

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

The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a large, circular emblem in the background. It features a central figure on a horse, a crown at the top, and various symbols including a lion, a castle, and a cross. The Latin text 'ACADEMIA COARTEMATELANSIS INTER CETERAS ORBIS CONSPICUA CAROLINA' is inscribed around the perimeter.

**COMPLICACIONES MATERNO FETALES
EN PACIENTES MENORES DE 15 AÑOS
DURANTE EL EMBARAZO Y EL PARTO**

KARLA ELIZABETH HERNÁNDEZ SOLOGAISTOA

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**

Junio 2014

Guatemala, 15 de Abril de 2014

Dr. Vicente Arnoldo Aguirre Garay
Docente Responsable
Maestría en Ginecología y Obstetricia
Universidad San Carlos de Guatemala
Hospital Roosevelt
Presente

Estimado Dr. Aguirre:

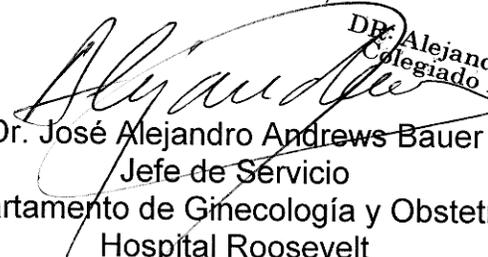
Atentamente me dirijo a usted, deseándole éxitos en sus labores cotidianas, el motivo de la presente es para informarle que he sido ASESOR del trabajo de tesis titulado:

“COMPLICACIONES MATERNO FETALES EN PACIENTES MENORES DE 15 AÑOS DURANTE EL EMBARAZO Y EL PARTO”

Realizado por el estudiante Karla Elizabeth Hernández Sologaitoa de la Maestría Ginecología y Obstetricia, el cual ha cumplido con todos los requerimientos para su aval.

Sin otro particular por el momento, me suscribo de usted,

Atentamente,


Dr. Alejandro Andrews
Colegiado No. 13067
Dr. José Alejandro Andrews Bauer
Jefe de Servicio
Departamento de Ginecología y Obstetricia
Hospital Roosevelt
ASESOR

Guatemala, 15 de Abril de 2014

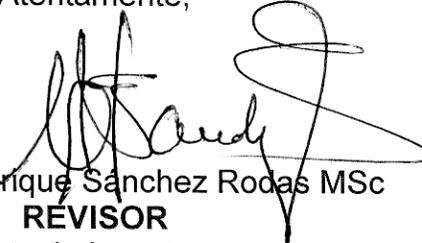
Dr. Vicente Arnoldo Aguirre Garay
Docente Responsable
Maestría en Ginecología y Obstetricia
Universidad San Carlos de Guatemala
Hospital Roosevelt
Presente

Estimado Dr. Aguirre:

Por este medio le informo que he revisado el trabajo titulado **“COMPLICACIONES MATERNO FETALES EN PACIENTES MENORES DE 15 AÑOS DURANTE EL EMBARAZO Y EL PARTO”** el cual corresponde al estudiante Karla Elizabeth Hernández Sologaistoa de la Maestría en Ginecología y Obstetricia, por lo que le doy mi aval para continuar con los procesos correspondientes.

Sin otro particular, me suscribo de usted.

Atentamente,



Dr. Carlos Enrique Sánchez Rodas MSc

REVISOR

Docente de Investigación
Hospital Roosevelt



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:

La Doctora: Karla Elizabeth Hernández Sologaitoa

Carné Universitario No.: 100019357

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestra en Ciencias en Ginecología y Obstetricia, el trabajo de tesis "**Complicaciones materno fetales en pacientes menores de 15 años durante el embarazo y el parto**"

Que fue asesorado: Dr. José Alejandro Andrews Bauer

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 junio 2014.

Guatemala, 29 de mayo de 2014


Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes MSc.

Director

Escuela de Estudios de Postgrado


Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc.

Coordinador General

Programa de Maestrías y Especialidades

/lamo

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

Tels. 2251-5400 / 2251-5409

Correo Electrónico: especialidadesfacmed@gmail.com

Índice

	Contenido	Página
	Resumen	<i>i</i>
I	Introducción	1
II	Antecedentes	2
III	Objetivos	14
IV	Material y métodos	15
V	Resultados	33
VI	Discusión y análisis	38
VII	Referencias bibliográficas	43
VIII	Anexos	48

Índice de Tablas

	Página
Tabla No. 1	33
Tabla No. 2	33
Tabla No.3	34
Tabla No.4	34
Tabla No. 5	34
Tabla No. 6	35
Tabla No. 7	35
Tabla No. 8	36
Tabla No. 9	37

I. Introducción

La adolescencia es un período de cambios físicos, emocionales y psicológicos en donde se realiza la transición entre el infante o niño de edad escolar y el adulto. Esta transición de cuerpo y mente, proviene no solamente de sí mismo, sino que se conjuga con su entorno, el cual es trascendental para que los grandes cambios psicológicos que se produce en el individuo lo hagan llegar a la edad adulta.

El embarazo en mujeres adolescentes es común en América Latina y el Caribe, asociándose con un inicio temprano de la vida sexual, siendo mayor entre las mujeres de áreas rurales y en mujeres con baja escolaridad. Al inicio temprano de las relaciones sexuales, se debe agregar la falta de utilización de métodos anticonceptivos para evitar embarazos, lo que implica que a mujeres adolescentes les cambie su vida radicalmente, tanto social, física, emocional como psicológicamente.

El embarazo en adolescentes se considera un embarazo de alto riesgo ya que este puede traer complicaciones tanto maternas como fetales. Se describe como complicaciones obstétricas más frecuentes la preeclampsia/ eclampsia, el parto prematuro, anemia, desproporción cefalopélvica, partos prolongados, aumento de la morbilidad infantil y muerte. Los problemas de salud también pueden afectar a los bebés de las madres adolescentes. Tales complicaciones incluyen una mayor incidencia de peso bajo al nacer, nacimiento prematuro, muerte fetal, mortalidad perinatal.

II. Antecedentes

Se denomina embarazo en adolescentes al que ocurre durante la adolescencia de la madre, definida esta última por la Organización Mundial de la Salud OMS como el lapso de vida transcurrido entre los 10 y 19 años de edad. También se suele designar como embarazo precoz, en atención a que se presenta antes de que la madre haya alcanzado la suficiente madurez emocional para asumir la compleja tarea de la maternidad.(1)

Aunque en muchas culturas aún persiste la idea de que la mujer debe iniciar tempranamente su vida reproductiva, son diversos los argumentos que la contradicen. La OMS considera como embarazo de riesgo el que ocurre en mujeres menores de 20 años, ya que es la causa principal de mortalidad de las jóvenes que tienen entre 15 y 19 años de edad debido a complicaciones relacionadas con el parto, y los abortos practicados en condiciones de riesgo. (1)

En todo el mundo, uno de cada diez alumbramientos corresponde a una madre adolescente y las tasas de fecundidad oscilan entre 05 y 200 nacimientos vivos por cada 1000 adolescentes, siendo las más altas las de África y América Latina. (2)

En los países en desarrollo, según el Informe sobre la juventud mundial 2005 uno de cada seis alumbramientos corresponde a jóvenes de 15 a 19 años de edad y una de cada tres mujeres da a luz antes de los 20 años. (1)

Los partos de mujeres menores de 20 años representan el 17%, (14 millones de partos al año en el mundo entero). Cada año, más de 4,4 millones de adolescentes se someten a un aborto; de esos abortos, un 40% se realizan en malas condiciones. La dimensión del problema es superior a la que reflejan las cifras anteriores, dado que éstas no toman en consideración los nacimientos en menores de 15 años, los cuales representan una cifra a considerar. (1)

Los adolescentes llegan a ser fértiles aproximadamente 4 ó 5 años antes de ser emocionalmente maduros y muchos se inician sexualmente antes de los 18

años, y de contraer matrimonio. El inicio de la actividad sexual sin una adecuada educación sexual y sin los servicios de apoyo de orientación y salud adecuados para este grupo poblacional, propicia comportamientos de riesgo que pueden acarrear embarazos no deseados o no planificados. (3)

El embarazo en la adolescencia no sólo representa un problema de salud, también tiene una repercusión en el área social y económica, dado que implica menores oportunidades educativas o el abandono total de los estudios por parte de la madre adolescente, lo que incide en el incremento de la exclusión y de las desigualdades de género, coadyuvando en el fortalecimiento del círculo de la pobreza. (4)

El inicio temprano de la maternidad aumenta la probabilidad de tener más hijos que las mujeres que comienzan a procrear más tarde. Esto influye en el tamaño de las familias y en el total de la población mundial. Así, si en vez de 18 años se aumenta a 23 años la edad de la madre en su primer alumbramiento, podría reducirse el impulso demográfico en más del 40%. (4)

A escala mundial, al menos uno de cada diez abortos ocurre entre jóvenes de 15 a 19 años de edad. En este grupo de edades, más de 4,4 millones de jóvenes se someten cada año a abortos, un 40% de los cuales se realizan en malas condiciones, comprometiendo la salud y la vida de la joven. Esto obedece a que muchos embarazos de adolescentes no son planificados ni deseados, como lo reportan estudios en América Latina (en Brasil 50 por ciento de los nacimientos de mujeres entre 15 y 19 años no son planificados; en Jamaica, casi 45 por ciento de las jóvenes de entre 15 y 24 años había estado embarazadas alguna vez y habían interrumpido la gestación. (4)

Los hijos de madres adolescentes tienen de 2 a 6 veces más probabilidades de tener hijos con bajo peso al nacer que las madres de 20 años o más. (1)

El embarazo en adolescentes representa costos para el Estado, por concepto de atención en salud por las complicaciones que el parto y el recién nacido puedan presentar, así como por la atención y el apoyo social de los niños en

situación de desventaja: educación, hogares de guarda, programas de nutrición infantil, programas alimentarios y viviendas subsidiadas por el gobierno. (4)

Para la Organización Mundial de la Salud, el límite superior del periodo de la adolescencia es los 19 años. Se considera a la adolescencia como un proceso que, aunque primeramente biológico, trasciende al área psicosocial. En las últimas décadas, la población adolescente en América Latina se ha incrementado considerablemente, en comparación con otros grupos etáreos (1). La adolescencia es caracterizada por cambios físicos, emocionales y psicológicos en donde el niño empieza a crecer para convertirse en adulto.

Embarazo en Adolescentes.

El embarazo en la adolescencia constituye una de las principales preocupaciones derivadas de la conducta sexual de los jóvenes; tales como la mayor precocidad en el inicio de las relaciones sexuales, la desinformación y el uso inadecuado o no uso de métodos anticonceptivos, lo que determina un aumento en el riesgo de que los adolescentes adquieran enfermedades de transmisión sexual o tengan embarazos no deseados, abortos o partos (1).

El aumento en la frecuencia de los embarazos a tan temprana edad, cuando aún no existe la preparación física ni psíquica para afrontar las exigencias de la maternidad es debida a varios factores que incluyen: maduración sexual más temprana, inicio temprano de los coitos, el no uso de métodos de planificación familiar, ausencia de conocimientos en reproducción y la genitalización de la sexualidad en donde el coito se interpreta como la única forma de dar y recibir placer.(2)

Hay más de mil millones de adolescentes, 85% en los países en desarrollo. Más de la mitad ha tenido relaciones sexuales antes de los 16 años. Existen 111 millones de casos nuevos de infecciones de transmisión sexual (ITS) curables en menores de 25 años. Más de la mitad de casos nuevos de infección por VIH –más de 7 000 por día– acontece en jóvenes. La violación e incesto ocurre en 7 a 34% de las niñas y en 3 a 29% de los niños. El 10% de los partos es en adolescentes. La mortalidad materna es 2 a 5 veces más alta en las mujeres menores de 18 años que en aquellas de 20 a 29 años. (1)

El embarazo en la adolescente es en la actualidad un tópico de amplio interés en la medicina en general y la ginecología y obstetricia en particular, ya que se ha observado en los últimos años un incremento definitivo de mujeres dando a luz en este grupo de edad (3).

Se ha considerado al embarazo en la adolescente como un embarazo de alto riesgo ya que supuestamente experimenta mayor incidencia de complicaciones durante la gestación y el parto, tanto para la madre así como mayor posibilidad de complicaciones para el recién nacido (3).

La fecundidad adolescente inquieta por otras razones, pues genera una gama de adversidades que afectan tanto al binomio madre-hijo como a la generación precedente, los padres de los y las adolescentes, que suele actuar como soporte ante las manifiestas dificultades que implica la crianza para las y los adolescentes.(4) Al menos seis adversidades han sido documentadas ampliamente, a saber:

- ✚ Mayores riesgos de salud, en particular perinatales. La reproducción en la adolescencia, en todo estrato socioeconómico, se relaciona con probabilidades más altas de pérdida intrauterina, mortalidad y morbilidad infantiles, y de complicaciones obstétricas y en el puerperio para las madres.(4)
- ✚ Obstáculos para la formación escolar y laboral. Hay dificultades objetivas para compatibilizar el embarazo y la crianza con la educación y la inserción laboral.(4)
- ✚ Desventajas en las perspectivas de vida de progenitores y prole. Están también las desventajas para encarar el proceso de formación de los hijos en una etapa de la vida en que las personas aún están forjando su propia identidad, y en que la misma sociedad les asigna papeles diferentes a los parentales.(4)
- ✚ La fecundidad es mucho más frecuente entre adolescentes pobres. La probabilidad de ser madre en esa etapa de la vida aumenta entre las adolescentes pobres. Según el estudio más reciente en la región, basado en el procesamiento de microdatos censales, durante los últimos años esta concentración de los riesgos de ser madre adolescente entre

los pobres se incrementó, tanto a escala nacional como para las zonas urbanas.(4)

- ✚ Las madres adolescentes tienen mayor probabilidad de ser madres solteras y enfrentan la ausencia e irresponsabilidad de los hombres/padres. Históricamente, la maternidad adolescente tiende a darse bajo arreglos nupciales menos formales, sea por razones materiales (limitaciones financieras, dependencia de los hogares de origen), psicosociales (relaciones más inestables, embarazos productos de violencia, y otros) o ambas.(4)

Complicaciones maternas en embarazos en adolescentes.

Se describe como complicaciones obstétricas más frecuentes la preeclampsia/eclampsia, el parto prematuro, anemia, desproporción cefalopélvica, partos prolongados, aumento de la morbilidad infantil y muerte.(1) En un estudio realizado en Lima en donde el objetivo general es describir las características clínicas y las complicaciones maternoperinatales que ocurren en el embarazo en la adolescente en un centro hospitalario de la seguridad social de Lima, se encontró que la mayoría de adolescentes eran primigestas, siendo su estado civil conviviente. Casi una de cada cinco adolescentes gestantes tuvo una complicación del embarazo (18,9%), principalmente preeclampsia (7,4%), rotura prematura de membranas (6,1%) y amenaza de parto prematuro (2%).
(1)

En un estudio realizado en Bolivia en donde se analizaron adolescentes que acudían a control prenatal o a parto en Hospital Materno Infantil de la ciudad de Cochabamba se encontró que la hipertensión inducida por el embarazo es más frecuente en adolescentes menores de 15 años que la anemia no deja de tener su implicación sobre el grupo etáreo entre 10 y 14 años. Además las infecciones de tracto urinario se presentaron con una incidencia mayor en menores de 15 años así como una mayor incidencia de amenaza de parto prematuro. (5) Así también indica una mayor incidencia en desproporción cefalopélvica siendo esta tres veces mayor en adolescentes menores. Así también incidencia de cesárea se encuentra próxima al 50% en adolescentes menores siendo del 24.9% en pacientes de 15 a 19 años.(5)

Así mismo en otro estudio realizado en Colombia en donde se pretendía describir los resultados obstétricos y perinatales se determinó que las pacientes adolescentes no habían tenido control prenatal, el 54% presentaron un trabajo de parto pretérmino, en las adolescentes hubo un menor porcentaje de preeclampsia severa que en mujeres adultas pero más casos de eclampsia. La ruptura prematura de membranas fue más alta en las adolescentes y el porcentaje de cesáreas fue menor en adolescentes que en mujeres adultas. (6)

En un estudio en donde comparaban las complicaciones entre mujeres adolescentes y mujeres añosas, determinaron que las complicaciones más frecuentes fueron encontradas en el grupo de las adolescentes siendo la incidencia de 77.5% siendo las más frecuentes ruptura prematura de membranas ovulares, ruptura prolongada de membranas y anemia, así mismo la desproporción cefalopélvica y la hipertensión inducida por el embarazo fue más frecuente en el grupo adolescente.(7)

Según otro estudio realizado en donde se evalúan adolescentes con trabajo de parto pretérmino se encontró que entre las principales patologías asociadas se encuentran la anemia, rotura prematura de membranas e infecciones bien sea del tracto urinario o ginecológico, patologías hipertensivas y patologías placentarias.(8)

En otro estudio de tipo prospectivo, transversal y epidemiológico, basado en la prevalencia de embarazos en adolescentes y las complicaciones, en un Hospital de la Región Sur, período Mayo - Diciembre 2003. Se estudiaron 880 adolescentes de los cuales solo se tomaron para el estudio 155 casos para un 25% y edades que oscilaban entre menor e igual a 13 y 20 años donde las complicaciones más frecuentes fueron: Anemia, Toxemia, Edema con (32,18 y 19 %). (9)

Así también se realizó un estudio retrospectivo de caso control, con la finalidad de conocer la morbilidad del embarazo en las adolescentes. El grupo estudio fue de 184 adolescente y se comparó con un grupo control representado por las gestantes de 20 a 24 años (n = 439) atendidas en dicho centro, en igual

período de tiempo. Datos referentes a antecedentes patológicos y complicaciones del embarazo, parto y puerperio, se recogieron en una encuesta habilitada al efecto y se procesaron utilizando el sistema estadístico SPSS. Entre los resultados más relevantes se destacan la alta incidencia de bajo peso materno, la mayor frecuencia de infecciones vaginales, anemia, hipertensión inducida y parto instrumentado, así como desgarros cervicales y hemorragia puerperal entre las adolescentes.(10)

En un estudio realizado en Sudán en donde comparaban a grupo de adolescentes con mujeres mayores y dividían a las adolescentes en tres grupos encontraron que las proporciones de la anemia y los partos vaginales fueron las más elevadas entre las madres adolescentes y la tasa de parto prematuro y la media de edad gestacional no fue significativamente diferentes entre los 3 grupos de edad. (11)

Otro estudio en donde se quería evaluar las complicaciones de los embarazos en adolescentes tanto maternas como fetales se encontró que a mayor complicación fue la anemia, la cual fue menor de 11g/dl.(12)

Según un estudio realizado en donde se comparó a adolescentes embarazadas menores de 20 años con mujeres de 20 a menores de 35 años se observó una menor incidencia de embarazos múltiples, rotura espontánea de membranas mayor de 24 horas, hipertensión inducida por el embarazo, entre primigrávidas adolescentes, pero se observó una mayor incidencia de la anemia y pielonefritis. Hubo una incidencia más baja de la inducción del parto y el uso de analgesia regional en el grupo de adolescentes. Así también las adolescentes tenían más probabilidades de tener un parto vaginal espontáneo con una incidencia significativamente menor de cesárea y parto instrumental.(13)

En un estudio realizado en Francia en donde se quería determinar si la edad materna incrementaba el riesgo de las complicaciones obstétricas y factores perinatales se encontró un riesgo relativo aumentado a padecer de anemia durante el embarazo en mujeres con una menor edad materna (< 20 años). Madres más jóvenes ha disminuido considerablemente los riesgos de

complicaciones obstétricas como preeclampsia, cesárea, el parto quirúrgico vaginal y hemorragia post-parto.(14)

Según un estudio realizado en India en donde el objetivo fue para comparar los resultados obstétricos del embarazo en adolescentes y mujeres mayores, se encontró que las madres adolescentes tenían casi tres veces más riesgo de desarrollar anemia y parto pretérmino. Las madres adolescentes eran dos veces más propensas a desarrollar problemas de hipertensión en el embarazo y tenían más probabilidades de tener un parto vaginal sin aumento significativo en el riesgo de asistencia en el parto vaginal o cesárea. (15)

Un estudio realizado en Inglaterra, en donde se compararon los resultados obstétricos de 1.922 mujeres embarazadas adolescentes, con una población control de 10.550 mujeres de 20 -39 años, se encontró que las mujeres adolescentes tenían una significativamente mayor tasa de parto normal vaginal y una menor tasa de parto operatorio en comparación con las mujeres control y no hubo diferencias en el parto prematuro o en tipo de la tasa de muerte fetal entre los dos grupos. Las adolescentes embarazadas tienen un mejor comportamiento en términos de la modalidad de parto. (16)

En un estudio realizado en Cuba de casos y controles acerca de la morbilidad y mortalidad perinatal en el embarazo precoz se determinó que el 14.2% de las adolescentes tuvieron parto antes de las 37 semanas, con el 38.39% de las distocias, siendo los diagnósticos más frecuentes desproporción cefalopélvica, sufrimiento fetal agudo e inducción fallida.(17)

Complicaciones fetales de los embarazos en adolescentes.

Los hijos de madres adolescentes son más susceptibles a padecer de bajo peso al nacer, prematuridad, morbi-mortalidad neonatal aumentada, además tienen un mayor riesgo de morir en el primer año de vida. Las principales causas de esta mortalidad son la prematuridad y el sufrimiento fetal crónico. (6)

En un estudio realizado en Colombia donde se pretendía describir los resultados obstétricos y perinatales se determinó que las pacientes adolescentes presentaron mayor incidencia de recién nacidos con bajo peso al nacer y prematuridad que las mujeres mayores. (6)

Así también en un estudio realizado en Bolivia en donde se analizaron adolescentes que acudían a control prenatal o a parto en Hospital Materno Infantil de la ciudad de Cochabamba se encontró que las puntuaciones de APGAR bajos son más frecuentes que en las adolescentes menores, así también que los productos con bajo peso al nacer son 3.5 veces más frecuentes en menores de 15 años.(5)

El embarazo y el parto en las adolescentes representan riesgos especiales para la madre y el bebé. El embarazo en la adolescencia está asociado con mayores riesgos para los resultados adversos del embarazo, como parto prematuro nacimiento, bajo peso al nacer, y muerte en el período neonatal o postnatal.(11) En un estudio realizado en Sudán en donde comparaban a grupo de adolescentes con mujeres mayores y dividían a las adolescentes en tres grupos encontraron que aunque el peso medio al nacer fue significativamente menor en adolescentes en comparación con las mujeres de 20-24 años (Pb0.001), la proporción de recién nacidos con bajo peso al nacer no fue significativamente diferente entre los 3 grupos.(11)

En un estudio realizado en Alemania en donde se compararon primigestas adolescentes, con secundigestas adolescentes, las adolescentes con un segundo hijo nacido vivo presentó mayor riesgo de mortalidad perinatal y de muerte neonatal y adolescentes con un aborto inducido anterior tienen mayor riesgo de muerte fetal y trabajo de parto pretérmino y un riesgo mayor de bajo peso al nacer. (18) Así también en Inglaterra se realizó un estudio en donde se investigó la relación entre los embarazos de adolescentes primigestas y secundigestas y el parto prematuro, peso al nacer y pequeños para la edad gestacional encontrando que las madres adolescentes tienen mayor riesgo de parto prematuro en comparación con las madres adultas y este riesgo es aún mayor en el segundo embarazo durante la adolescencia.(19)

En un estudio realizado en Francia en donde se quería determinar si la edad materna incrementaba el riesgo de las complicaciones obstétricas y factores perinatales se encontró que la muerte fetal aumentó de modo constante con una menor edad materna.(14)

En un estudio en donde se quería determinar la incidencia de parto prematuro y bajo peso al nacer de mujeres adolescentes en comparación con adolescentes mayores y jóvenes adultas primigestas. Se encontró que la tasa de partos prematuros fue similar en los 3 grupos: 4,3%, 3,5% y 4,5%, para los adolescentes, los adolescentes mayores y adultos, respectivamente. La tasa de bajo peso al nacer fue significativamente mayor entre los jóvenes adolescentes (9,7%) en comparación con los adolescentes mayores (6,1%) y adultos jóvenes (3,5%). (20)

Según un estudio realizado en India en donde el objetivo fue para comparar los resultados obstétricos del embarazo en adolescentes y mujeres mayores, se encontró que las madres adolescentes tenían casi el doble de riesgo de recién nacidos con bajo peso al nacer y 50% menos propensas a tener bebés con peso normal al nacer. (15)

Sin embargo un estudio realizado en Inglaterra, en donde se compararon los resultados obstétricos de 1.922 mujeres embarazadas adolescentes, con una población control de 10.550 mujeres de 20 -39 años, se encontró que, no hubo diferencias en el parto prematuro o en tipo de la tasa de muerte fetal entre los dos grupos. Tampoco hubo diferencia en el parto prematuro y la tasa de tasa de bajo peso al nacer entre las madres adolescentes de 13-17 años y de 17-19 años de edad concluyendo que las adolescentes embarazadas no tienen un aumento del riesgo de muerte fetal o la prematuridad en comparación con las mujeres mayores. (16)

En un estudio realizado en Argentina se encontró que el 30,5% de los partos correspondieron a madres adolescentes. En dicho grupo etario las complicaciones perinatales más observadas fueron el bajo peso al nacer, el puntaje Apgar menor a 7 al primer minuto y la prematuridad, concluyendo que las adolescentes tienen mayor probabilidad de presentar parto pretérmino, y sus productos bajo peso al nacer y depresión neonatal. (21)

Un estudio realizado en donde se identificaron los factores asociados con un resultado perinatal adverso y evaluar su capacidad de predicción del pronóstico en madres adolescentes. Las variables con la mayor asociación con un pronóstico perinatal desfavorable fueron edad ginecológica menor de 3 años (RP 3,69), falta de control prenatal (RP 3,11), presentación no cefálica (RP 2,74), complicaciones médicas en el embarazo (RP 2,26), complicaciones en embarazos previos. (22)

En un estudio realizado en Cuba de casos y controles acerca de la morbilidad y mortalidad perinatal en el embarazo precoz se determinó que predominaron en el grupo de estudio la hipoxia, bajo peso al nacer, distress respiratorio, la infección y tanto la mortalidad fetal como neonatal.(17)

En otro estudio en donde se evaluaron las características del recién nacido en madres adolescentes se encontró que los recién nacidos de bajo peso fueron en madres menores de 15 años y de los que se deprimieron al minuto el 17.8% fueron hijos de madres menores de 15 años. Y de los partos por cesárea el 27% fueron en menores de 15 años. (23)

Sin embargo un estudio en donde se compararon a recién nacidos de madres adolescentes tempranas (10 a 13 años) y madres adolescentes tardías (17 a 20 años) se encontró que los recién nacidos de bajo peso y con complicaciones fueron más frecuentes en adolescentes tardías. (24)

En un estudio realizado para obtener indicadores en hijos de madres adolescentes en Panamá se encontró que en el grupo de 11 a 14 años se encontró el mayor porcentaje de mortinatos, los mayores índices de

prematuros, bajo peso al nacer, muy bajo peso al nacer y la tasa de mortalidad neonatal más alta. (25)

III. Objetivos

3.1 General.

Caracterizar las complicaciones materno fetales durante el embarazo y el parto en pacientes menores de 15 años que asisten al departamento de Ginecología y Obstetricia durante enero a octubre del año 2011.

3.2 Específicos.

- 3.2.1 Determinar el completo control prenatal de las pacientes menores de 15 años.
- 3.2.2 Determinar la paridad de las pacientes menores de 15 años.
- 3.2.3 Caracterizar el perfil epidemiológico de la adolescente gestante y sus complicaciones.

IV. Material y métodos

4.1 Tipo de estudio.

Estudio descriptivo transversal.

4.2 Unidad de análisis.

La unidad de análisis para la investigación fueron los expedientes de las pacientes menores de 15 años que asisten al departamento de Ginecología y Obstetricia.

4.3 Universo y muestra.

4.3.1 Universo.

Pacientes embarazadas menores de 15 años que sean ingresadas al Hospital Roosevelt.

4.3.2 Muestra.

Se tomaron en cuenta a todas las mujeres embarazadas menores de 15 años que fueron ingresadas al Hospital Roosevelt.

4.4. Criterios de inclusión y exclusión.

4.4.1 Criterios de inclusión

Expedientes de pacientes que sean ingresadas con embarazos mayores de 28 semanas de edad gestacional determinada por fecha de última regla o por ultrasonido.

4.4.2 Criterios de exclusión.

4.4.2.1 Que no aparezca expediente de paciente

4.4.2.2 Pacientes ingresadas con embarazos menores de 28 semanas de edad gestacional.

4.5. Variables.

4.5.1 Estado civil

4.5.2 Escolaridad

4.5.3 Etnia

4.5.4 Ocupación

4.5.5 Control prenatal

4.5.6 Paridad

4.5.7 Tipo de parto

4.5.8 Complicaciones maternas

4.5.9 Complicaciones fetales

4.6. Operacionalización de Variables.

Variable	Definición Conceptual	Definición Operativa	Tipo	Escala de Medida	Unidad de Medida
Estado civil	<p>Situación de las personas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.</p> <p>Casada: Persona que ha contraído matrimonio según la ley.</p> <p>Soltera: Persona que no convive con una pareja.</p>	<p>Situación civil en la que se encuentre en el momento de ingreso siendo casada o soltera y que sea registrada en la papeleta de la paciente. Datos obtenidos del registro médico</p>	Cualitativa	Nominal	<p>Soltera</p> <p>Casada</p>
Escolaridad	<p>Conjunto de cursos que en un establecimiento docente sigue un estudiante.</p> <p>Alfabeta: Haber tenido</p>	<p>Nivel de estudios que cursaron los pacientes al momento del ingreso de la paciente siendo</p>	Cualitativa	Nominal	<p>Nivel primario</p> <p>Nivel básico</p> <p>Analfabeta.</p>

	<p>nivel de estudio de la siguiente forma:</p> <p>Nivel primario: Haber cursado y/o aprobado los 6 años de estudio.</p> <p>Nivel básico: Haber cursado y/o aprobado los 3 años después del nivel primario.</p>	<p>Nivel primario: 1°, 2°, 3°, 4°, 5° o 6° primaria</p> <p>Nivel básico: 1°, 2° o 3° básico</p> <p>Analfabeta, Dato tomado del registro médico</p>			
Etnia	<p>Analfabeta: No haber asistido a la escuela</p> <p>Comunidad humana definida por asociaciones raciales, lingüísticas y culturales</p>	<p>Grupo cultural al que pertenecen las pacientes en estudio, siendo indígena y no indígena. Dato obtenido del registro médico al momento del ingreso</p>	Cualitativa	Nominal	Indígena No indígena

Ocupación	Actividad que realiza una persona Ama de casa: Aquella que realiza actividades domésticas en su casa Obrera: Aquella que trabaja en cualquier actividad devengando sueldo. Estudiante: Aquella que se encuentra cursando un grado en escuela o colegio	Actividad que realiza la paciente en el momento de ingreso. Dato obtenido del registro médico	Cualitativa	Nominal	Ama de casa Obrera Estudiante
Control prenatal	Conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal.	Asistencia de 6 citas o más en centro de salud, maternidades periféricas, médicos particulares para control de su embarazo registrado al momento del ingreso. Dato obtenido del registro médico	Cualitativa	Nominal	Si No

Paridad	Número de partos que ha tenido una paciente.	Número de partos anteriores de la paciente al momento del ingreso, siendo nulípara cuando ha tenido ningún parto, primípara cuando ha tenido un parto y multipara cuando ha tenido dos o más partos. Dato tomado del registro médico	Cualitativa	Nominal	Nulípara, Primípara, Multipara
Tipo de parto	Forma de resolución del embarazo	Forma de resolución del embarazo registrado en el expediente	Cualitativa	Nominal	Eufórico Parto operatorio

Complicaciones maternas	Situaciones que agravan el curso del embarazo o parto.		Cualitativa	Nominal	
	<p>Hipertensión inducida por el embarazo: Aumento de presión arterial durante el embarazo después de la semana 20 de gestación, asociado a proteinuria considerándose como Preeclampsia severa: Elevación de la presión arterial sistólica mayor de 30 mmHg o 15 mmHg en la presión diastólica asociado a proteinuria así como cefalea, epigastralgia y visión borrosa.</p> <p>Preeclampsia moderada: Presión arterial sistólica mayor de 140 mmHg y diastólica mayor de 90 mmHg, con proteinuria</p> <p>Eclampsia: Presencia de convulsiones donde</p>	<p>Preeclampsia severa: Presión arterial sistólica mayor de 30 mmHg o 15 mmHg en la presión diastólica registrada en la papeleta al momento del ingreso asociado a proteinuria que se mide como +++ de cruces de proteínas en tira de orina o 5 gr en orina de 24 horas, así como cefalea, epigastralgia y visión borrosa, tomado de la papeleta</p> <p>Preeclampsia moderada: Presión arterial sistólica mayor de</p>	Cualitativa	Ordinal	Hipertensión inducida por el embarazo: Preeclampsia moderada Preeclampsia severa Eclampsia

	<p>no se identifica causa.</p>	<p>140 mmHg y diastólica mayor de 90 mmHg, con proteinuria de ++ cruces en la tira de orina registrada en la papeleta al momento del ingreso Eclampsia: Presencia de convulsiones donde no se identifica causa. Dato obtenido en el registro médico</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Ordinal</p>	<p>Leve Moderada Severa</p>
<p>Anemia: Hemoglobina menor de 12 g/dl. Anemia leve: 11.99 a 9 g/dl Anemia moderada: 8.99 a 7 g/dl Anemia severa: menor de 6.99 g/dl</p>	<p>Determinación de hemoglobina en el laboratorio del Hospital Roosevelt, registrado en la papeleta de la paciente. Dato obtenido del registro médico</p>	<p>Historia de salida de líquido por</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Nominal</p>	<p>Si No</p>
	<p>Ruptura prematura de membranas ovulares:</p>				

	<p>Ruptura de membranas ovulares antes del inicio de trabajo de parto caracterizado por salida de líquido involuntaria por vagina, con Tamier positivo que se puede confirmar por ultrasonido con disminución de líquido amniótico</p>	<p>vagina con presencia de signo de Tamier confirmado al realizar evaluación en clínica de la paciente al momento del ingreso. Dato obtenido del registro médico</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Nominal</p>	<p>Si No</p>
<p>Amenaza de parto pretérmino: Presencia de contracciones uterinas pero sin cambios cervicales antes de las 37 semanas de gestación pero después de las 28 semanas</p>	<p>Presencia de contracciones uterinas sin cambios cervicales antes de las 37 semanas pero después de las 28 semanas de gestación y con actividad uterina irregular o regular al momento del ingreso. Dato obtenido del registro médico</p>				

	<p>Sospecha de Infección del tracto urinario: Existencia disuria, polaquiuria, hematuria, fiebre o que se encuentre asintomática con tira de orina que evidencie nitritos positivos, leucocitos mayor de una cruz</p>	<p>Presencia de Leucocitos >1+ Nitritos positivos en una tira de orina, con síntomas de disuria polaquiuria o que se encuentre asintomática, al momento del ingreso. Dato obtenido del registro médico</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Nominal</p>	<p>Si No</p>
	<p>Trabajo de parto pretérmino: Presencia de contracciones uterinas con cambios cervicales antes de las 37 semanas de gestación, pero después de las 28 semanas.</p>	<p>Presencia de contracciones uterinas regulares siendo 3 en 10 minutos con cambios cervicales, con una dilatación > 4 cm, antes de las 37 semanas pero después de las 28 semanas de gestación registrado en el</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Nominal</p>	<p>Si No</p>

	<p>Desproporción cefalopélvica: Incapacidad del feto para pasar por la pelvis materna, por una relación desproporcionada entre la cabeza fetal y el espacio pélvico.</p>	<p>momento del ingreso. Dato obtenido del registro médico</p> <p>Incapacidad del feto para pasar por la pelvis materna, presentándose como: Paro en dilatación: Cuando la paciente llega a la línea de acción registrada en el partograma Paro en descenso: Cuando la paciente alcanza la dilatación completa y llega a la línea de acción en el partograma Estrechez pélvica: cuando clínicamente la pelvis de la paciente presente arco subpúbico plano, promontorio y espinas ciáticas</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Nominal</p>	<p>Si No</p>
--	--	--	--------------------	----------------	-------------------

		<p>prominentes, paredes vaginales convergentes. Datos obtenidos del registro médico Ausencia de contracciones uterinas al haber administrado 4 dosis de 25 mcg de misoprostol en 24 horas. Dato obtenido del registro médico.</p>			
Complicaciones fetales	Situaciones que agravan la condición del feto al momento del nacimiento Muerte fetal: Muerte del	Fallo en la estimulación de contracciones uterinas en ausencia de éstas.	Cualitativa	Nominal	Si No
		Fallo en la estimulación de contracciones uterinas en ausencia de éstas.	Cualitativa	Nominal	Si No
	Muerte del feto intraútero después de la semana 20 de gestación,				

	<p>feto intraútero después de la semana 20 de gestación.</p> <p>Peso al nacer Equivale a la fuerza que ejerce un cuerpo sobre un punto de apoyo, originada por la acción del campo gravitatorio local sobre la masa del cuerpo del recién nacido.</p> <p>Restricción de crecimiento intrauterino: Síndrome que se caracteriza por</p>	<p>confirmada por ultrasonido obstétrico donde no se evidencia frecuencia cardíaca fetal</p> <p>Peso del recién nacido tomado con una balanza y en gramos siendo Adecuado peso al nacer: Recién nacido con peso mayor de 2,500 gr</p> <p>Bajo peso al nacer: Recién nacidos con peso menor de 2,500 gr.</p> <p>Muy bajo peso al nacer: Recién nacidos de menos de 1,500 gr. Dato obtenido del registro médico.</p> <p>Síndrome caracterizado por un fallo en alcanzar potencial</p>	<p>Cualitativa</p> <p>Cualitativa</p>	<p>Ordinal</p> <p>Nominal</p>	<p>Adecuado peso al nacer Bajo peso al nacer Muy bajo peso al nacer</p> <p>Si No</p>
--	---	--	---------------------------------------	-------------------------------	--

	<p>un fallo en alcanzar el potencial de crecimiento asociado a anomalías metabólicas específicas, dentro de las cuales se incluyen la hipoglicemia, hipotermia y policitemia.</p> <p>Prematurez: Feto nacido antes de las 37 semanas de gestación, pero mayor de 28 semanas de gestación.</p> <p>APGAR bajo: Puntuación de APGAR menor de 7 puntos</p>	<p>de crecimiento asociado a anomalías metabólicas. Dato obtenido del registro médico</p> <p>Edad menor de 37 semanas basado en escala de Capurro al momento del nacimiento calculado por el pediatra. Dato obtenido del registro médico</p> <p>Puntuación de APGAR menor de 7 puntos dada por el pediatra en los parámetros de frecuencia cardiaca, esfuerzo respiratorio,</p>	<p>Cualitativa</p> <p>Cualitativa</p>	<p>Nominal</p> <p>Nominal</p>	<p>Si No</p> <p>Si No</p>
--	--	---	---------------------------------------	-------------------------------	-----------------------------------

	<p>Asfixia perinatal: Síndrome caracterizado por disminución del intercambio gaseoso a nivel de la placenta o de los pulmones, que resulta en hipoxia, hipercapnia tisular con acidosis metabólica y que puede ocurrir antes del nacimiento, durante el trabajo de parto y después del nacimiento.</p>	<p>irritabilidad, tono muscular y coloración de la piel al minuto y a los cinco minutos del nacimiento. Dato obtenido del registro médico.</p> <p>Síndrome que resulta en hipoxemia, hipercapnia e hipoxia tisular con acidosis metabólica diagnosticado por el pediatra. Dato tomado de registro médico.</p>	<p>Cualitativo</p>	<p>Nominal</p>	<p>Si No</p>
	<p>Síndrome de aspiración meconial: Trastorno respiratorio causado por la inhalación de</p>	<p>Trastorno causado por la inhalación de meconio dentro del árbol bronquial, diagnosticado por</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Nominal</p>	<p>Si No</p>

	<p>meconio del líquido amniótico dentro del árbol bronquial antes, durante o inmediatamente después del parto.</p> <p>Anomalías congénitas: Defectos funcionales y/o estructurales presentes desde el nacimiento</p> <p>Infección congénita por TORCH: Conjunto de signos y síntomas que presenta el recién nacido afectado causados por diversos agentes etiológicos.</p>	<p>el pediatra. Dato tomado de registro médico</p> <p>Defectos funcionales y/o estructurales presentes desde el nacimiento. Dato obtenido del registro médico.</p> <p>Conjunto de signos y síntomas que presenta el recién nacido por diversos agentes etiológicos. Dato obtenido del registro médico.</p>	<p>Cualitativa</p> <p>Cualitativa</p>	<p>Nominal</p> <p>Nominal</p>	<p>Si No</p> <p>Si No</p>
--	--	--	---------------------------------------	-------------------------------	-----------------------------------

4.7 Técnicas, procedimientos e instrumentos a utilizar en la recolección de datos.

Para la recolección de datos se revisarán los expedientes de las pacientes ingresadas menores de 15 años y se documentaran en una boleta de recolección de datos donde estarán distribuidas las variables para la recolección de datos.

En el instrumento de recolección de datos se dividirá en tres apartados, que serán constituidos de la siguiente manera:

Primer apartado: en él se anotarán los datos de estado civil, etnia, escolaridad, etnia ocupación y paridad de la paciente así como si asistió a control prenatal.

Segundo apartado: en él se anotarán las complicaciones maternas que pudieron haberse presentado en el embarazo o el parto siendo hipertensión inducida por el embarazo, anemia, ruptura prematura de membranas, amenaza de parto pretérmino, infección del tracto urinario trabajo de parto pretérmino, desproporción cefalopélvica, parto prolongado, inducción fallida, hemorragia post parto.

Tercer apartado: en él se anotaran las complicaciones fetales que pudieron haber surgido siendo muerte fetal, bajo peso al nacer, prematurez, APGAR bajo (< 7 pts), asfixia perinatal, síndrome de aspiración meconial, anomalías congénitas e infección congénita por TORCH.

4.8 Aspectos éticos de la investigación.

Se considera que esta investigación corresponde a categoría I (sin riesgo) ya que no se publicarán ni tomarán datos personales de cada paciente, y únicamente se revisarán expedientes de las pacientes en estudio, los cuales se encuentran archivados.

4.9 Procesamiento y análisis de datos.

4.9.1 Procesamiento de datos.

Se realizará una tabulación de los datos creando una base de datos en Microsoft Excel, los cuales se presentaran en tablas que

serán tomadas del instrumento de recolección de datos, realizando una tabla por cada variable, siendo los datos incluidos por frecuencia y porcentajes.

4.9.2 Análisis de datos.

Se realizará un análisis estadístico de acuerdo a los porcentajes y frecuencias encontradas determinando cuales son las complicaciones más frecuentes encontradas en estas pacientes.

4.10 Alcances y límites de la investigación.

A través de esta investigación se obtendrán datos característicos de pacientes menores de 15 años y de las complicaciones que afectan a estas pacientes. Además en esta investigación se proporcionarán datos que ayudaran a conocer al departamento la morbilidad en estas pacientes.

4.11 Recursos.

4.11.1 Humanos.

Investigador.

4.11.2 Físicos.

Archivo, expedientes.

4.11.3 Materiales.

Computadora, impresora, tinta de impresión, fotocopias, hojas de papel bond, encuadernado, calculadora, lapiceros, escritorio, corrector, grapas, engrapadora, Internet.

4.11.4 Económicos.

✚ Cartuchos de tinta	Q 200.00
✚ Fotocopias:	Q 300.00
✚ Hojas	Q 100.00
✚ Encuadernación del documento	Q 80.00
✚ Materiales extras	Q 150.00
✚ Internet	Q 300.00

V. Resultados

Tabla No. 1

ESTADO CIVIL DE LAS PACIENTES MENORES DE 15 AÑOS EN EL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DURANTE ENERO A OCTUBRE DEL AÑO 2011.

Estado civil	No.	Porcentaje
Soltera	76	97.68%
Casada	6	2.32%
Total	82	100%

Fuente: Boletas de recolección de datos

Tabla No. 2

ESCOLARIDAD DE LAS PACIENTES MENORES DE 15 AÑOS EN EL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DURANTE ENERO A OCTUBRE DEL AÑO 2011.

Escolaridad	No.	Porcentaje
Nivel primario	48	58.53%
Nivel básico	14	17.07%
Analfabeta	20	24.39%
Total	82	100%

Fuente: Boleta de recolección de datos

Tabla No. 3

ETNIA DE LAS PACIENTES MENORES DE 15 AÑOS EN EL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DURANTE ENERO A OCTUBRE DEL AÑO 2011.

Etnia	No.	Porcentaje
Indígena	26	31.70
No indígena	56	68.29
Total	82	100

Fuente: Boleta de recolección de datos

Tabla No. 4

OCUPACIÓN DE LAS PACIENTES MENORES DE 15 AÑOS EN EL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DURANTE ENERO A OCTUBRE DEL AÑO 2011.

Ocupación	No.	Porcentaje
Ama de casa	67	81.70
Obrera	1	1.22
Estudiante	14	17.07
Total	82	100

Fuente: Boleta de recolección de datos

Tabla No.5

PARIDAD DE LAS PACIENTES MENORES DE 15 AÑOS EN EL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DURANTE ENERO A OCTUBRE DEL AÑO 2011.

Paridad	No.	Porcentaje
Nulípara	79	96.34
Primípara	3	3.66
Múltipara	0	0.00
Total	82	100

Fuente: Boleta de recolección de datos

Tabla No. 6

CONTROL PRENATAL EN LAS PACIENTES MENORES DE 15 AÑOS EN EL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DURANTE ENERO A OCTUBRE DEL AÑO 2011.

Control prenatal	No.	Porcentaje
Si	21	25.61
No	61	74.39
Total	82	100

Fuente: Boleta de recolección de datos

Tabla No. 7

TIPO DE PARTO EN LAS PACIENTES MENORES DE 15 AÑOS EN EL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DURANTE ENERO A OCTUBRE DEL AÑO 2011.

Tipo de parto	No.	Porcentaje
Eutócico	25	30.49
Parto operatorio	57	69.51
Total	82	100

Fuente: Boleta de recolección de datos

Tabla No. 8

COMPLICACIONES MATERNAS EN LAS PACIENTES MENORES DE 15
AÑOS EN EL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
DURANTE ENERO A OCTUBRE DEL AÑO 2011.

Complicación materna		No.	Porcentaje	Tasa*
Hipertensión inducida por el embarazo	Preeclampsia moderada	5	29.41	60.97
	Preeclampsia severa	10	58.82	121.95
	Eclampsia	2	11.76	24.39
Total		17	20.73	207
Anemia	Leve	32	80.00	390
	Moderada	5	12.50	60.97
	Severa	3	7.50	36.58
Total		40	48.78	487.80
Ruptura prematura de membranas ovulares	Si	11	13.41	134.14
	No	71	86.59	
Total		82	100	
Amenaza de parto pretérmino	Si	20	24.39	243.40
	No	62	75.60	
Total		82	100	
Sospecha de infección del tracto urinario	Si	27	32.93	329.26
	No	55	67.07	
Total		82	100	
Trabajo de parto pretérmino	SI	16	19.51	195.12
	No	66	80.49	
Total		82	100	
Desproporción cefalopélvica	Si	23	28.05	280.48
	No	59	71.95	
Total		82	100	
Inducción fallida	Si	11	13.41	134.14
	No	71	86.59	
Total		82	100	

*Por cada 1000 partos atendidos

Fuente: Boleta de recolección de datos

Tabla No. 9

COMPLICACIONES FETALES EN LAS PACIENTES MENORES DE 15 AÑOS
EN EL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DURANTE
ENERO A OCTUBRE DEL AÑO 2011.

Complicación fetal		No.	Porcentaje	Tasa*
Muerte fetal	Si	3	3.66	36.58
	No	79	96.34	
Peso al nacer	Adecuado peso al nacer	67	81.71	
	Bajo peso al nacer	15	18.29	182.92
	Muy bajo peso al nacer	0	0.00	
Restricción de crecimiento intrauterino	Si	6	7.31	73.17
	No	76	92.68	
Prematurez	Si	5	6.09	60.97
	No	77	93.90	
APGAR bajo	Si	5	6.09	60.97
	No	77	93.90	
Asfixia perinatal	Si	4	4.87	48.78
	No	78	95.12	
Síndrome de aspiración meconial	Si	3	3.66	36.58
	No	79	96.34	
Anomalías congénitas	Si	1	1.22	12.19
	No	81	98.78	
Infección congénita por TORCH	Si	0	0.00	0.00
	No	82	100	

*Por 1000 nacidos vivos

Fuente: Boleta de recolección de datos.

VI. Discusión y Análisis

El total de pacientes evaluadas fue de 82 menores de 15 años siendo estas la mayoría (98.68%) con estado civil soltera y un 2.32% se documentaron como casadas.

En cuanto a la escolaridad de las pacientes se clasificó en nivel primario, básico y analfabeta siendo el 58.53% con nivel primario y un 17.07% con escolaridad a nivel básico y analfabeta un 24.39% siendo este grupo mayor que el nivel básico.

En referencia a la etnia se encontró que la gran mayoría, el 68.29% pertenecía al grupo considerado como no indígena y un 31.70% al grupo étnico considerado como indígena.

Con respecto a la ocupación de las pacientes del total el 81.70% refirió ser ama de casa, únicamente el 1.22% refirió ser obrera y un 17.07% refirió ser estudiante siendo este un dato alarmante que nos indica que a pesar de su edad las pacientes se quedan en un nivel escolar bajo y que dejan de estudiar para quedarse en casa, perdiendo oportunidad de aprendizaje.

En cuanto a la paridad del total de pacientes el 3.66% refirió haber tenido una gestación previa, mientras que el 96.34% refirió ser su primer embarazo.

En referencia del control prenatal únicamente el 21.61% refirió haber llevado control prenatal, y un 74.39% no refirió control prenatal siendo este una referencia que en pacientes adolescentes que tienen elevado riesgo de padecer ciertas patologías que se pueden detectar con control prenatal no se podrán detectar ni prevenir.

En referencia a las complicaciones maternas del total de pacientes 17 de éstas presentaron hipertensión inducida por el embarazo (207 por 1000 partos atendidos), siendo éstas 29.41% con preeclampsia moderada, un 58.82% se clasificó como preeclampsia severa y un 11.76% se consideraron con diagnóstico de eclampsia.

Otra de las complicaciones consideradas en el estudio fue la anemia (487.80 por 1000 partos atendidos), teniendo el 80% anemia leve, el 12.50% presentó

anemia moderada y un 7.50% presentó anemia severa, siendo esta una de las complicaciones más frecuentes en este grupo de estudio.

En relación a otra complicación materna, la ruptura prematura de membranas ovulares el 13.41% de las pacientes presentó dicha complicación (134.14 pacientes por 1000 partos atendidos). Así también el 24.39% de las pacientes presentó amenaza de parto pretérmino (243.90 pacientes por 1000 partos atendidos). Otra de las complicaciones maternas consideradas en el estudio es la sospecha de infección urinaria presentando el 32.93% de las pacientes cursó con dicha complicación (329.26 pacientes por 1000 partos atendidos). Así también el 19.51% de las pacientes presentó trabajo de parto pretérmino (195.12 pacientes por 1000 partos atendidos). Otra complicación fue la desproporción cefalopélvica presentando el 28.05% esta complicación que corresponde a 280.48 pacientes por 1000 partos atendidos. Así también el 13.41% presentó inducción fallida (134.14 pacientes por 1000 partos atendidos). En cuanto al tipo de parto únicamente el 30.49% fue eutócico y el 69.51% fue parto operatorio aumentando la incidencia de cesárea en este grupo de pacientes

En relación a las complicaciones fetales el 3.66% presentó muerte fetal en el embarazo, lo cual corresponde a 36.58 casos por 1000 nacidos vivos, siendo algo lamentable ya que ésta complicación es prevenible con un adecuado control prenatal. De los recién nacidos de estas pacientes el 81.71% presentó adecuado peso al nacer, y un 18.29% presentó bajo peso al nacer que corresponde a 182.92 casos por 1000 nacidos vivos, el 7.31% presentó restricción de crecimiento intrauterino (73.17 casos por 1000 nacidos vivos), estando los casos de restricción de crecimiento intrauterino en el grupo de los recién nacidos con bajo peso al nacer. El 6.09% presentó prematurez representando una morbilidad para el recién nacido (60.97 casos por 1000 nacidos vivos).

Otra complicación encontrada es la asfisia perinatal en un 4.87% (48.78 casos por 1000 nacidos vivos) asociado a síndrome de aspiración meconial en un 3.66% (36.58 casos por 1000 nacidos vivos), siendo grandes complicaciones que pueden llevar a una morbilidad a largo plazo. Además se identificaron

anomalías congénitas de las cuales sólo se encontró en un 1.22% que corresponde a 12.19 casos por 1000 nacidos vivos. El caso encontrado es de labio leporino. No se encontraron casos de anomalías congénitas asociadas a TORCH.

6.1 Conclusiones

- 6.1.1 Las complicaciones maternas más comúnmente encontradas en pacientes menores de 15 años son anemia (487.8 casos por 1000 partos atendidos), sospecha de infección del tracto urinario (329.26 casos por 1000 partos atendidos) y desproporción cefalopélvica (280.48 casos por 1000 partos atendidos).
- 6.1.2 La complicación fetal más comúnmente encontrada es bajo peso al nacer (182.92 casos por 1000 nacidos vivos), siendo la segunda restricción del crecimiento intrauterino (73.17 casos por 1000 nacidos vivos), estando los casos de restricción de crecimiento intrauterino en el grupo de los recién nacidos con bajo peso al nacer, siendo la tercera complicación más frecuente la prematurez (60.97 casos por 1000 nacidos vivos) y el APGAR bajo (60.97 casos por 1000 nacidos vivos). Una complicación fetal encontrada fue la muerte fetal (36.58 casos por 1000 nacidos vivos) siendo una de las complicaciones que puede ser prevenible.
- 6.1.3 La mayoría de pacientes (74.39%) no tuvo control prenatal completo durante el embarazo.
- 6.1.4 La mayoría de pacientes es nulípara (96.34%).
- 6.1.5 La mayoría de pacientes son solteras, alfabetas, no indígenas y la ocupación más frecuente es ama de casa.
- 6.1.6 La mayoría de pacientes presentó un parto operatorio (69.51%).

6.2 Recomendaciones

- 6.2.1 Insistir con las pacientes adolescentes la importancia de un control prenatal, para prevenir enfermedades durante el embarazo, así como detección temprana de las mismas y evitar complicaciones en el recién nacido
- 6.2.2 Educar a adolescentes en temas de salud reproductiva y planificación familiar para prevenir embarazos a tan temprana edad.

VII. Referencias bibliográficas

1. Urbina C, Pacheco J. Embarazo en adolescente. Rev Per Ginecol Obstet. [revista en línea] 2006 [acceso 16 de junio de 2010]; 52(1):118-123.
Disponible en:
http://sisbib.unmsm.edu.pe/bVrevistas/ginecologia/vol52_n2/pdf/A09V52N2.pdf
2. Monterrosa A, Arias M. Partos vaginales y cesáreas en adolescentes: Comportamiento entre 1993 y 2005 Hospital de Maternidad “Rafael Calvo”, Cartagena, Colombia. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología.[revista en línea] 2007 [acceso 16 de junio de 2010]; 58(2).
3. Lara K. Anta J. características obstétricas de las adolescentes embarazadas en la sala de labor y parto del bloque materno infantil del Hospital Escuela. Rev Med Post Unah [revista en línea] 2001[acceso 16 de junio de 2010]; 6(1):36-40.
Disponible en: www.med.unne.edu.ar/revista/revista160/1_160.pdf
4. UNICEF. Maternidad adolescente en América Latina y el Caribe. Tendencias, problemas y desafíos [en línea] 2007 [acceso 16 de junio de 2010];4. Disponible en:
[http://www.unicef.org/lac/desafios_n4_esp_Final\(1\).pdf](http://www.unicef.org/lac/desafios_n4_esp_Final(1).pdf)
5. Hochstatter E. Evolución del embarazo y desenlace del parto. Hospital materno-infantil German Urquizu, Bolivia. Artículo Original, Revista Médica [revista en línea]. 2000 [acceso 13 de junio de 2010]:20:11-20
6. Bojanini JF. Gómez JG. *Resultados obstétricos y perinatales en adolescentes. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología [revista en línea] 2004 [acceso 16 de junio de 2010]; 55 (2):114-121.*
7. Caicedo F, Ahumada F, Bolaños M, Ortega O, Tejada C. Complicaciones maternas y neonatales en pacientes embarazadas adolescentes y mayores de 35 años durante julio a septiembre de 2008. Hospital universitario San José de Popoyán, Colombia. [en línea] 2010[acceso 16 de junio de 2010].
Disponible en:
<http://www.facultadsalud.unicauca.edu.co/Revista%5CPDF%5C2010%5C120206201002.pdf>

8. Manrique R, Rivero A, Ortunio M, Rivas M, Cardozo R, Guevara H. Parto pretérmino en adolescentes. Rev Obstet Ginecol Venez [revista en línea] 2008 [acceso 16 de junio de 2010]; 68(3):144-149.
Disponible en: <http://www.scielo.org.ve/pdf/og/v68n3/art02.pdf>
9. López A, More M, Disla S, López B, Santos J. Embarazo en adolescente y complicaciones en un hospital del sur. Rev Med Dom [revista en línea] 2005 [acceso 16 de junio de 2010]; 66(3): 249-51. Disponible en:
<http://bvssdo.intec.edu.do:8080/revistas/rmd/2005/66/03/RMD-2005-66-03-249-251.pdf>
10. Sáez, V. Morbilidad de la madre adolescente. Rev Cubana Obstet Ginecol [revista en línea] 2005[acceso 16 de junio de 2010];31(2).
Disponible en:
http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol31_2_05/gin03205.pdf
11. Adam G, Elhassan E, Ahmed A, Adam I. Maternal and perinatal outcome in teenage pregnancies in Sudan. International Federation of Gynecology and Obstetrics [revista en línea] 2008 [acceso 16 de junio de 2010];12(7): 170-171. Disponible en: http://hinari-gw.who.int/whalecomwww.sciencedirect.com/whalecom0/science?_ob=MImg&_imagekey=B6T7M-4V82R3J-2-1&_cdi=5062&_user=2778716&_pii=S0020729208005614&_orig=search&_coverDate=05%2F31%2F2009&_sk=998949997&view=c&wchp=dGLzVtz-zSkzS&md5=674518123bc61f97f81a1953156251b3&ie=/sdarticle.pdf
12. Geist R, Beyth Y, Shashar D, Beller U, Samueloff A. Perinatal Outcome of teenage pregnancies in a selected group of patients. J Pediatr. Adolesc Gynecol [revista en línea] 2006 [acceso 16 de junio de 2010];19: 189-193. Disponible en: http://hinari-gw.who.int/whalecomwww.sciencedirect.com/whalecom0/science?_ob=MImg&_imagekey=B6W68-4K241H2-71&_cdi=6592&_user=2778716&_pii=S1083318806000702&_orig=mlkt&_coverDate=06%2F30%2F2006&_sk=999809996&view=c&wchp=dGLbVlb-zSkzV&md5=5c8a335d3f1dd31bd3c09afba67a6976&ie=/sdarticle.pdf

13. Gupta N, Kiran U, Bhal K. Teenage pregnancies: Obstetric characteristics and outcome. *European Journal of Obstetric y Ginecology* [revista en línea] 2008 [acceso 16 de junio de 2010]; 137: 165-171. Disponible en: http://hinari-gw.who.int/whalecomwww.sciencedirect.com/whalecom0/science?_ob=Img&imagekey=B6T69-4PS5FGV-1-7&cdi=5025&user=2778716&pii=S0301211507002746&orig=mlkt&coverDate=04%2F30%2F2008&sk=998629997&view=c&wchp=dGLbVlb-zSkzV&md5=953763c39e5a0e543cd8285d246fa130&ie=/sdarticle.pdf
14. Vienne C, Creveuil C, Dreyfus M. Does young maternal age increase the risk of adverse obstetric, fetal and neonatal outcomes: A cohort study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* [revista en línea] 2009 [acceso 16 de junio de 2010]; 47: 151–156. Disponible en: http://hinari-gw.who.int/whalecomwww.sciencedirect.com/whalecom0/science?_ob=Img&imagekey=B6T69-4X541P6-1-4&cdi=5025&user=2778716&pii=S0301211509004953&orig=mlkt&coverDate=12%2F31%2F2009&sk=998529997&view=c&wchp=dGLbVlb-zSkzV&md5=653d2405c214c53f090f2b0489cb240d&ie=/sdarticle.pdf
15. Mahavarakar S, Madhu C, Mule V. A comparative study of teenage pregnancy. *Journal of Obstetrics and Gynaecology* [revista en línea] 2008 [acceso 16 de junio de 2010]; 28(6): 604–607. Disponible en: <http://hinari-gw.who.int/whalecominformahealthcare.com/whalecom0/doi/pdf/10.1080/01443610802281831>
16. Jivraj S, Nazzal P, Davies P, Selby K. Obstetric outcome of teenage pregnancies from 2002 to 2008: The Sheffield experience. *Journal of Obstetrics and Gynaecology* [revista en línea] 2010 [acceso 16 de junio de 2010]; 30(3): 253–256. Disponible en: <http://hinari-gw.who.int/whalecominformahealthcare.com/whalecom0/doi/pdf/10.3109/01443611003605294>
17. Vásquez A, Pérez L, Guerra C, Almirall A, Cruz F. Morbilidad y mortalidad perinatal en el embarazo precoz. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología* [revista en línea] 1998 [acceso 16 de junio de 2010]; 24(3):137-44.

18. Reime, B. Schuecking, B. Wenzlaff, P. Perinatal outcomes of teenage pregnancies according to gravidity and obstetric history [en línea] 2004; 7(75). Disponible en: http://hinari-gw.who.int/whalecomwww.sciencedirect.com/whal.ecom0/science?_ob=MIimg&_imagekey=B6T69-4PS5FGV-1-7&_cdi=5025&_user=2778716&_pdf
19. Khashan A, Baker P, Kenny L. Preterm birth and reduced birthweight in first and second teen age pregnancies: a register-based cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth* [en línea] 2010 [acceso 16 de junio de 2010], 10 (36): 1-17.
20. Rocha R, Souza E, Soares E, Nogueira E, Chambô A, Guazzelli C. Prematurity and low birth weight among Brazilian adolescents and Young adults. *J pediatr Adolesc Gynecol* [revista en línea] 2010 [acceso 16 de junio de 2010]; 23:142-145, Disponible en: http://hinari-gw.who.int/whalecomwww.sciencedirect.com/whalecom0/science?_ob=MIimg&_imagekey=B6W68-4XF8MP6-1-1&_cdi=6592&_user=2778716&_pii=S1083318809002964&_orig=mlkt&_coverDate=06%2F30%2F2010&_sk=999769996&_view=c&_wchp=dGLbVlb-zSkzV&_md5=e6815627bac80f743d4be4f39f888b3d&_ie=/sdarticle.pdf
21. Benitez N, Locatelli A, Obregón K, Abreo G. Resultados perinatales en madres adolescentes. *Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina*. [revista en línea] 2008 [acceso 16 de junio de 2010]; 187: 6-9. Disponible en: http://www.med.unne.edu.ar/revista/revista187/2_187.pdf
22. Furzán J, Yuburí A, Eizaga S, García J. Embarazo en adolescentes y resultado perinatal adverso: un análisis multivariado de factores predictivos de riesgo. *Gac Méd Caracas* [revista en línea] 2010 [acceso 16 de junio de 2010]; 118(2):119-126. Disponible en [http://www.anm.org.ve/FTPANM/online/2010/gaceta_medica/abril_junio/05.%20Furzan%20\(119-126\).pdf](http://www.anm.org.ve/FTPANM/online/2010/gaceta_medica/abril_junio/05.%20Furzan%20(119-126).pdf)
23. Soledad S A, Vallejos MS, Soderó H. Características del recién nacido en madres adolescentes. *Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina* [revista en línea] 2005 [acceso 16 de junio de 2010]; 149:6-8.

24. Mayer ML, Barrias AC, Barboza SB, Fochesatto NA. Complicaciones perinatales y vía de parto en recién nacidos de madres adolescentes tempranas y tardías. Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina [revista en línea] 2006 [acceso 16 de junio de 2010]; 160:1-4.
25. Doig, J. Indicadores perinatales en hijos de madres adolescentes del Instituto Especializado Materno Perinatal durante el año 2003. Revista Peruana de Pediatría [revista en línea] 2006 [acceso 13 de junio de 2010];6-11.

VII. ANEXOS

BOLETA DE RECOLECCIÓN DE DATOS. COMPLICACIONES MATERNO FETALES EN PACIENTES MENORES DE 15 AÑOS DURANTE EL EMBARAZO Y EL PARTO.

Estado civil: soltera___ casada___

Escolaridad: Alfabeta___ Nivel primario: ___
Nivel básico: ___
Analfabeta ___

Etnia: Indígena___ No indígena___

Ocupación: Ama de casa___ Obrera___ Estudiante___

Paridad: Nulípara ___ Primípara ___
Multípara___

Control prenatal: Si ___
No ___

Tipo de parto: Eutócico ___
Parto operatorio___

Complicaciones Maternas:

Hipertensión inducida por el embarazo

Preeclampsia moderada ___
Preeclampsia severa ___
Eclampsia ___

Anemia ___

Leve (11.99 a 9 g/dl) ___
Moderada (8.99 a 7 g/dl) ___
Severa (<6.99 g/dl) ___

Ruptura prematura de membranas

Si ___
No ___

Amenaza de parto pretérmino

Si ___
No ___

Sospecha de Infección del tracto urinario

Si ___
No ___

Trabajo de parto pretérmino

Si ___
No ___

Desproporción cefalopélvica

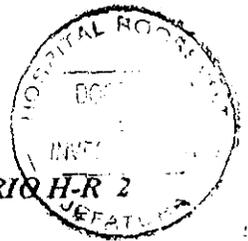
Si ___
No ___

Inducción fallida

Si ___
No ___

Complicaciones Fetales:

Muerte fetal	
Si	___
No	___
Peso fetal	
Adecuado peso al nacer	___
Bajo peso al nacer	___
Muy bajo peso al nacer	___
Restricción de crecimiento	
Intrauterino	
Si	___
No	___
Prematurez	
Si	___
No	___
APGAR bajo	
Si	___
No	___
Asfixia Perinatal	
Si	___
No	___
Síndrome de aspiración meconial	
Si	___
No	___
Anomalías congénitas	
Si	___
No	___
Infección congénita por TORCH	
Si	___
No	___



**SOLICITUD PARA AUTORIZACIÓN
DE
TRABAJO DE INVESTIGACIÓN DE POSTGRADO**

INVESTIGADORES:

NOMBRE DEL RESIDENTE: Karla Elizabeth Hernández Sologaitoa
DIRECCIÓN Domicilio: Km. 17.2 Carretera a El Salvador Casa 36 A Arrazola I
Teléfono: 52086972
Correo electrónico: kehs_23@hotmail.com

NOMBRE DEL TUTOR: Alejandro Andrews
DIRECCIÓN Domicilio: _____
Oficina o clínica: 3ª calle A 4-32 zona 10
Teléfonos: 23315787
Fax: _____
Correo electrónico: aleandrews1@yahoo.com

DEPARTAMENTO DONDE REALIZARÁ EL ESTUDIO: GINECOOBSTETRICIA

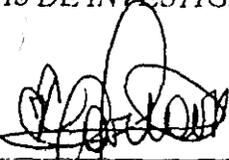
Teléfonos: 23217400 Fax: 23217415 Correo electrónico: deptogoraintelnet.gt

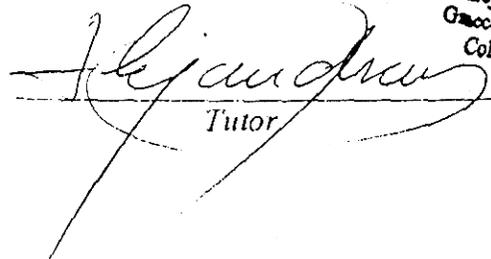
TEMA DE INVESTIGACION:

COMPLICACIONES MATERNO FETALES EN PACIENTES MENORES
DE 15 AÑOS DURANTE EL EMBARAZO Y EL PARTO

PERIDO DE DURACIÓN: Enero a Octubre del año 2011

FIRMAS DE INVESTIGADORES:


Residente


Tutor

Dr. J. Alejandro Andrews E
Ginecólogo y Obstetra
Col. No. 13,067

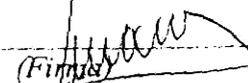
NOTA:

Llenar el formulario a Maquina.
Al finalizar todo el trámite de autorización, favor sacar una fotocopia en duplex y dejarla
en el Departamento de Docencia e Investigación.

FIRMAS DE AUTORIZACION

COORDINADOR DE POSTGRADO:

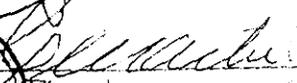
NOMBRE: Dr. Carlos Raúl Juárez

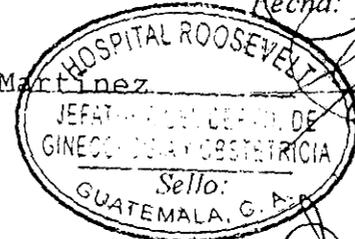
Fecha: _____
(Firma) 



JEFE DEL DEPARTAMENTO:

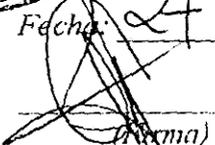
NOMBRE: Dr. Carlos Manuel Martínez

Fecha: _____
(Firma) 



COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN:

NOMBRE: Dr. Oliver Valiente

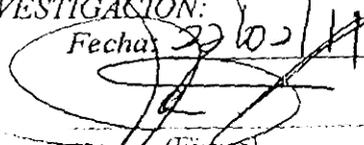
Fecha: 27 Oct 2010.
(Firma) 

Sello:

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE DOCENCIA E INVESTIGACION:

Acta No. 469 Punto No. 449

NOMBRE: Dr. José Luis Chacón Montiel

Fecha: 23/10/11
(Firma) 



DIRECCIÓN MEDICA: Dr. Leonel Morales Estrada

DIRECTOR MEDICO HOSPITAL ROOSEVELT

NOMBRE:



INFORME FINAL

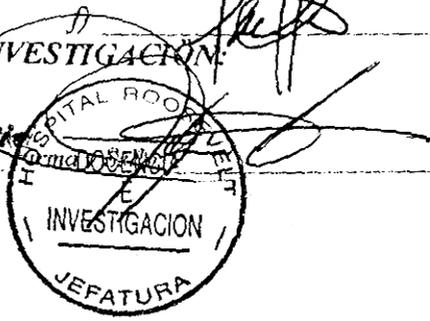
Fecha de Entrega: 12/11/2012

Secretaria: Karlen Colocio

JEFE DE DEPTO DOCENCIA E INVESTIGACION:

Nombre: Dr. José Luis Chacón Montiel

Sello: 51



PERMISO DEL AUTOR PARA COPIAR EL TRABAJO

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medios la tesis titulada “COMPLICACIONES MATERNO FETALES EN PACIENTES MENORES DE 15 AÑOS DURANTE EL EMBARAZO Y EL PARTO” para pronósticos 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 comercialización total o parcial.