

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



**COMPLICACIONES DEL PARTO EN ADOLESCENTES**

**AMANDA LETICIA PACHECO SÓN**

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.089.2017

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

## HACE CONSTAR QUE:

El (la) Doctor(a): Amanda Leticia Pacheco Són

Carné Universitario No.: 200330046

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 **COMPLICACIONES DEL PARTO EN ADOLESCENTES**

Que fue asesorado: Dr. Alejandro Andrews Bauer

Y revisado por: Dr. Eddy René Rodríguez González MSc.


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

Guatemala, 16 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

/mdvs

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

Tels. 2251-5400 / 2251-5409

Correo Electrónico: especialidadesfacmed@gmail.com

Ciudad de Guatemala, 25 de Agosto de 2016

Doctor  
Vicente A. Aguirre Garay  
Docente Responsable de la Maestría  
En Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia  
Hospital Roosevelt  
Presente


Estimado Dr. Aguirre:

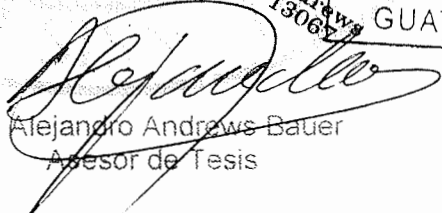
Por este medio informo que he Asesorado a fondo el informe final de graduación que presenta la Doctora Amanda Leticia Pacheco Són, camé 200330046, de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia, el cual se titula "Complicaciones del Parto en Adolescentes"

Luego de la Asesoría, hago constar que la Dra. Pacheco Són, ha incluido las sugerencias dadas para el requerimiento del trabajo. Por lo anterior emito el dictamen de Positivo sobre dicho trabajo y confirmo está listo para pasar a revisión de la Unidad de Tesis de la Escuela de estudios de Posgrado de la Facultad de Ciencias Médicas

Atentamente,

DR. Alejandro Andrews  
Colegiado No. 13067

HOSPITAL ROOSEVELT  Hospital Roosevelt  
DEPTO. GINECO-OBSTETRICIA  
GUATEMALA, C. A.

  
Dr. Alejandro Andrews Bauer  
Asesor de Tesis

Ciudad de Guatemala, 25 de Agosto de 2016

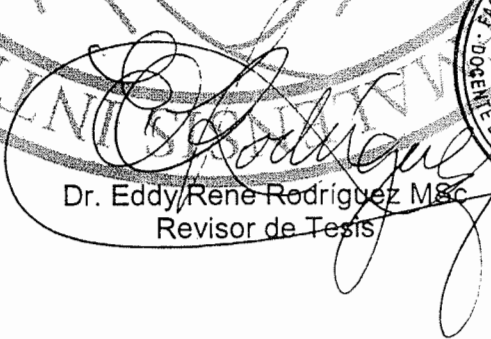
Doctor.  
Vicente A. Aguirre Garay  
Docente Responsable de la Maestría  
En Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia  
Hospital Roosevelt  
Presente

Estimado Dr. Aguirre:

Por este medio informo que he Revisado a fondo el informe final de graduación que presenta la Doctora Amanda Leticia Pacheco Són, carné 200330046, de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia, el cual se titula "Complicaciones del Parto en Adolescentes"

Luego de la revisión, hago constar que la Dra. Pacheco Són, ha incluido las sugerencias dadas para el requerimiento del trabajo. Por lo anterior emito el dictamen de 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. Eddy/Rene Rodríguez MSc  
Revisor de Tesis



## INDICE DE CONTENIDO

RESUMEN	
I. INTRODUCCION	1
II. ANTECEDENTES	3
III. OBJETIVOS	26
IV. MATERIAL Y METODO	27
V. RESULTADOS	35
VI. DISCUSION Y ANALISIS	43
CONCLUSIONES	47
RECOMENDACIONES	48
VII. REFERENCIA BIBLIOGRAFICAS	49
VIII. ANEXOS	53
PERMISO DEL AUTOR PARA COPIAR EL TRABAJO	57

## **INDICE DE TABLAS**

TABLA No. 1

Probabilidad de las adolescentes de presentar complicaciones durante el trabajo de parto

TABLA No. 2

Complicaciones del parto, por grupo etáreo.

TABLA No. 3

Edad de las pacientes por grupo etáreo.

TABLA No. 4

Tipo de parto de acuerdo a edad materna. Adolescente Vrs. No Adolescente.

TABLA No. 5

Edad gestacional por grupo etáreo

TABLA No. 6

Características importantes por grupo etáreo

## RESUMEN

En el país la mayoría de partos se da en población adolescente, entre las edades de 12 a 19 años, dentro de esta población se presenta mayor riesgo de complicaciones **Objetivo:** Cuantificar el riesgo de las adolescentes de presentar complicaciones durante el trabajo de parto, determinar el tipo de complicaciones y en elaborar una caracterización en base a la edad, tipo de parto, escolaridad, estado civil, escolaridad, Etnia, Procedencia, semanas de gestación y Ocupación. Utilizando un formulario elaborado con el fin de Obtener la información necesaria, tomando como fuente de datos las historias clínicas. **Población:** Adolescentes que ingresaron al servicio de labor y parto, del hospital Roosevelt, durante el año 2014, Siendo la población de estudio de 300 casos y 150 controles (pacientes no adolescentes). **Metodología:** Para el estudio de casos y controles se tomó 2 casos (pacientes adolescentes que presente al menos una complicación durante el parto) y 1 control (paciente no adolescente), pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y llenaron los criterios solicitados en la boleta de recolección de datos. **Resultados:** Las adolescentes tienen mayor riesgo de complicaciones tales como: Sufrimiento Fetal Agudo OR 5.07 (95% IC 2.61 – 9.85).Y Desproporción Cefalopélvica OR 4.83 (95% IC 2.48 – 9.38) **Conclusiones:** Solo Sufrimiento Fetal Agudo y Desproporción Cefalopélvica tienen diferencia estadísticamente significativas, por lo que la correcta evaluación y atención oportuna, llevara a la prevención de las mismas. **Palabras Clave.** Complicaciones del parto, Adolescente.

## I. INTRODUCCIÓN

Unos 16 millones de muchachas de 15 a 19 años y aproximadamente 1 millón de niñas menores de 15 años dan a luz cada año, la mayoría en países de ingresos bajos y medianos. Las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las adolescentes de 15 a 19 años en todo el mundo. Cada año, unos 3 millones de adolescentes de 15 a 19 años se someten a abortos peligrosos. Los bebés de madres adolescentes se enfrentan a un riesgo considerablemente superior de morir que los nacidos de mujeres de 20 a 24 años.<sup>1</sup>

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 menarquía) y/o cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de la familia.

En varios estudios se ha demostrado que las adolescentes embarazadas presentan patologías obstétricas como: toxemia, desproporción Cefalopélvica, ruptura prematura de membranas ovulares, amenaza de parto pretérmino.<sup>10</sup>

Para poder comprender mejor lo dramático de la situación es que alrededor del 50 % de las adolescentes entre 15 y 19 años, tienen vida sexual activa. Hay autores que plantean un incremento del 10 % anual de mujeres con relaciones sexuales a partir de los 12 años hasta los 19. Por otro lado, el 25 % de las adolescentes con experiencia sexual se embarazan y ocurre el 60 % de estas gestiones en los primeros 6 meses posteriores al inicio de las relaciones sexuales. Además, debemos añadir que alrededor del 35 % de las madres adolescentes son solteras y que el 50 % de las madres solteras son adolescentes; si añadimos que entre el 60 y el 70 % de estos embarazos no son deseados, podemos comprender los efectos psicosociales de este fenómeno.<sup>4</sup>

Debido a la relevancia que implica a la sociedad la maternidad en adolescentes, se realizó este estudio, con el objetivo de cuantificar el riesgo de las adolescentes de presentar complicaciones durante el parto, para este estudio se toma una población de 300 adolescentes y un grupo control de 150 pacientes, poblaciones mayores de 19 años, evidenciando que las adolescentes tienen entre 1 y 5 veces más riesgo de complicarse en comparación con la población control. Siendo las más frecuentes Sufrimiento fetal Agudo



(28.6%), Desproporción Cefalopélvica (27.6%) y Trabajo de Parto Pretérmino (6%) Llevando a la culminación del embarazo por vía abdominal, elevando las cifras de cesárea hasta un 86%. Concluyendo que las adolescentes son un grupo de riesgo, que necesita una evaluación y atención especializada, estableciendo protocolos con criterios que prevengan la morbilidad materno-infantil.

## II. ANTECEDENTES

La 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 socio – económica" y fija sus límites entre los 10 y 19 años.

Guatemala se encuentra ubicada entre los 17 países con alto riesgo reproductivo a nivel mundial, siendo el tercer país con más altas tasas de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años de América Latina. El promedio de hijos por mujeres es de 3.8, de acuerdo a datos de ENSMI 2008/2009, el 9.5% de las jóvenes de 15 a 24 años relató haber tenido su primer embarazo antes de los 15 años, el 48.5% entre los 15 y 17 años, el 25% entre los 18 y 19 años.<sup>32</sup>

Los embarazos en edades de 10 a 19 años representan el 51.9% del total de partos atendidos en el hogar, seguido de un 42.7% de partos atendidos en los hospitales.

En las regiones más pobres del planeta a una de cada tres mujeres son madres en la adolescencia. Las adolescentes menores de 16 años corren un riesgo de defunción materna cuatro veces más alto que las mujeres de 20 a 30 años, y la tasa de mortalidad de sus neonatos es aproximadamente un 50% superior, según el consultor en salud de los adolescentes James E Rosen, que está cargo de un estudio de investigación del departamento de Reducción de los riesgos del embarazo de la OMS.

Es considerada como un periodo de la vida libre de problemas de salud, pero, desde el punto de vista de los cuidados de la salud reproductiva, el adolescente es, en muchos aspectos, un caso especial.

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 se estima que en el 2000 llegan a 1,1 millones. La actividad sexual de los adolescentes va en aumento en todo el mundo, incrementando la incidencia de partos en mujeres menores de 20 años.

Desde 1990 varios países subsaharianos han reducido a la mitad su mortalidad materna. En otras regiones, como Asia y el Norte de África, los progresos han sido aún mayores. Sin embargo, entre 1990 y 2010 la razón de mortalidad materna mundial (es decir, el número de muertes maternas por 100 000 nacidos vivos) solo ha disminuido en un 3,1% al año, cifra que está lejos de la reducción del 5,5% anual necesaria para alcanzar el ODM5.

La razón de mortalidad materna ratio en los países en desarrollo es de 240 por 100 000 nacidos vivos, mientras que en los países desarrollados es tan solo de 16 por 100 000. Hay grandes disparidades entre los países. Pocos tienen razones de mortalidad materna extremadamente altas, superiores incluso a 1000 por 100 000 nacidos vivos. También hay grandes disparidades en un mismo país entre personas con ingresos altos y bajos y entre población rural y urbana.

Durante la cumbre de las Naciones Unidas sobre los ODM, celebrada en septiembre de 2010, el Secretario General Ban Ki-moon presentó una *Estrategia mundial de salud materna e infantil* cuyo objetivo es salvar la vida de más de 16 millones de mujeres y niños durante los próximos cuatro años. La OMS está colaborando con los asociados para alcanzar este objetivo. <sup>1</sup>

Se realizó un estudio de casos y controles para analizar la incidencia, los riesgos, así como las complicaciones del embarazo y el parto en la adolescencia en el hospital municipal de Santa Cruz del sur, desde el 1ro. de enero de 2000 hasta el 31 de diciembre de ese año. Se tomó como grupo estudio a las 132 adolescentes que parieron en esta etapa y se comparó con un grupo control de 132 gestantes de 20 años o más que parieron en igual fecha. Esta información fue recogida de los expedientes clínicos de las pacientes y del libro de parto y llevada a encuestas. El bajo peso materno estuvo presente en el 59,8 % de las adolescentes, el 87,1 % de estas eran amas de casa, el 78 % de estas gestantes presentó alguna enfermedad durante el embarazo y sus productos sufrieron mayor número de complicaciones, además de asociarse con mayor frecuencia las complicaciones posparto para la madre. Este estudio muestra todos los riesgos que implica un embarazo en estas edades, por lo que insistimos en lo importante de disminuirlos al mínimo. <sup>25</sup>

Estudios realizados en Estados Unidos han evidenciado una tendencia al alza de la actividad sexual en los adolescentes durante los últimos 30 años.<sup>16</sup>Según la Cuarta Encuesta Nacional de la Juventud, en Chile, al año 2003, el 35,2% de los adolescentes y el 84,5% de los jóvenes hasta los 24 años de edad se encontraban sexualmente activos.<sup>17</sup> Mientras en otros países como Cuba el 50 % de las adolescentes tienen vida sexual activa y se ha visto un incremento del 10% anual.<sup>18</sup>

## II.1 MARCO TEORICO

La 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 socio –económica" y fija sus límites entre los 10 y 20 años. <sup>19</sup>

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. Intelectualmente 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 pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres.

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.<sup>20</sup>

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.<sup>20</sup>

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<sup>21</sup> 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".

La población adolescente se encuentra rodeada de múltiples factores de riesgo, crecen en una cultura, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes<sup>21</sup> 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".

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<sup>8</sup>, 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.

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.<sup>22</sup>

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.<sup>13</sup> 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.<sup>13</sup>

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. <sup>14</sup>

Diversos estudios se han realizado a través del tiempo y en el mundo entero, para determinar la trascendencia de factores relacionados con la mortalidad materna. Desde 1,940, Yerushalmy, Palmer y Kremer dieron a conocer sus estudios sobre la multiparidad y su efecto sobre la mortalidad materna; otros autores, como Cabrera y Zmbra en Chile, han llegado a las mismas conclusiones: la multiparidad y la edad de la madre, guardan evidente correlación con el riesgo de morir durante el embarazo y el parto.

Dentro de un mismo grupo de edad, el riesgo de morir aumenta paralelamente a la paridad, además demuestra la influencia adversa para la salud materna o infantil de la edad de la madre, el espaciamiento y la paridad, así como también de la situación económica de la familia.<sup>6</sup> Los factores que influyen en la posibilidad que tiene la mujer de sobrevivir a las complicaciones del embarazo y parto son: El estado de salud y nutricional, acceso y el uso de servicios de salud, conocimientos y actitudes de la mujer y de la familia en relación con la salud y la maternidad. Además de los factores mencionados anteriormente, se encuentran otros factores como el rol de la mujer en la familia y en la sociedad, la discriminación por razones de género, el porcentaje del presupuesto nacional asignado a servicios de salud, el ingreso familiar, empleo, escolaridad, paridad, gestación precoz, intervalo intergenésico corto, creencias y costumbres.<sup>7</sup>

En Costa Rica se realizó un estudio recientemente, en el cual revela que la edad, la educación, la condición social, el estilo y la calidad de vida de las familias tienden a elevar en el riesgo de muerte de las mujeres embarazadas. Al unificar varios factores el riesgo se elevó.<sup>(8)</sup>

Es fundamental identificar el espectro completo de factores y su interrelación. Para lograrlo es necesario hacer un diagnóstico y un análisis de la situación. La red causal permite establecer los factores que determinan la muerte o la supervivencia materna y

como se relacionan unos con otros, también provee bases para la toma de decisiones y para establecer prioridades.<sup>9</sup>

La adolescencia, etapa que sucede a la niñez y que se extiende hasta la edad adulta, es un período que se caracteriza por profundos cambios físicos, psicológicos y sociales, donde es difícil establecer límites cronológicos precisos para este período vital que abarca desde los 10 hasta los 19 años.

Es una etapa caracterizada por cambios en la esfera psicosocial, y en todos los aspectos se produce la estructuración de funciones nuevas, que incluye el nivel de autoconciencia, las relaciones interpersonales y la interacción social, derivándose de ellas trastornos psicosociales asociados como: embarazos indeseados, homosexualidad y trastornos de la personalidad, entre otros.

De todas las pautas del desarrollo, las relacionadas con la identidad sexual son quizás las más dramáticas y misteriosas para ellos, que los llevan a nuevos deseos y sentimientos.

Los conocimientos insuficientes o erróneos y la falta de orientación sexual conducen a situaciones conflictivas de gran tensión y frustraciones que ocasionan un número considerable de madres jóvenes, matrimonios adolescentes, embarazos precoces, abortos, trastornos anatomofisiológicos y desajustes psíquicos que indirectamente interfieren en el adecuado ajuste y desarrollo del individuo dentro de la sociedad.<sup>14</sup>

La vida sexual en los jóvenes empieza cada vez más temprano como resultado de la liberación sexual advertida en muchos países del mundo. Uno de los efectos de esta precocidad en la vida sexual es el embarazo en la adolescencia. Son numerosos los estudios que refieren que el embarazo en la adolescencia conduce a una serie de problemas, tanto para la madre como para el producto. Se observa una mayor incidencia de parto pretérmino, recién nacidos de bajo peso, depresión respiratoria y complicaciones perinatales.<sup>15</sup>

Los cambios corporales que anuncia la llegada de la pubertad, como inusitada estación del cuerpo, y que marcan el inicio de la adolescencia, provocan cierto desconcierto en los púberes y adultos cercanos. Comienza una nueva etapa de aprendizaje y cambios. Consideramos a la adolescencia como una etapa de la vida en sí misma, como la niñez o



la edad adulta, y no como un período de transición de un estado a otro, por lo tanto y siguiendo los criterios de la OMS, la consideramos como la etapa que transcurre desde la pubertad hasta los 19 años.

El reconocimiento del riesgo que representa el embarazo para la adolescente ha dirigido la atención de obstetras, y sicólogos hacia ese sector de la sociedad. 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.

En una reciente reunión el Comité Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha puesto de manifiesto que las complicaciones en el embarazo y el parto son la primera causa de muerte de adolescentes de entre 15 y 19 años en los países pobres y en vías de desarrollo.

Es en estos lugares donde las gestaciones tempranas suponen también un importante impacto en los sistemas de salud por los problemas sanitarios que generan. Los expertos en salud se han reunido esta semana en Ginebra, donde buscan fórmulas para frenar el elevado número de primeros embarazos en edades tempranas.

Además de las dolencias y problemas de salud derivados de la gestación y el parto adolescente (por ejemplo, un 65% de las mujeres que sufren fístula obstétrica desarrolló esta dolencia durante la adolescencia, con graves consecuencias para sus vidas), existe un fuerte vínculo entre los embarazos en edad temprana y los abortos practicados en condiciones deficientes.

Según datos de 2008, se practican anualmente en mujeres de entre 15 y 19 años de países en desarrollo alrededor de tres millones de interrupciones del embarazo sin las condiciones médicas apropiadas.

La OMS destaca que los embarazos tempranos también son peligrosos para los bebés, con tasas de muertes neonatales, en la primera semana y en el primer mes que de hasta

un 50% superior en adolescentes que en mujeres de entre 20 y 29 años. La OMS explica en un documento que

Cuanto más joven es la madre, mayor es el riesgo. Las tasas de nacimientos prematuros, bajo peso al nacer y asfixia del bebé son mayores entre los hijos de las adolescentes; todas estas condiciones incrementan la probabilidad de fallecimiento o de futuros problemas de salud para el bebé.

Hay que tener en cuenta también que las adolescentes tienen mayor tendencia al alcoholismo y el tabaquismo que las mujeres de más edad, lo que incide en la salud de los bebés.

A esto hay que sumar las consecuencias sociales de los embarazos adolescentes, especialmente en el caso de niñas solteras, con elevadas tasas de abandono escolar y, por lo tanto, de desarrollo educacional y de contribución al crecimiento de la economía.

La OMS advierte de que los embarazos en adolescentes solteras en países pobres y en desarrollo suele derivar en violencia y se relaciona de manera creciente con un posible motivo de suicidio entre niñas embarazadas.

Para afrontar el problema, la OMS recomienda frenar los matrimonios de menores de 18 años, reducir el número de embarazos de mujeres de menos de 20 años, impulsar el uso de métodos anticonceptivos, reducir el sexo forzado entre adolescentes y combatir los abortos en condiciones sanitarias deficientes.

En definitiva, si en el primer mundo los problemas con los que se enfrenta una madre adolescente son más bien psicosociales y los físicos se controlan más fácilmente, en los países en desarrollo los embarazos y partos de adolescentes siguen produciendo muchas muertes al año. Una situación trágica que podría prevenirse en buena medida<sup>16</sup>

Los nacimientos de madres adolescentes representan el 11% del total mundial, un porcentaje que aumenta hasta el 23 % cuando se contabilizan las dolencias y problemas de salud derivados de la gestación y el parto.

Por ejemplo, un 65 por ciento de las mujeres que sufren fístula obstétrica desarrolló esta dolencia durante la adolescencia, "con graves consecuencias para sus vidas, tanto física como socialmente", se afirma en el texto que estudian los delegados de la OMS.

Además, existe un fuerte vínculo entre los embarazos en edad temprana y los abortos practicados en condiciones deficientes.

Según datos de 2008, se practican anualmente en mujeres de entre 15 y 19 años de países en desarrollo alrededor de 3 millones de interrupciones del embarazo sin las condiciones médicas apropiadas.

La OMS destaca que los embarazos tempranos también son peligrosos para los bebés, con tasas de muertes neonatales, en la primera semana y en el primer mes que son de hasta un 50 por ciento superior en adolescentes que en mujeres de entre 20 y 29 años.

"Cuanto más joven es la madre, mayor es el riesgo. Las tasas de nacimientos prematuros, bajo peso al nacer y asfixia del bebé son mayores entre los hijos de las adolescentes; todas estas condiciones incrementan la probabilidad de fallecimiento o de futuros problemas de salud para el bebé", explica la OMS en su documento de trabajo.

Hay que tener en cuenta, asimismo, que las adolescentes tienen mayor tendencia al alcoholismo y el tabaquismo que las mujeres de más edad, lo que incide en la salud de los bebés.

A esto hay que sumar las consecuencias sociales de los embarazos adolescentes, especialmente en el caso de niñas solteras, con elevadas tasas de abandono escolar y, por lo tanto, de desarrollo educacional y de contribución al crecimiento de la economía.

La OMS advierte de que los embarazos en adolescentes solteras en países pobres y en desarrollo "suele derivar en violencia, aunque no hay cifras fiables acerca de la escala del problema".

"Se reconoce que el embarazo se relaciona de manera creciente con un posible motivo de suicidio entre niñas embarazadas. Igualmente, los embarazos entre niñas solteras derivan en homicidios, sobre la base del mantenimiento del honor de la familia", se señala.

Para afrontar el problema, la OMS recomienda frenar los matrimonios de menores de 18 años, reducir el número de embarazos de mujeres de menos de 20 años, impulsar el uso de métodos anticonceptivos, reducir el sexo forzado entre adolescentes y combatir los abortos en condiciones sanitarias deficientes.

En 2008, según la OMS, hubo 16 millones de nacimientos de madres de entre 15 y 19 años, el 95 por ciento de los cuales ocurrió en países pobres y en vías de desarrollo.

La tasa global de partos adolescentes bajó de 60 por cada 1.000 en 1990 a 48 por cada 1.000 en 2007, con índices desiguales en función de la región del planeta: en Asia la tasa en 2007 fue de 5 por cada 1.000 y en el África subsahariana de 121 por cada 1.000.

De acuerdo con la OMS, aunque estas tasas están reduciéndose de manera importante en las últimas décadas, el número absoluto de nacimientos de madres adolescentes no lo hace en la misma medida, debido al incremento de la población mundial en esa horquilla de edad.

Con respecto a los factores de riesgo asociados al embarazo adolescente, se ha logrado identificar una variedad que es posible agrupar en 3 categorías:

1. Factores de riesgo individuales: Menarquia precoz, bajo nivel de aspiraciones académicas, impulsividad, ideas de omnipotencia y adhesión a creencias y tabúes que condenan la regulación de la fecundidad y la poca habilidad de planificación familiar.
2. Factores de riesgo familiares: Disfunción familiar, antecedentes de madre o hermana embarazada en la adolescencia, pérdida de figuras significativas y baja escolaridad de los padres.
3. Factores de riesgo sociales: Bajo nivel socioeconómico, hacinamiento, estrés, delincuencia, alcoholismo, trabajo no calificado, vivir en un área rural, ingreso precoz a la fuerza de trabajo, mitos y tabúes sobre sexualidad, marginación social y predominio del “amor romántico” en las relaciones sentimentales de los adolescentes.<sup>18</sup>

Se ha visto que el mayor riesgo del embarazo adolescente no parece estar influenciado por las condiciones fisiológicas especiales, sino que es más importante la influencia de las variables socioculturales y las condiciones de cuidado y atención médica que se les

proporcione. Frecuentemente se presenta en el contexto de un evento no deseado, originándose en una relación de pareja débil determinando una actitud de rechazo y ocultamiento de su condición por temor a la reacción del grupo familiar, provocando un control prenatal tardío e insuficiente.

## Consecuencias del Embarazo Adolescente

En el último tiempo ha disminuido la edad en que los jóvenes se inician sexualmente y de esta manera ha aumentado, además, de forma preocupante, el embarazo no deseado en las adolescentes. Esto ha implicado que en este grupo etario específico se presenten una serie de consecuencias que de manera simple se agruparon en dos grandes grupos: somáticas y psicosociales.

### 1) Complicaciones somáticas

#### 1.1 Para la madre

La mortalidad materna del grupo de 15-19 años en los países en desarrollo se duplica al compararla con la tasa de mortalidad materna del grupo de 20 – 34 años. Con respecto a la morbilidad materno- fetal, la desnutrición materna es un factor importante que influye en el resultado de un neonato de bajo peso, aunque para algunos es sólo un factor influyente, lo que cobra fuerza cuando se asocia a otros riesgos, como una ganancia de peso insuficiente durante el embarazo. La anemia y el síndrome hipertensivo del embarazo han sido encontradas, por muchos autores, como complicaciones comunes entre las gestantes adolescentes. Las edades extremas constituyen un factor de riesgo conocido para la preeclamsia. La anemia se distingue como una de las complicaciones más frecuentes en el embarazo y es más común en mujeres con una dieta inadecuada, como es el caso de las menores de 20 años, donde los caprichos y malos hábitos alimenticios propios de la edad contribuyen al déficit de hierro.

Las verdaderas diferencias entre ambos grupos se producen principalmente por la edad de las adolescentes embarazadas, siendo el grupo de mayor riesgo el de las pacientes con edades menores de 16 años, donde se producirían con mayor frecuencia las variables analizadas. Otro factor relevante y quizás más difícil de controlar, es la deteriorada condición biopsicosocial que frecuentemente presentan las adolescentes,

destacándose en la revisión como el factor determinante en la aparición de patologías relacionadas con el embarazo adolescente.

Se ha descrito un mecanismo común que podría explicar las diversas afecciones propias del embarazo adolescente, el cual corresponde a una falla de los mecanismos fisiológicos de adaptación circulatoria al embarazo lo que se conoce como Síndrome de mala adaptación circulatoria, cuyas diversas manifestaciones clínicas pueden presentarse por separado o asociadas entre sí a nivel materno y/o fetales.

## 1.2 Para el hijo

El recién nacido de madre adolescente no tiene diferencias significativas respecto a las mujeres adultas, aunque si existen diferencias si la madre es menor a 15 años, ya que se han presentado una mayor incidencia de malformaciones especialmente las del cierre del tubo neural. El hecho de que las adolescentes se embaracen con un intervalo de tiempo menor de 5 años entre la menarquia y el parto es considerado un factor de riesgo para que se presenten resultados perinatales desfavorables.

## 2) Complicaciones Psicosociales

Uno de los principales problemas para las madres adolescentes es la deserción escolar. La baja escolaridad que alcanzan y la dificultad para reinsertarse al sistema escolar, tiene un efecto negativo en la formación del capital humano y la superación de la pobreza a nivel social. El rendimiento escolar de estas adolescentes, durante su permanencia en el sistema es deficiente, puesto que la repitencia es mayor al promedio general nacional. El 100% de las adolescentes embarazadas desertaron durante el embarazo, en tanto que la deserción escolar global en Chile, a nivel de enseñanza media, incluyendo a quienes desertaron por razón del embarazo, es de sólo 9,9% (36). La vergüenza y las complicaciones médicas del embarazo, como el síndrome hipertensivo y el parto prematuro, son las razones específicas de deserción que señalaron las adolescentes.

La adolescente madre además debe asumir una multiplicidad de roles adultos, especialmente la maternidad, para los cuales no está psicológicamente madura ya que, sigue siendo niña cognitiva, afectiva y económicamente, agudizándose esto aún más en

el caso de la primera adolescencia. La maternidad adolescente duplica con creces las posibilidades que tiene una mujer de vivir como allegada y reduce a la mitad la probabilidad de que viva con el padre de su hijo o en una familia nuclear durante el quinto después del nacimiento de su primer hijo. La probabilidad de que el padre biológico del hijo provea apoyo financiero en forma constante o esporádica al hijo de una madre adolescente es la mitad de la observada en una madre adulta.

La aparición de embarazo en la familia de una adolescente obliga a la reestructuración de las funciones de sus miembros, requiriéndose la movilización del sistema para encontrar nuevamente el estado de equilibrio familiar que, inicialmente, puede ser rechazado, crear sorpresa y frustración. Si lo habituales que todo el grupo familiar se deba adaptar para recibir a un nuevo miembro, esto es mucho más evidente en la adolescencia, ya que las familias de las adolescentes suelen ser más complejas, al incluir a sujetos en diversas etapas del desarrollo; los que probablemente no están esperando la llegada de un nuevo integrante.

La maternidad temprana parece tener más económicos que sociales y efectos más serios para el caso de las madres pobres que para todas las madres. Influye sobre el tamaño de la familia (familias más numerosas), los arreglos familiares (menos familias nucleares tradicionales) y la transmisión de preferencias de maternidad entre generaciones (las madres adolescentes “engendran” madres adolescentes). Lo que es más importante, la maternidad temprana parece arraigar la pobreza de las mujeres de bajos ingresos.

La incidencia de operación cesárea para toda la población, incluyendo todos los grupos etarios, se ha ido incrementada todos los años, pasando del 15,1% en 1993 al 47,3% en el 2005. Durante el período de evaluación, se realizaron 1.436 atenciones obstétricas a jóvenes menores de 15 años de edad, finalizando 1.050 por vía vaginal y 386 por cesárea, para una frecuencia de cesárea del 26,8%. Al considerar el grupo etario 15 a 19 años, se atendieron 36.547 partos, siendo 27.601 vía vaginal y 8.946 por cesárea, para una incidencia de cesárea en este grupo del 24,4%

### **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.<sup>15,23</sup>

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.<sup>3,17,24</sup>

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. 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.<sup>3,17,24</sup>

La estimación de abortos espontáneos en las primeras semanas de gestación es de aproximadamente 10% del total de los embarazos.<sup>(3)</sup>

### **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. Otros estudios, sin embargo, han encontrado una menor incidencia de partos operatorios en las adolescentes con respecto a las mujeres adultas.<sup>26</sup>

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.<sup>30</sup>

#### **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 al excesivo sangrado desde el sitio de implantación placentaria, traumatismo en el tracto genital y estructuras adyacentes o de ambos.<sup>30</sup>

#### **-Alumbramiento:**

Período del parto que ocupa la salida de los llamados anexos ovulares, es decir, la placenta y la bolsa amniótica.<sup>(6)</sup> 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.<sup>6</sup>

#### **-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 puede llevar a la madre a la muerte.<sup>6,25</sup>

#### **-Sangrado 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.<sup>6</sup>

Cada día el riesgo de complicaciones obstétricas aumenta mientras la adolescente presente más factores de riesgo. Considerando que el ser adolescente ya tiene un factor de riesgo el cual la cataloga, como un embarazo de alto riesgo, quien debe de recibir una atención especial. Para obtener resultados favorables y por consiguiente el bienestar materno infantil.

### **Recién nacido de Madre Adolescente**

Peso: No existen diferencias significativas con relación a las mujeres adultas, aunque parece existir entre las menores de 15 años, debiendo diferenciarse claramente los nacimientos pretérmino de los retardos del crecimiento fetal, con definidas repercusiones sobre la morbimortalidad perinatal. Entre las menores de 17 años hay mayor frecuencia de bajos pesos, con una prevalencia cercana al 14% de RN con menos de 2500 g. Las reservas maternas pregestacionales, medidas por el peso materno anterior al embarazo, tienen un importante efecto sobre el peso al nacer no ocurriendo así con la ganancia de peso durante la gestación, siendo el estado nutricional previo al embarazo el factor de mayor influencia en el BPN. Los estudios acerca de la repercusión de la nutrición materna sobre el peso al nacer se han dirigido al análisis de la influencia de: a) El estado nutricional previo al embarazo y b) La nutrición durante el embarazo.<sup>30</sup>

El bajo peso al nacer (BPN), es el índice predictivo más importante de la mortalidad infantil pues se ha demostrado que al menos la mitad del total de muertes perinatales ocurren en recién nacidos con bajo peso. Se enfatiza en que para alcanzar tasas de mortalidad infantil inferiores a 10 x 1000 nacidos vivos es indispensable un índice de BPN inferior al 6%, del cual el 60% debe corresponder a los nacidos entre las 21 y las 37 semanas de gestación (pretérminos) y un 40% a los que nacen con un peso inferior al que le corresponde para su edad gestacional, conocido por múltiples sinonimias, de ellas, la más comúnmente usadas es el crecimiento intrauterino retardado (CIUR)

El bajo peso de nacimiento está dado tanto por la condición de prematuro, como por el nacimiento de recién nacidos pequeños para la edad gestacional. En este sentido es interesante destacar que numerosas publicaciones sobre embarazo adolescente relevan una frecuencia mayor de recién nacidos pequeños para la edad gestacional con respecto al grupo de las madres adultas. Si bien la mayoría.

### **Mortalidad Perinatal.**

Su índice es elevado entre las adolescentes, disminuyendo con la edad (39,4% hasta los 16 años y 30,7% entre las mayores de 19 años). La mortalidad materna en adolescentes. En muchos países en desarrollo es francamente más alta. Con respecto al peso de los recién nacidos de madres adolescentes, en la

mayoría de los estudios se encuentra una frecuencia mayor de recién nacidos de bajo peso de nacimiento, pareciendo ser el principal riesgo del recién nacido de madre adolescente, con cifras de aproximadamente el 18%.

En América Latina, la mortalidad materna total y la específica por edades, ha disminuido en casi todos los países y, en algunos de ellos, ya no puede ser utilizada como indicador para evaluar el impacto de programas, utilizándose la auditoría de casos para el análisis de la calidad de atención en accidentes obstétricos y perinatales.

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.

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.<sup>31</sup>

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.

#### MORBILIDAD OBSTÉTRICA EN LAS ADOLESCENTES

En Chile (1991-1997), se informó que, la morbilidad de las adolescentes entre 10 y 14 años que necesitó internación, correspondía a accidentes y enfermedades respiratorias y digestivas, representando las causas gestacional es un 4,1% de los egresos. En el grupo de 15 a 19 años, la primera causa de hospitalización fue la gestación, alcanzando el 63,1% de los egresos. La distribución de la morbilidad obstétrica fue semejante a la de las adultas con mayor frecuencia de estados hipertensivos y desproporciones feto pélvica.

Llama la atención el impacto de la desnutrición en las embarazadas adolescentes, llegando a un 19,4% de enflaquecidas al momento del parto y la frecuencia del RN <2,500g alcanzó al 15% en ellas, siendo 5 veces superior a la frecuencia de prematuros en adolescentes de nutrición normal. Este fenómeno es mucho más grave en comunidades rurales, notándose un 41,4% de adolescentes de bajo peso al ingreso al control prenatal.

La aplicación de un programa integral para adolescentes embarazadas, impactará sensiblemente en la disminución de la morbilidad obstétrica como ser: infecciones urinarias, preeclampsia y eclampsia, tasa de cesáreas (salvo <15 años). Los RCIU y PEG llegan al 15-18%, superior a las mujeres adultas. No se ha confirmado la mayor frecuencia de malformados en embarazadas adolescentes.

En estudios de seguimiento, se comprobó relación entre mayor frecuencia de patologías de salud mental y desestructuración familiar, abandono de pareja y voluntariedad del embarazo, pobreza en la capacidad de expresión, manejo e interpretación de los sentimientos de afectividad. El abandono, en cualquier de sus formas, lleva a la pérdida de la autoestima a límites de peligrosidad, dificultando la comunicación con la adolescente (especialmente durante el embarazo).

### **Mortalidad Materna**

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.

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.<sup>6,4</sup>

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.<sup>6,23</sup>

Factores protectores.

Son recursos personales o sociales que atenúan o neutralizan el impacto de un daño. Para una adolescente, una familia continente (aunque uniparental), un diálogo fluido con adulto referente, un rendimiento escolar satisfactorio y un grupo de pares con conductas adecuadas, son factores protectores.

Factores de riesgo.

Son características o cualidades de una persona o comunidad unidas a una mayor probabilidad de sufrir daño en salud.

Hay algunos que son más frecuentes e importantes y que deben ser buscados en la entrevista pudiendo ser divididos en psicosociales y biológicos, aunque siempre se asocian.

El enfoque de riesgo se caracteriza por ser:

1. Anticipatorio: permitiendo aplicar medidas preventivas
2. Integral: abarcando los aspectos biológicos, psicológicos y sociales del individuo.

El enfoque de riesgo en la adolescencia es muy importante ya que los comportamientos ante la morbilidad predominante en la adolescencia comparten la toma de riesgo y hay que investigarlos sistemáticamente, por lo que de un equipo interdisciplinario.

### **Factores psicosociales de riesgo en la adolescente embarazada**

Asincronía madurativa físico-emocional

Baja autoestima  
Bajo nivel de instrucción  
Ausencia de interés  
Pérdida reciente de personas significativas  
Embarazo por violación o abuso  
Intento de aborto  
Propósito de entregar el hijo en adopción  
Familia disfuncional o ausente, sin adulto referente  
Trabajo no calificado  
Pareja ambivalente o ausente  
Condición económica desfavorable  
Marginación de su grupo de pertenencia  
Difícil acceso a los centros de salud.

#### **Factores de riesgo biológico en la embarazada adolescente**

Edad cronológica < 14 años y/o edad ginecológica < 1 año  
Peso < 45 Kg y/o talla < 1,45 m  
Estado nutricional deficiente  
Aumento insuficiente de peso para su biotipo y estado preconcepcional  
Hábitos alimentarios inadecuados en calidad y cantidad  
Consumo de tóxicos (tabaco, alcohol y otras sustancias)  
Tatuajes  
Más de 2 parejas.

Si se llega a la conclusión que es necesario el uso de algún método anticonceptivo, se debe definir desde todos los puntos de vista cual de ellos es el más efectivo. Para ello se debe tomar en cuenta que cada adolescente es un caso individual, por lo que no deben aplicarse medidas anticonceptivas en general.

Se han categorizado 7 tipos de adolescentes a los cuales la metodología anticonceptiva debe adaptarse:

- Adolescentes con una o más gestaciones terminadas en aborto o nacimiento.

- Adolescentes con vida sexual activa y decidida a no embarazarse con buena educación sexual.
- Adolescente con vida sexual activa o esporádica y desconocimiento por ignorancia o criterios equivocados del riesgo de embarazarse.
- Adolescentes que ya sean por ansiedad o por probar su fertilidad están decididos a tener su primer hijo de uniones legales o ilegales.
- Adolescentes que por una razón u otra desean permanecer castos.
- Adolescentes que son impulsados a la prostitución por factores económicos.
- Adolescentes incapacitados con afecciones mentales

#### CARACTERÍSTICAS DE LA ADOLESCENTE QUE LA DIFERENCIA DE LA MUJER ADULTA

- a. La adolescente tiene poca conciencia de salud, resultándole muy difícil asumir un autocuidado debido a las circunstancias en que ocurrió el embarazo y las dificultades que éste le plantea. No tiene tiempo para pensar que debe concurrir regularmente a la consulta, no comprende la importancia de los estudios complementarios, interpretándolos como castigo. Por ello hay que explicarle muy cuidadosamente para qué sirven y cómo se los realizarán.
- b. La adolescencia no ha elaborado aún la identidad de género: si no puede comprender cabalmente lo que es ser mujer, menos comprenderá el significado de tener un hijo. Puede manifestarse contenta por ello, siendo más una idealización de la maternidad que una visión real de ella.
- c. Una característica de la niñez y de la adolescencia temprana y media es el pensamiento mágico, convencimiento de que las cosas van a ocurrir según sus deseos (ej: “el parto no me va a doler”, “nos vamos a vivir juntos y nos vamos a

mantener con lo que él gana”), lo que puede poner en riesgo a la adolescente y/o su hijo.

- d. Tiene temor a los procedimientos invasivos, incluso para los estudios complementarios.
- e. Tienen menos información sobre todo el proceso, ya que las vicisitudes del embarazo, parto y crianza no son temas de conversación a esa edad. No han conversado con adultas comparando síntomas, por lo que el médico deberá brindar toda la información lo más clara posible.



### **III OBJETIVOS**

#### **3.1 General:**

3.1.1 Cuantificar el riesgo de las adolescentes de presentar complicaciones durante el trabajo de parto, en el Hospital Roosevelt, durante el periodo comprendido de enero a octubre del año 2014.

#### **3.2 Especifico**

3.2.1. Determinar el tipo de complicaciones que se presentan durante el parto en las adolescentes

3.2.2 Realizar una caracterización del parto de adolescentes en base a la edad, tipo de parto, semanas de gestación, escolaridad, estado civil, procedencia, etnia y ocupación.

## **IV. MATERIAL Y METODOS**

### **4.1 Tipo y diseño de la investigación.**

Estudio Casos y controles, se incluyó a todas las adolescentes que ingresaron en trabajo de parto en el Hospital Roosevelt. El grupo de estudio fue una población aproximada de 300 pacientes entre las edades de 10 a 19 años, Y un grupo control de 150 gestantes no adolescentes comprendidas entre las edades de 20 a 30 años con trabajo de parto durante el periodo de enero a octubre de 2014.

### **4.2 Población.**

Adolescentes embarazadas de 10-19 años de edad y Paciente no adolescente de 20 a 30 años, atendidas en el servicio de Labor y partos del Hospital Roosevelt durante el periodo comprendido entre enero a octubre del año 2014.

### **4.3 Selección y tamaño de la Muestra**

Universo año 2012 adolescentes primíparas 1600 pacientes, de ellas aproximadamente el 20% presentó alguna complicación, lo que nos indica un total de 300 pacientes, Que será la base para el Total de Caso 300 y controles 150.

### **4.4 Unidad de Análisis**

Pacientes adolescentes y No adolescentes con trabajo de parto sin antecedentes de enfermedades crónicas.

### **4.5 Criterios de Inclusión y Exclusión:**

1. Inclusión:

- a) Embarazadas adolescentes de 10-19 años.
- b) Embarazadas no adolescentes de 20 a 29 años
- c) Sin Enfermedades Crónicas de Base
- c) Nulíparas.

2. Exclusión:

- a) Registros clínicos incompletos.
- b) Pacientes con Enfermedades Crónicas de base
- b) Pacientes con riesgo no laboral

\*Adolescentes Embarazadas con Antecedentes de Abuso Sexual.

#### 4.6 Variables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable	Escala de Medición	Unidad de Medida
COMPLICACIONES OBSTETRICAS	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.	<p><b>Complicaciones más frecuentes según el registro clínico:</b></p> <p>Distocias de presentación Fetal. Cuando el feto opta alguna alteración en la presentación, posición y situación.</p>	Cualitativa	Nominal	Presente Ausente
		<p>•Desproporción Cefalopélvica Alteración obstétrica en la que la cabeza del feto es demasiado grande o el canal del parto materno demasiado pequeño para permitir un parto o nacimiento por la vía normal.</p>	Cualitativo	Nominal	Presente Ausente
		<p>•Trabajo de parto pretérmino. Nacimiento de más de 28 semanas y menos de 37 semanas de gestación.</p>	Cuantitativo	Intervalo	Semanas
		<p>•Trabajo de parto prolongado Detención del trabajo de parto, luego de la presentación de contracciones uterinas intensas y vigorosas, sin progresión del feto por causas mecánicas o dinámicas lo cual se prolonga por encima de las 12 horas.</p>	Cuantitativo	Nominal	Horas
		<p>•Retención placentaria La placenta no se desprende de su lecho de inserción en un tiempo prudencial, que se estima en 30 minutos, después del nacimiento del Recién Nacido.</p>	Cuantitativo	Ordinal	Minutos

		<p>•Preeclampsia Presencia de P/A <math>\geq</math> a 140/90mmhg, proteinuria en orina y/o signos premonitorios: Cefalea, visión borrosa, epigastralgia, vértigos, tinitus.</p>	Cuantitativo	Nominal	Mmhg
		<p>•Eclampsia es la aparición de convulsiones o coma durante el embarazo en una mujer después de la vigésima semana de gestación, el parto o en las primeras horas del puerperio sin tener relación con afecciones neurológicas. -Síndrome de Hellp Hemólisis, Elevación de Enzimas Hepáticas, Trombocitopenia</p>	Cualitativo	Nominal	Presente Ausente
		<p>•Rasgaduras Perineales Se Clasifica en 4 grados. Grado I: Lesión Perineal. Grado II: Lesión del Músculo del periné sin afectar el esfínter anal. Grado III: Lesión del esfínter anal. III. a) Lesión del esfínter anal externo &lt;50% III. b) Lesión del esfínter anal externo &lt;50% III. c) Lesión del esfínter anal interno y externo. Grado IV: Lesión del esfínter anal y la mucosa rectal.</p>	Cualitativo	Ordinal	Grado de Rasgadura
		<p>•Sangrado del sitio de implantación</p>			

		<p>placentaria Tejido placentario retenido o atonía uterina.</p> <p>•Muerte es un proceso terminal que consiste en la extinción del proceso homeostático de un ser vivo y, por ende, concluye con el fin de la vida</p>	<p>Cualitativo</p> <p>Cualitativo</p>	<p>Nominal</p> <p>Nominal</p>	<p>Presente Ausente</p>
<p>PARTO EN ADOLESCENTES Y NO ADOLESCENTE</p>	<p>Trabajo de parto: Conjunto de acontecimientos que suceden para permitir el nacimiento de un bebe.</p>	<p>Paciente Embaraza con trabajo de parto adolescente(edad comprendida entre 10 a 19 años)</p> <p>No adolescente: Mujer mayor de 19 años hasta 30 años.</p>	<p>Cuantitativo</p>	<p>Razón</p>	<p>Años</p>
<p>CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS SOCIALES, CULTURALES Y PROPIAS DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS</p>	<p>Conjunto de condiciones que describen el perfil socio-demográficas, sociales, culturales y propias de las adolescentes embarazadas</p>	<p><b>Edad:</b> Datos de la edad en años cumplidos, anotado en el registro clínico.</p> <p><b>Tipo de Parto</b> Parto Vaginal o PES: el bebé nace cruzando por la vagina de la madre, sin la ayuda de fármacos. Ocurre en una posición ginecológica, con la gestante en posición decúbito dorsal.</p> <p>Parto Abdominal PDS: se realizan quirúrgicamente mediante una operación abdominal llamada <i>cesárea</i>.</p>	<p>Cuantitativa</p> <p>Cualitativa</p> <p>Cualitativo</p>	<p>Razón</p> <p>Nominal</p> <p>Razón</p>	<p>Años</p> <p>Parto Eutócico Simple(PES)</p> <p>Parto Distócico Simple(PDS)</p>

		<b>Semanas de Gestación:</b> Edad gestacional comprendida a partir de las 20 semanas	cuantitativo	Razón	Semanas de Gestación
	<b>Estado Civil</b>	Dato de registros clínicos sobre el tipo de relación que la une a su pareja: Soltera Casada Unida Divorciada Viuda	Cualitativa	Nominal	Estado Civil
	<b>Escolaridad</b>	Lo anotado en el registro clínico de los años que ha cursado de estudio.* Analfabeta Primaria Secundaria Diversificado Universidad	Cualitativa	Nominal	Escolaridad
	<b>Ocupación</b>	Labor que desempeña todos los días del mes. Anotado en el registro Clínico. Estudiante Amad de casa Trabajo formal.**	Cualitativa	Nominal	Tipo de Ocupación

	<b>Etnia</b>	Grupo cuyos miembros presentan rasgos culturales y lingüísticos comunes. Anotado en el registro clínico	Cualitativa	Nominal	Tipo de Etnia
	<b>Procedencia</b>	Región o lugar geográfico de donde se origina una persona tomado del registro clínico. Rural Urbano	Cualitativa	Nominal	Procedencia
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 durante el año 2014 / número de nacidos vivos de adolescentes ocurridos en el mismo periodo de tiempo)X 100,000	Cuantitativa	Razón	Taza de Mortalidad

\*Se tomará el último año cursado, sin importar si termino o no la Primaria, secundario o diversificado.

\*\*Trabajo formal: Asalariado, paga impuestos y tiene prestaciones de ley.

\*\*\*Trabajo Informal: Asalariado pero no paga impuesto y no tiene prestaciones

#### **4.6 Instrumentos Utilizados para la recolección de Información**

El instrumento para la recolección de datos, se elaboró en base a los requerimientos de la investigación, que será llenado con los registros clínicos de las pacientes adolescentes (10 a 19) años que asistieron al Hospital Roosevelt, durante el periodo descrito y que cumplieron los criterios de inclusión. Tales como: Pacientes sin Enfermedades Crónicas de Base, Nulíparas, que los registros clínicos contengan edad, estado civil, escolaridad, procedencia, etnia, edad de gestacional y número de gestas. (Ver anexo # 1)

#### **4.7 Procedimientos para la recolección de Información**

- Se revisó cada expediente clínico para determinar que pacientes llenan los criterios de Inclusión para ser parte del estudio. Del total de casos a revisar que son 300 y 150 controles.
- Semanalmente se revisó un total de 10 casos y 5 controles, que cumplan con los criterios de inclusión y los requerimientos de la hoja de recolección de datos.
- Los días indicados de selección y recolección de datos fue cada post-turno del investigador, de tal forma que facilitara la obtención de los datos y la confiabilidad del mismo.
- Se obtuvo la Información de acuerdo a la boleta de recolección de datos para dicha investigación.
- De acuerdo a los datos obtenidos se procede a realizar lo siguiente: Tabulación, cuadros, Análisis de los datos y aplicación de Odds Ratio (OR) e Intervalo de confianza (IC) a los datos obtenidos.
- Seguidamente se discute y analizan los resultados obtenidos y las conclusiones correspondientes y se formulara las recomendaciones pertinentes.



#### **4.8 Principios Éticos.**

El estudio se enfocó en la revisión de expedientes clínicos de pacientes adolescentes durante el trabajo de parto que presenten complicaciones en comparación con una población de mayor edad con dichos datos se respetó la confiabilidad de resultados por el investigador.

#### **4.9 Análisis Estadístico.**

Se aplicó el cálculo de OR (Odds Ratio) e IC (Intervalo de Confianza).

## V. RESULTADOS

Los resultados que a continuación presento describen datos sobre las pacientes sujetas de estudio, datos obtenidos de la hoja de encuesta, teniendo una población de 300 casos y 150 controles, estudio de título: “complicaciones del parto en adolescentes”.

Se describen las complicaciones presentadas en las adolescentes y la probabilidad de riesgo en relación al grupo control, siendo los resultados: Sufrimiento Fetal Agudo OR 5.07 (95% IC 2.61 – 9.85), Desproporción Cefalopélvica OR 4.83 (95% IC 2.48 – 9.38), Trabajo de Parto Pretérmino OR 3.12 (95% IC 0.90 – 10.79), Síndrome de Hellp OR 4.56 (95% IC 0.24 – 85.41), Preeclampsia OR 1.32 (95% IC 0.62 – 2.83), Rasgadura Perineal OR 2.52 (95% IC 0.12 – 52.84) y Distocia de Presentación OR 5.67 (95% IC 0.72 – 44.34) las que pueden observarse en la tabla No. 1.

Las complicaciones más frecuentes observadas son: Sufrimiento Fetal Agudo en un 28.6% y Desproporción Cefalopélvica en un 27.6%. Las menos frecuentes son: Preeclampsia con 8.6%, Trabajo de Parto Pretérmino 6%, Distocia de presentación 3.6%, Síndrome de Hellp 1.33% y Rasgadura perineal de 0.66%.

La edad de las pacientes por grupo etáreo: < de 13 años; 5 pacientes, 14 – 16 años: 159 pacientes, 17-19 años 136 pacientes, 20 – 23 años: 60 pacientes, 24 – 26 años: 56 pacientes, 27 – 30 años 34 pacientes

El tipo de parto en adolescentes Vrs. no Adolescentes: El 86% (258) de partos en adolescentes se resuelven por cesárea con un OR 20.45 (95% CI 12.68 - 34.63) y el 14% (42) fue parto Eutócico. En el grupo control el 23% (34) se resuelve por cesárea y el 77% (116) Parto Eutócico

El 57% de las pacientes de las adolescentes se presentaron a la edad gestacional de 37 a 40 semanas, 28% menor de 37 semanas y el 15% mayor de 40 semanas. En el grupo control el 58% se presentó a las 37-40 semanas, 28% > de 40 semanas y 14% menor de 37 semanas.

Dentro de las características importantes en relación a las adolescentes son: estado civil: unidas 62%, soltera 24.3% y casadas 17%. Escolaridad: Primaria 56% y Secundaria 44%.

Ocupación: ama de casa 93%, estudiante 6%. Etnia 86% indígena. Grupo control, Estado Civil: 54% unidas, 36% casadas y 10% solteras. Escolaridad: Primaria 43% y Secundaria 57%. Ocupación: Ama de casa 86% y Estudiante 6% y el 88% son indígenas.

## RESULTADOS

**Tabla I**

Probabilidad de las adolescentes de presentar complicaciones durante el trabajo de parto

Complicaciones	Probabilidad de Riesgo (OR)	IC (95%)	Nivel de Significancia (P)
Sufrimiento Fetal Agudo	5.07	2.61 – 9.85	<0.0001
Desproporción Cefalopélvica	4.83	2.48 - 9.38	<0.0001
Trabajo de Parto Pretérmino	3.12	0.90 – 10.79	0.0711
Síndrome de Hellp	4.56	0.24 – 85.41	0.3093
Preeclampsia	1.32	0.62 – 2.83	0.4622
Rasgadura perineal	2.52	0.12 – 52.84	0.5514
Distocia de Presentación	5.67	0.72 – 44.34	0.0982

Fuente: Hoja de recolección de datos.

**Tabla 2**

Complicaciones del Parto por grupo Etéreo

Complicaciones	Grupo Etéreo			
	10-19 AÑOS	%	20-29 AÑOS	%
Sufrimiento Fetal Agudo	86	28.6	11	7.3
Desproporción Cefalopélvica	83	27.6	11	7.3
Preeclampsia	26	8.6	10	6.6
Trabajo de Parto Pretérmino	18	6	3	7.3
Distocia de Presentación	11	3.6	1	0.6
Síndrome de Hellp	4	1.33	0	0
Rasgadura perineal	2	0.66	0	0
<b>Total</b>	<b>230</b>		<b>36</b>	

Fuente: Hoja de recolección de datos.

**Tabla 3**

Edad de las pacientes por grupo Etéreo

<b>EDAD</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>%</b>
<b>&lt;13 AÑOS</b>	5	1.2
<b>14-16 AÑOS</b>	159	35.3
<b>17-19 AÑOS</b>	136	30.2
<b>20-23 AÑOS</b>	60	13.4
<b>24-26 AÑOS</b>	56	12.4
<b>27-30 AÑOS</b>	34	7.56
<b>Total</b>	450	100

Fuente: Hoja de recolección de datos.

**Tabla 4**

Tipo de parto de acuerdo a edad materna. Adolescente Vrs. No Adolescente.

TIPO DE PARTO	GRUPO ETAREO			
	10-19 AÑOS		20-29 AÑOS	
EUTÓCICO	42	14%	116	77%
CESÁREA	258	86%	34	23%

Se realiza OR del Tipo de Parto, vía abdominal (Cesárea) siendo el resultado OR 20.95 (95% CI 12.68 - 34.63).

Fuente: Hoja de recolección de datos.

**Tabla 5**

Edad Gestacional por grupo etáreo

Edad Gestacional	Grupo Etáreo			
	10 - 19 años		20 - 29 años	
	Número	%	Número	%
<b>&lt; de 37 semanas</b>	85	28	21	14
<b>37 - 40 semanas</b>	170	57	87	58
<b>&gt; 40 semanas</b>	45	15	42	28
<b>Total</b>	300	100%	150	100%

Fuente: Hoja de recolección de datos.



**Tabla 6**  
Características importantes por grupo etáreo

	CASOS		CONTROLES	
		%		%
<b>EDAD MEDIA</b>	----	17	----	23
<b>CASADAS</b>	41	13.7%	54	36%
<b>SOLTERA</b>	73	24.3%	16	10%
<b>UNIDA</b>	186	62%	80	54%
<b>ESCOLARIDA PRIMARIA</b>	168	56%	65	43%
<b>ESCOLARIDA SECUNDARIA</b>	132	44%	85	57%
<b>AMA DE CASA</b>	186	93%	112	86%
<b>ESTUDIANTE</b>	13	6%	3	6%
<b>TRABAJO INFORMAL</b>	23	1%	35	8%
<b>ETNIA INDIGENA</b>	248	82%	132	88%
<b>PROCEDENCIA URBANA</b>	135	54.5%	105	60%

Fuente: Hoja de recolección de datos.

## VI. DISCUSIÓN Y ANALISIS

Se calculó, Odds Ratio e Intervalo de confianza para cada complicación presentada, en el que observamos: Para Sufrimiento Fetal Agudo OR 5.07 (95% IC 2.61 – 9.85) que significa que las adolescentes tienen 5 veces más probabilidad de que la patología se presente en comparación con el grupo control y esta diferencia (por intervalo de confianza) es estadísticamente significativo, de igual forma con un valor de 4.83 (95% IC 2.07 – 6.86) significa que tiene 5 veces más probable que las adolescentes presenten Desproporción Cefalopélvica, valor estadísticamente significativo.

Las complicaciones del parto se presentaron en ambos grupos, evidenciando que en grupo de adolescentes la cantidad de los datos es mayor, lo que significa que la frecuencia es considerable, dentro de las complicaciones más frecuentes en las adolescentes fueron: Desproporción Cefalopélvica y Sufrimiento Fetal Agudo, con datos considerablemente elevados en relación a la población de mayor edad.

Estudio de casos y controles de las 2 055 madres menores de 20 años, que tuvieron su parto en el Hospital Provincial docente “Carlos Manuel de Céspedes” de Bayamo, Provincia Granma, Cuba, refleja que el 38,6 % de las adolescentes tuvieron partos distócicos y de ellos, el 35,7 % fueron por cesárea. Los diagnósticos preoperatorios más frecuentes fueron: desproporción céfalo pélvica, sufrimiento fetal agudo y la inducción fallida.<sup>26</sup>

Hallazgo observado en estudio descrito se evidencia que las complicaciones que las adolescentes presentaron y llevaron a la resolución del embarazo vía abdominal son similares a las observadas en nuestro medio.

La desproporción Cefalopélvica es frecuente por la falta de desarrollo en la anatomía de la adolescente, el Sufrimiento Fetal Agudo se debe al estrés que vive la paciente durante el trabajo de parto, cambio poco tolerable y que en población mayor se observa con menor frecuencia.

Complicaciones como: Trabajo de Parto Pretérmino OR 3.12 (95% IC 0.90 – 10.79), Síndrome de Hellp RR 4.56 (95% IC 0.24 – 85.41), Preeclampsia OR 1.32 (95% IC 0.62 – 2.83), Rasgadura Perineal OR 2.52 (95% IC 0.12 – 52.84) y Distocia de Presentación OR

5.67 (95% IC 0.72 – 44.34), estas últimas complicaciones no son estadísticamente significativas, ya que presentan un intervalo de confianza muy ancho, lo que indica que se presentarían en la misma frecuencia que el grupo control.

Se describe por grupos etáreo, las edades de las pacientes, siendo un total de 300 casos y 150 controles. En el que se observa que entre las edades de 14 a 16 es la mayor cantidad de población siendo 159 pacientes. Y en las adultas la cantidad mayor es de 20 a 23 años, siendo 60. Datos similares se encuentran en la literatura.<sup>6,4</sup> Lo que indica que la población adolescente es muy alta y muy joven para el embarazo, lo que predispone a esta población a ser de alto riesgo y expuesto complicaciones, perinatales y posnatales.

De acuerdo al tipo de parto que presenta la población a estudio, de acuerdo a la edad. Se observa que la incidencia de cesáreas en las adolescentes es hasta 86% con un OR 20.95 (95% CI 12.68 - 34.63), lo que significa que la adolescente tiene casi hasta 21 veces más probabilidades de resolver el parto por Cesárea en comparación al grupo control. Ahora para Parto Eutócico solo 14%. El grupo de mayor edad: parto por Cesárea 23% y Parto Eutócico 77%. En estudios descritos la probabilidad de que el embarazo se resuelva por cesárea es un poco menor sin embargo en comparación a grupo de mayor edad, en las adolescentes si el riesgo es elevado.<sup>25,26</sup> Como se mencionó la incidencia se eleva porque la adolescente tiene mayor probabilidad de sufrir complicaciones maternas y neonatales lo que conlleva a tener mayor probabilidad de resolución de embarazo vía abdominal.

Se observa que en las adolescentes el 28% asistió a atender su parto con edad gestacional menor de 37 semanas, en las adultas fue el 14%. La cantidad mayor se observó en entre las edades de 37-40 semanas en la adolescente y 58% en las adultas. Sin embargo, la tasa de embarazos de las adolescentes que asisten antes de las 37 semanas es significativa en relación a la población mayor. Datos similares se encuentran en la literatura.<sup>31,32</sup> Esto es se debe a que las adolescentes no llevan un adecuado control prenatal, e incluso no asisten al mismo lo que las predispone a presentar trabajo de parto pretérmino. Se evidencia un alto índice de maternidad irresponsable en este grupo de edad.

Se evidencia ciertas características epidemiológicas, culturales y sociales en comparación con el grupo control. Observando que entre la población adolescente la edad promedio

que se encontró con mayor frecuencia es de 17 y en las adultas de 23. En estado civil en las adolescentes hay menor población casada y mayor población soltera, por la edad la mayoría de ellas siendo un 66% solo cursa primaria y abandona la escuela, el resto 44% cursa secundaria, pero no hay población que haya cursado el nivel medio. En el mismo cuadro observamos que el 93% es ama de casa el porcentaje es tan bajo siendo el 13% que aún continúa estudiando, lo que indica que la mayoría de población que se embaraza no continúa estudiando, aun siendo esta población con un alto porcentaje originarios de áreas urbanas 54.5%.

En los resultados discutidos anteriormente se evidencia que hay un marcado número de partos en adolescentes, la mayoría de ellas con nivel académico bajo y que no continúan estudiando, el ser embarazada y madre adolescente la predispone a no tener un hogar estable, en su mayoría ellas son solteras, unidas y una poca cantidad son casadas.

Un estudio de casos y controles para analizar la incidencia, los riesgos, así como las complicaciones del embarazo y el parto evidencio que, el bajo peso materno estuvo presente en el 59,8 % de las adolescentes, el 87,1 % de estas eran amas de casa, el 78% de estas gestantes presentó alguna enfermedad durante el embarazo y sus productos sufrieron mayor número de complicaciones, además de asociarse con mayor frecuencia las complicaciones postparto para la madre.<sup>25</sup> Confirmamos que nuestros datos obtenidos son muy similares.

Por los datos estadísticos de otros países reportados por la OMS, la incidencia de embarazos en adolescentes es alto, coincide con los datos que ya observamos en las estadísticas descritas, al ser Guatemala un país en subdesarrollo se le une otros factores que predispones a las adolescentes a embarazarse, pobreza, desnutrición, poco acceso a servicios de salud, falta de información, el desinterés de los Padres a sus hijos, el temor de los hijos a los Padres, todo ello contribuye a que los índices de embarazo en las adolescentes sea elevado.

En Costa Rica se realizó un estudio el cual revela la edad, la educación, condición social, estilo y calidad de vida que tienden a elevar el riesgo de muerte de las embarazadas. Al unificar varios factores el riesgo se elevó.<sup>9</sup> De la misma forma vemos que la población de adolescentes tiene muchos factores de riesgo para tener un embarazo de alto riesgo y por consiguiente un parto con múltiples necesidades y atención especial. En el estudio

realizado se evidencia en comparación con las mujeres adultas muchos factores de riesgo, que no favorecen la culminación de un parto exitoso, además el nivel cultural hace que la mayor población no asista a un centro asistencial y las que lo hacen ya con más factores que la predisponen a ser candidatas para una atención especializada.

Se confirma con este estudio datos que en otros países han determinado sobre incidencia de complicaciones, prevalencia de embarazo en adolescentes, características epidemiológicas de este tipo de pacientes que son similares en los países subdesarrollados.

Por lo que es importante crear estrategias de atención a este grupo de pacientes durante el periodo prenatal, neonatal y posnatal, para evitar que se convierta en un círculo de vida. Previniendo la alta tasa de mortalidad materno-neonatal que la incidencia es alta en este grupo de edad

## **6.1 CONCLUSIONES**

**6.1.1** Las adolescentes durante el trabajo de parto tienen 5.07 veces más riesgo de presentar Sufrimiento Fetal Agudo y 4.83 veces más riesgo de Desproporción Cefalopélvica. Ambas por el Intervalo de confianza son estadísticamente significativas.

**6.1.2** Trabajo de Parto Pretérmino, Síndrome de HELLP y Distocia de presentación, tiene un riesgo elevado sin embargo no es estadísticamente significativo, por lo que se presentara con la misma frecuencia que el grupo control.

**6.1.3** La Preeclampsia se presentó con un riesgo de 1.32 veces, sin embargo, no es significativo según el intervalo de confianza.

**6.1.4** El 86% de partos en las adolescentes fueron resueltos por Cesárea, quienes tienen un riesgo de 21 veces de que se resuelva el parto vía abdominal en comparación al grupo control y solo un 14% fueron Partos Eutócicos, siendo las indicaciones más frecuentes de cesárea sufrimiento fetal agudo siguiéndole Desproporción Cefalopélvica

**6.1.5** El realizar una correcta evaluación de las adolescentes, llevara a una adecuada atención y disminuir el riesgo de complicaciones.

**6.1.6** El 28% de las adolescentes consultaron en edad gestacional menor de 37 semanas y 14 % en el grupo control.

## **6.2 RECOMENDACIONES**

**6.2.1** 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.

**6.2.2** Crear programas 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.

**6.2.3** Evaluar cada caso, priorizando a la población de alto riesgo como lo las adolescentes menores de 17 años y determinara la vía de resolución de embarazo, realizando una adecuada evaluación, desde una historia clínica completa y Examen Físico.

**6.2.4** Los altos índices de cesáreas en esta población las convierten en una población de riesgo. Considerando que El Hospital Roosevelt es un hospital que atiende a pacientes de alto riesgo. Las adolescentes pertenecen a este grupo quienes tienen el derecho de ser atendidas como un grupo especial con las medidas necesarias para prevenir la morbi-mortalidad materna y neonatal.

**6.2.5** Implementar protocolo de manejo y atención del parto en este grupo especial (adolescentes) así prevenir complicaciones. (Ver anexo # 3)

**6.2.6** Dar seguimiento en el puerperio a las adolescentes para evaluar el inicio de método de planificación Familiar y consejería especial para prevenir un segundo embarazo en un periodo intergenesico corto.

## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Conde-Agudelo A, Belizan JM, Lammers C. Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: Cross-sectional study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2004. 192:342–349.
2. GSD. Financiamiento de la salud integral de la mujer y la salud reproductiva en Guatemala: Debates y Consensos. Documento de trabajo. 2008.
3. 21 -SIGSA, 2009
4. Issler JR. Embarazo en la adolescencia. Revista de posgrado de la de la VI cátedra de Medicina. 2010;107:11-23
5. Balestena Sánchez JM, Balestena Sánchez SG. Impacto de la menarquía en los resultados maternos perinatales en la adolescencia. RCOG [en línea] 2005 [25 de noviembre de 2005]
6. Galich L F. Población y salud materno infantil. Documento informativo. Guatemala, octubre 2006. Págs. 2-12.
7. UNICEF. Mortalidad materna: estrategia para la reducción en América Latina y El Caribe. Análisis y Recomendaciones para la Región. Revista Centroamericana de ginecología y obstetricia. Volumen 9 No 2, Mayo-agosto 2009 Paginas 32-50.
8. Vargas, Gonzáles Rafael. Factores de Riesgo asociados a muerte materna en Costa Rica entre 2004 - 2008. Tesis (Maestría en Salud Pública). Universidad de Costa Rica. 2008.
9. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades. Decimo Segunda, edición. Washington DC. 2005.



10. Bissot-A; Villera-K; Solao-H. Perinatal factors Which affect lowbirth. RevistaMedica de Panamá. Jan-May; 20. 2006.
11. Erich Saling. Perinatology, Nestlé, Nutrición. Workshop series Volumen 26 Ranev . 2004.
12. Arecha Valeta, Helene. La Adolescente Embrazada. Revista de Ginecología y Obsterricia de Venezuela. Volumen 45. 2009.
13. Organización Mundial de la Salud. Prevención de la Mortalidad Materna. Ginebra Suiza 2005. Capítulos 2-6.
14. OPS. La salud del adolescente y el joven en las Américas. Washingthon, DC, 2005: (Publicación Científica).
15. Cooper L G, Leland N L, Alexander G. Effect of maternal age on birth outcomes among young adolescents. Soc Pol 1995 Spring-Summer; 42(1-2): 22-35.
16. American Academy of Pediatrics, commite on Adolescente. Contracepcion and adolescents. Pediatrics. 2006; 104: 1161- 66.
17. Cuarta Encuesta Nacional de Juventud. Resultados Generales. Instituto Nacional dela Juventud. 2005.
18. [fecolsog.org/userfiles/file/revista/Revista\\_Vol58No2\\_Abril\\_Junio2007/v58n2a03.pdf](http://fecolsog.org/userfiles/file/revista/Revista_Vol58No2_Abril_Junio2007/v58n2a03.pdf)
19. Meléndez D. Contexto cultural de la maternidad y paternidad en adolescentes en Costa Rica. San José [Costa Rica]: OPS/OMS; 2009.
20. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil: embarazo precoz. Guatemala: INE; Octubre 2008.
21. Meléndez D. Contexto cultural de la maternidad y paternidad en adolescentes en Costa Rica. San José [Costa Rica]: OPS/OMS; 2008.

22. Organización Mundial de la Salud. Young people's health: a challenge to society. Informe científico de la OMS. Ginebra: OMS; 2006. (Serie de Informes Técnicos; 731).
23. Ismeri Seixas C. Aceptación y Acceso a los servicios para adolescentes. Brasil: Programa de asistencia médica y psicosocial para la adolescencia; 2,005 (Serie de informes; 2)
24. Organización Mundial de la Salud. Comisión internacional de acciones conjuntas del sector académico y del sector salud. Subcomisión de investigación prioridades comunes de investigación en salud. OPS: Guatemala; 2,006.
25. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología, *versión On-line* ISSN 1561-3062.
26. Saenz V. Embarazo y adolescencia resultados perinatales. Rev. Cubana ObstetGinecol (Cuba) 2005; 84(31):2-10.
27. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75312000000100009](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312000000100009). Revista Cubana de Pediatría.
28. Dra. Beatriz Bárbara Brunet Flores, Publicado: 25/09/2008, <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/1258/1>.
29. Rodríguez Mendoza, Jorge Andrés and Sabalza Negrete, Mavhis Johana (2010) Modelo para la detección y prevención de resultados perinatales adversos en las gestantes adolescentes y sus neonatos, en el Hospital de Engativa, de la ciudad de Bogotá D.C.
30. Centro Internacional de Investigaciones de Derechos Humanos. Salud y protección a la maternidad: situación de los derechos económicos sociales y culturales en Guatemala. 2,006 Suiza; Guatemala DESCGUA; 2006. (A los diez años de la firmade los acuerdos de paz).

31. DÍAZ ROBLED, Elena. Caracterización de las embarazadas adolescentes. En:Rev.ista sobre Salud Sexual y Reproductiva. Asociación Argentina por la salud sexual y reproductiva. Junio 2000, no. 2 año 2, p. 10-12.
  
32. <http://www.cnaa.org.gt/wp-content/uploads/2010/09/GUIA-DE-PREVENCI%C3%93N-DEL-EMBARAZO-EN-LA-ADOLECENCIA-EN-GUATEMALA.pdf>
  
33. Organización Mundial de la Salud, Nota N° 364 Actualización de septiembre de 2014.<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>

## VIII. ANEXOS

### CASOS

ESTADO CIVIL		
CASADA	41	13.7
UNIDA	186	62
SOLTERA	73	24.3
TOTAL	300	100%

ETNIA		
INDIGENA	248	82.7
NO INDIGENA	52	17.3
TOTAL	300	100

PROCEDENCIA		
RURAL	65	45.5
URBANO	235	54.5
TOTAL	300	100%

ESCOLARIDAD		
PRMARIA	207	69
SECUNDARIA	93	31
TOTAL	300	100%

### CONTROLES

ESTADO CIVIL		
CASADA	54	36
UNIDA	80	53.4
SOLTERA	16	10.6
TOTAL	150	100%

ETNIA		
INDIGENA	132	88
NO INDIGENA	18	12
TOTAL	150	100

PROCEDENCIA		
RURAL	45	40
URBANO	105	60
TOTAL	150	100%

ESCOLARIDAD		
PRMARIA	39	43
SECUNDARIA	111	57
TOTAL	150	100%

OCUPACION		
ESTUDIANTE	13	6.5
AMA DE CASA	264	93
TRABAJO INFORMAL	23	0.5
TOTAL	300	100%

OCUPACION		
ESTUDIANTE	3	6
AMA DE CASA	112	86
TRABAJO INFORMAL	35	8
TOTAL	150	100%

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

**INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS  
EMBARAZO EN ADOLESCENTES:  
COMPLICACIONES DURANTE EL TRABAJO DE PARTO**

**Primera Sección:**

No. \_\_\_ Hospital: \_\_\_\_\_

No. de Registro clínico: \_\_\_\_\_

No. de embarazo: \_\_\_\_\_

Complicaciones: Si  No

1. Edad: \_\_\_ años

2. Estado civil

Soltera  Casada  Unida  Viuda  Divorciada

3. Etnia

Indígena  No indígena

4. Procedencia

Urbano  Rural

5. Escolaridad

Analfabeta  Primaria  Secundaria  Diversificado

6. Ocupación

Estudiante  Ama de casa  Trabajadora formal  Trabajadora Informal

**Segunda Sección**

7. Tipo de parto: PES  PDS  Edad Gestacional \_\_\_\_\_

8. Complicaciones perinatales

Distocias de presentación

Desproporción cefalopélvica

Trabajo de parto prematuro

Trabajo de parto prolongado

Retención de Placenta

Preeclampsia

Hemorragias

Rasgaduras: Grado I  Grado II  Grado III  Grado IV

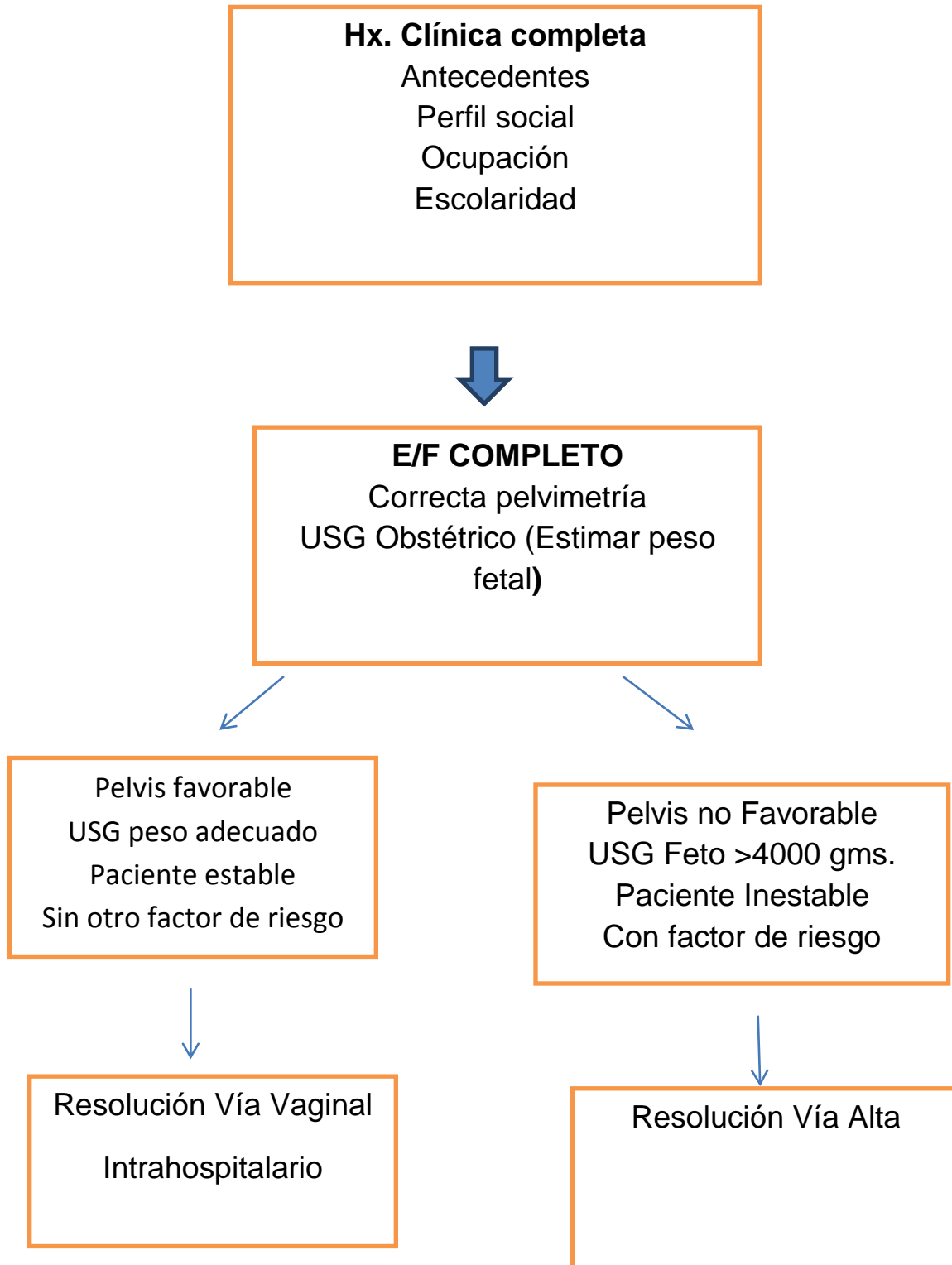
Eclampsia

Otros Cuál \_\_\_\_\_

Muerte Fetal

## PROTOCOLO DE MANEJO PARA ADOLESCENTES

### Trabajo de parto Inicial y/o Activo



## PERMISO DEL AUTOR PARA COPIAR EL TRABAJO

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