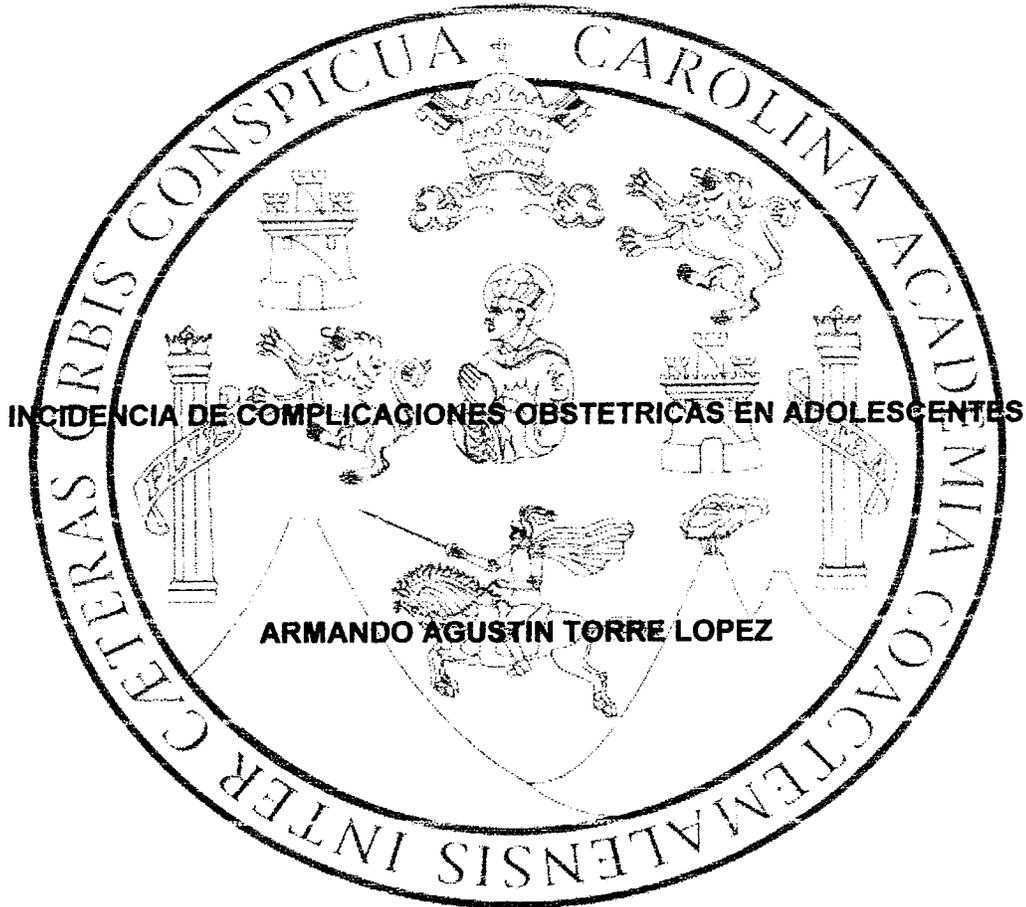


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



Tesis:

Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas
Maestría en Ginecología y Obstetricia.
Para obtener el grado de
Maestro en ciencias en Ginecología y Obstetricia

ENERO 2013



ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

El Doctor: Armando Agustín Torre López

Carné Universitario No.: 100018263

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestra en Ginecología y Obstetricia, el trabajo de tesis ***Incidencia de complicaciones obstétricas en adolescentes***.

Que fue asesorado: Dr. Marco Antonio Barrientos Rivas

Y revisado por: Dr. Carlos Enrique Sánchez Rodas MSc.

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para febrero 2013.

Guatemala, 23 de enero de 2012

Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes MSc.

Director
Escuela de Estudios de Postgrado

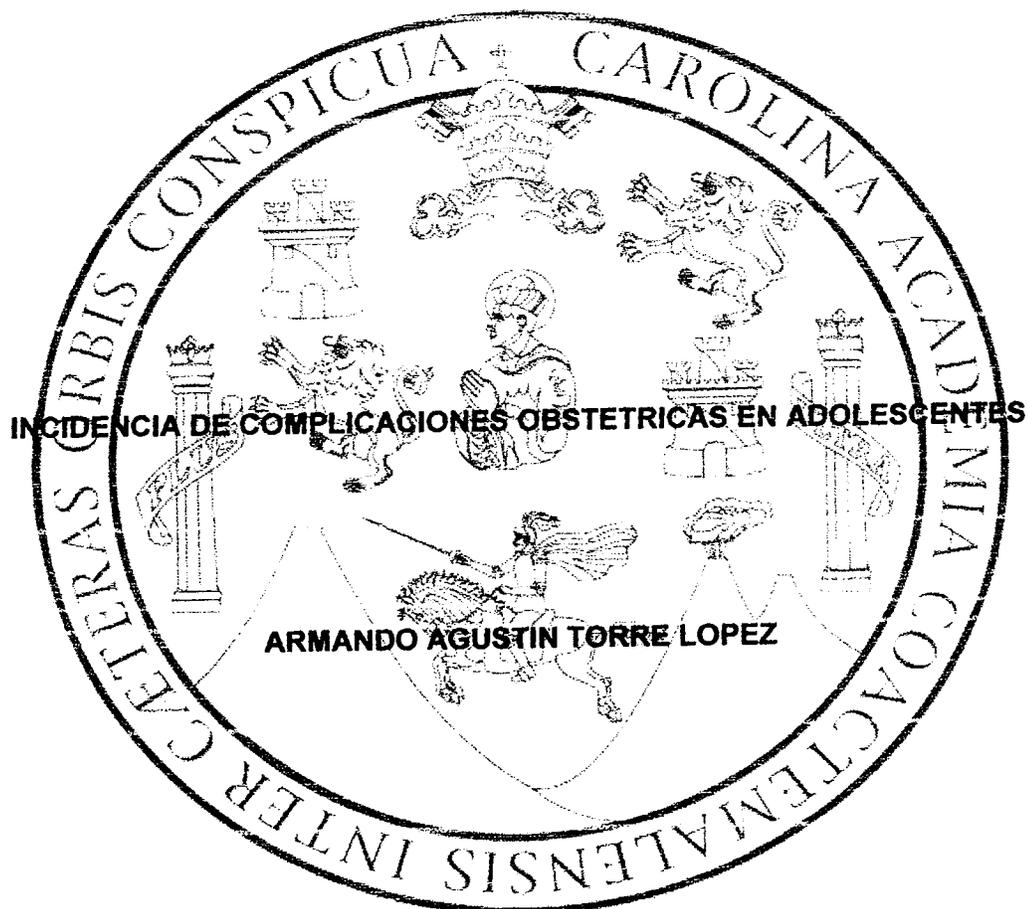
Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc.

Coordinador General
Programa de Maestrías y Especialidades

//amo

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



Tesis:

Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas
Maestría en Ginecología y Obstetricia.
Para obtener el grado de
Maestro en ciencias en Ginecología y Obstetricia

ENERO 2013



ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

El Doctor: Armando Agustin Torre López

Carné Universitario No.: 100018263

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestra en Ginecología y Obstetricia, el trabajo de tesis ***Incidencia de complicaciones obstétricas en adolescentes***.

Que fue asesorado: Dr. Marco Antonio Barrientos Rivas

Y revisado por: Dr. Carlos Enrique Sánchez Rodas MSc.

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para febrero 2013.

Guatemala, 23 de enero de 2012

Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes MSc.

Director
Escuela de Estudios de Postgrado

Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc.

Coordinador General
Programa de Maestrías y Especialidades

/lamo

Guatemala 27 de Junio del 2012

Doctor
Carlos Raúl Juárez López
Coordinador de Programa de Postgrado
En Ginecología y Obstetricia
Hospital Roosevelt

Por este medio le informo que he asesorado el trabajo de Tesis titulado "Incidencia de Complicaciones Obstétricas en Adolescentes" realizado por el Dr. Armando Agustin Torre López para la obtención de la Maestría en Ginecología y Obstetricia, por lo que doy mi aprobación para continuar con los trámites pertinentes de Graduación.

Sin otro particular se despide de ud,



Dr. Marco Antonio Barrientos Rivas

Col: 8261

Asesor

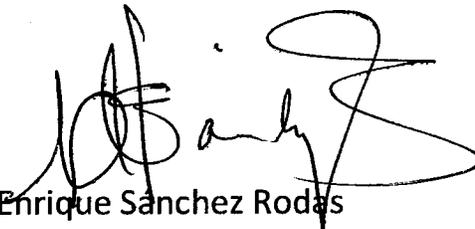
Hospital Roosevelt

Guatemala 27 de Junio del 2012

Doctor
Carlos Raúl Juárez López
Coordinador de Programa de Postgrado
En Ginecología y Obstetricia
Hospital Roosevelt

Por este medio le informo que he revisado el trabajo de Tesis titulado "Incidencia de Complicaciones Obstétricas en Adolescentes" realizado por el Dr. Armando Agustin Torre López para la obtención de la Maestría en Ginecología y Obstetricia, por lo que doy mi aprobación para continuar con los trámites pertinentes de Graduación.

Sin otro particular se despide de ud,



Dr. Carlos Enrique Sánchez Rodas
Docente Investigación Programa Postgrado
Hospital Roosevelt
Revisor

INDICE DE CONTENIDOS

CONTENIDO	Pag.
RESUMEN	i
I. INTRODUCCION	1
II. ANTECEDENTES	2
III. OBJETIVOS	15
IV. MATERIALES Y METODOS	16
V. RESULTADOS	22
VI. DISCUSION Y ANALISIS	31
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	33
VIII. ANEXOS	36

INDICE DE TABLAS

CONTENIDO	Pag
TABLA No.1	22
TABLA No. 2	24
TABLA No. 3	26
TABLA No. 4	30

INDICE DE GRAFICAS

CONTENIDO	Pag
GRAFICA No. 1	23
GRAFICA No. 2	24
GRAFICA No. 3	25
GRAFICA No. 4	25
GRAFICA No. 5	27
GRAFICA No. 6	28
GRAFICA No. 7	28
GRAFICA No. 8	29
GRAFICA No. 9	30

RESUMEN

Guatemala tiene la tercera tasa más alta de fecundidad adolescente de Centro América, 114 nacimientos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años de edad por año. El objetivo de este estudio es determinar la incidencia acumulada de las complicaciones obstétricas en las pacientes adolescentes que son ingresadas a la sección de obstetricia del Hospital Roosevelt, para lo cual se realizó estudio descriptivo donde se incluyeron a todas las pacientes adolescentes con alguna complicación obstétrica que consultaron a los servicios de emergencia de obstetricia, control prenatal o bien aquellas que se detecten en los servicios de labor y partos, primer piso postparto, tercer piso postparto, legrados y séptico. También se evaluarán la edad, control prenatal y escolaridad; se determinó la incidencia acumulada la cual fue de 33.75%, y las complicaciones observadas en el periodo prenatal fueron aborto (63%), amenaza de parto pretérmino (16%), intraparto; parto operatorio (71%) y postparto; retención de restos placentarios (66%), el grupo de edad más afectado fue el de la adolescencia tardía (17 – 19 años), el 62% de las pacientes recibió control prenatal y el 68% de las pacientes tenían como mínimo un grado escolar primario; con lo cual se concluye que la adolescencia es un factor de riesgo para padecer alguna complicación obstétrica siendo la adolescencia tardía la más afectada, debido a que en Guatemala y en el Hospital Roosevelt no se cuentan con datos previos al respecto, se realizó este estudio.

I. INTRODUCCION

El embarazo en adolescentes se considera de alto riesgo debido a la mayor proporción de complicaciones perinatales y maternos, como: prematuridad, bajo peso al nacer, nacimiento por cesárea, anemia, parto complicado y preeclampsia, entre otros.

En el año 2002, en el Hospital Salvador de Chile, se realizó un estudio retrospectivo y comparativo, que incluyó 7004 pacientes, los resultados obtenidos fueron que la mayoría de las adolescentes tenían entre 16 y 19 años de edad, el 9.49% eran menores de 16 años. Las complicaciones obstétricas encontradas en este grupo de estudio fue anemia en 49.36%, infección del tracto urinario 13.29%, síndrome hipertensivo del embarazo 10.75%, rotura prematura de membranas 14.55%, de las cuales el 8.7% se asoció a parto prematuro. El 9.49% presentó trabajo de parto prolongado, solo el 10.75% presentaron complicaciones durante el parto, las cuales fueron mayoritariamente laceraciones del tracto genital y perineal, y en menor medida alumbramiento incompleto.

En el año 2004, el Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital San Vicente de Paúl, Colombia, ingresaron 1160 pacientes obstétricas de las cuales 332 eran adolescentes. El 72% de ellas eran primigestas, pero un 25% tenían embarazos repetidos, el 11.7% no realizaron control prenatal en ningún momento de la gestación, el parto pretérmino se presentó en el 53-6% y el 15-4% de las pacientes presentó preeclampsia, al clasificar ésta, el 29% tenía preeclampsia moderada y el 71% preeclampsia severa, el 1.8% presentó eclampsia y solo el 0.9% se le diagnosticó síndrome de HELLP. Se determinó que el 5.4% de las pacientes presentó complicaciones posparto siendo esta la endometritis.

En Guatemala y en el Hospital Roosevelt, no se tienen datos de estudios previos sobre complicaciones obstétricas en nuestro medio que nos demuestren la gravedad de este problema. Debido a que la maternidad en adolescentes es más común hoy en día y las consultas al Hospital Roosevelt se hacen más frecuentes (1132 consultas anuales aproximadamente) y siendo esta edad un factor de riesgo para complicaciones durante el embarazo.

Debido a esto, se realizó el estudio de tipo descriptivo para determinar la incidencia acumulada de complicaciones obstétricas, siendo esta de 33.74% y las complicaciones obstétricas encontradas con mayor frecuencia en el periodo prenatal fue aborto (63%), transparto; parto instrumental (73%) y postparto; amenaza de parto pretérmino (16%).

II. ANTECEDENTES

a. ADOLESCENCIA

La OMS define como adolescencia "a la etapa de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y se consolida la independencia socioeconómica; considera que se inicia a los 10 años y culmina a los 19 años aproximadamente (1,2,3).

La adolescencia constituye un período de la vida donde ocurren una serie de cambios con rapidez vertiginosa que se reflejan en la esfera anatomofisiológica, social y cultural (1). En esa etapa de transición, los cambios ocurren con rapidez y son necesarias continuas readaptaciones; los jóvenes se hacen más autónomos de su familia, de las instituciones educativas, de la moral y en general de la influencia de los adultos (4,9), es una condición que mundialmente se encuentra en aumento principalmente en edades más precoces, debido a que cada vez con más frecuencia, la proporción de adolescentes sexualmente activas es mayor, dado fundamentalmente por el inicio precoz de la actividad sexual (2).

A la adolescencia se la puede dividir en tres etapas con características diferentes y a su vez con formas distintas de enfrentar un embarazo: Adolescencia temprana (10 a 13 años): Ligada a su madre, negación del embarazo, la maternidad provoca depresión y aislamiento, no hay lugar para el padre. El varón está ausente en sus planes (1,5).

Adolescencia media (14 a 16 años): Dramatización de la experiencia corporal y emocional, se siente posesiva en relación al feto, que a su vez es experimentado como un instrumento de la afirmación de independencia de los padres. Su actitud es ambivalente: de culpa y orgullo. El padre tiene un lugar: El varón es considerado importante como una esperanza en el futuro (1,5).

Adolescencia tardía (17 a 19 años): Adaptación al impacto de la realidad, sentimientos maternos. Búsqueda de afecto y compromiso de parte del varón y establecimiento como un futuro compañero (1,5).

El embarazo en la adolescencia se define como el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarca y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen. Ha sido llamado también el síndrome del fracaso, o la puerta de entrada al ciclo de la pobreza (1).

b. EMBARAZO ADOLESCENTE

El embarazo a cualquier edad constituye un hecho biopsicosocial de gran trascendencia, en la adolescencia cobra mayor importancia por los riesgos que puede conllevar para del binomio madre-hijo, además puede producir complicaciones invalidantes definitivas para el futuro en los planos orgánico, social y psicológico de las madres. El embarazo irrumpe en la vida de los adolescentes en momentos en que todavía no alcanzan la madurez física y mental, a veces en circunstancias adversas, como lo son, las carencias nutricionales u otras enfermedades, y un medio familiar poco receptivo para aceptarlo y protegerlo (6) Es una condición que mundialmente se halla en aumento, tanto en países desarrollados como en subdesarrollados; se considera que esto se debe a múltiples factores entre los cuales se podrían mencionar: la constitución de la familia, las condiciones sociales y culturales y los medios de comunicación masiva: La familia y las condiciones socioeducativas constituyen un factor esencial, porque se evidencia que generalmente las madres adolescentes provienen de hogares mal constituidos, hogares de madres solteras, divorciadas, sin una comunicación adecuada padre-hija, con nivel educativo bajo, donde no se da importancia a la educación sexual. Normalmente no se ofrece en el hogar, la escuela o la comunidad educativa sobre el comportamiento sexual responsable e información clara específica sobre las consecuencias del intercambio sexual (incluyendo el embarazo, enfermedades de transmisión sexual y efectos psico-sociales). Por lo tanto, gran parte de la "educación sexual" que los adolescentes recibe vienen a través de filtros desinformados o compañeros sin formar (6). Los medios de comunicación masiva influyen en las relaciones sexuales, sin bien en ellos se incluyen temas de educación sexual; transmiten frecuentemente mensajes manifiestos o secretos en los cuales las relaciones sexuales sin estar casados (especialmente aquellas que involucran a adolescentes) son comunes, aceptadas y, a veces, esperadas. Estos mensajes son recibidos y observados por niños y pueden influir en el inicio de la vida sexual a una edad más temprana (16).

Durante la adolescencia, la falta de oportunidades escolares, la deserción escolar, el consumo de alcohol y drogas, la falta de apoyo familiar, el inicio de una vida sexual, condiciones de pobreza y la falta de educación, son causas de riesgo para un embarazo no deseado que tendrá un impacto directo en los aspectos sociales, de salud, de educación y de economía en la mujer (11). La maternidad temprana es reconocida en el mundo como un factor que afecta el bienestar y la salud reproductiva de las mujeres jóvenes, así como el ritmo y la dirección del desarrollo de un país.¹ En Guatemala, donde los recursos muy

limitados moldean las vidas de muchas personas jóvenes aún sin la carga adicional de la paternidad, es imperativo abordar las consecuencias sociales y en salud de los altos niveles de maternidad adolescente (8).

En Guatemala, como en la mayor parte del mundo en desarrollo, cuando las mujeres establecen uniones tempranamente, también tienden a comenzar la maternidad a una corta edad. En general, el 44% de las mujeres de 20 a 24 años en 2002 había tenido un bebé antes de los 20; esta proporción había disminuido sólo en un 7% desde 1995. Sin embargo, la ya de por sí baja proporción que daba a luz antes de los 15 disminuyó en un tercio entre 1995 y 2002, del 4% a menos del 3% (8,25).

Dar a luz a una edad temprana puede reducir la autonomía social y económica de una mujer a largo plazo, desviar sus perspectivas educativas y poner en peligro su salud y la de su recién nacido. Para abordar el asunto de manera efectiva, es importante comprender el contexto en el cual tiene lugar la maternidad temprana. Por ejemplo, las mujeres que dan a luz siendo adolescentes probablemente son pobres y la maternidad temprana puede crear una mayor situación de desventaja económica y social (23). Las mujeres que comienzan la maternidad a una corta edad tienden a tener familias más numerosas que aquellas que posponen la maternidad, y las madres muy jóvenes y sus hijos que inician sus vidas en la pobreza son a menudo incapaces de salir de esa pobreza. Además, la maternidad temprana puede restringir seriamente las oportunidades educativas de las jóvenes y, por consiguiente, limitar sus perspectivas de empleo. En contraste, dado que la educación se relaciona cada vez más con el mejoramiento de las perspectivas de vida, las mujeres que aplazan su primer nacimiento hasta después de la adolescencia pueden permanecer más tiempo en la escuela, lo cual les permite jugar un papel más directo en la determinación de su propio futuro y el de sus hijos (24).

La maternidad temprana puede empeorar las condiciones de salud de la madre y el hijo cuando éstas son ya deficientes. Por ejemplo, dar a luz antes de la completa madurez física (es decir, a la edad de 16 años o menos) puede poner en peligro la salud de la joven y aumentar el riesgo de que su hijo contraiga una enfermedad o muera en la infancia;16 estos riesgos se agravan en las adolescentes pobres, quienes tienen pocas probabilidades de tener una adecuada nutrición y acceso a la atención médica.

c. INCIDENCIA DE COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS

Por varios motivos, es crucial comprender el contexto y las consecuencias de la conducta sexual y reproductiva de los adolescentes. Por ejemplo, la gente joven representa una alta proporción de la población guatemalteca: aproximadamente una cuarta parte de los guatemaltecos está entre los 10 y 19 años. Las consecuencias de la escogencia de vida que esta gente adopte seguirán repercutiendo en la sociedad guatemalteca por muchos años. Asimismo, el momento de la unión y de la maternidad tiene implicaciones para toda la vida de las jóvenes y para el desarrollo económico y social del país. Si las jóvenes guatemaltecas han de desempeñar un papel activo en ese desarrollo y si han de prepararse adecuadamente para el futuro, necesitan educación y capacitación necesidades que con frecuencia no son satisfechas si asumen las responsabilidades de la vida en unión y de la maternidad a una edad temprana (8). Cada año, 114 de cada 1.000 mujeres guatemaltecas entre 15 y 19 años dan a luz. Aunque esta representa un ligero descenso de la tasa de 126 por cada 1.000 registrada en 1995, sigue siendo la tercera más alta de América Central, después de Honduras (137) y de Nicaragua (119). La tasa de Guatemala excede las de El Salvador (104), Belice (95), Panamá (89) y Costa Rica (78). Como es el caso en muchos otros países, en Guatemala la tasa de fecundidad entre las adolescentes rurales es mucho más alta que la de las adolescentes urbanas (133 por 1.000 versus 85 por 1.000). Además, la fecundidad adolescente disminuyó a un ritmo más lento que la fecundidad general: la tasa de fecundidad adolescente bajó en sólo un 10% de 1995 a 2002, mientras que la tasa entre todas las mujeres en edad reproductiva descendió en un 20% (8,21).

La incidencia de embarazos adolescentes varía dependiendo de la región y del grado de desarrollo del país estudiado. En Estados Unidos, anualmente cerca de un millón de embarazos corresponden a madres adolescentes, constituyendo un 12,8% del total de embarazos. En países menos desarrollados, la proporción de embarazos adolescentes es de aproximadamente 15,2% en Chile, y del 25% en el caso de El Salvador, Centroamérica, pudiendo llegar a cifras tan elevadas como del 45% del total de embarazos en algunos países africanos. La última estadística presentada por el Ministerio de Salud de Chile informa que durante el año 1999 hubo un total de 250.674 partos, de los cuales 40.439 fueron en pacientes menores de 20 años, lo que corresponde a un 16,1% del total (2). En Colombia, en el año 2006, según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), se estima que la población colombiana son 41,469,000 habitantes, estando el 21.3% entre los 10 y los 19 años, para 8,800,000 adolescentes de ambos sexos, lo que equivale a un

adolescente por cada 4.7 adultos. El 11.3% con respecto a la totalidad de la población tiene entre 10 y 14 años, mientras que el 10.4% están entre 15 y 19 años de edad (5). En Guatemala, como en la mayor parte del mundo en desarrollo, cuando las mujeres establecen uniones tempranamente, también tienden a comenzar la maternidad a una corta edad. En general, el 44% de las mujeres de 20 a 24 años en 2002 había tenido un bebé antes de los 20; esta proporción había disminuido sólo en un 7% desde 1995. Sin embargo, la ya de por sí baja proporción que daba a luz antes de los 15 disminuyó en un tercio entre 1995 y 2002, del 4% a menos del 3% (7). En el Perú, la frecuencia de embarazos en adolescentes varía de una región a otra, siendo en la Costa 13.3%, en la Sierra 15.1% y 30.8% en la Selva (8).

En estudio descriptivo realizado en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl de Medellín, realizado durante junio 2000 y octubre 2001 se determinó que el 28.6% de las pacientes obstétricas ingresadas eran adolescentes (8). La mayoría de las madres latinas adolescentes tienen hijos fuera del matrimonio, en el 2003, 76.2% de las adolescentes latinas entre 15 y 19 años que dieron a luz no estaban casadas, frente a un 81.3% de todas las jóvenes entre ese mismo rango de edad que dieron a luz (2). En nuestro país aproximadamente el 25% de la población femenina inicia su vida sexual entre los 13 y 17 años de edad (10). Según datos de la UNICEF y el Ministerio de Salud Pública de nuestro país, se estima que la prevalencia de embarazos en adolescentes es de 20%, así mismo se indica que de los partos de primigestas el 81% corresponde a dicha población (10). La madre adolescente es la mujer menor de 20 años que ha tenido un hijo; cada año, 14 millones de mujeres adolescentes dan a luz en el mundo (OPS, 2000) lo que equivale aproximadamente al 10% de los nacimientos. En América Latina representa 15-20% del total de nacimientos, de los cuales 70% no fueron planeados; en la Unión Europea y Japón los nacimientos oscilan entre 4 y 33 por mil adolescentes entre 15 y 19 años de edad, debido probablemente a la aceptación de métodos anticonceptivos; en México, desde el año 2000 el porcentaje se encuentra alrededor del 17.2 (11)

d. FACTORES DE RIESGO

El riesgo potencial para las niñas adolescentes de llegar a quedarse embarazada incluye además de lo anterior a: los tempranos contactos sexuales, sin el uso adecuado de los anticonceptivos; el uso temprano de alcohol y/u otras drogas, dejar la escuela, la carencia de un grupo de apoyo o pocos amigos; la carencia de intereses en la escuela, familia o actividades comunitarias; percibir pocas o ninguna oportunidad para el éxito; vivir en

comunidades o escuelas donde los embarazos tempranos son comunes y considerarlo como una norma más que como una causa para su interés; crecer en condiciones empobrecidas; haber sido víctima de un ataque o abuso sexual (6).

Las condiciones riesgosas asociadas o que pueden favorecer el embarazo en adolescentes son la menor aceptación de los valores tradicionales familiares y poca comunicación con la madre, abandono de la escuela, menarquía precoz, baja autoestima, carencia de proyectos de vida, pocos conocimientos sobre métodos anticonceptivos, familia disfuncional, madre o hermana con embarazo en la adolescencia, padre ausente, toxicomanías, adicciones, nivel socioeconómico bajo, ingreso temprano al trabajo formal, amigas que han iniciado vida sexual precozmente, el desempleo, educación inconclusa, el ser madre soltera, el posible embarazo no deseado o no planeado y la carencia de información para acceder los servicios de salud (condición de asegurada), entre otros; las cuales representan una verdadera problemática social son otros factores para un embarazo durante la adolescencia. (4,10,24). En los adolescentes la utilización de los métodos anticonceptivos es insuficiente, situación que responde al olvido de ingesta, temor a subir de peso, dificultad en el acceso a los métodos, vergüenza para solicitar y al “*amor romántico*” que es el amor idealizado, los cuales mayoritariamente conllevan a embarazos no deseados y muchas veces terminan en aborto, con todas las complicaciones que esto puede significar (19).

La población guatemalteca tiene varios problemas serios de salud, muchos de los cuales están ligados a una deficiente salud reproductiva. Las bajas tasas de atención prenatal y del parto y el precario estado general de salud de las mujeres pobres contribuyen a la razón de mortalidad materna de 153 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos, una de las más altas en la región. Las mujeres indígenas sufren de manera desproporcionada, dado que su razón de mortalidad materna es casi el triple que la de las mujeres no indígenas (211 versus 70) (8).

i. La atención prenatal y del parto es inadecuada entre las adolescentes.

Independientemente del estado de planificación de un embarazo, las adolescentes necesitan servicios de calidad para asegurarles un embarazo y un parto seguros. Debido a una extensa variedad de motivos, incluyendo la dominante pobreza, una inadecuada infraestructura de salud, la inaccesibilidad geográfica y una preferencia cultural por las comadronas tradicionales, no todas las adolescentes obtienen la atención integral prenatal y

del parto que necesitan para evitar complicaciones y dar a luz a bebés sanos. En general, el 70% de las mujeres embarazadas entre 15 y 24 años recibe algún tipo de atención prenatal profesional (22). La proporción de las que acuden al menos a una visita prenatal alcanza a ocho de cada 10 jóvenes con más escolaridad y las no indígenas, pero entre las adolescentes con menor escolaridad y las indígenas, es casi la mitad. (Aunque no contamos con información más relevante referente al número de visitas realizadas, las normas del Programa Nacional de Salud Reproductiva recomiendan un mínimo de cuatro, incluyendo dos durante el último mes de gestación). Pese a que son bajas las tasas de cobertura mínima en los subgrupos de mujeres con la mayor necesidad de una mejor atención prenatal, reflejan sin embargo un excelente progreso alcanzado recientemente aumentos de casi un 50% desde 1995 (8, 20).

ii. Formación de Uniones

Las uniones tempranas siguen siendo una norma predominante. Una cuarta parte de las mujeres de 20 a 24 años en 2002 había iniciado una unión formal o consensual antes de los 17 años y la mitad lo había hecho antes de llegar a los 20. (Las adolescentes guatemaltecas tienen una mayor probabilidad de formar uniones consensuales que formales. En 2002, el 11% de las mujeres de 15 a 19 años estaba en una unión consensual, mientras que el 7% estaba en una unión formal. La tasa de uniones durante la adolescencia ha disminuido poco en los últimos años sólo en un 10% desde 1995 a 2002. Como es el caso en la mayor parte del mundo, la educación es uno de los factores que más influyen en la edad al momento de la primera unión: sólo una cuarta parte de las mujeres con al menos siete años de escolaridad ha establecido una unión antes de los 20, comparado con tres cuartas partes de las que no han. Sin embargo, no toda la actividad sexual adolescente tiene lugar dentro de una unión y aunque sigue siendo duramente censurada, la prevalencia de dicha actividad ha aumentado moderadamente en los últimos años. Mientras que el 14% de las mujeres entre 20 y 24 años en 1995 había tenido relaciones sexuales prematrimoniales siendo adolescentes, en 2002 el 18% lo había hecho, un aumento del 25% durante un período de siete años (8,18).

e. MORBILIDAD

La inmadurez física coloca a la madre adolescente en mayor riesgo para la morbilidad y mortalidad. Las adolescentes tienen el doble de probabilidades de morir en relación con el parto que las mujeres en los 20; aquellas por debajo de 15 años de edad aumentan en cinco

veces el riesgo(18). Los riesgos derivan de 2 situaciones: una de tipo biológica y otra condicionada por varios factores psicosociales; en lo biológico los peligros están determinados por la inmadurez de las estructuras pélvicas y del sistema reproductor en general (6, 17).

El perfeccionamiento de la atención integral a la mujer, la posibilidad de prevenir o diagnosticar precozmente muchas complicaciones del embarazo, parto y puerperio y el reconocimiento de la necesidad de los cuidados Intensivos en la paciente obstétrica crítica, pueden contribuir al descenso de la tasa de mortalidad materna y motivaron la revisión de la literatura disponible sobre este tema y la ejecución de este trabajo (16).

Se reconoce una extensa gama de complicaciones biológicas cuya incidencia es superior en las madres adolescentes, las cuales abarcan todos los trimestres del embarazo, todos los periodos del parto y afectan tanto a la joven madre como a su hijo y están muchas veces relacionadas con las condiciones poco favorables con las que la menor de 20 años llega a los eventos gestación-parto-puerperio. Dentro de las complicaciones se pueden citar las siguientes:

- **Del embarazo:** anemia, escasa ganancia de peso materna asociada, infección urinaria (incluida la bacteriuria asintomático), infecciones vaginales, estados hipertensivos gestacionales, aborto, amenaza de parto y parto pretérmino, hemorragias asociados con afecciones placentarias, desprendimiento prematuro de membrana normoinsera (DPMNI), rotura prematura de membranas, retardo del crecimiento intrauterino, embarazo cronológicamente prolongado y la diabetes gestacional.
- **Del parto:** trabajo de parto prolongado, partos operatorios (instrumentados o cesárea), desgarros del canal blando del parto y hemorragias.
- **Del puerperio:** endometritis, abscesos de pared, anemia, sépsis de la herida quirúrgica, sépsis de la rafia, mastitis, entre otras.

i. Anemia:

Es de tipo microcítica hipocrómica, 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 los malos hábitos

alimentarios propios de la edad contribuyen al déficit de hierro. En estos casos los riesgos nutricionales se incrementan, y además de la anemia existen otras carencias nutricionales que colocan en peligro tanto el embarazo como su crecimiento y desarrollo. La atención prenatal tardía o deficiente, incrementa el riesgo de presentar anemia por la deficiencia de hierro. Para varios autores esta entidad constituye la complicación más frecuente del embarazo adolescente para otros ocupa el segundo lugar; pero con mayor incidencia cuando el embarazo se produce a menos de 5 años de la aparición de la menarquía, toda paciente con una hemoglobina menor de 12 gr/l o hematocrito menos del 36% se tomará como anemia (9).

ii. Escasa Ganancia de Peso Materno:

El estado nutricional materno es un importante factor que incide sobre el crecimiento prenatal y el peso en el recién nacido; la gestante adolescente al estar creciendo y no haber completado su madurez fisiológica, sus requerimientos nutricionales son mayores que los de la mujer adulta y estos, a su vez, compiten con las necesidades de obtener nutrientes para el crecimiento del feto; se ha determinado que las aquí se hace necesaria una ganancia de peso superior a la de la embarazada adulta para lograr un neonato con peso adecuado (22). Se ha demostrado que la ganancia de peso durante el embarazo es un indicador importante para predecir la futura salud del recién nacido; si esta ganancia es escasa, es obvio que el neonato tendrá más vulnerabilidad a cualquier mortalidad que pueda presentarse. En un estudio (15), donde se evaluó en estado nutricional de la adolescente embarazada el 59,8% presentaba bajo peso. Se cree que esta situación es peor en los países de menor desarrollo donde no solo hay un alto índice de bajo peso sino también de desnutrición materna asociada (14).

iii. Infección del Tracto Urinario:

Es encontrada frecuentemente en el embarazo adolescente, la gran mayoría de los estudios la ubican entre los primeros lugares dentro de las complicaciones (6).

iv. Hipertensión Inducida por el Embarazo:

Es bien conocido que se presentan con mayor frecuencia en los extremos de la vida dependiendo de qué entidad se hace referencia. Hay estudios que le otorgan el primer lugar (9,11), recientemente fue publicado (9) que constituye la principal

enfermedad propia de la gestación sobretodo en los embarazos adolescentes ocurridos a menor edad, porque en los embarazos que ocurrieron a mayor edad ocupó el segundo lugar. La preeclampsia es más frecuente en el embarazadas jóvenes, bajo nivel socioeconómico y en el primer embarazo, condiciones que se reúnen con frecuencia las adolescentes embarazadas; en el desarrollo de este cuadro clínico, entre otros, se involucra una posible falla en el mecanismo inmunológico adaptativo que permite el desarrollo de la estrecha interrelación entre el organismo materno y su huésped (3); además se ha postulado una falla en los mecanismos fisiológicos de adaptación circulatoria al embarazo, cuyas manifestaciones clínicas pueden presentarse por separado o asociadas. Este mecanismo común podría explicar diversas afecciones propias del embarazo que se muestran en mayor frecuencia en las adolescentes: estados hipertensivos gestacionales, prematuridad, retardo de crecimiento intrauterino y el DPMNI, (3); aunque la frecuencia de estas dos últimas entidades no tuvieron diferencia con respecto a la de los grupos controles.

v. Aborto:

Según un estudio el 32% de las madres refirieron al menos un aborto provocado y este es un antecedente muy desfavorable no solo para los futuros embarazos sino por el riesgo que implica para la vida misma de la adolescente que se lo practica; con respecto al espontáneo su frecuencia fue del 6,3%. Pero la magnitud real de este problema no se conoce (6,13). El aborto inducido es ilegal en Guatemala excepto en el caso necesario para salvar la vida de una mujer embarazada; sin embargo, aproximadamente 27.000 mujeres son hospitalizadas cada año para ser tratadas por complicaciones postaborto. Aunque éstas son complicaciones de abortos espontáneos e inducidos, la mayoría de las pacientes de postaborto en América Latina que declara haber tenido un aborto espontáneo en realidad se ha sometido a un aborto inducido realizado en condiciones de riesgo. Según la limitada información disponible sobre las características de las mujeres hospitalizadas por tales complicaciones, una quinta parte tiene entre 15 y 19 años, lo cual sugiere que un número importante de adolescentes guatemaltecas recurre cada año al aborto inseguro (8, 12).

vi. Amenaza de Parto y Parto Pretérmino:

La adolescencia un factor de riesgo para el parto pretérmino. A la prematuridad contribuyen una serie de condiciones presentes con mayor frecuencia en las adolescentes que en las gestantes adultas, como son la malnutrición materna, la anemia y las infecciones. Muchos autores encuentran a estas entidades como una de las problemáticas del embarazo en edades tempranas (23), algunos lo ubican como la complicación más frecuente, sobre todo si la gestante es menor de 15 años y finalmente otros no hay diferencia con los grupos controles (1).

vii. Embarazo Prolongado:

Para algunos autores hay un leve incremento de partos de más de 42 semanas, y se ve con relativa frecuencia, hecho que aun no está bien aclarado, aunque no se puede descartar la posibilidad de error menstrual como causa de "prolongación" de la gestación de estas pacientes (12).

viii. Diabetes Gestacional

Por otra parte, la diabetes mellitus (DM) es considerada la enfermedad metabólica que con más frecuencia complica el embarazo, y después de la hipertensión arterial y el asma bronquial, la tercera enfermedad crónica que puede afectar a una gestante, en orden decreciente de frecuencia.⁷ La diabetes gestacional (DG) se define por consenso casi universal, como la alteración del metabolismo de los carbohidratos que es detectada por primera vez o se inicia durante el embarazo, y representa un importante factor de riesgo para la mujer y un problema de salud para el producto.

La prevalencia de la DG en los EE.UU. es de 1 a 14 %, en dependencia de la población estudiada, así como de los criterios diagnósticos utilizados. En México se estima que es de 4,3 %, en Argentina de 5 % y en España de 12 %. Existen etnias en las que la frecuencia es muy baja, como en poblaciones de Taiwan (0,7 %), mientras que en otras es muy elevada, como es el caso de los indios zuni. Estudios sobre la prevalencia de DG efectuados en Cuba, han informado que esta es de aproximadamente 4,5 %, por lo que no existe gran diferencia con lo encontrado en el resto del mundo, en general (13).

La búsqueda de la DG tiene gran importancia epidemiológica debido a que un buen control del metabolismo reduce en forma significativa el riesgo de las complicaciones materno-fetales, y permite detectar precozmente una población de mujeres con riesgo

de contraer DM después de finalizado el embarazo. Este último riesgo se ha calculado, y es aproximadamente de un 15 % el primer año, y de un 5 % en los siguientes 15 años. La importancia de detectar un grupo de madres con alto riesgo de contraer una DM después de finalizado el embarazo, sobre todo tipo 2, radica en que se ha demostrado que se puede evitar o retardar la aparición de la enfermedad con medidas preventivas y controles periódicos adecuados, además de producir un importante ahorro económico al disminuir significativamente los gastos, ya que decrece el índice de cesárea y se necesita menos de los cuidados perinatales. El diagnóstico de la DG en Cuba se hace teniendo en cuenta los criterios de la OMS; sin embargo, en otros países este se realiza tomando como guía los criterios de *O'Sullivan y Mahan*, que difieren de los anteriores en cuanto a proceder y cifras diagnósticas se refiere (13).

ix. Trabajo de Parto Prolongado:

Se asocio principalmente a distocias de posición, desproporción cefalopélvica y dilatación estacionaria. Además la gestante adolescente constituyen un riesgo para que el nacimiento de los bebés se realice por inducción, ya que se plantea que al existir poco desarrollo del eje hipotálamo-hipófisis-gonadal es necesario que el parto se desencadene artificialmente si espontáneamente esto no ha ocurrido, máxime cuando el embarazo se produce cerca del comienzo de la menarquía (9).

x. Complicaciones del Parto:

Mientras más joven es la adolescente, mayores son las alteraciones que pueden ocurrir en relación al parto. Esto es debido principalmente a la falta de desarrollo de la pelvis materna, lo que condicionaría una mayor incidencia de desproporción cefalopélvica y de distocias de posición (si el embarazo se produce en los primeros cinco años posmenarquia esto adquiere mayor significación), constituyendo esto, una causa importante de trabajos de parto prolongados y partos operatorios, tanto por uso de fórceps como de cesáreas (16). Además tienen un mayor riesgo de culminar con desgarros del cuello, vagina, vulva y periné. Esta complicación esta dada principalmente por la condición de inmadurez de estas jóvenes, manifestándose en una estrechez de canal blando; además de las lesiones anatómicas hay mayor probabilidad de hemorragias e infecciones en el terreno materno (3). Las causas

más frecuentes para indicar la cesárea fueron: desproporción cefalopélvica, sufrimiento fetal, estados hipertensivos gestacionales, inducción fallida, entre otras.

xi. Complicaciones del Puerperio:

Cabe mencionar que la anemia ocupó en primer lugar; luego se encuentra a la endometritis que puede relacionarse con el elevado número diagnóstico de infección vaginal, pero también con la mayor frecuencia de desgarros genitales, anemia, y desnutrición, factores todos que crean un terreno propicio para las infecciones en la paciente obstétrica (17).

III. OBJETIVOS

GENERAL:

- Determinar la incidencia acumulada de complicaciones obstétricas en pacientes adolescentes que son ingresadas a la sección de obstetricia del Hospital Roosevelt.

ESPECÍFICO:

- Caracterizar al grupo de adolescentes con complicación obstétrica

IV. MATERIALES Y METODOS

a. TIPO DE ESTUDIO

El presente es un estudio de tipo descriptivo debido a que su propósito es conocer la incidencia de complicaciones obstétricas que se presentan en las adolescentes que son ingresadas a la unidad de obstetricia del Hospital Roosevelt durante el periodo de Enero del 2010 a Octubre del 2010.

b. POBLACIÓN

Adolescentes embarazadas que son ingresadas a la sección de Obstetricia del Hospital Roosevelt.

c. SUJETO DE ESTUDIO

Adolescentes embarazadas que presenten alguna complicación obstétrica.

d. CALCULO DE LA MUESTRA

Se tomará el total de pacientes durante el periodo de estudio y que cumplan los criterios de inclusión.

e. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Paciente con alguna complicación obstétrica
- Paciente comprendida entre las edades de 10 a 19 años.

f. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Paciente adolescente que presente alguna patología de base.

g. CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Unidad de medición
Incidencia acumulada	La proporción de individuos sanos que desarrollan la enfermedad a lo largo de un periodo de tiempo determinado	No. De pacientes adolescentes durante el periodo del estudio/pacientes con alguna complicación obstétrica.	cuantitativa	razón	Porcentaje
Complicación obstétrica	<p>Complicación prenatal: Son los trastornos que pueden complicar el embarazo antes del parto</p> <p>Complicación durante el parto: Son los trastornos que pueden complicar el embarazo durante el trabajo</p>	<p>Prenatal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aborto • Hipertensión inducida por el embarazo • Rotura prematura de membranas • Amenaza de parto pretérmino • Anemia • Embarazo prolongado • ETS <p>Durante el Parto</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trabajo de parto prolongado • Pato operatorio • Desgarros del canal del parto 	Cualitativa	Nominal	<p>Complicación prenatal</p> <p>Complicación durante el parto</p> <p>Complicación postnatal</p>

	de parto y parto. Complicación: post parto: Son los trastornos que pueden complicar el periodo postparto.	<ul style="list-style-type: none"> • Desproporción cefalopélvica Post parto o puerperio <ul style="list-style-type: none"> • Endometritis • Retención de restos placentarios • Infección de herida operatoria • Anemia 			
Adolescente	Es la etapa que transcurre entre los 10 a 19 años	paciente de 10 a 19 años que se encuentre embarazada	Cuantitativa	Razón	Años
Caracterización epidemiológica	Determinación de los atributos clínico epidemiológicos de una persona, cosa o situación de modo que se distinga claramente de los demás.	• Edad materna	Cuantitativa	razón	Años
		• Estado civil	Cualitativa	Nominal	Casada Soltera Unida
		• Escolaridad	Cualitativa	Ordinales	Primaria Secundaria Diversificado Universidad
		• Control prenatal	Cualitativa	Nominal	Si No
Complicación neonatal	Afección que puede complicar la vida del recién nacido	<ul style="list-style-type: none"> • Síndrome de aspiración meconial. • Asfixia perinatal • RCIU • Prematurez • Muerte neonatal 	Cualitativa	Nominal	Complicación neonatal

h. PROCESO DE SELECCIÓN DE SUJETOS

Todas las pacientes adolescentes que se encuentren embarazadas serán entrevistadas por el médico residente de primer año encargado del servicio donde consulten, siendo éstas la emergencia de Obstetricia, consulta externa prenatal, así como en los servicios donde se encuentren ingresadas las pacientes, labor y partos, primer piso posparto, tercer piso postparto, perinatología y séptico. Antes de llenar la boleta de recolección de datos, se le explicará a la paciente que los datos serán utilizados para el estudio y se le explicará en qué consistirá y se enfatizará que los datos serán utilizados solamente con fines estadísticos. Cuando las pacientes consultan a la emergencia de Obstetricia o control prenatal y se detecta alguna complicación obstétrica, el médico residente de primer año llenará la hoja de recolección de datos realizando las preguntas correspondientes y llenando las casillas que corresponda, también anotará el número de registro hospitalario que se le asignará a la paciente a su ingreso.

El total de pacientes adolescentes que sean ingresadas a la sección de Obstetricia se tomará del libro de ingresos de los servicios de emergencia y control prenatal para que no exista sesgo ya que se puede realizar la entrevista más de una vez a la misma paciente, ya sea que al ingreso no presente complicación obstétrica y posteriormente la padezca. Si la paciente adolescente que presenta alguna complicación obstétrica es ingresada a labor y partos, tercer piso postparto, perinatología y séptico, ya no se volverá a tomar datos para llenar la boleta de recolección de datos, ya que estos serán llenados en los servicios de emergencia y control prenatal.

Si la paciente adolescente se encuentra ingresada en labor y partos y durante el trabajo de parto presenta alguna complicación del mismo, se llenará la boleta de recolección de datos por el médico residente encargado.

Debido a que a todas las pacientes que se encuentren en su periodo postparto inmediato se les realiza exámenes de laboratorio para posteriormente con esto decidir su egreso, serán éstos los que se utilizarán para encontrar pacientes con anemia tomando los resultados menores de 12 gr/dl de hemoglobina y hematocrito menor de 36%.

Debido a que el Hospital Roosevelt es un hospital de referencia, también se incluirán en el estudio todas aquellas pacientes que cumplan con los criterios de inclusión que sean referidas al hospital. También se tomarán aquellas pacientes que se encuentren entre el rango de edad que consulten en el puerperio, pudiendo ser inmediato, mediato y tardío y que presenten alguna de las complicaciones durante el puerperio.

i. DESCRIPCION DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Los datos serán recolectados a través de una boleta que el investigador, y las personas que le ayudaran, llenarán al entrevistar a las pacientes sujetos de estudio que consulta a los servicios de obstetricia del Hospital Roosevelt.

En esta boleta se tomara en cuenta los siguientes aspectos: edad, escolaridad, estado civil y si la paciente llevó control prenatal.

j. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los datos obtenidos se colocarán en las hojas de recolección de información, los cuales se vaciaran a un formato estadístico para su interrogatorio y posteriormente análisis.

Se efectuará un análisis estadístico basándose en el programa estadístico EXCEL de los datos utilizando medidas de tendencia central para las variables cuantitativas y análisis de frecuencias para las variables cualitativas. Además de realizar gráficas y cuadros con los mismo resultados obtenidos.

k. ASPECTOS ÉTICOS

El presente estudio está diseñado para determinar la incidencia de complicaciones obstétricas en adolescentes por lo que no se realizaran nuevas técnicas ya que solamente se trata de un estudio descriptivo, por lo que se dará el mismo trato a todas las pacientes y se cumplirá con el principio de no hacer daño, por tanto, se guardará la confidencialidad de los resultados.

l. RECURSOS Y COSTOS

i) Recursos

Boletas de recolección de datos, computadora, tinta, servicio de Internet, memoria USB, lapicero, material de oficina.

ii) Humanos

- Investigador
- Asesor
- Revisor
- Pacientes
- Residentes

iii) Costos

• Servicios de Internet	Q 400.00
• Equipo de Computo	Q1500.00
• Equipo de Oficina	Q 500.00
• Energía eléctrica	Q 600.00
• Fotocopias	Q 200.00
• Total	Q3200.00

iv) Físicos

- Sala de emergencia
- Consulta Externa
- Sala de operaciones
- Primer Piso Post Parto
- Tercer piso post parto
- Séptico

V. RESULTADOS

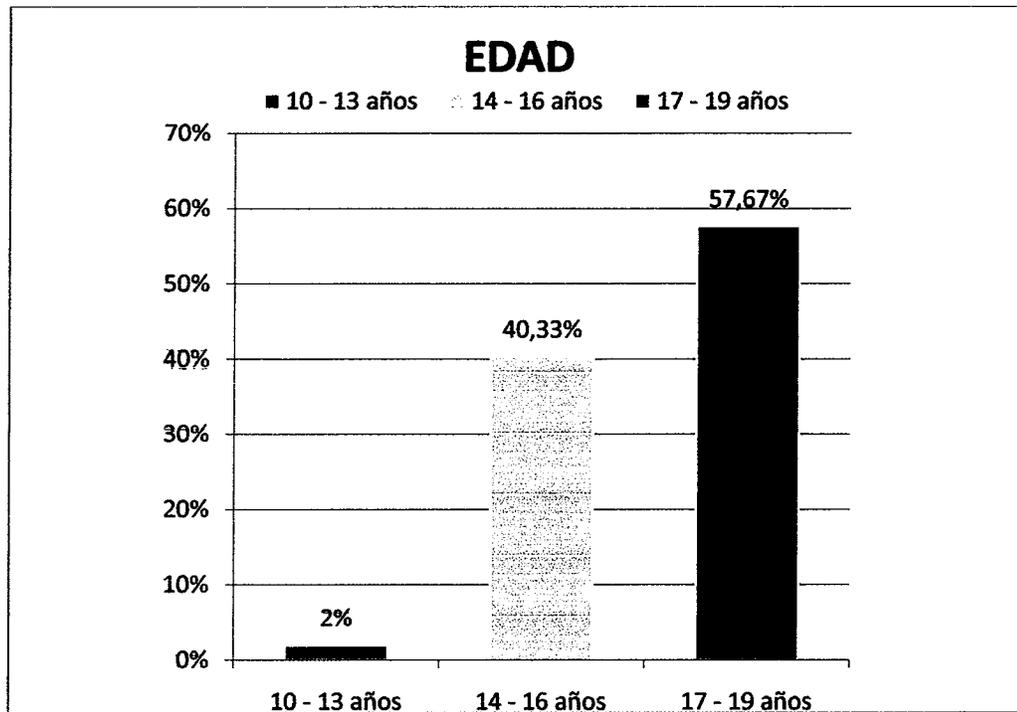
Durante el periodo de Enero a Octubre del 2010 fueron evaluadas 1132 pacientes adolescentes de las cuales fueron ingresadas a la unidad de obstetricia del Hospital Roosevelt un total de 889 pacientes, de las cuales 300 presentaron alguna complicación obstétrica, en quienes se obtuvieron los siguientes resultados.

TABLA No. 1
EDAD DE LAS PACIENTES INGRESADAS CON COMPLICACION OBSTETRICA EN EL
HOSPITAL ROOSEVELT 2010

Edad Materna	No.	%
10 - 13 años	6	2%
14 - 16 años	121	40.33%
17 - 19 años	173	57.67%
TOTAL	300	100%

Fuente: datos obtenidos de hoja de recolección de datos en pacientes adolescentes en los meses de Enero – Octubre 2010.

GRAFICA No. 1
EDAD DE LAS PACIENTES INGRESADAS CON COMPLICACION OBSTETRICA EN EL
HOSPITAL ROOSEVELT 2010



Fuente: datos obtenidos de hoja de recolección de datos en pacientes adolescentes en los meses de Enero – Octubre 2010.

TABLA No. 2

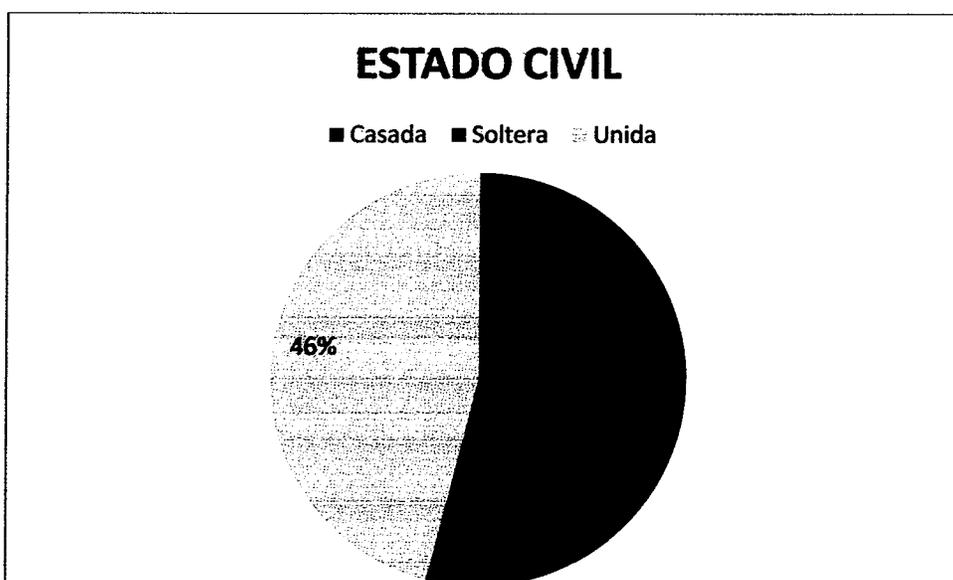
**ESTADO CIVIL, CONTROL PRENATAL Y ESCOLARIDAD DE LAS PACIENTES
INGRESADAS CON COMPLICACION OBSTETRICA EN EL HOSPITAL ROOSEVELT 2010**

Estado Civil	No.	%
• Casada	121	40%
• Soltera	41	14%
• Unida	138	46%
Control Prenatal		
• Si	187	62%
• No	113	38%
Escolaridad		
• Primaria	205	68%
• Secundaria	45	15%
• Universitaria	10	3%
• Ninguna	40	14%

Fuente: datos obtenidos de hoja de recolección de datos en pacientes adolescentes en los meses de Enero – Octubre 2010.

GRAFICA No. 2

**ESTADO CIVIL DE LAS PACIENTES INGRESADAS CON COMPLICACION OBSTETRICA
EN EL HOSPITAL ROOSEVELT 2010**



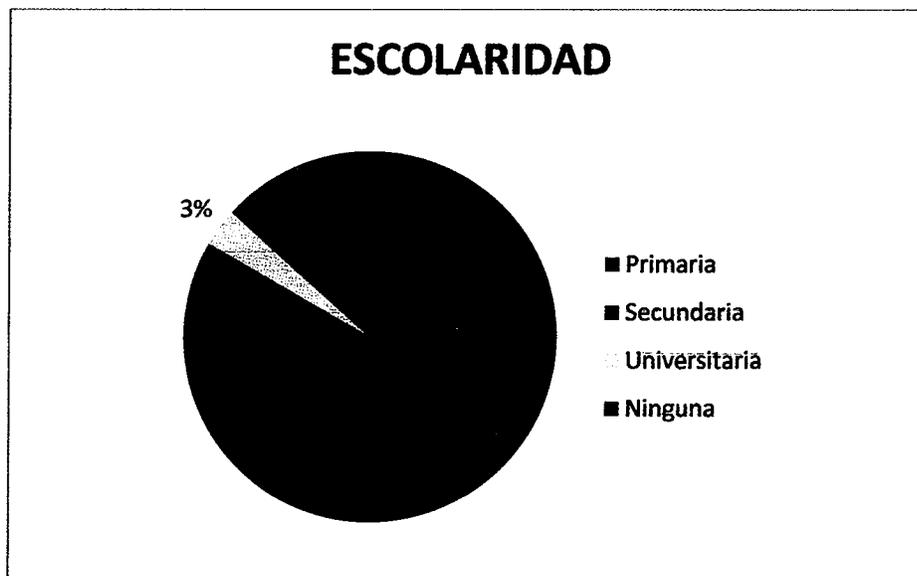
Fuente: datos obtenidos de hoja de recolección de datos en pacientes adolescentes en los meses de Enero – Octubre 2010.

GRAFICA No. 3
CONTROL PRENATAL DE LAS PACIENTES INGRESADAS CON COMPLICACION
OBSTETRICA EN EL HOSPITAL ROOSEVELT 2010



Fuente: datos obtenidos de hoja de recolección de datos en pacientes adolescentes en los meses de Enero – Octubre 2010.

GRAFICA No. 4
ESTADO CIVIL DE LAS PACIENTES INGRESADAS CON COMPLICACION OBSTETRICA
EN EL HOSPITAL ROOSEVELT 2010



Fuente: datos obtenidos de hoja de recolección de datos en pacientes adolescentes en los meses de Enero – Octubre 2010.

TABLA No. 3
COMPLICACIONES OBSTETRICAS DE LAS PACIENTES INGRESADAS A LA SECCION
DE OBSTETRICIA EN EL HOSPITAL ROOSEVELT 2010

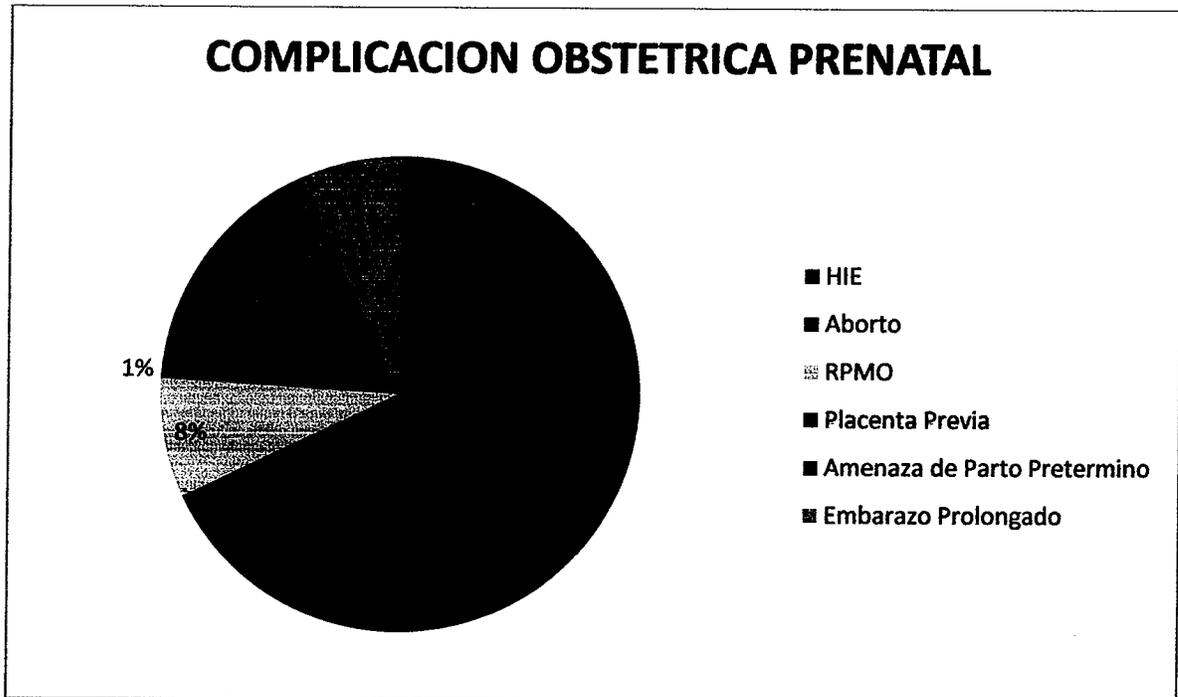
Complicación Obstétrica Prenatal	No.	%*	Incidencia acumulada
HIE	10	5%	1.12%
Aborto	140	63%	15.75%
RPMO	18	8%	2%
Placenta Previa	3	1%	0.34%
Amenaza de Parto Pretérmino	35	16%	3.93%
Embarazo Prolongado	15	7%	1.68%
TOTAL	221	100%	24.86%
Complicación Obstétrica Durante el Parto			
Trabajo de parto Prolongado	8	13%	0.9%
Parto Operatorio	45	73%	5%
Desgarros del canal del parto	9	14%	1%
TOTAL	62	100%	6.97%
Complicación Obstétrica Postnatal			
Endometritis	4	23%	0.44%
Retención de restos placentarios	11	65%	1%
Infección de Herida Operatoria	2	12%	0.22%
TOTAL	17	100%	1.91%
TOTAL INCIDENCIA ACUMULADA			33.74%

Fuente: datos obtenidos de hoja de recolección de datos en pacientes adolescentes en los meses de Enero – Octubre 2010.

*Los porcentajes de las complicaciones obstétricas presentadas, están calculados en base al total de cada grupo de complicaciones.

GRAFICA No. 5

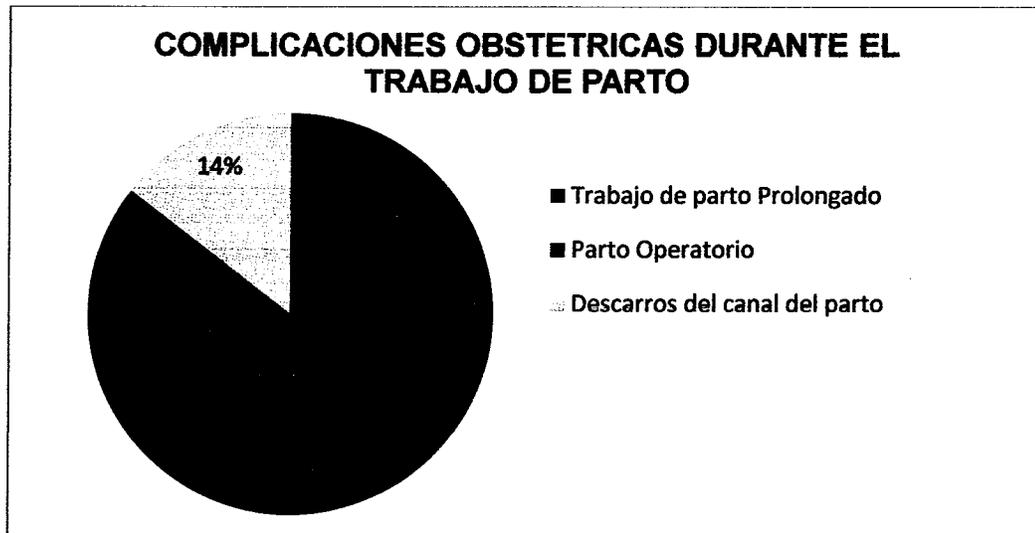
COMPLICACIONES OBSTETRICAS PRENATAL DE LAS PACIENTES INGRESADAS A LA SECCION DE OBSTETRICIA EN EL HOSPITAL ROOSEVELT 2010



Fuente: datos obtenidos de hoja de recolección de datos en pacientes adolescentes en los meses de Enero – Octubre 2010.

GRAFICA No. 6

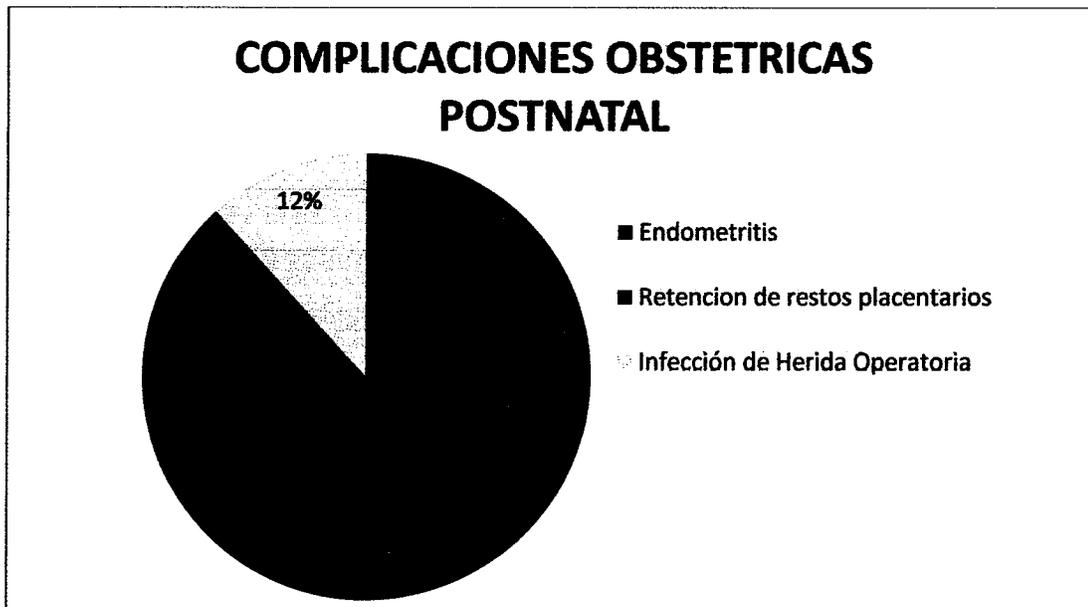
**COMPLICACIONES OBSTETRICAS DURANTE EL PARTO DE LAS PACIENTES
INGRESADAS A LA SECCION DE OBSTETRICIA EN EL HOSPITAL ROOSEVELT 2010**



Fuente: datos obtenidos de hoja de recolección de datos en pacientes adolescentes en los meses de Enero – Octubre 2010.

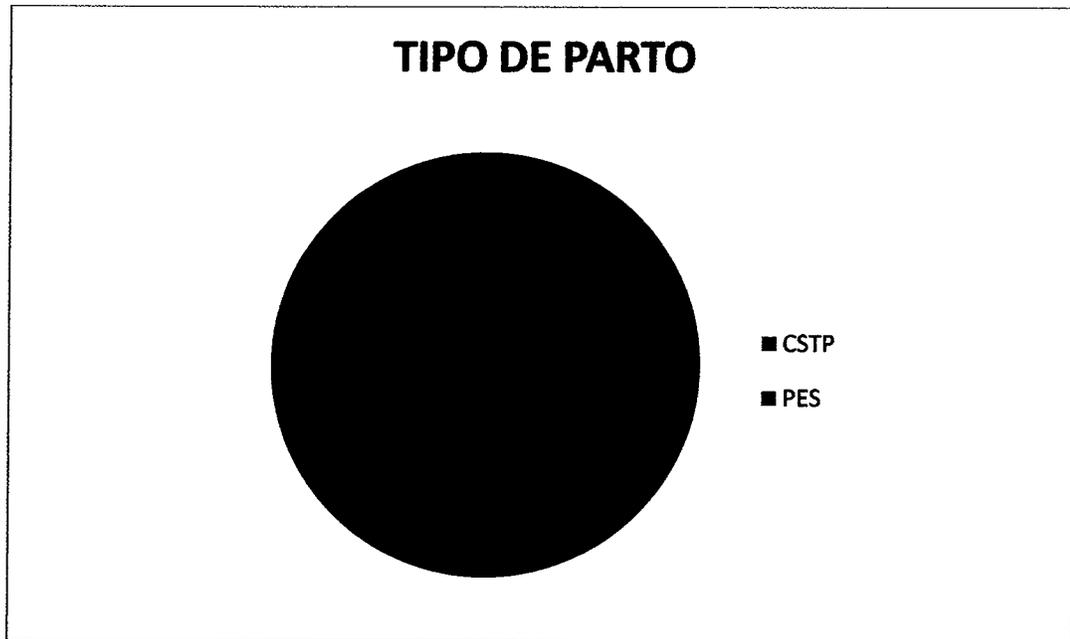
GRAFICA No. 7

**COMPLICACIONES OBSTETRICAS POSTNATALES DE LAS PACIENTES INGRESADAS
A LA SECCION DE OBSTETRICIA EN EL HOSPITAL ROOSEVELT 2010**



Fuente: datos obtenidos de hoja de recolección de datos en pacientes adolescentes en los meses de Enero – Octubre 2010.

GRAFICA No. 8
TIPO DE PARTO DE LAS PACIENTES CON COMPLICACIONES OBSTETRICAS
INGRESADAS A LA SECCION DE OBSTETRICIA EN EL HOSPITAL ROOSEVELT 2010



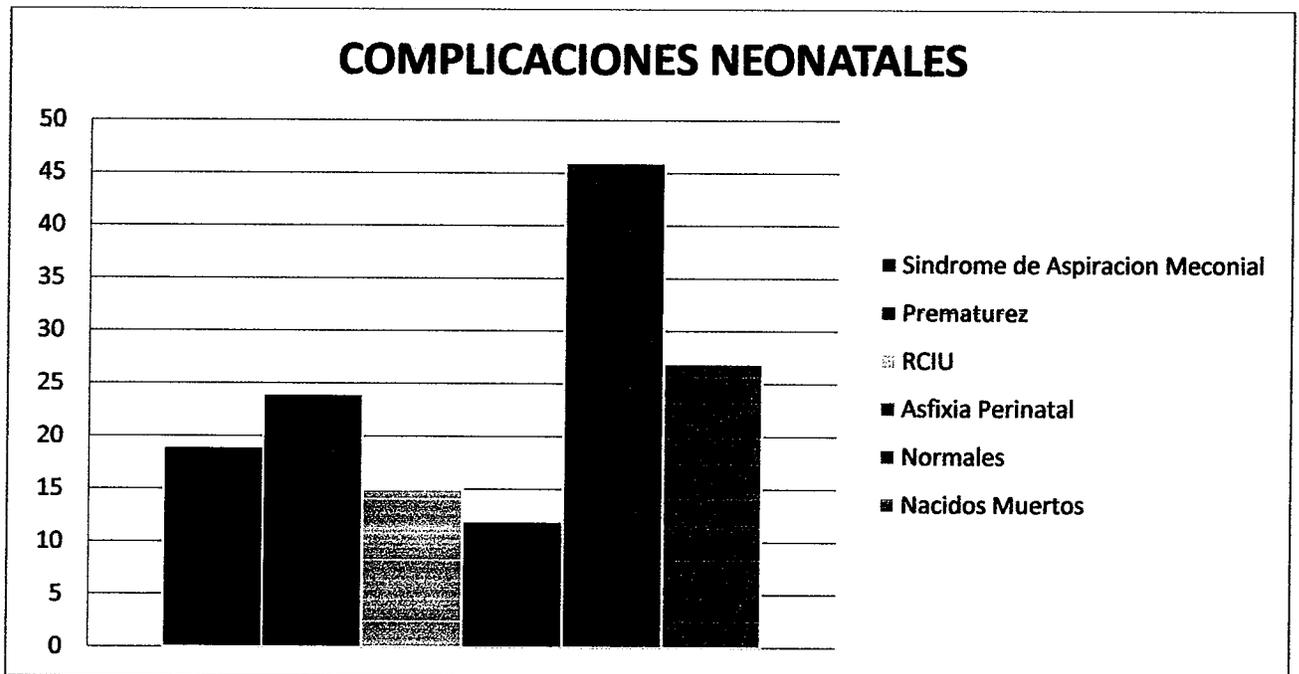
Fuente: datos obtenidos de hoja de recolección de datos en pacientes adolescentes en los meses de Enero – Octubre 2010.

TABLA No. 4
COMPLICACIONES NEONATALES DE LAS PACIENTES INGRESADAS A LA SECCION
DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ROOSEVELT

Complicación Neonatales	No.	%
Síndrome de Aspiración Meconial	19	13%
Prematurez	24	17%
RCIU	15	10%
Asfixia Perinatal	12	8%
Normales	46	33%
Nacidos Muertos	27	19%
TOTAL NACIMIENTOS	143	100%

Fuente: datos obtenidos de expedientes médicos de pacientes adolescentes en los meses de Enero – Octubre 2010.

GRAFICA No. 9
COMPLICACIONES NEONATALES DE LAS PACIENTES INGRESADAS A LA SECCION
DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ROOSEVELT



Fuente: datos obtenidos de expedientes médicos de pacientes adolescentes en los meses de Enero – Octubre 2010.

VI. DISCUSION Y ANALISIS

Los datos obtenidos nos demuestran que las pacientes adolescentes que consultan a la unidad de obstetricia del Hospital Roosevelt que presentan alguna complicación obstétrica, la mayoría se encuentra comprendida entre las edades de 17 – 19 años con más del 50%, esto comparado con estudios realizados en otros países, especialmente en un hospital de Chile, en donde el grupo de edad más afectado por complicaciones obstétricas fue el de 16 – 19 años, esto también tiene igual resultado de un estudio de caracterización social y familiar de las mujeres adolescentes realizada en México donde el resultado fue del 51%, siendo igual que en el presente estudio, con respecto a los demás grupos de edad, también tuvieron la misma proporción de pacientes que consultaron.

Con respecto al estado civil, el 46% se encuentra en unión libre y el 40% eran casadas, en México se realizó el estudio de caracterización social y familiar de las adolescentes embarazadas donde se ve una diferencia significativa de los resultados en comparación con los resultados en este estudio ya que en México se obtuvo que las adolescentes casadas correspondía al 66% y 24% las que presentaba unión libre. Las pacientes adolescentes que consultaron solamente el 63% recibió control prenatal, y el resto de los pacientes no lo recibió, estos mismos resultados se han observado en distintos estudios en los cuales también evalúan las complicaciones obstétricas en este grupo etareo, cabe mencionar que los estudios realizados han sido en países muy similares al nuestro, donde las características sociodemográficas de las adolescentes son muy parecidas, donde la educación de las pacientes no ha sido la más adecuada, ya que solamente el 3% se encuentra recibiendo educación universitaria, esto debido a que el embarazo en edades tempranas conducen al abandono de la escuela y comienzan a trabajar para aportar a la economía del hogar, el 71% por lo menos han cursado algún año de educación primaria, todavía hay un pequeño porcentaje de adolescentes que son analfabetas (14%), situación que puede resolverse mediante la inscripción de estas pacientes a escuelas por madurez, a pesar de todo esto, solamente el 63% de las pacientes ha llevado control prenatal.

Entre las complicaciones prenatales que han sufrido las pacientes en su mayoría fue el aborto el cual corresponde al 63% de los casos, pudiendo ser debido a la corta edad de las pacientes al momento de estar embarazadas debido a que no todas están preparadas para esto, también es importante recalcar que las pacientes en su mayoría solo han cursado con algún grado de educación primaria, lo cual no permite tener una educación adecuada para poder conocer los signos y síntomas de aborto, ya que la mayoría no le da importancia a su estado de embarazo, otras de las patologías frecuentes encontradas es la amenaza de parto

pretérmino, ya que según la literatura, estas pacientes son más susceptibles de tener un parto pretérmino, la ruptura de membranas ovulares pretérmino también se encuentra entre las patologías más frecuentes, siendo esta en igual proporción que en los estudios revisados. Es importante mencionar que la hipertensión inducida por el embarazo no se presentó en muchas pacientes, solamente en 10 pacientes, siendo estas englobadas en un solo término, pero se incluyen preeclampsia moderada, severa, eclampsia y síndrome Hellp. Entre las patologías, sufridas durante el parto, el parto operatorio fue el más prevalente, sucediendo en más de la mitad de las pacientes, esto puede estar dado debido a que las pacientes en edad muy joven, su cuerpo no se ha adaptado a los cambios anatómicos que sucede durante el embarazo, también puede estar dado por estrechez pélvica, o bien por la edad joven, no están preparadas mentalmente para el dolor del trabajo de parto, lo cual hace que las pacientes se pongan ansiosas, y con esto, tener una mala oxigenación y por consiguiente podría haber algún tipo de sufrimiento fetal agudo, lo cual sería la causa de un parto operatorio. De los partos operatorios, la cesárea se realizó en el 100% de las pacientes que tuvieron este tipo de parto, no se utilizaron fórceps en las pacientes adolescentes, ya que con estos se puede aumentar la incidencia de complicaciones en el canal del parto, como lo es la rasgaduras perineales y/o vaginales, las cuales estas complicaciones solo sucedieron en un total de 9 (14%) pacientes que consultaron y tuvieron parto eutócico simple vía vaginal. De las complicaciones en el puerperio o postparto, la retención de restos placentarios fue de predominio, ya que un total de 11 (65%) pacientes presentaron este tipo de complicaciones, la endometritis fue encontrada en solamente 4 pacientes, lo cual se diferencia a los estudios consultados donde la prevalencia es alta. Con respecto a las complicaciones encontradas en los recién nacidos de madres adolescentes que presentaron alguna complicación obstétrica, el 19% de los neonatos nacieron fallecidos, teniendo en cuenta que la muerte se dio intraútero antes del trabajo de parto, el 17% presentaron prematuridad y el 13% presentó síndrome de aspiración meconial, siendo el 33% de los recién nacidos vivos sin complicaciones. La restricción de crecimiento intrauterino y asfixia perinatal, se encontró en un menor porcentaje. Con los resultados obtenidos se pudo calcular la incidencia acumulada, que es la proporción de individuos sanos que desarrollan la enfermedad a lo largo de un periodo determinado, la cual fue de 33.74%, lo cual significa que las pacientes adolescentes que se embarazan, pueden desarrollar alguna complicación obstétrica, este dato no es posible compararlo con otros estudios ya que no se cuentan con los mismos, ni en Guatemala ni en el Hospital Roosevelt, esto nos servirá para tomar medidas preventivas para la ocurrencia de estas patologías.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ulanowicz, MG, et al, "Riesgos en el Embarazo Adolescente", Revista de Posgrado de la VI Cátedra de Medicina, Enero 2006, N° 153.
2. Díaz, A, et al, "Riesgos Obstétricos en el Embarazo Adolescente: Estudio Comparativo de Resultados Obstétricos y Perinatales con Pacientes Embarazadas Adultas", Rev. Chil. Obstet. Ginecol. 2002; 67(6): 481-487.
3. Morales, J, et al, "Características del embarazo en adolescentes de la sierra rural del sur de Ayacucho 2004-2008", Rev. Perú. Epidemiol. Diciembre 2008, 12(3).
4. Cueva, V, et al, "Características sociales y familiares de las adolescentes embarazadas atendidas en un módulo de alto riesgo", Rev Med IMSS 2005; 43 (3): 267-271.
5. Monterrosa, A, et al. "Partos vaginales y cesáreas en adolescentes: comportamiento entre 1993 y 2005 Hospital de Maternidad Rafael Calvo, Cartagena, Colombia", Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, 2007, 58(2).
6. Nolzco, M, et al, "Morbilidad Materna en Gestantes Adolescentes", Revista de Posgrado de la VI Cátedra de Medicina, Abril 2006, 156.
7. Guttmacher Institute., Maternidad Temprana en Guatemala: un desafío constante, *En Resumen*, Serie 2006, No. 5.
8. Bojanini, J, et al, "Resultados Obstétricos y Perinatales en Adolescentes", Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, 2004, 55(2), 114-121.
9. Padrón, G, "Embarazo en adolescentes: Estudio Sociodemográfico de 218 Pacientes", Revista Médica del Hospital General de México, 2005, 68(1) 13 – 19.
10. Espinoza, T, "Caracterización de la Adolescente Embarazada Atendida en la Clínica Francisco Bolaños", Revista Médica de Costa Rica y Centro América, 2009, 21-25.

11. Hernández, R, et al, "Perfil Sociográfico de la Madre Adolescente Atendida en el Hospital General de México en el Periodo 2000-2001", *Revista Médica del Hospital General de México*, 2009, 72(1) 31 – 36.
12. Geist, R, et al, Perinatal Outcome of Teenage Pregnancies in a Selected Group of Patients, Department of Obstetrics & Gynecology, Shaare Zedek Medical Center, Jerusalem, *J. Pediatr. Adolesc. Gynecol.*, 2006, 19, 189–193.
13. Lira, J, et al, "Análisis de los Resultados Perinatales de los Primeros Cinco Años del Funcionamiento de una Clínica de Atención para Adolescentes Embarazadas", *Ginecol. Obstet. Mex.*, 2006; 74, 241-6.
14. Valdés, S, et al, "Embarazo en la Adolescencia. Incidencia, Riesgos y Complicaciones", Hospital Ginecoobstétrico Docente Provincial, *Rev. Cubana. Obstet. Gine*, 2002, 28(4), 84 – 8.
15. Oviedo, C, et al, "Causas de Nacimiento Pretérmino entre Madres Adolescentes", *Ginecol. Obstet. Mex.*, 2007, 75(1), 17-23.
16. Lira, J, "Implicaciones Perinatales del Embarazo en la Mujer Adolescente", *Ginecología y Obstetricia de México*, 2005, 73(8), 407-14.
17. Díaz, V, "El Embarazo de las Adolescentes en México", *Gac. Méd. Méx.* 2003, 139(1).
18. Cabezas, E, "Mortalidad Materna y Perinatal en Adolescentes", Dirección Nacional Materno Infantil. Ministerio de Salud Pública, *Rev Cubana Obstet Ginecol*, 2002; 28(1), 5-10.
19. Manrique, R, et al, "Parto Pretérmino en Adolescentes", Departamento de Salud Pública de la Universidad de Carabobo, *Rev Obstet Ginecol Venez*, 2008, 68(3), 144-149.
20. Pérez, A, et al, "Preeclampsia y Eclampsia en Embarazadas Adolescente", *Rev. Med. Dom.* 2003, 64(2).

21. Vicoríoa, E, et al, "Preeclampsia y Eclampsia en Embarazadas Adolescentes en el Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia", Rev. Med. Dom., 2005, 66(3).
22. Rimbao, G, et al, "Comportamiento de la Diabetes Gestacional en el Embarazo en la Adolescencia", Rev. Cubana. Med. Gen. Integr. 2007, 23(3).
23. Sharman A, et al, "Pregnancy in Adolescents: A Community Based Study, Indian", J. Prev. Soc. Med., 2003, 34(1).
24. Flórez, C, et al, "Fecundidad Adolescente y Desigualdad en Colombia y la Región de América Latina y el Caribe", Reunión de Expertos sobre Población y Pobreza en América Latina y el Caribe, Santiago de Chile, 2006.
25. Rodríguez, M, et al, "Embarazo en la Adolescencia y su Relación con el Recién Nacido Bajo Peso", Policlínico Comunitario "Ernesto Guevara de la Serna", Rev. Cubana. Enfermer. 2001, 17(2), 101-6.

VIII. ANEXOS

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE INFORMACION

I. DATOS GENERALES:

FECHA: _____

1. Edad de la paciente: _____

2. Estado Civil de la paciente:

Soltera Casado Unión Libre

3. ¿Llevó control prenatal?

Sí No

4. Escolaridad

Primaria Secundaria Universitario No

5. Complicación obstétrica

Prenatal	Durante el parto	Postnatal
Hipertensión inducida por el embarazo	Trabajo de parto prolongado	Anemia
• Transitoria	Parto operatorio (fórceps, cesárea)	Endometritis
• Preeclampsia moderada	Desgarros del canal de parto	Retención de restos placentarios
• Preeclampsia severa	Ruptura uterina	Infección de herida operatoria (incluye episiorrafía)
• Sx. HELLP	Desproporción cefalopélvica	Mastitis puerperal
Diabetes Gestacional		Hematoma vulvar
Rotura prematura de membranas ovulares		
Aborto		
Placenta previa		
Amenaza de parto pretérmino		
Anemia		

Retardo del crecimiento intrauterino				
Embarazo prolongado				
Embarazo múltiple				
Corioamnionitis				

Otros

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada: "Incidencia de Complicaciones Obstétricas 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.