

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



**RESULTADO OBSTÉTRICO Y PUERPERAL DE PACIENTES QUE  
RESULTARON EMBARAZADAS ANTES DE LOS 15 AÑOS**

**ALEJANDRO JOSÉ AGUILAR ORELLANA  
FREDIE ARMANDO JORDAN GALDAMEZ**

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  
Maestro en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia

Enero 2018



ESCUELA DE  
ESTUDIOS DE  
POSTGRADO

# Facultad de Ciencias Médicas

## Universidad de San Carlos de Guatemala

PME.OI.436.2017

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

### HACE CONSTAR QUE:

El (la) Doctor(a): Alejandro José Aguilar Orellana

Carné Universitario No.: 200710456

El (la) Doctor(a): Fredie Armando Jordan Galdamez

Carné Universitario No.: 200717660

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 OBSTÉTRICO Y PUERPERAL DE PACIENTES QUE RESULTARON EMBARAZADAS ANTES DE LOS 15 AÑOS**

Que fue asesorado: Dr. Rafael Alejandro Godínez Valenzuela MSc.

Y revisado por: Dr. Héctor Ricardo Fong Veliz MSc.

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para **enero 2018**.

Guatemala, 24 de noviembre de 2017



Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes MSc.

Director

Escuela de Estudios de Postgrado



Dr. Luis Alfredo Ruíz 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



ESCUELA DE  
ESTUDIOS DE  
POSTGRADO

# Facultad de Ciencias Médicas

## Universidad de San Carlos de Guatemala

Guatemala, 31 de agosto de 2017

Doctor  
Héctor Ricardo Fong Véliz  
Docente Responsable  
Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en  
Hospital General San Juan de Dios  
Presente.

Respetable Dr. Fong:

Por este medio, informo que he asesorado a fondo el informe final de graduación que presenta el doctor **ALEJANDRO JOSÉ AGUILAR ORELLANA**, Carné No. 200710456 Y el doctor **FREDIE ARMANDO JORDÁN GALDAMEZ**, Carné no. 200717660 de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia, el cual se titula: **“RESULTADO OBSTETRICO Y PUERPERAL EN PACIENTES QUE RESULTARON EMBARAZADAS ANTES DE LOS 15 AÑOS”**.

Luego de la asesoría, hago constar que el Dr. Aguilar y el Dr. Jordán han incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior, emito el **dictamen positivo** sobre dicho trabajo y confirmo que 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,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

Dr. Rafael Alejandro Godínez Valenzuela MSc.

Asesor de Tesis



# Facultad de Ciencias Médicas

## Universidad de San Carlos de Guatemala

Guatemala, 31 de Agosto de 2017

Doctor  
Héctor Ricardo Fong Veliz  
Docente Responsable  
Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia  
Hospital General San Juan de Dios  
Presente.

Respetable Dr. Fong:

Por este medio, informo que he revisado a fondo el informe final de graduación que presentan los doctores, **ALEJANDRO JOSÉ AGUILAR ORELLANA** Carné No. 200710456 Y **FREDIE ARMANDO JORDÁN GALDÁMDEZ** Carné 200717660 de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia, el cual se titula: **"RESULTADO OBSTETRICO Y PUERPERAL EN PACIENTES QUE RESULTARON EMBARAZADAS ANTES DE LOS 15 AÑOS"**

Luego de la revisión, hago constar que el Dr. Aguilar y el Dr. Jordán, han incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior, emito el **dictamen positivo** sobre dicho trabajo y confirmo que 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,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"



Dr. Héctor Ricardo Fong Veliz MSc.  
Revisor de Tesis



A: Dr. Héctor Ricardo Fong Véliz, MSc.  
Docente responsable de Ginecología y obstetricia.

De: Dr. Mynor Ivan Gudiel Morales  
Unidad de Tesis Escuela de Estudios de Post-grado

Fecha de recepción del trabajo para revisión: 13 de septiembre 2017.

Fecha de dictamen: 18 de Septiembre de 2017

Asunto: Revisión de Informe final de:

ALEJANDRO JOSE AGUILAR ORELLANA


FREDIE ARMANDO JORDAN GALDAMEZ

Título:

RESULTADO OBSTETRICO Y PUERPERAL DE PACIENTES QUE RESULTARON  
EMBARAZADAS ANTES DE LOS 15 AÑOS

**Sugerencias de la revisión:**

- En el título, Caracterización obstetricia y puerperal en pacientes de gestantes menores de 15 años.
- Agregar conclusiones y recomendaciones.
- Autorizar examen privado al realizar las sugerencias.

  
Dr. Mynor Ivan Gudiel Morales  
Unidad de Tesis Escuela de Estudios de Post-grado



## INDICE DE CONTENIDOS

|   |           |
|---|-----------|
| <b>I. INTRODUCCIÓN</b> .....  | <b>3</b>  |
| <b>II. ANTECEDENTES</b> .....   | <b>5</b>  |
| 2.1 Definición de adolescente .....   | 5         |
| 2.2 Epidemiología .....   | 5         |
| 2.3 Aspectos legales en cuanto a embarazo en adolescente .....                | 7         |
| 2.4 Control prenatal.....   | 7         |
| 2.5 Enfermedades de transmisión sexual.....                                   | 8         |
| 2.6 complicaciones maternas .....   | 9         |
| 2.7 complicaciones neonatales .....   | 11        |
| <b>III.OBJETIVOS</b> .....  | <b>13</b> |
| 3.1 OBJETIVO GENERAL.....   | 13        |
| 3.2 OBJETIVO ESPECIFICO .....   | 13        |
| <b>IV.MATERIAL Y METODOS</b> .....  | <b>14</b> |
| 4.1 Tipo de estudio.....  | 14        |
| 4.2 Población .....   | 14        |
| 4.3 Selección y tamaño de muestra .....                                       | 14        |
| 4.4 Unidad de análisis .....  | 14        |
| 4.5 Criterios de inclusión y exclusión.....                                   | 14        |
| 4.5.1 Criterios de Inclusión:.....  | 14        |
| 4.5.2 Criterios de Exclusión .....  | 15        |
| 4.6 Enfoque y diseño de la investigación.....                                 | 15        |
| 4.7 Operacionalización de las variables .....                                 | 15        |
| 4.8 Instrumentos utilizados para la recolección de información .....          | 16        |
| 4.9 Procedimientos para la recolección de información .....                   | 16        |
| 4.10. Procedimientos para garantizar aspectos éticos de la investigación..... | 17        |
| 4.11 Procedimientos de análisis de la información .....                       | 17        |
| <b>V.RESULTADOS</b> .....   | <b>18</b> |
| <b>VI.DISCUSIÓN Y ANÁLISIS</b> .....  | <b>23</b> |
| 6.1 Conclusiones.....   | 26        |
| 6.2 Recomendaciones .....   | 26        |
| <b>VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</b> .....                                  | <b>27</b> |
| <b>VIII.ANEXOS</b> .....  | <b>30</b> |

## RESUMEN

- **OBJETIVO:** Describir el resultado obstétrico y del puerperio en pacientes menores 15 años que fueron atendidas en el departamento Ginec Obstetricia Hospital General San Juan de Dios Junio 2015 a Junio 2016. **MÉTODOS:** Estudio descriptivo transversal. Datos obtenidos de los expedientes de las pacientes que estuvieron ingresadas en el departamento Ginec Obstetricia del Hospital General San Juan de Dios mediante boleta de recolección de datos. **MARCO MUESTRAL:** Se incluyó el total de pacientes menores de 15 años que resolvieron su embarazo, el total fue de 66 pacientes. **RESULTADOS:** La edad con mayor prevalencia fue de 14 años siendo 69%, las pacientes que llevaron control prenatal fueron un 56%. La infección del tracto urinario fue la más frecuente con 19%. El resultado fue negativo para VIH Y VDRL en el 100%, la resolución del embarazo fue vía alta en el 81.3% de las pacientes. La complicación más frecuente durante el parto fue rasgadura vaginal grado II con un 7% de los casos, Se obtuvieron recién nacidos a término y adecuado apgar al nacer en el 100%. Y se obtuvo bajo peso en los recién nacidos en el 6%. Una paciente presentó atonía uterina durante la cesárea, **CONCLUSIONES:** “La mayoría de pacientes se resolvió el embarazo por vía alta y el porcentaje de las complicaciones maternas como hipertensión, Infección urinaria, atonía uterina y el bajo peso al nacer en los recién nacidos en este estudio se circunscriben entre los límites reportados a nivel mundial.”

## I. INTRODUCCIÓN

La adolescencia se define como el paso transitorio del ser humano entre la niñez y la etapa adulta, y está definido según la OMS, entre las edades de 10 a 19 años, se puede también subdividir en adolescencia temprana de 10 a 13 años, adolescencia media de 14 a 16 años, y adolescencia tardía de 17 a 19 años. (1)

Según el Observatorio en Salud Sexual y Reproductiva en Guatemala, la cantidad nacimientos registrados en adolescentes no solamente representa el 22% del total de nacimientos registrados, 388,600 en el año 2012, sino también ha mantenido una tendencia creciente en los últimos años. De 63,500 nacimientos registrados en el año 2009 aumentaron a 84,600 en el año 2012, un 33%. En las adolescentes menores de 15 años el registro de nacimientos aumentó de 2,400 en el 2009 a alrededor de 3,014 en el 2012, a pesar que las relaciones sexogenitales con personas menores de 14 años es considerado un delito por la Ley contra la Violencia Sexual, explotación y Trata de Personas. (2)

En la actualidad el embarazo en adolescentes ha sido calificado como un problema de salud pública ya que en los últimos años se ha presentado un incremento del número de jóvenes que son madres antes de cumplir los 18 años según la Organización Mundial de la salud, OMS,(3)

Los embarazos en adolescentes en su mayoría presentan riesgos en cuanto a preeclampsia, eclampsia, partos pretérmino, productos pequeños para la edad gestacional, anemia, abortos, desproporción feto-pélvica y dificultades respiratorias en el recién nacido. Se sabe que el grupo de mayor riesgo es el de las adolescentes precoces (10-13 años).(4)



Las adolescentes tienen el doble de probabilidad de morir con relación a el parto que las mujeres en los 20 años; en aquellas por debajo de 15 años de edad aumenta en 5 veces el riesgo de muerte materna por lo que se hace necesario establecer los resultados; además de colocarse en un situación de alto riesgo obstétrico, arriesgan a su descendencia en sobre manera, por lo que no es suficiente los datos con que se cuentan en la actualidad para poder analizar una solución a este tipo de problemática . (5)

Dentro de los objetivos de la investigación fueron describir el resultado obstétrico y del puerperio en pacientes menores de 15 años y las complicaciones presentadas durante el control prenatal, parto, puerperio y en el recién nacido.

Se realizó un estudio de tipo descriptivo transversal mediante revisión del expediente clínico de las pacientes que hayan concluido su embarazo, ya sea mediante parto o cesárea, Labor y Partos o bien que hayan ingresado en el servicio de Complicaciones Prenatales cursando con un aborto para su tratamiento. Se acudió todo los días a revisar los registros de pacientes en dichos servicios y se anotaron los resultados en la boleta de recolección de datos (anexo1).

Dentro de los resultados obtenidos se puede mencionar principalmente que el 56% de las adolescentes realizaron algún control prenatal durante el embarazo también que, la complicación más frecuente fue infección del tracto urinario en el 21.2% de las pacientes, la mayoría de pacientes se resolvió el embarazo por vía alta y se observa una baja incidencia de complicaciones tanto durante la resolución del embarazo como durante el puerperio y el estado general del recién nacido no se vio afectado en las pacientes del estudio a pesar de la edad, únicamente se encontró un 4% de bajo peso al nacer en el total de recién nacidos.

## II. ANTECEDENTES

### 2.1 Definición de adolescente

El embarazo adolescente, definido como el ocurrido en mujeres entre 10 y 19 años de edad es una variable, demográfica asociada al desarrollo de los países. Los que tienen mayores niveles de instrucción y educación presentan menos tasas de embarazos en estas edades. El fenómeno se asocia más a la educación y al desarrollo cultural que al desarrollo puramente económico. (6)

La adolescencia se divide en tres etapas: Temprana (10 a 13 años), Media (14 a 16 años) y Tardía (17 a 19 años). Es importante conocer las características de estas etapas, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes, especialmente durante un embarazo sabiendo que: "una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes.(1)

### 2.2 Epidemiología

Guatemala es, por mucho, el país más populoso de América Central; su población estimada de 13,2 millones de habitantes casi duplica la del segundo país más populoso de la región, la vecina Honduras. El país crece a una tasa anual del 2,6% tiene una de las tasas globales de fecundidad más altas de toda América Latina 4,4 nacimientos por mujer y una de las tasas más bajas de uso anticonceptivo (43% de las mujeres en unión en edad reproductiva).En Guatemala, la cantidad nacimientos registrados en adolescentes no solamente representa el 22% del total de nacimientos registrados, 388,600 en el año 2012, sino también ha mantenido una tendencia creciente en los últimos años. De 63,500 nacimientos registrados en el año 2009 aumentaron a 84,600 en el año 2012, un 33%. (7)

El mayor incremento de nacimientos se observó en el grupo de 15 a 17 años, 40%, de 27,600 en el 2009 a 38,700 en el año 2012. Igualmente en las adolescentes menores de 15 años el registro de nacimientos aumentó de 2,400 en el 2009 a alrededor de 3,014 en el 2012, a pesar que las relaciones sexogenitales con personas menores de 14 años es considerado un delito por la Ley contra la violencia Sexual, Explotación y Trata de Personas.(2)

Para el año 2013 se estima que la población del país es de 15.6 millones, de este total 8.1 millones son mujeres y de ellas 1.8 millones son niñas adolescentes entre 10 y 19 años, representando el 23% del total de mujeres. para el año 2012, 3 de cada mil niñas entre 10 y 14 años tuvieron hijos en ese año, mientras que se registraron en los datos del OSAR del 2014 un total de 5,099 embarazos en todo el país, siendo predominante el departamento de Guatemala. (8)

Si bien para el año 2012, la mayor cantidad total de nacimientos registrados en adolescentes se observaron en el Departamento de Guatemala, 12% del total, no es el departamento donde el embarazo en adolescentes es más acentuado en función del tamaño de la población. Mientras la mayor cantidad de nacimientos en las adolescentes menores de 14 años se registró en Alta Verapaz y Peten, Guatemala y Huehuetenango concentraron la mayor cantidad de nacimientos en adolescentes de 15 a 19 años.(2)

El 62% de las mujeres del más bajo nivel socioeconómico dio a luz siendo adolescente, comparado con el 52% de aquellas en el rango medio y el 27% de las del nivel más alto. Ya que las mujeres indígenas y rurales tienen una especial probabilidad de ser pobres, éstas corren el mayor riesgo de dar a luz a una edad muy temprana. En efecto, las indígenas tienen muchas más probabilidades que sus contrapartes no indígenas de haber sido madres adolescentes 54% versus 39% y las mujeres rurales tienen mayor probabilidad que las mujeres urbanas de haber dado a luz antes de los 20 49% versus 35%.(7)

### **2.3 Aspectos legales en cuanto a embarazo en adolescente**

En el caso de niñas menores de catorce años embarazadas, se constituye en un delito de violación tal y como lo señala el artículo 28 de la Ley Contra la Violencia Sexual, Explotación y Trata de Personas: se comete el delito de violación cuando la víctima es una persona menor de catorce años de edad. Siempre se comete este delito cuando la víctima sea una persona menor de catorce años de edad, aun cuando no medie violencia física o psicológica. (2)

En relación al acuerdo ministerial presentado en septiembre de 2013 al Hospital General San Juan de Dios en la circular no. 013-2013 respecto al manejo de atención diferenciada de la adolescente menor de 14 años durante el embarazo y el parto, indicando que según el artículo 29 de la ley de SVET, el cual está relacionado con el abuso y violencia sexual e indica que para el abordaje integral de los casos se debe de notificar obligatoriamente a la procuraduría General de la Nación, PGN y el Ministerio Público, además de resolver quirúrgicamente vía abdominal (cesárea) el embarazo en toda paciente igual o menor de 14 años, independientemente de la evaluación clínica de la pelvis.(9,21)

### **2.4 Control prenatal**

Según el acuerdo ministerial presentado en septiembre de 2013 por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social indican que la atención debe iniciarse tan pronto se confirme el embarazo, es importante la captación temprana, de preferencia debe iniciarse antes de las 12 semanas de gestación y se debe brindar una atención prenatal integral y multidisciplinaria, promoviendo y manteniendo la salud física, mental y social de la madre adolescente y el bebé, proporcionando educación sobre nutrición, higiene personal en todo el proceso del embarazo y el parto. Se indica también que dentro de las acciones a realizar en el control prenatal incluyen: controles por obstetra en servicio de segundo o tercer nivel con una periodicidad de cada 30 días hasta la semana 35 y cada 15 días hasta la resolución del embarazo. Se debe dar una evaluación y manejo nutricional, soporte o apoyo emocional, abordaje por trabajo social, referencia para examen buco dental, detección de signos y señales de peligro, identificar y tratar madres con VIH y sífilis, y preparar en conjunto con la familia un plan de emergencia familiar y comunitaria. (9)

En general, el 70% de las mujeres embarazadas entre 15 y 24 años recibe algún tipo de atención prenatal profesional. La proporción de las que acuden al menos a una visita prenatal alcanza a ocho de cada 10 jóvenes con más escolaridad y las no indígenas, pero entre las adolescentes con menor escolaridad y las indígenas, es casi la mitad. Aunque no se cuenta con información más exacta referente al número de visitas realizadas, las normas del Programa Nacional de Salud Reproductiva recomiendan un mínimo de cuatro, incluyendo dos durante el último mes de gestación. Pese a que son bajas las tasas de cobertura mínima en los subgrupos de mujeres con la mayor necesidad de un mejor atención prenatal, reflejan sin embargo un excelente progreso alcanzado recientemente aumentos de casi un 50% desde 1995.(7)

## **2.5 Enfermedades de transmisión sexual**

La proporción de mujeres entre 15 y 19 años que tiene conocimiento sobre algún método anticonceptivo moderno aumentó entre 1995 y 2002 y en general es bastante alta en la actualidad (85%). Sin embargo, dicho nivel es bastante inferior entre las mujeres sin escolaridad y las indígenas (60% y 70%, respectivamente). La carencia de conocimientos básicos sobre anticonceptivos modernos pone en peligro la salud de las adolescentes guatemaltecas, ya que aumenta su riesgo tanto de embarazos no planeados como de infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo el VIH. En efecto, la calidad y la cobertura de la educación sexual son lamentablemente inadecuadas: sólo una de cada cuatro mujeres guatemaltecas entre 15 y 24 años ha recibido alguna instrucción sobre anticoncepción por medio de charlas o cursos; además, menos de tres de cada 10 han aprendido algo sobre unos siete temas de salud reproductiva incluyendo la menstruación y el VIH/SIDA.(7)

La necesidad de planificación familiar de los adolescentes coincide con su necesidad de servicios para prevenir la transmisión de las ITS, incluyendo el VIH. Aunque la prevalencia de la infección por VIH de Guatemala es muy inferior a la de los países vecinos de Honduras y Belice, el tamaño de la población de Guatemala significa que el país tiene el mayor número absoluto de casos de infecciones anuales en la región.

Aunque se desconoce cuántas de estas infecciones corresponden a adolescentes, se justifica una acción inmediata considerando que los niveles de actividad sexual no matrimonial están en aumento, que el uso del condón entre los adolescentes es poco común, y que el 75% de los casos de VIH en Guatemala es transmitido a través de relaciones heterosexuales.(7)

## **2.6 complicaciones maternas**

El impacto en la salud adolescente en un contexto de salud pública se mide por los indicadores de mortalidad materna y perinatal.(10,22) Estos indicadores hay que analizarlos durante varios años para tener los números suficientes que permitan un análisis más exacto.

La anemia es la patología más frecuente dadas las demandas del crecimiento y desarrollo que tiene la adolescente, especialmente en las menores de 16 años, y los requerimientos nutricionales fetales. Coinciden los dos periodos de mayor demanda nutricional del ser humano.(11)

En cuanto a frecuencia de patologías encontradas en embarazos adolescentes, según un estudio realizado en Hospital "Dr. José R. Vidal". División Maternidad. Sector Obstetricia. Corrientes-Argentina, 2008, en el cual se revisaron 849 casos, en el cual se observó los motivos frecuentes de admisión entre los cuales estuvieron, aborto incompleto 17 (7,02%) amenaza de parto prematuro 15 (6,2%), trabajo de parto prematuro 15 (6,2%) ruptura prematura de membranas ovulares 15 (6,2%), pre eclampsia grave- eclampsia 8 (3,3%), pre eclampsia leve 6 (2,48%), hipertensión inducida por el embarazo 6 (2,48%).(12)

En cuanto al resultado obstétrico y neonatal, en las mujeres adolescentes según el estudio del world health organization en el cual se incluyeron 29 países, con un total de 314,623 mujeres, encontraron mayores tasas de eclampsia, endometritis puerperal, e infecciones sistémicas, así como menores tasas de cesárea y pre eclampsia entre las madres adolescentes comparado con las madres entre las edades de 20-24 años, también encontraron mayores tasas de desenlace perinatal adverso a medida que desciende la edad materna, pero no del desenlace adverso materno. (13)

En estudios previos se observó que el parto vaginal era más prevalente que la cesárea en el grupo de las madres adolescentes, lo cual era consistente con estudios previos, sin embargo se ha sugerido que las adolescentes tienen un riesgo más alto de trabajo de parto obstruido, y cesárea indicada por desproporción céfalo pélvico debido a la inmadurez del hueso pélvico, también es importante reconocer la política en la práctica médica de la solicitud de la paciente para una cesárea, así como también el limitado acceso o disponibilidad en la realización de una cesárea entre la adolescentes; esto puede influenciar la vía de resolución del embarazo.(9)

Las rasgaduras y laceraciones en adolescentes también se pueden encontrar aunque no con significativa diferencia con algún otro grupo de mayor edad. (14)

En cuanto a la infección puerperal, según la OMS, esta patología es responsable de 15% del total de muertes maternas en el mundo. En un estudio realizado en Latinoamérica se estimó que 16.7% de las adolescentes menores de 15 años presentó infecciones puerperales comparado con 4.7% en mujeres adultas.(23,24)

Un estudio de casos y controles en Latinoamérica documentó que 7% de las madres menores de 15 años presentó hemorragia postparto comparadas con 4.2% de mujeres de 20 a 24 años. (15,25)

La joven adolescente también durante el embarazo puede presentar alteraciones emocionales, ya que 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 . Es así como la madre adolescente a nivel psicológico puede presentar problemas emocionales tales como depresión, síndrome del fracaso de la madre, sentimiento de pérdida de la juventud e incluso suicidio. (16)

El embarazo tiene un impacto psicológico, social y cultural en cualquier edad, pero este es mayor en las adolescentes, inclusive se habla del “síndrome de las embarazadas adolescentes” que comprende fracaso en los siguientes aspectos: adquisición de independencia, logro de la propia identidad, continuación de sus estudios, preparación para la vida adulta, constitución de una familia estable y manutención de sí misma. (17)

En lo que respecta a las patologías del parto, se señala que mientras más joven es la adolescente, mayores son las alteraciones que pueden ocurrir en relación al parto. Esto es debido principalmente a una falta de desarrollo de la pelvis materna, lo que condicionaría una mayor incidencia de desproporción cefalopélvica, constituyendo esto, una causa importante de trabajos de parto prolongados y partos operatorios, tanto fórceps como cesáreas. (9) Otros estudios, sin embargo, han encontrado una menor incidencia de partos operatorios en las adolescentes con respecto a las mujeres adultas. Además de la desproporción cefalopélvica, las adolescentes embarazadas tienen mayor riesgo de culminar su parto con laceraciones del cuello uterino, vagina, vulva y periné. Esta complicación está dada principalmente por la condición de inmadurez de estas jóvenes, manifestándose en una estrechez del canal pélvico.(18)

La morbilidad y mortalidad de las adolescentes embarazadas en Latinoamérica puede ser similar al del grupo de mujeres adultas si se les entrega una adecuada atención prenatal y del parto. (7)

## **2.7 complicaciones neonatales**

Se concluye que el impacto es mayor en embarazos adolescentes, pero los que se afectan significativamente son los hijos de madres adolescentes tanto en muertes como en bajo peso al nacer. Aparentemente las medidas de atención integral y de buena calidad a la adolescente embarazada logran impactar los indicadores maternos pero no los neonatales e infantiles, que depende de factores del medio y no solo de la atención en salud.(10)

La segunda patología de mayor frecuencia es la infección urinaria de la embarazada adolescente, que contribuye al parto prematuro. La tercera patología es el aumento de la presión arterial o pre eclampsia que contribuye al menor peso del recién nacido por efectos en la función placentaria y malnutrición fetal.

Además de la repercusión e influencia adversa que puede producir un embarazo en una adolescente desde el punto de vista biosocial, tiene una influencia negativa sobre los hijos, pues de los niños nacidos de mujeres menores de 15 años de edad, aproximadamente el 6 % muere en el primer años de vida, o sea, una cifra 24 veces mayor que la correspondiente a las mujeres de mayor edad.(19)



Consistente con estudios previos, se encontró un aumento significativo del riesgo para bajo peso al nacer, y parto pretérmino en el grupo de las madres adolescentes, estudios previos sugieren que estos riesgos están asociados con inmadurez biológica independientemente del pobre estatus socioeconómico, hábito de fumar, o un control prenatal inadecuado. Competición feto-materna por nutrientes es una explicación común para el aumento de riesgo de tener un recién nacido con bajo peso al nacer, en madres adolescentes. La inmadurez ginecológica como por ejemplo, un volumen uterino pequeño, cérvix corto menor de 25 mm, y la susceptibilidad a las infecciones subclínicas, incrementan el riesgo de parto pretermino entre las madres adolescentes.(20)

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%.(4)

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 revelan una frecuencia mayor de recién nacidos pequeños para la edad gestacional con respecto al grupo de las madres adultas. Si bien la mayoría de los estudios demuestran una frecuencia aumentada, este aumento no siempre es estadísticamente significativo. (21)

Otras investigaciones han determinado que el riesgo de parto prematuro en las pacientes adolescentes es mayor mientras menor es la edad de la paciente, siendo el grupo de verdadero riesgo las adolescentes que se encuentran entre los 10 y los 15 años, no existiendo diferencias en el grupo entre 16 y 19 años con respecto a las pacientes adultas. En este mismo sentido, 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, encontrándose cifras que van desde aproximadamente el 7% al 17%. (22)

### **III. OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GENERAL**

Describir el resultado obstétrico y del puerperio en pacientes menores 15 años que resolvieron su embarazo en el Hospital General San Juan de Dios.

#### **3.2 OBJETIVO ESPECIFICO**

**3.2.1** Describir las complicaciones del embarazo en las pacientes estudiadas.

**3.2.2** Describir el resultado neonatal a través del puntaje de APGAR obtenido.

**3.2.3** Describir las complicaciones durante la resolución del embarazo

**3.2.4** Identificar las complicaciones puerperales más frecuentes en este grupo de pacientes

**3.2.5** Evaluar la cantidad de pacientes que llevaron un adecuado control prenatal

## **IV. MATERIAL Y MÉTODOS**

### **4.1 Tipo de estudio**

Estudio descriptivo transversal.

### **4.2 Población**

Pacientes adolescentes con inicio de gestación antes de los 15 años del departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital General San Juan de Dios.

### **4.3 Selección y tamaño de muestra**

Se trabajó con los datos obtenidos de las fichas clínicas de la población total de pacientes que acudieron durante el periodo de tiempo establecido y que cumplieron con los criterios de inclusión del estudio.

### **4.4 Unidad de análisis**

Datos proporcionados por las pacientes dentro de la ficha clínica que fueron registrados dentro del documento de recolección de datos (anexo 1).

### **4.5 Criterios de inclusión y exclusión**

#### **4.5.1 Criterios de Inclusión:**

Pacientes adolescentes que el inicio de gestación fue antes de los 15 años que estaban clínicamente embarazadas y que se les asistió en la terminación de su embarazo ya sea por parto eutósico simple, cesárea o que dentro de las complicaciones finalizaron en aborto en el departamento de ginecología y obstetricia del hospital General San Juan de Dios

Pacientes que se encontraron en el lugar de estudio al realizar el trabajo de campo.

#### 4.5.2 Criterios de Exclusión:

Pacientes que resultaron embarazadas después de los 15 años de edad.

Pacientes con una ficha clínica incompleta a los datos requeridos en la unidad de recolección de datos.

#### 4.6 Enfoque y diseño de la investigación

En esta investigación se empleó un enfoque de investigación descriptivo con un diseño y estudio de corte transversal dado que los investigadores actuaron únicamente como observadores y además se realizó en el análisis estadístico una exploración de asociación estadística entre variables.

#### 4.7 Operacionalización de las variables

| Variable                       | Definición Conceptual  | Definición operacional  | Tipo de Variable | Escala de Medición | Instrumento de Medición       | Criterios de Medición   |
|--------------------------------|--|---|------------------|--------------------|-------------------------------|---|
| Edad Materna                   | Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo                                    | Tiempo en años cumplidos a partir de la fecha de nacimiento                               | cualitativa      | nominal            | Ficha de recolección de datos |   |
| Factor de Riesgo               | Toda condición materna de morbilidad presentada, ya sea preexistente o debutada en el embarazo | Enfermedades diagnosticadas antes o durante el embarazo                                   | Cualitativa      | Nominal            | Ficha de recolección de datos |   |
| Via de resolución del embarazo | Forma en que se finaliza el embarazo con la extracción fetal (cesárea/parto)                   | Cesarea segmentaria transperitoneal/ parto eutósico simple                                | cualitativa      | Nominal            | Ficha de recolección de datos |   |
| Escala de Apgar                | Examen clínico realizado al recién nacido el 1er y 5to minuto                                  | Puntuación según tono, esfuerzo respiratorio, frecuencia cardíaca, coloración, y reflejos | Cualitativa      | nominal            | Ficha de recolección de datos | Puntaje de 0 a 10   |
| Peso al nacer                  | Peso obtenido en gramos del individuo al momento de nacer                                      | Buen peso al nacer (mayor a 2500 gramos)  | Cuantitativa     | nominal            | Ficha de recolección de datos | Adecuado peso al nacer, bajo peso al nacer.                                 |
| Complicaciones post parto      | Cualquier situación anormal presentada después del parto                                       | Complicaciones documentadas entre las primeras 24 a 48 horas post parto                   | Cualitativa      | nominal            | Ficha de recolección de datos |   |
| Edad gestacional               | Edad probable del feto medida a partir del día de la fecha de última regla                     | Numero de semanas cumplidas a partir de la fecha de última regla o por ultrasonido        | cualitativa      | ordinal            | Ficha de recolección de datos | Pretermino (menor de 37 semanas) / a término (de 37 semanas a 40.6 semanas) |

#### **4.8 Instrumentos utilizados para la recolección de información.**

En una hoja tamaño carta con un encabezado identificando las instituciones relacionadas con la investigación. El instrumento de recolección se colocó el número de boleta correlativa, número de expediente médico revisado, nombre edad y fecha de nacimiento de la paciente.

En el instrumento se describen los datos y evaluación clínica, el control prenatal, los datos de pruebas de laboratorio, las complicaciones ocurridas durante el embarazo, los datos del parto, la indicación de la cesárea, en caso este aplicara, y los datos del recién nacido.

#### **4.9 Procedimientos para la recolección de información.**

Se presentó el tema al comité de docencia e investigación del Hospital General San Juan de Dios, posteriormente se nos extendió una carta donde se autoriza el tema de investigación. Se elabora el protocolo de investigación el cual se presenta a dicho comité y posteriormente fue aprobado para su realización.

En cada uno de los servicios de emergencia, complicaciones prenatales, hospital de Día y labor y partos del Hospital General San Juan de Dios se solicitaron los libros de registro, se buscaron todas aquellas pacientes adolescentes que consultaron de junio de 2015 a 2016; se realizó un listado de las mismas.

Se realizó lectura y revisión sistemática de cada expediente y se transcribió la información a la boleta de recolección de datos.

La información obtenida en las boletas de recolección de datos se tabuló y se ingresó manualmente en EPI INFO 7, se construyó una base de datos para cada variable.

#### **4.10. Procedimientos para garantizar aspectos éticos de la investigación**

Se realizó un estudio categoría I (sin riesgo) ya que fue un estudio en donde no hubo ninguna intervención o modificación con la personas participantes en el estudio, se utilizó una boleta de recolección de datos, se consultaron expedientes médicos, se respetó la privacidad y confidencialidad de los datos; no se puso en duda la capacidad ética ni profesional de cada uno de los médicos implicados en la atención de las pacientes incluidas, así como también se respetó al centro asistencial en el cual laboran.

#### **4.11 Procedimientos de análisis de la información.**

Una vez tabulados los datos en el programa Epi-info 7 se procedió a la realización de estadísticas descriptivas como porcentajes y medias de las variables de razón. Se procedió a evaluar el resultado obstétrico, puerperal y neonatal para después cuantificar la presencia de cada una de las variables. Se realizaron tablas y gráficas por cada una de las variables.

## V. RESULTADOS

A continuación se presentan los datos obtenidos de 66 pacientes entrevistadas que cumplieron con los criterios de inclusión que consultaron al departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital General San Juan de Dios de Junio 2015 a Junio 2016.

Tabla 1  
Edad de las pacientes atendidas en el  
Hospital General San Juan de Dios,  
junio del 2015 a junio del 2016

| <b>Edad</b> | <b>Frecuencia (n)</b> | <b>Porcentaje (%)</b> |
|-------------|-----------------------|-----------------------|
| 12 años     | 4                     | 6.0                   |
| 13 años     | 16                    | 24.2                  |
| 14 años     | 46                    | 69.6                  |

Tabla 2  
Control prenatal  
Hospital General San Juan de Dios,  
Junio 2015 a Junio 2016.

| <b>Control prenatal</b> | <b>Frecuencia (n)</b> | <b>Porcentaje(%)</b> |
|-------------------------|-----------------------|----------------------|
| Si                      | 37                    | 56.0                 |
| No                      | 29                    | 43.9                 |

Tabla 3  
Complicaciones durante el embarazo  
Hospital General San Juan de Dios,  
Junio 2015 a Junio 2016.

| <b>Complicación</b> | <b>Frecuencia (n)</b> | <b>Porcentaje (%)</b> |
|---------------------|-----------------------|-----------------------|
| ITU                 | 14                    | 21.2                  |
| Amenaza de aborto   | 5                     | 7.5                   |
| HTA                 | 5                     | 7.5                   |
| RPMO                | 4                     | 6.0                   |
| Aborto              | 2                     | 3.0                   |

Tabla 4  
Resultado de VIH y VDRL  
Hospital General San Juan de Dios,  
Junio 2015 a Junio 2016.

| <b>VIH/VDRL</b> | <b>Frecuencia (n)</b> | <b>Porcentaje (%)</b> |
|-----------------|-----------------------|-----------------------|
| VIH negativo    | 66                    | 100                   |
| VDRL negativo   | 66                    | 100                   |



Tabla 5  
 Vía de resolución del embarazo  
 Hospital General San Juan de Dios,  
 Junio 2015 a Junio 2016.

| Vía de resolución                   | Frecuencia (n) | Porcentaje (%) |
|-------------------------------------|----------------|----------------|
| Parto eutócico simple               | 12             | 18.7           |
| Cesárea segmentaria transperitoneal | 52             | 81.3           |

Tabla 6  
 Complicaciones durante el parto  
 Hospital General San Juan de Dios,  
 Junio 2015 a Junio 2016.

| Complicación durante el parto | Frecuencia (n) | Porcentaje (%) |
|-------------------------------|----------------|----------------|
| Rasgadura vaginal             | 5              | 9.0            |
| Atonía uterina                | 1              | 1.5            |
| Ninguna                       | 58             | 89.3           |

Tabla 7  
 Peso al nacer de los recién nacidos  
 Hospital General San Juan de Dios  
 Junio 2015 a Junio 2016.

| <b>Peso al Nacer</b>   | <b>Frecuencia (n)</b> | <b>Porcentaje (%)</b> |
|------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Adecuado peso al nacer | 60                    | 94.0                  |
| Bajo peso al nacer     | 4                     | 6.0                   |

Tabla 8  
 Puntaje de APGAR  
 Hospital General San Juan de Dios  
 Junio 2015 a Junio 2016.

| <b>APGAR</b>     | <b>Frecuencia (n)</b> | <b>Porcentaje(%)</b> |
|------------------|-----------------------|----------------------|
| ADECUADO PUNTAJE | 64                    | 100                  |
| BAJO PUNTAJE     | 0                     | 0                    |

Tabla 9  
 Edad gestacional de los recién nacidos  
 Hospital General San Juan de Dios  
 Junio 2015 a Junio 2016.

| <b>Edad Gestacional</b> | <b>Frecuencia (n)</b> | <b>Porcentaje (%)</b> |
|-------------------------|-----------------------|-----------------------|
| A termino               | 64                    | 100                   |
| Pretermino              | 0                     | 0                     |

Tabla 10  
 Complicaciones en el puerperio  
 Hospital General San Juan de Dios  
 Junio 2015 a Junio 2016.

| <b>Complicaciones en el puerperio</b> | <b>Frecuencia (n)</b> | <b>Porcentaje (%)</b> |
|---------------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Ninguna                               | 63                    | 98.4                  |
| Hemorragia                            | 1                     | 1.5                   |
| Infección                             | 0                     | 0                     |

## VI. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS

Se realizó un estudio de tipo descriptivo transversal, en pacientes adolescentes cuya gestación inicio antes de los 15 años, en el departamento de Ginecología y obstetricia en el periodo de junio del 2015 a junio del 2016. Se documentó una totalidad de 66 pacientes, únicamente se encontraron casos de pacientes de 12 años (6%), 13 años (24.2%) y 14 años (69.6%), siendo esta la edad predominio.

Según el Observatorio en Salud Sexual y Reproductiva indica que la prevención del embarazo en adolescentes es una prioridad, establecer medidas para evitar un segundo embarazo es urgente. El 10% de las niñas menores de 15 años que tuvieron hijos o hijas en el año 2011 ya había tenido hijos, mientras que en las adolescentes de 15 a 19 años, el 25% ya había tenido al menos un hijo; situación que tiende a aumentar con respecto al año 2009. Sin embargo en esta investigación solo se documentaron pacientes que cursaban con su primer embarazo.

En la tabla número 2 se reporta que de la totalidad de pacientes el 56% llevaron control prenatal (llevando como mínimo 4 citas) no así en el 43.9% quienes no llevaron control prenatal que aunque no fue la mayoría sigue siendo un número importante de pacientes que no están llevando de una manera adecuada su embarazo lo que pudiera predisponer a un aumento de complicaciones.

El 42.2% de las pacientes, reportaron algún tipo de complicación, las cuatro complicaciones que se documentaron en este estudio fueron ITU (21.2%), amenaza de aborto (7.5%), HTA (7.5%) RPMO (6%) y aborto (3%) en donde no se ve un aumento de frecuencia con respecto a otros grupos de edad, todo esto representado en la tabla número 3. En la totalidad de los embarazos independientemente de la edad la ITU tiene una frecuencia del 5 a 10 %, detectándose más frecuentemente en nuestro grupo de estudio por exámenes de rutina solicitados en el transcurso de la gestación.

Con respecto a la hipertensión en el embarazo está bien descrito que los extremos de la edad son predisponentes a padecer algún tipo de trastorno hipertensivo en comparación al resto de la población por lo que si concuerda que en nuestro estudio se haya detectado este tipo de patología ya que en las adolescentes el músculo uterino ofrece mayor resistencia vascular y existe una deficiente adaptación del árbol vascular a las necesidades que impone la gestación y son morbilidades de incidencia en estudios previos con adolescentes.(23) El resto de las complicaciones encontradas no se encuentran con mayor incidencia en nuestro grupo estudiado.

En la tabla número 4 se evidencia que el 100% de las pacientes tuvo VIH y VDRL negativo, contrastando de lo que se expresa en otros documentos en donde el embarazo en adolescentes es un periodo crítico en el desarrollo de los comportamientos sexuales aumentando el riesgo de estas pacientes de tener una infección de transmisión sexual, incluyendo el VIH.

La vía de resolución del embarazo fue parto eutósico simple en el 18.7% de las pacientes en el 81.3% fue cesárea segmentaria transperitoneal. El aumento de la incidencia de este tipo de resolución se debe a el acuerdo ministerial presentado en septiembre del 2013, donde se informa al Hospital General San Juan de Dios con la circular No. 013-2013 y amparándose en el artículo 29 de la ley de SVET, relacionando a las menores de 14 años con el abuso y violencia sexual.(9) en donde se acordó que la resolución de estas pacientes debería ser cesárea, sin embargo las pacientes que llegaron a tener un parto eutósico simple se debió a pacientes que asistieron a la emergencia en una fase de expulsión. Y así se ejemplifica en la tabla número 5.

Durante la resolución del embarazo de los 12 partos documentados se evidenciaron 6 casos de rasgadura en canal vaginal, y de las 52 cesáreas se documentó un único caso de atonía uterina como se evidencia en la tabla número 6.

En la tabla número 7 se reporta 4 casos de bajo peso al nacer, representando un 6% del total de recién nacidos, lo cual va de acuerdo a lo que se muestra en estudios previos, donde sugieren que estos riesgos están asociados con inmadurez biológica independientemente del pobre estatus socioeconómico, hábito de fumar, o un control prenatal inadecuado.

El 100 % de los recién nacidos obtuvieron un adecuado puntaje de APGAR al nacer como en la tabla numero 8

En la tabla número 9 en todos los casos estudiados todos los recién nacidos fueron producto de embarazos a término contrastando con el estudios realizados en donde sí se documenta la incidencia de partos pretermino. (4)

Durante el puerperio solo se documentó un caso de hemorragia post parto el cual resolvió como se muestra en la tabla número 10.

## 5.1 CONCLUSIONES

- Un 6% de los recién nacidos Bajo peso al nacer, menor al encontrado en estudios en el país y Latinoamérica.
- La Infección del tracto urinario fue la complicación con mas frecuencia en el grupo de pacientes estudiado.
- La resolución del embarazo via alta fue la mas frecuente con un 81%, debido al acuerdo ministerial que se tenia para el periodo de realización del estudio y aun siendo asi no se encontraron mayores complicaciones al momento de la resolucion.
- Rasgadura vaginal grado II fue la complicación más frecuente en las pacientes que tuvieron un parto eutósico simple con un 9 %.

## 5.2 RECOMENDACIONES

- ✓ Continuar con trabajos de investigación, es de vital importancia, al igual poder evaluar por medio de estudios comparativos si el parto institucionalizado es importante para poder obtener buenos resultados en las pacientes y poder aislar que factores con los que ponen en riesgo a nuestras embarazadas adolescentes.
- ✓ Se debería tomar este tipo de estudios en cuenta para la realización de protocolos para la atención de la paciente y evitar en gran medida todas las complicaciones.
- ✓ Detectando la causa de la falta de apego de las pacientes hacia el control prenatal se pueden adaptar medidas para su identificación y seguimiento.

## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ovalle, LD et al. "Guía de prevención del embarazo en la adolescencia en Guatemala." :19–21. Available from:  
[http://www.osarguatemala.org/osartemporal/Archivos/PDF/201610/289\\_25.pdf](http://www.osarguatemala.org/osartemporal/Archivos/PDF/201610/289_25.pdf)
2. CONJUVE. Plan Nacional de Prevención en Embarazos en Adolescentes y Jóvenes. 2013;58. Available from: <http://conjuve.gob.gt/descargas/PLANEA.pdf>
3. OMS. "El embarazo en la adolescencia" [Internet]. Who. 2014. Available from:  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>
4. Cardozo R, Guevara H. Parto pretérmino en adolescentes. 2008;68(3):144–9.
5. Toste M. "Morbilidad materna extremadamente grave, un problema actual" [Internet]. Vol. 49, Revista Cubana de Higiene y Epidemiología. 2011. p. 420–33. Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-30032011000300010](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032011000300010)
6. Rivero, Mi et. al. "Adolescencia y Embarazo, es un factor de riesgo" [Internet]. Servicio de Tocoginecología, Hospital Llano; Available from:  
<http://med.unne.edu.ar/fisiologia/revista3/adolescencia.htm>
7. Figueroa W et al. "Maternidad temprana en Guatemala : un desafío constante." 2006;(5).
8. MSPAS. "Monitoreo de embarazos en niñas y adolescentes enero---diciembre 2014" [Internet]. 2014. Available from:  
<http://www.osarguatemala.org/embarazo.php?id=243>
9. Arévalo M. "Manejo de Atención Diferenciada de la Adolescente Menor de 14 años Durante el Embarazo y el Parto." Guatemala; 2013. p. 1–4.



10. Gomez I. Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años en america latina y el caribe [Internet]. Artículo. 2011. p. 48. Available from: [https://books.google.com.gt/books?id=sYkXu2AgoPgC&pg=PA48&lpg=PA48&dq=El+impacto+en+la+salud+adolescente+en+un+contexto+de+salud+pública+se+mide+por+los+indicadores+de+mortalidad+materna+y+perinatal.&source=bl&ots=fi4FKylVYz&sig=wmMNHZeNONBihu1fOVgpkwUHT08&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwj885Gdl\\_3VAhUT12MKHfoHB\\_kQ6AEIKjAB#v=onepage&q=El+impacto+en+la+salud+adolescente+en+un+contexto+de+salud+pública+se+mide+por+los+indicadores+de+mortalidad+materna+y+perinatal.&f=false](https://books.google.com.gt/books?id=sYkXu2AgoPgC&pg=PA48&lpg=PA48&dq=El+impacto+en+la+salud+adolescente+en+un+contexto+de+salud+pública+se+mide+por+los+indicadores+de+mortalidad+materna+y+perinatal.&source=bl&ots=fi4FKylVYz&sig=wmMNHZeNONBihu1fOVgpkwUHT08&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwj885Gdl_3VAhUT12MKHfoHB_kQ6AEIKjAB#v=onepage&q=El+impacto+en+la+salud+adolescente+en+un+contexto+de+salud+pública+se+mide+por+los+indicadores+de+mortalidad+materna+y+perinatal.&f=false)
11. Barba, O et. al. "Factores asociados a la anemia durante el embarazo en un grupo de gestantes mexicanas." Arch en Med Fam [Internet]. 2007;9(4):170–5. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=50712865004>
12. Griselda D et. al. "VIAS DE TERMINACION DE EMBARAZO ADOLESCENTE VERSUS EMBARAZO ADULTO ." 2009;12–6. Available from: [http://med.unne.edu.ar/revista/revista191/3\\_191.pdf](http://med.unne.edu.ar/revista/revista191/3_191.pdf)
13. Adolescents A, Countries D. Preventing Early Pregnancy and Poor Reproductive Outcomes.
14. Diaz, A et. al. "Riesgos en el embarazo adolescente" [Internet]. Revista de posgrado de la VIa catedra de medicina. 2006. Available from: [http://www.uach.mx/extension\\_y\\_difusion/synthesis/2011/06/01/propuesta\\_de\\_intervencion\\_para\\_prevenir\\_el\\_embarazo\\_en\\_adolescentes.pdf](http://www.uach.mx/extension_y_difusion/synthesis/2011/06/01/propuesta_de_intervencion_para_prevenir_el_embarazo_en_adolescentes.pdf)
15. Medrano, SA et. al. "Complicaciones Obstetricas y perinatales en el embarazo de adolescentes." 2013; Available from: [http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05\\_9162.pdf](http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_9162.pdf)
16. Río R Del, León P, Minassian M, Borgoño R, Bustamante F. Revista Pediatría Electrónica Embarazo adolescente Revista Pediatría Electrónica. :42–51.
17. O NN, R HA. Embarazo en adolescentes : una mirada desde el cuidado de enfermería Teen pregnancy : a view from the nursing care. 2012;(c).

18. Baron J. "Embarazo en adolescentes complicaciones." Rev Medica Costa Rica y Centroam [Internet]. 2013;(605):65–9. Available from:  
[file:///C:/Users/Doctor/Music/Downloads/Embarazo en adolescentes complicaciones \(1\).pdf](file:///C:/Users/Doctor/Music/Downloads/Embarazo%20en%20adolescentes%20complicaciones%20(1).pdf)
19. Rodriguez Perez M, Mora Rodriguez M, Mora Vera I. "Embarazo En La Adolescencia Y Su Relacion Con El Recién Nacido Bajo Peso." Rev Cuba Enfermer [Internet]. 2001;17(2):101–6. Available from:  
[http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol17\\_2\\_01/enf06201.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol17_2_01/enf06201.pdf)
20. Bojanini J, Gómez J. Resultados obstétricos y perinatales en adolescentes. Rev Colomb Obstet Ginecol [Internet]. 2004;55(2):114–21. Available from:  
<http://www.udea.edu.co/portal/page/portal/bibliotecaSedesDependencias/unidadesAcademicas/FacultadMedicina/Departamentos/ObstetriciaGinecologia/disenos/documentos/art2.pdf>
21. Williamson, N et. al. "Maternidad en la niñez". 2013 Available from:  
<https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ES-SWOP2013.pdf>
22. Del Cid, J et. al. "Compendio estadístico de niñez y adolescencia". 2015, 13-113 Available from:  
[http://www.osarguatemala.org/osartemporal/Archivos/PDF/201610/289\\_27.pdf](http://www.osarguatemala.org/osartemporal/Archivos/PDF/201610/289_27.pdf)
23. MSPAS, SIGSA. "Embarazadas de 10 a 14 años", 2015. Available from:  
[http://www.osarguatemala.org/Archivos/PDF/201510/289\\_21.pdf](http://www.osarguatemala.org/Archivos/PDF/201510/289_21.pdf)
24. Gamboa, C, et. al. "El embarazo en adolescentes". 2013, 2-98 Available from:  
<http://www.diputados.gob.mx/sedia/sia/spi/SAPI-ISS-38-13.pdf>
25. Morales, E, et. al "Estudio diagnóstico sobre el registro de nacimientos en madres adolescentes", 2013, 4-45. Available from:  
[http://www.osarguatemala.org/Archivos/PDF/201510/289\\_13.pdf](http://www.osarguatemala.org/Archivos/PDF/201510/289_13.pdf)

## VII. ANEXOS

### Anexo no. 1

UNIVERSIDAD SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS  
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

#### FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Fecha:

Numero de HC:

#### DATOS GENERALES:

Nombre de la Paciente:

Edad:

Fecha de nacimiento:

#### DATOS Y EVALUACIÓN CLÍNICA:

Fecha de última menstruación:

CONTROL PRENATAL SI:

NO:

Si, SI, en donde:

#### DATOS DE PRUEBAS DE LABORATORIO:

| Hb/Ht | Grupo/Rh | VIH | VDRL |
|-------|----------|-----|------|
|       |          |     |      |

#### COMPLICACIONES:

Trabajo de parto pretérmino:

SI:

NO:

Infección del tracto urinario:

SI:

NO:

Aborto:

SI

NO:

Hipertensión Arterial:

SI:

NO:

Desproporción céfalo pélvico

SI:

NO:

RPMO

SI:

NO:

#### DATOS DEL PARTO:

| Fecha del Parto | Persona que Asistió | Lugar de atención | Vía de resolución | Complicaciones | Estado Clínico Final |
|-----------------|---------------------|-------------------|-------------------|----------------|----------------------|
|                 |                     |                   |                   |                |                      |

Si resolución es cesárea INDICACIÓN:

**Datos del Recién Nacido:**

| <b>Sexo</b> | <b>Peso en Kg.</b> | <b>Apgar al 1er minuto</b> | <b>Apgar a los 5 minutos</b> | <b>Estado Clínico</b> | <b>Observación Semanas de Gestación</b> | <b>INGRESADO A UCIN</b> |
|-------------|--------------------|----------------------------|------------------------------|-----------------------|---|-------------------------|
|             |                    |                            |                              |                       |   |                         |

| <b>CONDICIÓN DEL RN.</b> | <b>VIVO</b> | <b>MUERTO</b> |
|--------------------------|-------------|---------------|
|                          |             |               |

| <b>Complicaciones en el puerperio</b> | <b>SI</b> | <b>NO</b> |
|---------------------------------------|-----------|-----------|
|                                       |           |           |

**OBSERVACIONES:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## PERMISO DEL AUTOR PARA COPIAR EL TRABAJO

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada **RESULTADO OBSTÉTRICO Y PUERPERAL DE PACIENTES QUE RESULTARON EMBARAZADAS ANTES DE LOS 15 AÑOS** para propósitos o consulta académica. Sin embargo quedan reservados los derechos o 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.