16	100%	8.5%

Fuente: Tomado del instrumento de recolección de datos. Realizado en el Hospital Nacional de Escuintla período de septiembre 2014 al mes de agosto 2015.

Gráfica no. 7

Resultado Perinatal del Embarazo en la Adolescencia Tardía.
Distribución Nominal de Malformaciones Congénitas
Escuintla 2015.



Fuente: Tomado del instrumento de recolección de datos. Realizado en el Hospital Nacional de Escuintla período de septiembre 2014 al mes de agosto 2015.

Cuadro no. 8

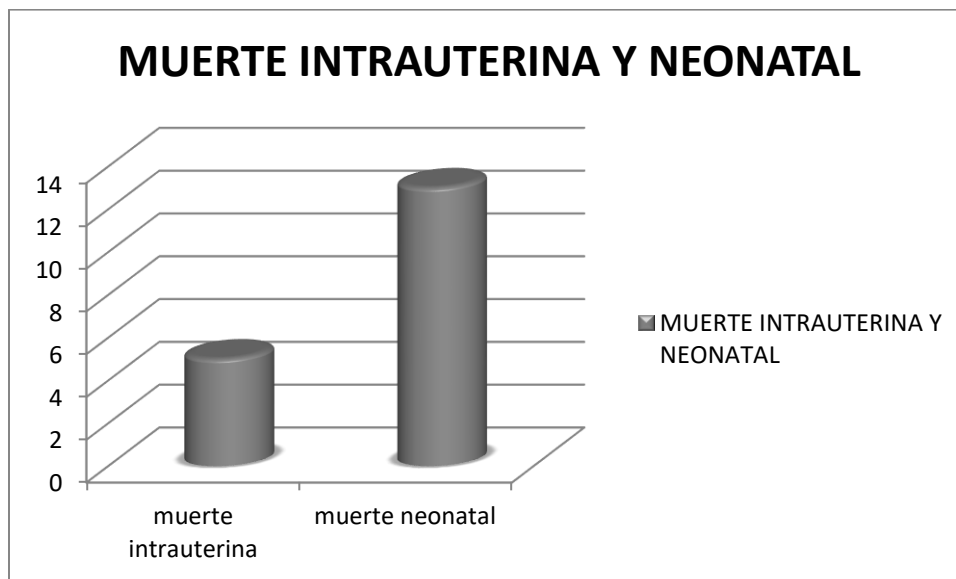
Resultado Perinatal del Embarazo en la Adolescencia Tardía
Distribución Nominal de Muerte Intrauterina y Neonatal
Escuintla 2015

MUERTE INTRAUTERINA Y NEONATAL			
		%TOTAL	%GLOBAL
Muerte intrauterina	5	27.77	2.67
Muerte neonatal	13	72.22	6.95
TOTAL	18	100%	9.6%

Fuente: Tomado del instrumento de recolección de datos. Realizado en el Hospital Nacional de Escuintla período de septiembre 2014 al mes de agosto 2015.

Gráfica no. 8

Resultado Perinatal del Embarazo en la Adolescencia Tardía
Distribución Nominal de Muerte intrauterina y Neonatal
Escuintla 2015.



Fuente: Tomado del instrumento de recolección de datos. Realizado en el Hospital Nacional de Escuintla período de septiembre 2014 al mes de agosto 2015.

Cuadro no. 9

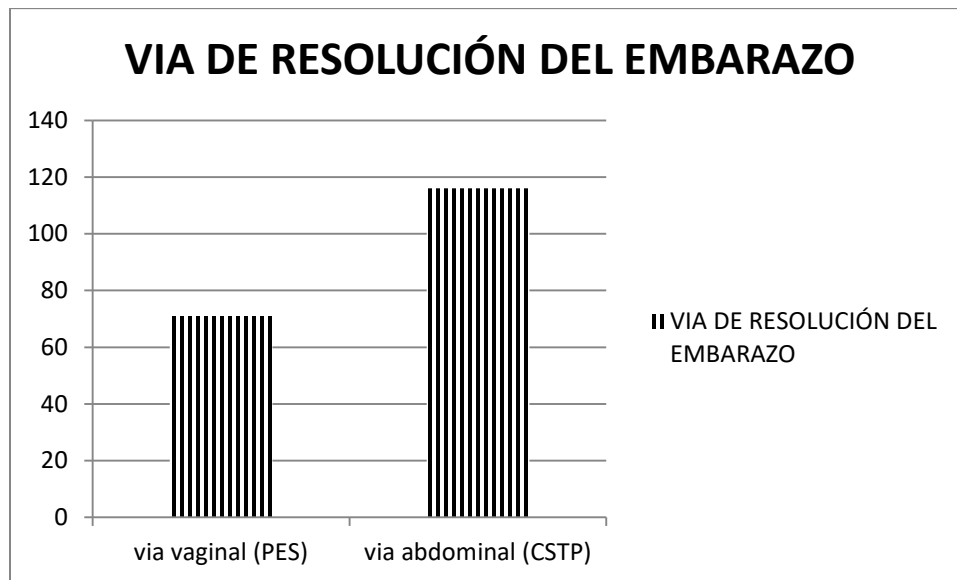
Resultado Perinatal del Embarazo en la Adolescencia Tardía
Distribución Ordinal de la Vía de Resolución del Embarazo
Escuintla 2015.

VIA DE RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO		
Vía vaginal (PES)	71	37.96
Vía abdominal (CSTP)	116	62.03
Total	187	100%

Fuente: Tomado del instrumento de recolección de datos. Realizado en el Hospital Nacional de Escuintla período de septiembre 2014 al mes de agosto 2015

Gráfica no. 9

Resultado Perinatal del Embarazo en la Adolescencia Tardía
Distribución Ordinal de la Vía de Resolución del Embarazo
Escuintla 2015.



Fuente: Tomado del instrumento de recolección de datos. Realizado en el Hospital Nacional de Escuintla período de septiembre 2014 al mes de agosto 2015

Cuadro no. 10

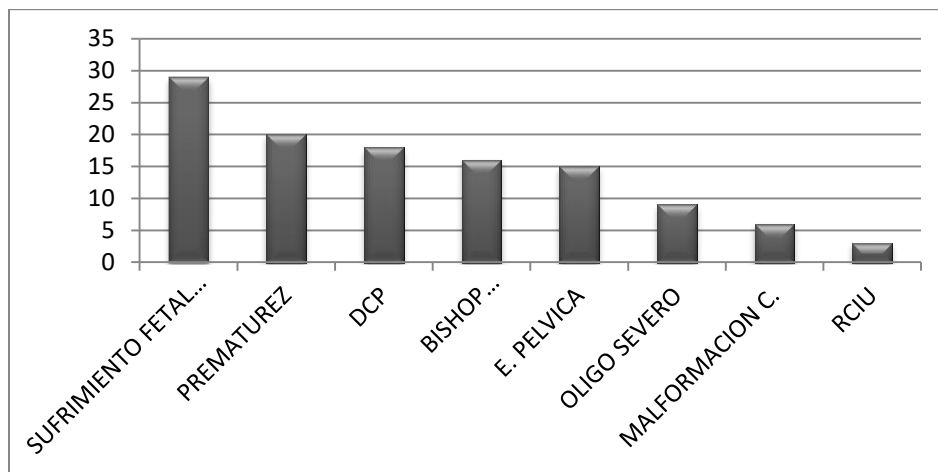
Resultado Perinatal del Embarazo en la Adolescencia Tardía
Distribución Ordinal de Indicaciones de Cesárea.
Escuintla 2015.

INDICACIONES DE CESÁREA		
	TOTAL	% TOTAL
Sufrimiento Fetal Agudo	29	25.0
Prematurez	20	17.24
Desproporción céfalo- pélvica	18	15.51
Bishop desfavorable	16	13.79
Estrechez pélvica	15	12.93
Oligohidramnios severo	9	7.75
Malformación congénita	6	5.17
Restricción del crecimiento intrauterino	3	2.58
	116	100%

Fuente: Tomado del instrumento de recolección de datos. Realizado en el Hospital Nacional de Escuintla período de septiembre 2014 al mes de agosto 2015.

Gráfica no. 10

Resultado Perinatal del Embarazo en la Adolescencia Tardía
Distribución Ordinal de Indicaciones de Cesárea



Fuente: Tomado del instrumento de recolección de datos. Realizado en el Hospital Nacional de Escuintla período de septiembre 2014 al mes de agosto 2015.

Cuadro no. 11

Resultado Perinatal del Embarazo en la Adolescencia Tardía

Distribución Nominal de Procedencia

Escuintla 2015.

PROCEDENCIA		
Escuintla	84	44.91
Sta. Lucía Cotzumalguapa	32	17.11
Tiquisate	12	6.41
La Gomera	11	5.88
Palín	9	4.81
Guanagazapa	4	2.13
Guazacapán	4	2.13
Puerto de San José	16	8.55
Puerto de Ixtapa	4	2.13
La democracia	11	5.88
TOTAL	187	100%

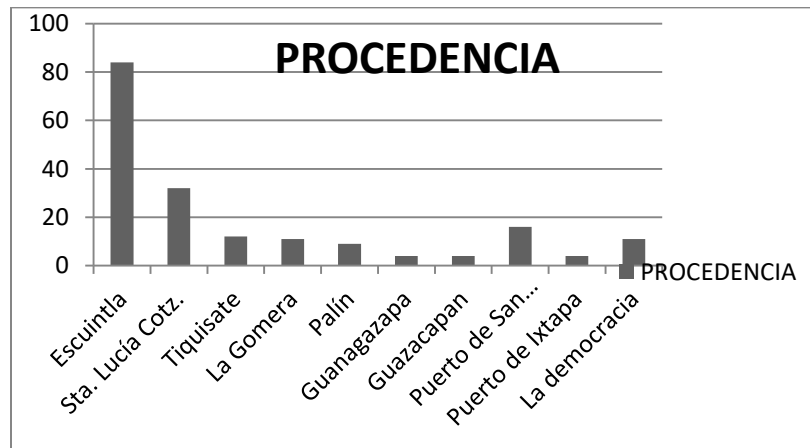
Fuente: Tomado del instrumento de recolección de datos. Realizado en el Hospital Nacional de Escuintla período de septiembre 2014 al mes de agosto 2015.

Gráfica no. 11

Resultado Perinatal del Embarazo en la Adolescencia Tardía

Distribución Nominal de Procedencia

Escuintla 2015.



Fuente: Tomado del instrumento de recolección de datos. Realizado en el Hospital Nacional de Escuintla período de septiembre 2014 al mes de agosto 2015.

Cuadro no. 12

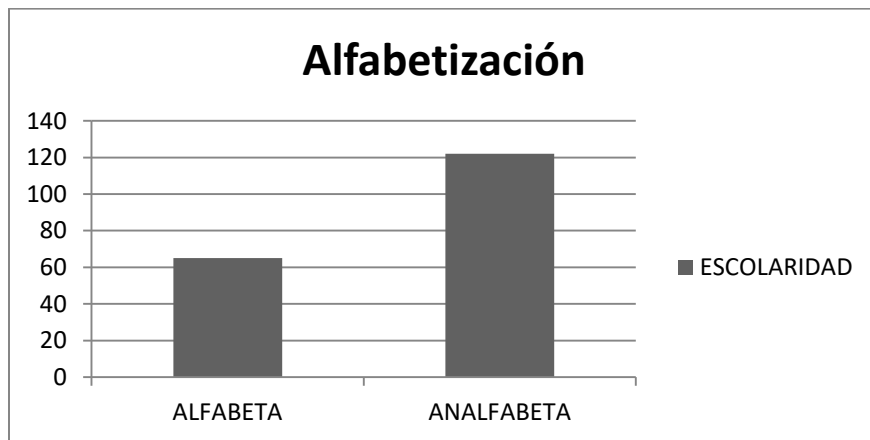
Resultado Perinatal del Embarazo en la Adolescencia Tardía
Distribución Nominal de Alfabetización
Escuintla 2015.

ALFABETIZACIÓN		
Alfabeta	65	34.75
Analfabeta	122	65.24
Total	187	100%

Fuente: Tomado del instrumento de recolección de datos. Realizado en el Hospital Nacional de Escuintla período de septiembre 2014 al mes de agosto 2015.

Gráfica no. 12

Resultado Perinatal del Embarazo en la Adolescencia Tardía
Distribución Nominal de Alfabetización
Escuintla 2015.



Fuente: Tomado del instrumento de recolección de datos. Realizado en el Hospital Nacional de Escuintla período de septiembre 2014 al mes de agosto 2015.

Cuadro no. 13

Resultado Perinatal del Embarazo en la Adolescencia Tardía

Distribución Ordinal de Edad Materna

Escuintla 2015.

EDAD MATERNA		
15 años	28	14.97
16 años	51	27.27
17 años	31	16.57
18 años	45	24.06
19 años	32	17.11
Total	187	100%

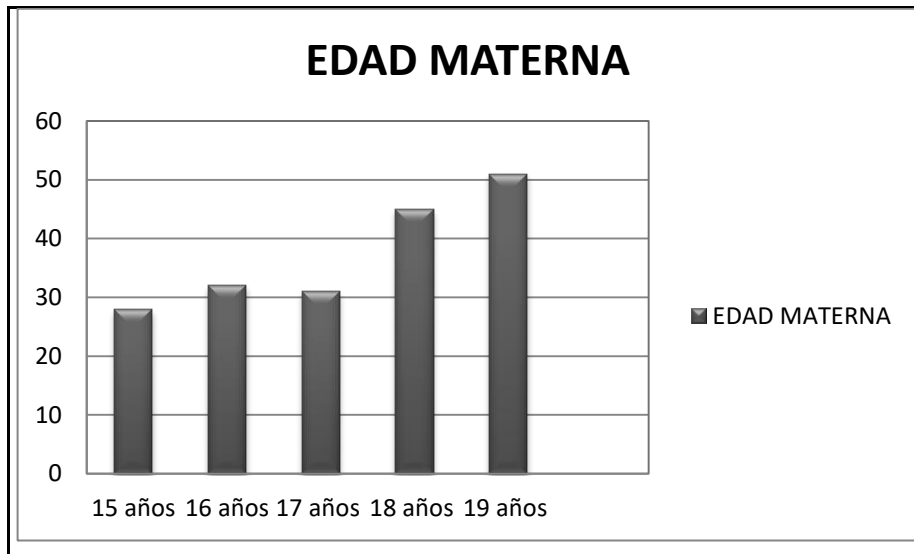
Fuente: Tomado del instrumento de recolección de datos. Realizado en el Hospital Nacional de Escuintla período de septiembre 2014 al mes de agosto 2015.

Gráfica no. 13

Resultado Perinatal del Embarazo en la Adolescencia Tardía

Distribución Ordinal de Edad materna

Escuintla 2015.



Fuente: Tomado del instrumento de recolección de datos. Realizado en el Hospital Nacional de Escuintla período de septiembre 2014 al mes de agosto 2015.

VI. ANALISIS Y DISCUSIÓN DE DATOS

Se realizó muestreo probabilístico en pacientes atendidas en el Hospital Nacional de Escuintla, Departamento de Gineco-obstetricia y área de labor y partos durante el mes de Septiembre 2014 – Agosto 2015, terminando de esta manera la recolección de datos en su totalidad.

Se pudieron obtener datos de pacientes que llenan los criterios de inclusión al estudio y que estuvieron de acuerdo en participar. El total de pacientes en estudio fue de 187.

En general se observa que las pacientes adolescentes en fase tardía tienen una media de edad de primer embarazo a los 16 años con un 27%, seguido de las adolescentes de 18 años con un 24% siendo una cifra importante. Estos datos preocupan ya que el número de pacientes en límite de adolescencia temprana y tardía se encuentra con un porcentaje de 14% (15 años).

En el estudio 105 pacientes tuvieron complicaciones perinatales ocupando un 56% de la totalidad, lo que no corresponde con los estudios realizados en otros países como México (6,7) en donde ocupa un 31% de complicaciones perinatales, se debe estudiar la razón por la cual el porcentaje es elevado para iniciar mejoras en el manejo de pacientes.

El período gestacional en que se llevó a cabo el parto fue generalmente a término, sin embargo hay un porcentaje considerable e importante de pretérmino con un 28%, que equivale a 54 pacientes de la totalidad del estudio, siendo de este casi el 50% de casos correspondientes a recién nacidos antes de las 34 semanas, dato de importancia para la vigilancia de partos pretérmino en pacientes adolescentes y su adecuado control prenatal.

El peso neonatal en general estuvo acorde a la edad gestacional de los recién nacidos siendo este adecuado en un 58.28%. Los neonatos bajo peso corresponden a un 36% de los casos siendo dato de importancia clínica y del control clínico-nutricional que deben llevar las pacientes en sus citas prenatales.

En relación al mal resultado perinatal encontramos que las complicaciones metabólicas de los neonatos ocupan un porcentaje relativamente alto con un 36.36% de todos los recién nacidos en estudio, de este porcentaje la hipoglicemia tiene prevalencia con un 42% (29 pacientes) esto se correlaciona con estudios efectuados en la Habana por Machado en donde indica que en su estudio se obtuvo un 30% de complicaciones metabólicas.

Las complicaciones respiratorias ocupan un 30% del mal resultado perinatal de los neonatos en estudio, siendo el mayor porcentaje la taquipnea transitoria del recién nacido con un 38% (22 pacientes) seguida del síndrome de aspiración de meconio con un 26% de los casos (15 pacientes).

Se observa el alto porcentaje de malformaciones congénitas de los neonatos hijos de madres en adolescencia tardía, con 8.5% de todos los casos en estudio, de los cuales el síndrome dismorfogenético ocupa el mayor dato con 43% (7 pacientes), seguida del síndrome de Down y alteraciones del tubo neural con 18% respectivamente esto no corresponde con otros estudios efectuados en México y La Habana que no muestran porcentaje significativo 4-8% respectivamente.

En relación a la muerte intrauterina y neonatal se observa un número de 18 muertes que equivale a un 9% de la totalidad de casos en estudio. De ellas 72% son neonatales y 28% intraútero. La vía de resolución del embarazo de las pacientes, se presentó un porcentaje elevado hacia la resolución por vía alta (CSTP) ubicándose con un 62% de la totalidad de estudio de los cuales la prematuridad ubica el primer puesto con un 17%.

De los datos obtenidos hay indicaciones de cesárea que fueron dados luego del manejo en labor y partos y con cifras altas ubicamos el sufrimiento fetal con 29 pacientes de 116 ocupando el 25% y DCP 18 pacientes con 15%, que fueron resueltas por vía alta, ocupando un porcentaje total de 40% y global 25% de la totalidad de pacientes que son 187 en estudio. Estos datos se asemejan en el porcentaje mas no a la indicación de cesárea, a estudios realizados en Perú por Casas J (6) en donde ubica un 40% de cesáreas siendo la prematuridad la indicación predominante seguida del sufrimiento fetal.

La procedencia de las pacientes que se incluyen en el estudio son de los municipios del departamento de Escuintla, entre ellas la mayoría corresponde a Escuintla cabecera departamental con 84 pacientes ocupando el 44% de casos, seguida de los municipios de Santa Lucía Cotzumalguapa con 32 pacientes 17%, tercero Puerto de San José con 16 pacientes con 8%.

De la totalidad de pacientes 187 en estudio un 65.24% es analfabeta y 34% alfabeto; este dato cobra importancia al evidenciar en varios estudios que el nivel educativo es importante, mientras más elevado mejor es la sobrevivencia de los recién nacidos de madres adolescentes.

(1)

A pesar de que la mayoría de pacientes se ubican en el casco urbano de Escuintla la mayoría son analfabetas y esto determina que la información de prevención y control óptimo en el embarazo no sea el adecuado, por lo que es necesario la implementación de estrategias de prevención e información en las comunidades y centros de salud y mejorar el control de la paciente en consulta externa. Se debe contar con equipo adecuado para el manejo en labor y partos, que debe ser óptimo para disminuir al máximo el mal resultado perinatal.

6.1 CONCLUSIONES

- Las adolescentes tardías tienen más del 50% de complicaciones perinatales aunque la edad media de resolución de embarazo es a término.
- El bajo peso al nacer, las complicaciones respiratorias y metabólicas de los recién nacidos son las principales consecuencias del parto pretérmino en las adolescentes tardías.
- La vía de resolución de los embarazos adolescentes tardíos es generalmente cesàrea.
- La mortalidad neonatal se asocia con un alto porcentaje a la prematurez, asfixia perinatal y síndrome de aspiración meconial.
- De los recién nacidos con alteraciones metabólicas y respiratorias el 75% corresponden a niños prematuros.
- El analfabetismo influye en el mal resultado perinatal de las pacientes adolescentes tardías la mayoría son del casco urbano de Escuintla.

6.2 RECOMENDACIONES

- Creación de una clínica de Salud Reproductiva e informativa enfocada en el manejo y control de la fertilidad del embarazo adolescente.
- Evaluar realizar un plan de prevención de embarazos adolescentes desde los centros de salud y/o atención primaria.
- Plan de cuidado integral de la paciente adolescente embarazada que incluye manejo con nutrición, psicología, y cuidados durante el embarazo.
- Citas de mediano riesgo y monitoreo fetal a las pacientes adolescentes embarazadas principalmente en el tercer trimestre.
- Capacitación y concientización de manejo y cuidado de la paciente adolescente en el servicio de labor y partos.
- Implementar equipo tecnológico como monitores fetales, ultrasonido, bombas de infusión de medicamentos en labor y partos para mejorar el manejo de la paciente adolescente en el servicio de labor y partos.

VII. BIBLIOGRAFIA

1. Bendezú G, Espinoza D, Bendezú-Quisspe G, Torres-Román JS, Huamán-Gutiérrez RM. Características y riesgos de gestantes adolescentes. Rev Per de Ginecol y Obst. 2016; 62 (1): 13-18.
2. Nazario Redondo C, Aracca Alcos F, Ventura Laveriano J, Ventura W. Resultados perinatales en adolescentes nulíparas. Estudio de cohorte retrospectiva. Prog Obst Ginecol. 2015; 58(10):435-440.
3. Vega-Malagón G, Icaza-Llera T, Becerril-Santos A, Ávila Morales J. Resultados Perinatales De Hijos De Madres Adolescentes, Comparados Con Hijos De Madres No Adolescentes En Un Hospital De Segundo Nivel En México. European Scientific Journal. 2016; 12(21):25-34.
4. Urbina C, Pacheco J. Embarazo en adolescentes. Rev Per Ginecol Obstet. 2015; 52 (2): 118-123.
5. Sandoval J, Mondragón F, Ortiz M. Complicaciones materno-perinatales del embarazo en primigestas adolescentes: estudio caso control. Rev Per Ginecol Obst. 2015; 53 (1): 28-34.
6. Casas J, Chumbe O, Inguil R, González L, Mercado F. El parto en la adolescente. Estudio de 3 grupos adolescencia temprana, tardía y grupo control. Rev Per Ginecol Obstet. 2015; 44 (2): 101-106.
7. De Arce DH, Fernández F. Factores de riesgo asociados a resultados perinatales adversos en población gestante adolescente. Barranquilla Enero 2012-abril 2013. Biociencias. 2016; 8 (1): 19-25.
8. Guerra MD, González GE, Hernández NJ, Naranjo RJA. Resultados perinatales del embarazo en adolescentes del municipio de Jaruco. Rev Cien Méd La Habana. 2015; 21(2): 384-396. .
9. Hernández- Valencia, M. Embarazo en la adolescencia. Ginecol Osbtet Mex, 2015; 83: 294-301.

10. Okumura J, Maticorena D, Tejeda J, Mayta-Tristán P. Embarazo adolescente como factor de riesgo para complicaciones obstétricas y perinatales en un hospital de Lima Perú. *Rev Bras Saude Matern Infant.* 2014; 14(4):383-392.
11. Nazer HJ, Cifuentes OL. Prevalencia al nacimiento de malformaciones congénitas en hijos de madres adolescentes. Hospital Clínico Universidad de Chile: Período 2002-2011. *Rev Méd Chile.* 2013; 141(10):1300-1306.
12. Zamora-Lares AN, Pánduro-Barón J, Pérez-Molina J, Quezada-Figueroa NA, González-Moreno J, Fajardo-Dueñas S. Embarazo en adolescentes y sus complicaciones maternas perinatales. *Rev Méd MD.* 2013; 4(4), 233-8.
13. Machado DJ, Gutiérrez EJ, Hernández J. Resultados perinatales del embarazo en adolescentes del municipio de Jaruco. *Rev Cien Méd La Habana.* 2015; 21 (2): 384-396.
14. Villalobos R, Franco A, Enríquez R, Mendoza M, Eugenio J. Perfil Obstétrico y neonatal de adolescentes atendida en el hospital general de Occidente Jalisco, México. *Rev Cub Obst Ginecol.* 2015; 41 (4).
15. Donoso E, Carvajal J, Vera C. La edad de la mujer como factor de riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil. *Rev Méd Chil.* 2014; 142(2): 168-174.
16. Barón JV. Embarazo en adolescentes complicaciones. *Rev Med CR y CA.* 2013; 70 (605): 65-69.
17. Barón JGP, Castellanos PMJ, Molina JJP, Moore EGP, Martínez DP, Figueroa NAQ. Embarazo adolescente y sus repercusiones maternas perinatales. *Ginecol Obstetric Mex* 2012; 80 (11): 694-704.
18. Colombo G, Pombo G, Luxardo N. Género, embarazo y adolescencia. *Rev. Int. Investig. Cienc. Soc.* 2012; 8 (2): 161-182.
19. Rico Venegas R, Ramos Frausto V, Martínez P. Control prenatal vs resultado obstétrico perinatal. *Enfermería Global.* 2012; 11(27):397-407.

20. Verde ME, Varela L, Episcopo C, García R, Briozzo L, Impallomeni I, et al. Embarazo sin control: Análisis epidemiológico. Rev Méd Urug. 2012; 28(2): 100-107.
21. Cogollo Jiménez R. Aspectos biopsicosociales asociados al embarazo adolescente. Rev Cuid. 2012; 3(1).
22. Huanco A D, Ticona R M, Ticona V M, Huanco A F. Frecuencia y repercusiones maternas y perinatales del embarazo en adolescentes atendidas en hospitales del Ministerio de Salud del Perú año 2008. Rev Chil Obstet Ginecol. 2012; 77(2):122-128.
23. Benítez N. Resultados perinatales en madres adolescentes. Revista de posgrado de la vía cátedra de medicina Hospital "Dr. José R Vidal". 2010; 187, p.6-9.
24. Leyva BIE, Bojórquez JCO, Iñiguez MSC, Rosas MVP, Ortíz FM. Embarazo en adolescentes y no adolescentes: resultados obstétricos y perinatales". Rev Méd UAS 2010; 1 (1): 3-12.
25. Hasbún J. El riesgo perinatal y materno del embarazo gemelar. Rev Chil Salud Pública. 2010; 10(1).
26. Rivero MI, Villalba MT, Ojeda EM, Schinini J. Resultados perinatales en la gestación adolescente. Rev Méd Nord. 2008; 10(1): 5-9.
27. Campo Barasoain A, Carranza Parejo V, Flor Parra C, Durán de Vargas L, González-Meneses A. Morbilidad perinatal en madres adolescentes y sus recién nacidos en el Hospital Universitario Virgen Macarena en el año 2005. Ann Pediatr. 2007;66(2):216
28. Sáez CV. Embarazo y adolescencia. Resultados Perinatales. Rev Cubana Obstet. Habana 2005; 31(2).
29. Bojanini B, Fernando J, Gomez D, Guillermo J. Resultados obstétricos y perinatales en adolescentes. Revista Colomb Obst Ginecol. 2004; 55(2): 114-121.

30. Martin-Loeches M, Catalá E, Ortíz R, Rius J. Análisis epidemiológico de los resultados perinatales obtenidos en las gestantes adolescentes de la Comunidad Valenciana, Prog de Obst Ginecol. 2003; 46(2):53-58.
31. Seclen-Palacín J, Jacoby M E, Benavides C B, Novara V J, Velásquez V A, Watanabe V E et al. Efectos de un programa de mejoramiento de la calidad en servicios materno perinatales en el Perú: la experiencia del proyecto 2000. Rev Bras de Saude Materno Infantil. 2003; 3(4):421-438.
32. Pardo R, Nazer H J, Cifuentes O L. Prevalencia al nacimiento de malformaciones congénitas y de menor peso de nacimiento en hijos de madres adolescentes. Rev Méd Chile. 2003; 131(10).
33. Díaz A, Sanhueza R P, Yaksic B N. Riesgos obstétricos en el embarazo adolescente: estudio comparativo de resultados obstétricos y perinatales con pacientes embarazadas adultas. Rev Chil Obstet Ginecol. 2002; 67(6).

VIII. ANEXOS
CUESTIONARIO Y BASE DE DATOS
INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

RESULTADO PERINATAL DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

NOMBRE: _____ EDAD: _____ NUMERO DE EXPEDIENTE; _____ NO.
 BOLETA: _____
 PROCEDENCIA _____ EDAD GESTACIONAL _____ ESCOLARIDAD: _____
 VINCULO LABORAL _____

		SI	NO
ADOLESCENTE			
EDAD MATERNA COMPRENDIDA ENTRE 14-19 AÑOS			
PERÍODO GESTACIONAL DE RESOLUCIÓN ANTES DE TÉRMINO ENTRE 28-41			
RN CON PESO MENOR A 10 PERCENTIL AL NACIMIENTO PARA EG			
RN CON PESO MAYOR A 90 PERCENTIL AL NACIMIENTO PARA EG			
MALFORMACIONES CONGÉNITAS			
MUERTE	FETAL _____		
	NEONATAL _____		
APGAR	MAYOR A 7		
	DE 5 A 7		
	DE 0-5		
COMPLICACIONES METABÓLICAS HIPOGLICEMIA, HIPOCALCEMIA, HIPOMAGNESEMIA, HIPERBILIRRUBINEMIA OTRAS: _____			
COMPLICACIONES RESPIRATORIAS ASFIXIA PERINATAL, ENFERMEDAD DE MEMBRANA HIALINA, TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RN, SAM OTRAS _____			
VÍA DE RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO: PARTO POR VÍA VAGINAL PARTO POR CESÁREA OTRAS: _____			
CONTROL PRENATAL PERIÓDICO DE INICIO TEMPRANO			

PERMISOS DEL AUTOR

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada “Resultado Perinatal del Embarazo en la Adolescencia Tardía”, para propósitos de fines académicos. Sin embargo quedan reservados los derechos de autor que le confiere la ley, cuando sea por cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial.