

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**CARACTERIZACIÓN OBSTÉTRICA Y EPIDEMIOLÓGICA
DEL EMBARAZO EN PACIENTES ADOLESCENTES**

Estudio descriptivo retrospectivo en pacientes adolescentes
de 12 a 18 años de edad con diagnóstico de embarazo
atendidas en la Unidad de Control Prenatal del Departamento
de Obstetricia del Hospital Pedro de Betancourt de Antigua
Guatemala durante el período de 1996 al 2000.

ANA LUCÍA DOMÍNGUEZ MENCHÚ

MEDICA Y CIRUJANA

Guatemala, Junio del 2,001

TITULO

CARACTERIZACIÓN OBSTÉTRICA Y EPIDEMIOLÓGICA DEL EMBARAZO EN
PACIENTES ADOLESCENTES.

SUBTITULO

ESTUDIO DESCRIPTIVO RETROLECTIVO EN PACIENTES ADOLESCENTES DE 12 A 18 AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICO DE EMBARAZO ATENDIDAS EN LA UNIDAD DE CONTROL PRENATAL DEL DEPARTAMENTO DE OBSTÉTRICIA DEL HOSPITAL PEDRO DE BETANCOURT DE ANTIGUA GUATEMALA DURANTE EL PERÍODO DE 1996 AL 2000.

INDICE

<u>CAPITULO</u>		<u>PAGINA</u>
I.	Introducción	1
II.	Definición y Análisis del Problema.....	2-3
III.	Justificación	4-5
IV.	Objetivos	6
V.	Revisión Bibliográfica	7-19
VI.	Material y Métodos	20-26
VII.	Presentación de Resultados	27-44
VIII.	Análisis y Discusión de Resultados.....	45-46
IX.	Conclusiones	47
X.	Recomendaciones.....	48
XI.	Resumen	9
XII.	Referencia Bibliográfica	50-53
XIII.	Anexos	54-56

I INTRODUCCIÓN

El embarazo en la adolescencia es reconocido como uno de los problemas más relevantes dentro del contexto de salud materna; atribuyéndosele un gran porcentaje de la mortalidad materna, en el campo obstétrico, dejando secuelas que a menudo afectan el futuro de la madre como el del hijo, así como un trauma psicológico, tanto de la madre como de la familia.

Cada año miles de adolescentes en Guatemala quedan embarazadas, a menudo los resultados son trágicos: niños abandonados, educación interrumpida, complicaciones médicas, abortos ilegales, muertes maternas y aún suicidio.

El presente trabajo es una investigación descriptiva retrolectiva de pacientes adolescentes embarazadas, atendidas en el Departamento de Obstetricia del Hospital Pedro Betancourt de Antigua Guatemala, durante los años 1,996 al 2000; analizando cada uno de los expedientes en el orden obstétrico y epidemiológico, con el objeto de, entre otros, determinar factores predisponentes de embarazo en adolescentes, identificando el grupo etáreo más afectado con dicho diagnóstico, enunciar la vía más frecuente de resolución del embarazo, determinar la procedencia, profesión u oficio de las pacientes adolescentes embarazadas, etc.

Para el efecto se incluyó a todas las pacientes comprendidas entre 12-18 años de edad.

Como hallazgo principal se encontró que de los 1,323 casos, la mayoría de los embarazos fueron de resolución eutócica, con predominio en el grupo etáreo de 18 años y procedentes del área rural. Así mismo, se determinó que el 49.10% de las pacientes tuvieron como complicación en el parto desproporción cefalo-pélvica, terminando en cesárea.

Por lo que la prevención del embarazo en la adolescencia debe ser un asunto urgente de prevención pública.

II DEFINICIÓN Y ANÁLISIS DEL PROBLEMA

El embarazo en la adolescencia, es la gestación que tiene lugar durante los 10 y 19 años con 11 meses de edad. (22).

Dentro de los factores de riesgo que favorecen a un embarazo precoz, se encuentran los de carácter individual, (bajo nivel educativo, estado civil, profesión, consumo de drogas), familiar (familia disfuncional, ausencia de un padre, madre emocionalmente poco accesible) y social (procedencia de un área rural, mensajes contradictorios con respecto a la sexualidad, en la familia, en la sociedad y en los medios de comunicación); los cuales influyen para que este problema biopsicosocial se presente (11).

En un estudio realizado en 1,999 en El Salvador se determinó que varios de estos factores de riesgo y otros, se presentaron en las adolescentes embarazadas (20).

Por lo que las adolescentes embarazadas tienen tres alternativas; casarse con el progenitor de su hijo, transformarse en madres solteras, ya que en su mayoría los progenitores las abandonan. O someterse a un aborto, que con frecuencia se realiza en malas condiciones, incrementando a su vez las tasa de mortalidad. (15,22,24)

Las desventajas de un embarazo en esta etapa no solo son para la madre (hemorragias del primer y tercer trimestre, complicaciones durante el parto y toxemia). Sino también para el hijo que puede presentar (prematurez, bajo peso al nacer, etc.)

En un estudio realizado en el Hospital Pedro Betancourt de Antigua Guatemala, sobre las complicaciones obstétricas y neonatales en pacientes adolescentes embarazadas, en el período de Enero de 1,995 a Diciembre de 1,996, reveló que ser adolescente embarazada es un factor de riesgo para presentar complicaciones como toxemia, parto prematuro, niños prematuros, y además es un factor protector, para no presentar ruptura prematura de membranas ovulares.

En el Departamento de Obstetricia del Hospital Pedro Betancourt de Antigua Guatemala no se contaba con un estudio al respecto, que incluyera tanto criterios epidemiológicos y obstétricos, que posibiliten efectuar de alguna manera un perfil de la paciente adolescente

embarazada; para así poder implementar un programa de educación en salud reproductiva que incide en la disminución de los factores epidemiológicos y obstétricos que se determinen.

III JUSTIFICACIÓN

En la adolescencia ocurren rápidos cambios en el tamaño, la forma, y la fisiología corporal, así como el funcionamiento psicológico y social.(5) El embarazo es una etapa importante en la vida de la mujer, en donde un adecuado nivel de salud y una edad ideal para el embarazo permitirá a la mujer desarrollar su potencial y realizar su rol como madre, esposa y miembro productivo de la sociedad.

Se dice que la falta de educación, la falta de obtención de métodos anticonceptivos y el desconocimiento de los mismos son causa de aborto y embarazo en adolescentes en todo el mundo, los cuales en su mayoría son prevenibles, pero solo si se brinda la atención apropiada con base a educación, en salud reproductiva en etapa temprana, sobre todo en países en donde este grupo son mayoritarios. (11,16,32)

En nuestro medio actualmente los embarazos en adolescentes es una de las principales causas de consulta médica. (15) Ello es importante ya que a través de los resultados obtenidos en el presente estudio se determinará cuales son las principales características obstétricas y epidemiológicas del embarazo en adolescentes para que de esta manera se pueda proveer y justificar la creación de un programa de salud reproductiva en adolescentes.

En el Departamento de Obstetricia del Hospital Pedro de Betancourt de Antigua Guatemala los embarazos en adolescentes son causa frecuente de consulta e incluso de hospitalización cuando el caso lo amerita. En tal sentido los resultados de la presente investigación servirán de base para el médico obstetra y especialistas en el tema, no solo al conocimiento de los factores epidemiológicos como obstétricos que en los últimos cinco años han predispuesto al embarazo en las adolescentes, sino también para tomar como punto de partida al tratar a estas pacientes de manera integral.

Por otro lado el impacto socioeconómico es importante en la causa como en el efecto, ya que el embarazo en adolescentes pueden ser desencadenados por factores como la falta de educación, anticoncepción inadecuada, mitos y tabúes acerca de la sexualidad, conducta antisocial, abuso de sustancias y al mismo tiempo en el efecto, debido a que puede repercutir en el ausentismo escolar, marginación social, condición económica desfavorable, siendo en consecuencia importante e indispensable realizar un estudio epidemiológico y obstétrico de las adolescentes embarazadas para brindar educación en salud y en alguna manera poder prevenir los embarazos en esta población.

IV OBJETIVOS

A. GENERAL

Caracterizar obstétrica y epidemiológicamente a las pacientes adolescentes embarazadas que consultaron a la unidad de control prenatal del Departamento de Obstetricia del Hospital Pedro Betancourt de Antigua Guatemala durante los años 1,996 al 2,000.

B. ESPECIFICOS:

1. Determinar el número de gestas y abortos de las pacientes adolescentes embarazadas.
2. Determinar la vía de resolución del parto (vaginal, cesárea).
3. Identificar el nivel de escolaridad de las adolescentes embarazadas.
4. Identificar el grupo etareo más afectados con diagnóstico de embarazo en adolescentes.
5. Determinar el estado civil y el consumo de drogas (derivados de opiáceos y alcohol) en los sujetos de estudio.
6. Determinar la procedencia y profesión de las adolescentes embarazadas.
7. Determinar el uso de métodos anticonceptivos y control prenatal en los sujetos de estudio.
8. Determinar la edad gestacional en la adolescente embarazada al momento del ingreso.

V REVISION BIBLIOGRAFICA

A. LA ADOLESCENCIA

1. Definición:

Etapas de la vida que se ubica entre los 10 y 19 años con 11 meses de edad. (3,9,11,27)

La adolescencia puede abordarse a partir de cuatro perspectivas: Cronológica, biológica, psicológica y social. Se caracteriza por una serie de cambios biológicos y corporales de gran trascendencia, como el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios y adquisición de la capacidad reproductiva. Estos cambios implican también un proceso de transformaciones psicológicas marcadas por el abandono del cuerpo y la identidad de la infancia, este abandono se asocia a la separación de los padres y la búsqueda de una identidad y proyectos de la vida propios. Socialmente se concibe como un periodo de aplazamiento y preparación para las responsabilidades de la vida adulta. (22,27)

Aunque la edad de inicio es fácil de determinar en cada persona ya que se inicia el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, no sucede así con la edad terminación, la cual será variable y estará ligada al logro de la independencia económica. (22)

2. Clasificación de la Adolescencia.

- a. Pubertad hasta 14 años: Adolescencia precoz
 - b. De 15 a 17 años: Adolescencia intermedia
 - c. De 18 a 20 años: Adolescencia tardía.
- (11,22)

a. Adolescencia Precoz:

En este estado los niveles de esteroides sexuales circulantes están disminuidos por retroalimentación negativa al nivel del hipotálamo. El hipotálamo desde la hipófisis anterior libera durante el sueño gonadotropina y hormona del crecimiento.

Los cambios somáticos y fisiológicos dan lugar las (SMR) categorías de madurez sexual.

Solo el 3% de las niñas tienen un desarrollo de la mama SMR2 antes de los 8.9 años y el 97% alcanzan este estadio a los 12.9 años.

Por la influencia de la hormona estimulante de los folículos y los estrógenos, los ovarios, el útero y el clítoris aumentan de tamaño, el endometrio y la mucosa vaginal aumentan de grosor; los labios mayores se vascularizan. La menarquia tiene lugar en el 10% de las niñas.

Se inicia la aceleración del crecimiento de las manos y pies, seguido de los brazos y piernas y finalmente el tronco y tórax. En ambos sexos, los andrógenos suprarrenales estimulan las glándulas sebáceas y promueven la aparición del acné; la elongación del globo ocular causa miopía.

La sexualidad no solo engloba la conducta sexual sino también el interés por el sexo y las fantasías, la orientación sexual, las actitudes hacia el sexo y su relación con las emociones.

En esta etapa se inicia el distanciamiento a la familia y aparece el interés por realizar actividades con los compañeros. (5)

b. Adolescencia Intermedia.

El crecimiento se acelera por encima de la velocidad prepuberal. En las niñas el crecimiento alcanza su máximo a los 11.5 años, y luego disminuye hasta detenerse a los 16 años. El peso aumenta paralelo al crecimiento lineal, con un retraso de varios meses, lo que da la impresión que los adolescentes primero se estiran y luego se rellenan.

En la maduración sexual el 90% de las niñas alcanzan la menarquia en SMR3 y el 30% en SMR4.

El hecho de salir con una persona del sexo opuesto se convierte en una actividad normal. Las salidas en pareja puede ser el punto de disputas entre los padres e hijos.

A medida que el adolescente sale en pareja, disminuye la necesidad de pertenecer a grupos del mismo sexo. El atractivo físico y la popularidad son los factores cruciales en las relaciones con los compañeros y el autoestima.

Los adolescentes empiezan a pensar sobre lo que quieren ser de adultos, el proceso implica la auto evaluación y la evaluación de oportunidades disponibles.

(5)

c. Adolescencia Tardía:

En comparación con las anteriores etapas, los cambios somáticos son modestos, permitiendo una imagen corporal más estable.

La experimentación sexual disminuye a medida que el adolescente adopta una identidad sexual más estable.

La cognición tiende a ser menos egocéntrica y aumenta los pensamientos.

Las relaciones íntimas son un componente importante de la identidad. (5)

3. Características Sociales del Adolescente:

a. Sexo:

No es lo mismo ser adolescente varón que mujer. En nuestras sociedades se es más permitido con el varón, lo que determina que la problemática en los sexos sean diferentes. El alcoholismo, el fumar y las drogas son más frecuentes en los varones; la deserción escolar, el aborto y el embarazo son problemas femeninos. (23,24)

b. Situación Geográfica (Urbana-rural):

Los adolescentes que habitan en la ciudad tienen más alternativas para optar hábitos, conductas o sistemas de vida. A diferencia de los que habitan en áreas rurales, tienen menos posibilidades y por lo tanto, sus conductas son más predecibles y probablemente estén menos influenciados por ideas y costumbres foráneas. (22)

c. Estrato Social:

Al igual que el factor anterior, el mayor acceso a distintas alternativas van a condicionar las conductas de los adolescentes. Se debe resaltar que las conductas marginales podemos encontrarlas en todos los estratos sociales. (22)

d. Diferencias Étnico-raciales:

Cada cultura, con sus costumbres y herencias, determinan como se desarrolla esta etapa. (22)

e. Antecedentes Biográficos:

Se considera que según transcurrido la niñez de la persona, así será su adolescencia, y de acuerdo cómo fue el adolescente será el adulto. (22)

B. SALUD REPRODUCTIVA

1. Definición:

Estado de completo bienestar físico, mental, social, y no meramente la ausencia de enfermedad y dolencia, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. (22,27)

Implica que las personas tengan una vida sexual segura, satisfactoria, capacidad de reproducción y la libertad de decidir con que frecuencia procrear, derecho a ser informado y tener acceso a los métodos de regulación de la fecundidad de su elección, y el derecho a tener servicios de salud apropiados que capaciten a la mujer a tener un embarazo y parto seguros. (22,27)

Prácticamente la problemática en salud reproductiva del adolescente se vincula a la práctica de conductas sexuales riesgosas entre las que destacan:

- Inicio cada vez más precoz de la vida sexual
- Poco reconocimiento de los riesgos
- Las relaciones sexuales son imprevistas y ocurren en lugares y situaciones inapropiadas
- Promiscuidad
- Poco conocimiento de sexualidad
- No planean juntos el control del embarazo
- Insuficiente conocimiento sobre (ETS) enfermedades de transmisión sexual y su prevención.

Por lo anterior los adolescentes tienen un elevado riesgo reproductivo. (22,23,30)

C. EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

1. Definición:

Gestación que tiene lugar durante la etapa de la adolescencia, o aquella que ocurre en la mujer desde la menarquia hasta los 19 años de edad, con independencia de la edad ginecológica.

Para Tomas Silber es aquella gestación que ocurre durante los dos primeros años de edad ginecológica de la mujer y/o cuando la adolescente mantiene una independencia económica total. (22)

2. Factores de Riesgo:

Algunos factores de riesgo que se presentan en la adolescencia que favorecen el embarazo precoz son:

a. Individuales:

- Abandono escolar
- Dificultad para planear proyectos en la vida a largo plazo
- Personalidad inestable
- Baja autoestima
- Poca confianza
- Falta de actitud preventiva
- Menarquia precoz
- Conducta antisocial
- Abuso de sustancias
- Sentimiento de desesperanza
- Ignorancia de su propia fisiología y del uso correcto de métodos anticonceptivos
- Bajo nivel educativo

b. Familiares:

- Familia disfuncional y en crisis
- Perdida de un familiar
- Enfermedad crónica de un familiar
- Madre con embarazo en la adolescencia
- Hermana adolescente embarazada
- Madre aislada y emocionalmente poco accesible
- Vínculo más estrecho con el padre
- Padre ausente, vínculo más estrecho con la madre pero ambivalente.

c. Sociales

- Condición económica desfavorable
- Migración reciente
- Trabajo no calificado
- Vivir en área rural
- Ingreso precoz a la fuerza de trabajo
- Mitos y tabúes a cerca de la sexualidad
- Marginación social
- Presión por parte de sus padres
- Mensajes contradictorios con respecto a la sexualidad, en la familia, en la sociedad y en los medios de comunicación
- Violencia y abuso
- Machismo como valor cultural. (11)

Con respecto a lo anterior se realizó un estudio acerca de los aspectos médicos y sociales de la maternidad en 305 adolescentes salvadoreñas. En el que se encontró que la edad promedio era de 17.2 ± 1.4 años, el 51% ya había formado una unión estable antes del embarazo. La escolaridad promedio era de 7° grados y el 65% ya había abandonado la escuela previamente. (11) La edad promedio para la menarquia fue del 12.75 ± 1.30 años, para la primera relación sexual 15.32 ± 1.46 años y para el primer parto 16.54 años, el 28% ya tenía una gesta anterior. La motivación para iniciar una vida sexual fue el hogar destruido, sin figura paterna. Los conocimientos sobre la fertilidad y métodos anticonceptivos eran bajos, y su uso fue del 19%. La causas por las que no utilizaron fue el temor y desconocimiento. (20)

Y con respecto a la influencia social de los medios de comunicación se realizó un estudio en Costa Rica con una muestra de 400 adolescentes (hombres y mujeres), en donde se encontró que los programas preferidos para las mujeres son las telenovelas, en las cuales las mujeres son victimas y objeto desde el punto de vista sexual, mientras que para los hombres, los programas musicales y fábulas son los preferidos, en los cuales transmiten valores machistas y estereotipos sobre los comportamientos que inciden directa e indirectamente en las prácticas sexuales. (19)

3. Relaciones Sexuales Premaritales y Matrimonio Precoz:

En casi todo el mundo, la mayoría de las mujeres jóvenes inician su actividad sexual durante la adolescencia. La proporción de jóvenes que han tenido relaciones oscila entre la mitad y dos tercios en los países de América Latina y el Caribe, llega a las tres cuartas partes o más en muchos países del mundo desarrollados y es superior 9 de cada 10 jóvenes en África al Sur de Sahara. (32)

En muchos países, los jóvenes son objeto de grandes presiones sociales y de sus pares que las impulsan a las relaciones sexuales premaritales.

El promedio de la edad al matrimonio ha aumentado en muchas partes del mundo y la edad en la que se inicia la pubertad para la mujer a disminuido, con lo cual las jóvenes tienen más años de riesgo de tener relaciones sexuales premaritales. Por ejemplo, en Kenya, hay una brecha de tres años en la primera relación sexual y la edad en que contraen matrimonio.

En Filipinas 4%, Tanzania 44% y en Jamaica 86% de las mujeres tienen relaciones antes de los 20 años. (7,31,32)

El momento en que se inicia la primera unión está vinculado con el nivel de educación de la mujer. En muchas partes de África al Sur de Sahará y de América Latina y el Caribe, las tasas de matrimonio precoz entre las mujeres con un nivel de educación inferior al básico, son tres veces más elevadas que las mujeres que tienen 7 años de escolaridad. (19,32)

Las diversas culturas tienen diferentes actitudes con respecto a la actividad sexual entre las personas no casadas. En el África del Norte, el Medio Oriente y en la mayoría de los países de Asia, se espera que las mujeres jóvenes se abstengan de mantener relaciones sexuales hasta el matrimonio, y la mayoría del grupo poblacional se atiene a esta norma. (32)

En un estudio realizado sobre las diferencias de género en factores que influyen en el inicio de relaciones sexuales en 4,248 adolescentes chilenos, escolares urbanos, reveló que los más proclives a tener relaciones sexuales entre los 14 y 15 años de edad, fueron aquellos que tenían una actitud más liberal con respecto al sexo, los que creían que la mayoría de sus pares tenían experiencia sexual, los que raramente asistían a servicios religiosos, los que alguna vez habían experimentado con alcohol, tabaco o marihuana, y quienes tenían calificaciones bajas en los estudios. (18)

La edad en que la mujer inicia su vida reproductiva constituye uno de los factores demográficos determinantes de la fecundidad de una población, los niveles de mortalidad los niveles de mortalidad materna, morbilidad infantil y de abortos. (15)

4.Procreación a una Edad Temprana:

A este respecto según las Encuestas la edad media de la mujer al nacimiento de su primer hijo fluctúa entre los 19.9 años en Guatemala. (14,15)

Además indican que el porcentaje de madres adolescentes que no han planeado su embarazo varía ampliamente dentro de cada región, en América Latina y el Caribe, del 25-50% de las madres jóvenes indican que su embarazo no fue planeado; en África del Norte y el Medio Oriente es de 15 y el 30%. El 10-16% de los embarazos de adolescentes de la India, Indonesia y Pakistán no son planeados. (32)

El 80% de 1 millón de adolescentes en Estados Unidos tienen embarazos no planeados. (8)

Y cada año cerca de 15 millones de mujeres menores de 20 años de edad tienen niños la mayoría de ellos no deseados, (8,24) que pueden terminar en abortos, no obstante, solo 17% de los adolescentes sexualmente activos utilizan alguna forma de anticoncepción. (24)

La postergación de la procreación beneficia a las jóvenes porque les permite tener una formación académica y capacitarse para atender mejor a su familia.

Asimismo, puede tener un impacto sobre la tasa de crecimiento demográfico. Ya que una mujer que tiene su hijo antes de los 18 años, probablemente tendrán promedio de siete hijos; mientras que si lo tuviera a los 20-23 años de edad, se reduce el promedio de nacimientos. (15,24,29,32)

5. Alternativas de la Adolescente Embarazada:

Las adolescentes que quedan embarazada disponen de tres alternativas.

a. Una es que puedan casarse con el padre de la criatura, (24) por lo que el abandono del progenitor y la ilegitimidad desprotegida son factores de riesgo que incrementan la mortalidad infantil y la reproducción intergeneracional de la pobreza; por lo que se debe insistir en que el progenitor cumpla con su responsabilidades. Este es un factor esencial, y debe asumir precozmente su papel e involucrarse progresivamente en todas las tareas de la gestación y la crianza de los niños. (22)

b. Una segunda alternativa transformarse en madre soltera (4,24) confirmando así el problema social. (15)

c. O someterse a un aborto, (24) al enfrentarse a un embarazo accidental se someten a un aborto que, en muchos países es inaccesible, ilegal o riesgoso, tanto autoinducido, (4) como realizados por un proveedor de servicios no capacitados, (7,9,24) ya que los servicios médicos especializados son escasos y costosos porque el aborto es ilegal en Guatemala. (15) El aborto puede causar hemorragia, infección y heridas o quemaduras químicas de los genitales u órganos reproductores. Entre las consecuencias a largo plazo figuran embarazo ectópico e infertilidad.

La infertilidad puede tener consecuencias socioeconómicas graves; ejemplo, el compañero la puede abandonar y la comunidad la puede excluir. (4)

En Bolivia los servicios hospitalarios de ginecología, las mujeres con abortos incompletos constituyen casi la mitad de las internas (6,25)

Cada año, unos cinco millones de niñas de 15 a 19 años de edad tienen abortos de los cuales un 40% son practicados en malas condiciones y causan altas tasas de mortalidad, (24) la OMS estima que cada año mueren 70,000 mujeres como resultado de un aborto. (24,28)

Aún en los lugares donde el aborto está legalizado, las mujeres jóvenes enfrentan mayores riesgos si postergan la decisión de someterse a este procedimiento, como ocurre porque no conocen, o se niegan a reconocer los primeros síntomas del embarazo, o no tienen los recursos para pagar este servicio. (32) En Cuba donde el aborto voluntario no está penalizado, se observa que las tasas han disminuido en menor proporción a lo esperado por las autoridades de salud. (1)

6. Desventajas para la Gestante Adolescente y su Hijo

Es aceptado por todos los expertos que la fecundidad presenta mayores riesgos tanto para la madre como para su producto cuando se ejerce en las edades extremas de la vida reproductiva de la mujer. (14,22)

La importancia de los embarazos en las adolescentes radica en los mayores riesgos de salud, sociales, psicoafectivos y económicos para el normal desarrollo del embarazo, el parto y la crianza de los niños. (6,13) El embarazo en adolescentes irrumpe cuando todavía no alcanzan la madurez física y mental; y en más vulnerable a mayor cercanía de la menarquia, después de 5 años de edad ginecológica, la joven alcanza su madurez reproductiva, por esta razón los embarazos que se inician en los primeros 5 años de posmenarquia adquieren prioridad por los mayores riesgos maternos y perinatales. (22)

Las complicaciones de salud en adolescentes embarazadas son la hemorragia del primer y tercer trimestre, complicaciones en el trabajo de parto, (parto prolongado y desproporción céfalo-pélvica) y la toxemia del embarazo. (6,7,13)

Desde el punto de vista social, restringe las oportunidades de estudio y trabajo y aumenta la posibilidad del matrimonio forzado y prematuro. (13)

Con respecto a los riesgos psicoafectivos, la adolescente puede tener diferentes tipos de reacciones emocionales: Puede que no quiera tener al bebé, lo puede querer de manera confusa e idealizada, otras pueden ver la creación de otra vida como un logro extraordinario, pero sin darse cuenta de la responsabilidad, algunas pueden quedarse con el bebé para complacer a otro miembro de la familia, otras

pueden querer al bebé por tener a alguien a quien querer, sin darse cuenta de las atenciones que requiere el bebé; algunas se sienten abrumadas por la culpabilidad, la ansiedad, el miedo al futuro, siendo la depresión muy común entre las adolescentes embarazadas. (2)

Y económicamente implica, que las madres adolescentes tienen más dificultad para conseguir ingresos para mantenerse a sí misma y a su hijo, ya que no han tenido tiempo para aprender un oficio o adquirir educación formal.

Otros factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes son la nutrición deficiente, el consumo de tabaco y alcohol. Actualmente se reconoce que los niños de madres cuya alimentación ha sido incompleta pueden nacer prematuramente, con bajo peso y pobre estado general de salud, con reducción de número y tamaño de las células en distintos órganos incluido el cerebro, y una placenta de menor tamaño, que impide que llegue al feto los nutrientes necesarios para su desarrollo.

Con respecto al consumo de tabaco muestran mayor incidencia de niños prematuros y de bajo peso al nacer. Además de estos efectos presentan mayor proporción de abortos espontáneos.

Los daños por fumar no se limitan al recién nacido, sino que se manifiestan también a lo largo de la niñez en el desarrollo neurológico, corporal y psicológico de los niños.

Los efectos por consumo de alcohol son los mismos, por consumir tabaco, y además presentan defectos en el aprendizaje y aumento en la incidencia de microcefalia. (1,22,24,30)

En países en desarrollo, el riesgo de que el recién nacido muera durante el primer año cuando la madre es joven es del 30% superior al de las madres adultas, (24) aunque la mortalidad perinatal no es la única que puede justificarse por las complicaciones del parto en una mujer aún un desarrollo, sino que se manifiesta también en los 11 meses que siguen a las primeras 4 semanas, lo cual plantea un problema de salud pública y social. (22)

Además de presentar las complicaciones anteriormente mencionadas. La mortalidad relacionada con la reproducción (materna, perinatal e infantil) presenta tasas más elevadas en las adolescentes. (14,22)

Las muertes maternas tienen causas diferentes e indirectas. Alrededor del 80% están relacionadas con el embarazo y el parto, abortos en condiciones riesgosas y complicaciones obstétricas; aunque las mujeres también mueren por causas como malaria, diabetes, hepatitis y anemia. (26)

7. Uso de Anticonceptivos entre Adolescentes:

Hay varios factores además de los deseos de fecundidad de la mujer joven que influyen en su uso de anticonceptivos: Su estado civil, las expectativas de su familia, las normas de la comunidad, el acceso a los servicios de anticonceptivos y de atención de salud.

En consecuencia, solo el 20% de las adolescentes casadas usan un método anticonceptivo, en la mayoría de los países del Africa al Sur de Sahara, aunque el 60% o más indicaron que no deseaban tener un embarazo en un futuro, solo el 19% usaban un método anticonceptivo. Aproximadamente 1 de cada 10 mujeres en muchos países de América Latina y el Caribe se encuentran en riesgo de un embarazo no deseado debido a que no usan anticonceptivos o utilizan un método tradicional. (32)

En Guatemala el porcentaje es menos del 40% (14)

Las adolescentes que desean practicar la anticoncepción se enfrentan a hechos, obstáculos cuando procuran obtener un método anticonceptivo, (32) ya que los programas de planificación familiar están realizados para las mujeres casadas y adultas. Es posible que los jóvenes no sepan cómo o donde obtener servicios de planificación familiar, y los que lo saben, pueden sentirse desanimados por las actitudes de los trabajadores de salud que juzgan el comportamiento de los jóvenes. Una adolescente que acudió a un consultorio de planificación familiar para obtener métodos anticonceptivos, le respondieron "Usted es demasiado joven para eso" y "concéntrese más en sus estudios, porque estos métodos son malos para su salud". En Ghana, los trabajadores de planificación familiar dijeron que el matrimonio es un requisito obligatorio para recibir servicios. En general los adultos jóvenes saben menos acerca de la planificación familiar que los mayores, y cuando usan anticonceptivos, tienden a usar métodos menos eficaces, o utilizarlos incorrectamente. (4,7)

8. Orientación que Requieren los Adolescentes:

Los adolescentes de hoy en día constituyen la próxima generación de padres, trabajadores y líderes. Para cumplir con este papel de la mejor forma posible necesitan la guía y apoyo de su familia, comunidad y la atención de un gobierno comprometido con su desarrollo. (32)

La comunicación entre padre e hijos se inicia desde el nacimiento, debe llegar a su más alto nivel durante la adolescencia. Pero normalmente, cuando llega la adolescencia y cuando principiamos a querer comunicarnos, a veces es muy tarde. (16)

Los padres deberían estar al frente de la educación sexual y esto entraña un cambio completo de las prácticas culturales, debido a que las conversaciones sobre cuestiones sexuales son tabú en la mayoría de las familias. (29)

Los gobernantes deben proporcionar equivalencia de los servicios de salud reproductivos confidenciales. Hacer leyes sobre los derechos y el acceso a los servicios de salud reproductiva y a los servicios relacionados con brindarles capacitación para que fabriquen un pensamiento crítico en la toma de decisiones en salud reproductiva. (10,14,32)

9.Derechos Reproductivos:

Dado que en todas las sociedades de discriminación, por razones de sexo, suelen comenzar en las etapas más tempranas de la vida. Es preciso que las mujeres y hombres participen e intervengan por igual en la vida productiva y reproductiva, incluida la división de responsabilidades en cuanto a la crianza de los hijos y al mantenimiento del hogar. (11)

El derecho de decidir libre y responsablemente acerca de la cantidad, espaciamiento de los hijos, disponer de la información, la educación y los medios de hacerlo fue reconocido por primera vez como derecho humano en 1,968. Este derecho ha sido ratificado y fortalecido recientemente en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo celebrada en Cairo en 1,994, así como la Cuarta conferencia mundial sobre la Mujer en 1,995 y en la Conferencia de las Naciones Unidas sobre los Asentamientos Humanos en 1,996. El derecho a la salud reproductiva incluye que el individuo tiene el derecho a disfrutar del alto nivel de salud sexual y salud reproductiva y a efectuar opciones libre de coacción en cuestiones reproductivas. (7,9,11,14,27,28,30)

10. Programas de Prevención:

Las acciones son necesarias debido a que la mayoría de los pobladores son jóvenes, altas tasas de embarazo, abandono escolar, mayor incidencia de contagio con el VIH/SIDA, violencia y la principal causa las defunciones en adolescentes. (12,32)

Los programas en salud sexual y reproductiva atienden en especial la problemática del embarazo en adolescentes. Sus contenidos están orientados fundamentalmente a la información y educación sexual. En Guatemala existen

programas como "Atención Integral a la Salud" en el que incorporan las temática del género; programas para niñas de la calle y niñas rurales (14)

La mortalidad continúa siendo prevenible según la calidad de atención médica, así como a una educación insuficiente de la población materna. (12,33)

Por lo que se requiere que los gobiernos renoven el compromiso en salud reproductiva, facilitar el acceso a educación sexual, impartiendo en los establecimientos educativos, al mismo tiempo cubrir a los adolescentes desescolarizados, ofrecer accesibilidad a los servicios de salud sexual, ofrecer métodos anticonceptivos apropiados, ofrecer privacidad y confidencialidad al acudir a los servicios de salud sexual y reproductiva. (9,21,32)

"Si nuestros cuerpos pueden compararse con una caja de cerillas. Para quien sepa cómo usarlas, pueden ser útiles pues, por ejemplo, pueden proporcionar calor, fuego, para cocinar, etc. No obstante, si las cerillas caen en manos de un niño de corta edad, pueden ser dañinas, causar incendios, etc. Naturalmente, situaciones de este tipo podrían haberse evitando si se le hubiera enseñado al niño como manejar las cerillas y se le hubiera inculcado así un sentido de responsabilidad. Esto no necesariamente significa que hay que esconder las cerillas, puesto que siempre existe la posibilidad de que el niño la encuentre por casualidad y si lo hace, cause gran destrucción". (29)

VI MATERIAL Y METODOS

METODOLOGÍA

1. Tipo de Estudio:

Descriptivo retrolectivo.

2. Material de Estudio:

Expedientes clínicos de pacientes adolescentes de 12 a 18 años de edad, de sexo femenino y con diagnóstico de embarazo, tratadas en la Unidad de Control Prenatal, en el Departamento de Obstetricia del Hospital Pedro Betancourt de Antigua Guatemala durante el período de 1,996 al 2,000.

3. Población:

Pacientes adolescentes con embarazo, atendidas en el Departamento de Obstetricia del Hospital Pedro Betancourt de Antigua Guatemala durante el periodo de 1,996 al 2,000.

4. Criterios de Inclusión:

- ✕ Expedientes de pacientes adolescentes de 12 a 18 años de edad, con o sin enfermedad de base, con diagnóstico certero de embarazo.
- ✕ Que los expedientes clínicos contengan la información requerida.
- ✕ Que la letra de los expedientes sea legible.

5. Criterios de exclusión

- ✕ No hay criterios de exclusión.

6. Variables de Estudio:

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	UNIDAD DE MEDIDA
6.1 EDAD	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha	Número de años cumplidos del paciente de 12 a 18	Intervalo	Años
6.2 ESTADO CIVIL	Condición de cada individuo en relación con los derechos y obligaciones civiles.	Tomado de los registros médicos sobre el tipo de relación que la unía a su Pareja	Nominal	Soltera Casada Unida Divorciada
6.3 ESCOLARIDAD	Conjunto de cursos que un individuo sigue en un establecimiento docente	lo anotado en la papeleta de los años que ha cursado de estudio.	Nominal	Analfabeta 1º Primaria 2º Primaria 3º Primaria 4º. Primaria 5º Primaria 6º Primaria 1º Básico 2º Básico 3º Básico 1º Diversificado 2º Diversificado 3º Diversificado 1º Año Universitario 2º Año Universitario 3º Año Universitario
6.4 OFICIO	Actividad realizada para vivir y subsistir	Labor que desempeña todos los días del mes	Nominal	Estudiante Ama de casa Trabajo remunerado

6.5 CONSUMO DE DROGAS	Dependencia psicológica de un indi- viduo respec- to a la droga	Tomado de los registros antecedentes del habito de consumir drogas	Nominal	Alcohol derivados de opia- cios y ninguno
6.6 PROCEDEN- CIA	Lugar donde nace o deriva una persona	Región o lugar geó- grafico de donde se origina una persona toman- do el registro clínico.	Nominal	Rural y Urbana
6.7 MENARQUIA	Época de la vida de la mujer carac- terizado por la aparición del primer ciclo mes- trual.	lo anotado en papeleta, a la edad que tuvo su primer ciclo menstrual	Numérica	Años
6.8 PARIDAD	Número de embarazos que a tenido una mujer y como se han resuelto	Tomado de los registros médicos el número total de embarazos, así como la forma de resolución del mismo	Nominal	Gestas, partos, abortos, cesáreas

6.9 RESOLUCION DEL EMBARAZO	<u>Eutósico:</u> resolución de embarazo en forma natural	Forma que se resolvió el último embara- zo tomado de los registros clínicos.	Nominal	Eutósico Fórceps Cesárea Aborto
	<u>Con Fórceps:</u> Resolución del embarazo en donde por alguna complicación materna o fetal, se requiere la utilización de fórceps. <u>Cesárea:</u> Resolución de embarazo a través de incisiones abdominales y uterinas. <u>Aborto:</u> Toda interrupción espontánea o provocada del embarazo antes de la 20 ^a . semana de amenorrea.			
6.10 COMPLICACIONES PRENATALES	Todo tipo de problema que se presente durante el embarazo que afecte a la madre y al producto	complicaciones más frecuentes durante el embarazo, según la historia clínica	Nominal	Hemorragia del primer y tercer trimestre Amenaza de aborto trabajo de parto pre- término Prematures Preclampsia Eclampsia Otras

6.11 COMPLICACIONES DURANTE EL PARTO	Todo tipo de problema que se presente durante el parto que afecte a la madre y al producto.	Complicaciones más frecuentes durante el parto, según historia clínica	Nominales	Trabajo de parto prolongado Desproporción cefalopélvica Otras
6.12 CONTROL PRENATAL	Es el cuidado médico cuyo objetivo es asegurar de que todo el embarazo termine con un niño sano sin deterioro de la salud de la madre	Si tuvo o no control prenatal durante el último embarazo tomado de los registros clínicos	Nominal	Si o No
6.13 ANTICONCEPCION	Métodos para impedir la fecundación del óvulo por el espermatozoide.	Se toma de los registros clínicos si antes del embarazo Utilizaba métodos de planificación	Nominal	Si o No
6.14 EDAD GESTACIONAL	Edad que tiene el producto de la fecundación en el vientre materno.	Edad gestacional del producto hasta el momento del parto o aborto	Numérica	Semanas

6.15 PESO DEL RECIEN NACIDO	<p>Peso del recién nacido al momento del nacimiento</p> <p><u>Bajo Peso:</u> Cuando es < de 2,500 gr.</p> <p><u>Peso Normal:</u> Cuando es de 2,500 a 3,999 gramos</p> <p><u>Macrosómico:</u> Cuando el peso es > de 4,000 gramos</p>	El cual se obtendrá de los expedientes clínicos de las pacientes en estudio.	Numérica	Gramos
--------------------------------------	--	--	----------	--------

✕ El instrumento de medición fue la boleta de recolección de datos para todas las variables en mención.

7. Recolección de Datos:

Se acudió a la unidad de control prenatal del Departamento de Obstetricia del Hospital Pedro Betancourt de Antigua Guatemala, así mismo se solicitaron los libros de archivo de los últimos cinco años a la persona encargada, se identificaron a las pacientes adolescentes de 12 a 18 años de edad con diagnóstico de embarazo, anotándose los números de registro correspondientes; posteriormente en el Departamento de Registro y Estadística se solicitaron los expedientes de acuerdo al número de registro, luego se leyeron y analizaron las papeletas; se transcribió la información a la boleta de recolección de datos y finalmente, esta información se tabuló y anoto en los cuadros y gráficas.

B. RECURSOS Y MATERIALES:

1. Humanos:

- ✕ Br. Ana Lucía Domínguez Menchú. (investigadora).
- ✕ Médico asesor
- ✕ Médico revisor
- ✕ Personal de archivo y estadística del Hospital Pedro Betancourt de Antigua Guatemala
- ✕ Personal de Biblioteca

2. Materiales:

- ✕ Departamento de Obstetricia (Unidad de control prenatal) del Hospital Pedro Betancourt de Antigua Guatemala.
- ✕ Departamento de registro y estadística del Hospital Pedro Betancourt de Antigua Guatemala
- ✕ Expedientes de pacientes adolescentes de 12 a 18 años de edad con diagnóstico de embarazo o aborto.
- ✕ Equipo de computación e impresión para uso del investigador
- ✕ Fotocopiadora
- ✕ Hojas papel bond, lápiz, lapiceros, corrector, fólderes y ganchos.
- ✕ Boleta de recolección de datos

3. Recursos Económicos:

✕ Papelería y fotocopias	Q. 300.00
✕ Transporte	Q. 400.00
✕ Alquiler de computadora	Q. 500.00
✕ Impresión de tesis	<u>Q1,400.00</u>
✕ Total	<u>Q2,600.00</u>

VII PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

CUADRO 1

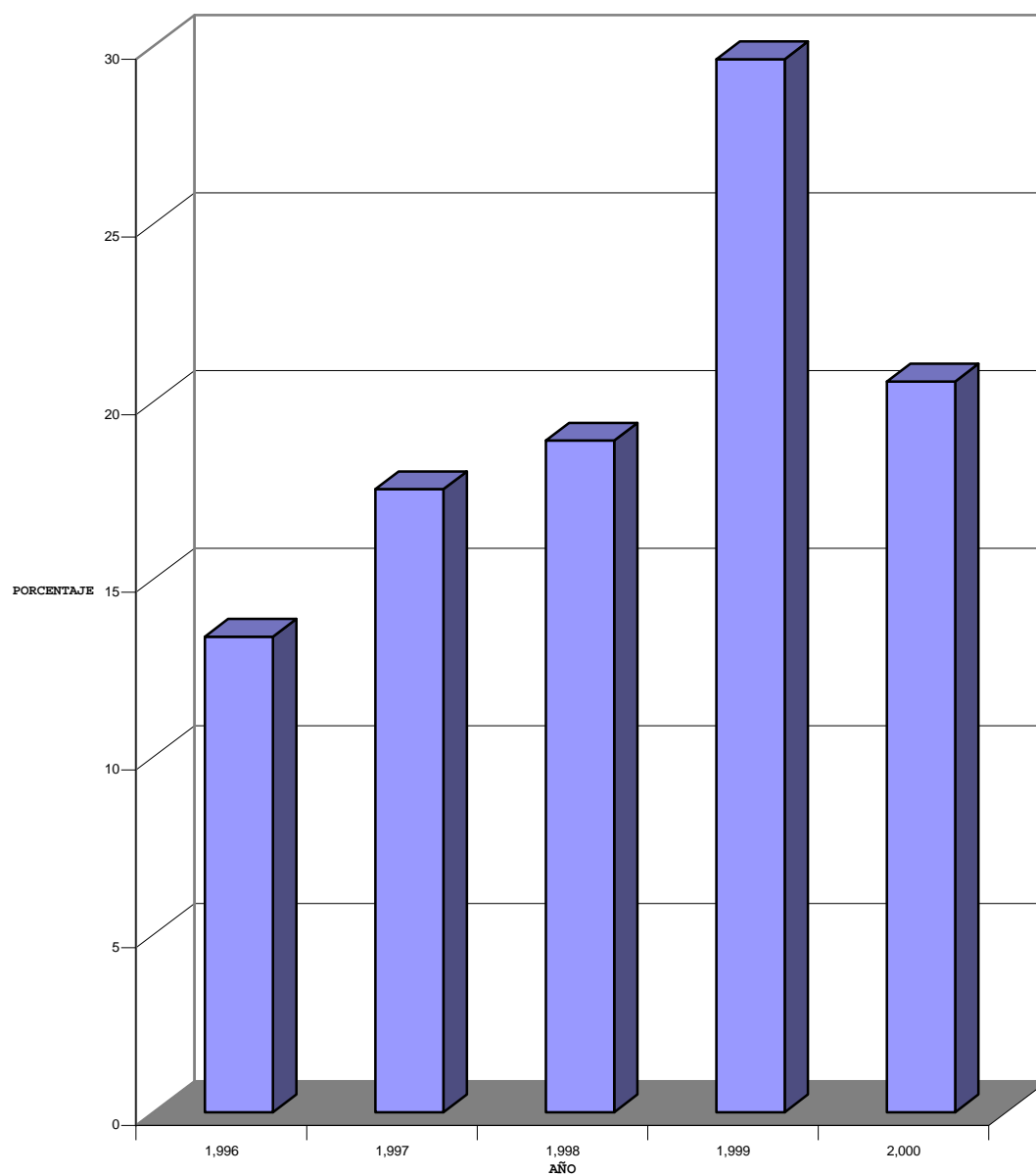
**EMBARAZO EN ADOLESCENTES
FRECUENCIA DE LAS PACIENTES POR AÑO
DEPARTAMENTO DE OBSTÉTRICA
HOSPITAL PEDRO BETANCOURT ANTIGUA GUATEMALA
1,996 - 2,000**

AÑO	NÚMERO	PORCENTAJE
1,996	177	13.38%
1,997	232	17.53%
1,998	250	18.90%
1,999	392	29.63%
2,000	272	20.56%
TOTAL	1,323	100%

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

GRAFICA 1

EMBARAZO EN ADOLESCENTES
FRECUENCIA DE LAS PACIENTES POR AÑO
DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA
HOSPITAL PEDRO BETANCOURT ANTIGUA GUATEMALA
1,996 - 2,000.



FUENTE: CUADRO 1

CUADRO 2

**EMBARAZO EN ADOLESCENTES
DISTRIBUCIÓN DE LAS PACIENTES SEGÚN EDAD
DEPARTAMENTO DE OBSTÉTRICIA
HOSPITAL PEDRO BETANCOURT ANTIGUA GUATEMALA
1,996 - 2,000**

EDAD (AÑOS)	NUMERO	PORCENTAJE
12	2	0.15%
13	7	0.53%
14	28	2.12%
15	77	5.82%
16	222	16.78%
17	457	34.54%
18	530	40.06%
TOTAL	1,323	100%

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CUADRO 3

**ESTADO CIVIL DE LAS PACIENTES
ADOLESCENTES EMBARAZADAS
DEPARTAMENTO DE OBSTÉTRICIA
HOSPITAL PEDRO BETANCOURT ANTIGUA GUATEMALA
1,996 - 2,000**

ESTADO CIVIL	NÚMERO	PORCENTAJE
Casada	541	40.90%
Unida	539	40.74%
Soltera	241	18.22%
Viuda	1	0.07%
Divorciada	1	0.07%
TOTAL	1,323	100%

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CUADRO 4

EMBARAZO EN ADOLESCENTES
DISTRIBUCIÓN DE LAS PACIENTES SEGÚN ESCOLARIDAD
DEPARTAMENTO DE OBSTÉTRICIA
HOSPITAL PEDRO BETANCOURT ANTIGUA GUATEMALA
1,996 - 2,000

ESCOLARIDAD	NÚMERO	PORCENTAJE
Analfabeta	371	28.04%
1º Primaria	32	2.42%
2º Primaria	80	6.04%
3º Primaria	145	10.97%
4º Primaria	101	7.63%
5º Primaria	79	5.98%
6º Primaria	316	23.89%
1º Básico	56	4.23%
2º Básico	45	3.40%
3º Básico	67	5.06%
1º Diversificado	18	1.36%
2º Diversificado	8	0.60%
3º Diversificado	5	0.38%
1º Año Universitario	0	0%
2º Año Universitario	0	0%
TOTAL	1,323	100%

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CUADRO 5

**EMBARAZO EN ADOLESCENTES
PROFESIÓN U OFICIO DE LAS PACIENTES
DEPARTAMENTO DE OBSTÉTRICIA
HOSPITAL PEDRO BETANCOURT ANTIGUA GUATEMALA
1,996 - 2,000**

PROFESIÓN U OFICIO	NÚMERO	PORCENTAJE
Ama de Casa	1,240	93.74%
Oficios Domésticos	44	3.32%
Estudiante	33	2.50%
Secretarias	5	0.37%
Agricultora	1	0.07%
TOTAL	1,323	100%

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CUADRO 6

PROCEDENCIA DE LAS PACIENTES
ADOLESCENTES EMBARAZADAS
DEPARTAMENTO DE OBSTÉTRICIA
HOSPITAL PEDRO BETANCOURT ANTIGUA GUATEMALA
1,996 - 2,000

PROCEDENCIA	NÚMERO	PORCENTAJE
Rural	1,073	81.10%
Urbano	250	18.90%
TOTAL	1,323	100%

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CUADRO 7

**EMBARAZO EN ADOLESCENTES
DISTRIBUCIÓN DE LAS PACIENTES SEGÚN LA EDAD DE LA
MENARQUÍA
DEPARTAMENTO DE OBSTÉTRICIA
HOSPITAL PEDRO BETANCOURT ANTIGUA GUATEMALA
1,996 - 2,000**

GRUPO ETÁREO (AÑOS)	NÚMERO	PORCENTAJE
10	44	3.32%
11	148	11.19%
12	439	33.18%
13	403	30.46%
14	215	16.25%
15	61	4.61%
16	13	0.99%
TOTAL	1,323	100%

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CUADRO 8

**PARIDAD DE LAS PACIENTES ADOLESCENTES
EMBARAZADAS
DEPARTAMENTO DE OBSTÉTRICIA
HOSPITAL PEDRO BETANCOURT ANTIGUA GUATEMALA
1,996 - 2,000**

PARIDAD	PRIMI- GESTAS	SECUNDI- GESTAS	MULTI- PARAS	TOTAL	PORCENTAJE
Partos	827	190	44	1,061	80.19%
Abortos Previos	12	17	0	29	2.20%
Cesáreas	181	48	4	233	17.61%
TOTAL	1,020	255	48	1,323	100%

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CUADRO 9

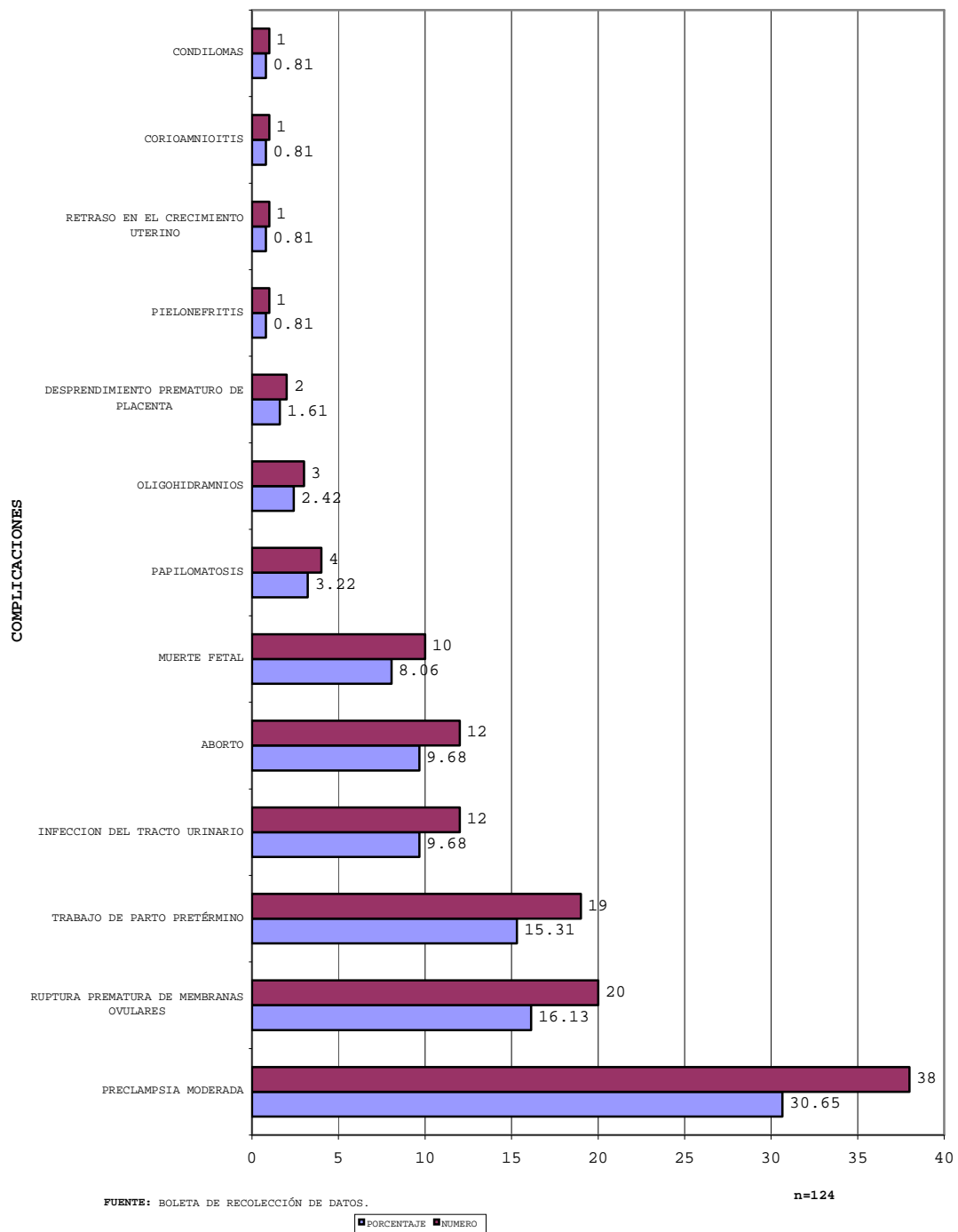
VÍA DE RESOLUCIÓN DEL ÚLTIMO EMBARAZO
DE LAS PACIENTES ADOLESCENTES
DEPARTAMENTO DE OBSTÉTRICIA
HOSPITAL PEDRO BETANCOURT ANTIGUA GUATEMALA
1,996 - 2,000

VÍA DE RESOLUCIÓN	NÚMERO	PORCENTAJE
Eutócico	1,073	81.10%
Cesárea	233	17.62%
Aborto	12	0.90%
Fórceps	5	0.38%
TOTAL	1,323	100%

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

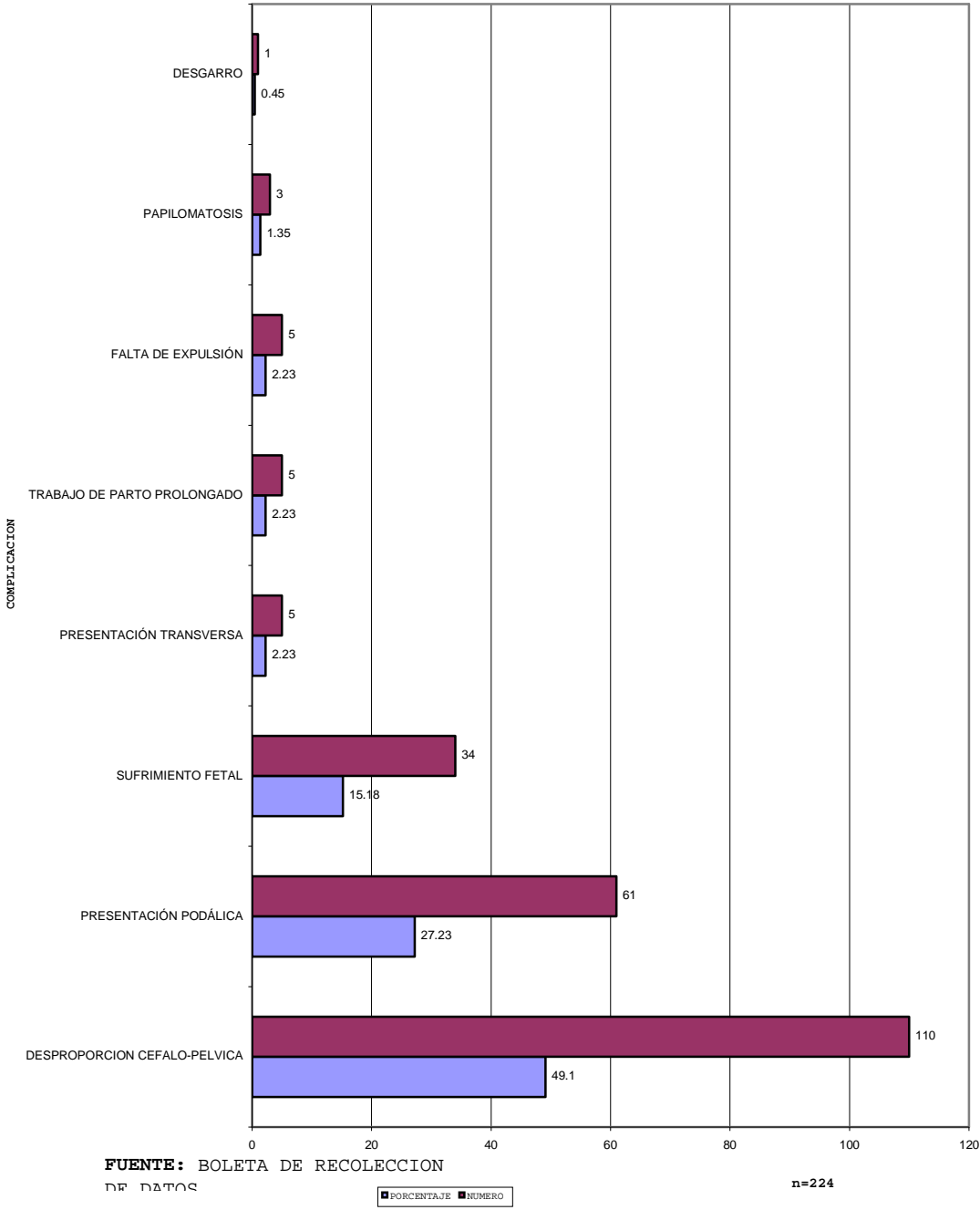
GRAFICA 2

COMPLICACIONES PRENATALES DE LAS
PACIENTES ADOLESCENTES EMBARAZADAS
DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA
HOSPITAL PEDRO BETANCOURT ANTIGUA GUATEMALA
1,996 - 2,000.



GRAFICA 3

COMPLICACIONES DURANTE EL PARTO DE
LAS PACIENTES ADOLESCENTES EMBARAZADAS
DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA
HOSPITAL PEDRO BETANCOURT ANTIGUA GUATEMALA
1,996 - 2,000.



CUADRO 10

CONSUMO DE DROGAS POR LAS PACIENTES
ADOLESCENTES EMBARAZADAS
DEPARTAMENTO DE OBSTÉTRICIA
HOSPITAL PEDRO BETANCOURT ANTIGUA GUATEMALA
1,996 - 2,000

CONSUMO DE DROGAS	NÚMERO	PORCENTAJE
Ninguno	1,323	100%
Alcohol	0	0%
Derivado del Opio	0	0%
TOTAL	1,323	100%

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CUADRO 11

**ASISTENCIA AL CONTROL PRENATAL DE LAS
PACIENTES ADOLESCENTES EMBARAZADAS
DEPARTAMENTO DE OBSTÉTRICIA
HOSPITAL PEDRO BETANCOURT ANTIGUA GUATEMALA
1,996 - 2,000**

ASISTENCIA AL CONTROL PRENATAL	NÚMERO	PORCENTAJE
No	936	70.75%
Si	387	29.25%
TOTAL	1,323	100%

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CUADRO 12

USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS POR LAS
PACIENTES ADOLESCENTES EMBARAZADAS
DEPARTAMENTO DE OBSTÉTRICIA
HOSPITAL PEDRO BETANCOURT ANTIGUA GUATEMALA
1,996 - 2,000

USO DE ANTICONCEPTIVOS	NÚMERO	PORCENTAJE
No	1,313	99.25%
Si	10	0.75%
TOTAL	1,323	100%

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CUADRO 13

**EDAD GESTACIONAL DEL PRODUCTO DE LAS
ADOLESCENTES EMBARAZADAS
DEPARTAMENTO DE OBSTÉTRICIA
HOSPITAL PEDRO BETANCOURT ANTIGUA GUATEMALA
1,996 - 2,000**

EDAD GESTACIONAL	NÚMERO	PORCENTAJE
< 28 Semanas	11	0.83%
29-30 Semanas	4	0.30%
31-32 Semanas	9	0.69%
33-34 Semanas	37	2.80%
35-36 Semanas	64	4.84%
37-40 Semanas	1,126	85.10%
> 41 Semanas	72	5.44%
TOTAL	1,323	100%

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CUADRO 14

**PESO DEL RECIÉN NACIDO DE LAS
ADOLESCENTES EMBARAZADAS
DEPARTAMENTO DE OBSTÉTRICIA
HOSPITAL PEDRO BETANCOURT ANTIGUA GUATEMALA
1,996 - 2,000**

PESO DEL RECIÉN NACIDO	NÚMERO	PORCENTAJE
< 2,500 gr.	175	13.24%
2,500-3,999 gr.	1,131	85.48%
> 4,000 gr.	17	1.28%
TOTAL	1,323	100%

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

VIII ANALISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Analizando los resultados obtenidos en la boleta de recolección de datos, que en total fueron 1,323 casos de embarazos en adolescentes, y que cumplían con los criterios de inclusión, se puede notar que la frecuencia por año fue aumentando paulatinamente de 1,996 a 1,999 con 177, 232, 250 y 392 casos por año respectivamente (cuadro No. 1) lo cual puede deberse al aumento de referencias de las pacientes a este centro asistencial.

Respecto a la edad (cuadro No. 2) se puede notar que la más frecuente, fueron las pacientes de 18 años (530 casos =40.1%); situación que se asume puede deberse a que a esta edad las adolescentes ya eran económicamente independientes de sus padres, ya que se encontraban casadas o unidas.

Con respecto a la escolaridad de los pacientes en estudio, el 71.96% eran alfabetas y el 28.04 % analfabetas, debido a que la mayoría de las pacientes son del área rural y de escasos recursos económicos, por lo que no estudian y se dedican a trabajar (cuadros No. 4,6).

La profesión u oficio de las pacientes en estudio fue de 93.74 % para las amas de casa, 3.32 % para las que se dedicaban a oficios domésticos y el 2.50 % para las estudiantes; debido a que la mayoría de las adolescentes se dedicaban a sus casas, y no tenían una profesión.

En lo que respecta a la procedencia, en su mayoría fueron del área rural 81.10 % y urbano 18.90 %; esto debido a que el Hospital Pedro Betancourt es un centro gratuito, y que el área rural es la población más pobre del país, y la más vulnerable a embarazos en adolescentes, debido a la falta de educación y la gran afluencia de esta población a este centro asistencial.

Los municipios que más se vieron afectados en orden descendente fueron: Santa María de Jesús, San Miguel Dueñas, Milpas Altas, Jocotenango y municipios de Chimaltenango colindantes son Sacatepequez.

Las edades más frecuente en la que se presentó la menarquía fue a los 12 y 13 años de edad (cuadro No. 7), lo que concuerda con la literatura revisada, en el sentido de que a esta edad se inicia el desarrollo sexual.

En lo que se refiere a la vía de resolución del embarazo en su mayoría fue eutósico (81.10 %) y cesáreas (17.62 %), explicándose lo anterior a que el mayor grupo etáreo de los sujetos en estudio fueron de 18 años, habiendo alcanzado un mayor desarrollo físico y sexual favoreciendo a la resolución normal del embarazo.

Las cesáreas realizadas a las pacientes en estudio se debieron a que la mayoría de las pacientes no tenían aún un desarrollo físico y sexual adecuado para la expulsión del producto. Teniendo la mayoría de las pacientes como complicación durante el parto desproporción cefalo-pélvica, siendo otras complicaciones: Mala presentación (podálica, transversa), sufrimiento fetal, preeclampsia moderada, etc.

No se encontró ninguna paciente que consumiera drogas (alcohol y derivados del opio).

El control prenatal fue deficiente, ya que el 70.75 % no tuvieron control prenatal, lo que aumenta la probabilidad de presentar complicaciones prenatales y durante el parto, debido a la falta de control; lo cual se debe a la falta de educación, específicamente en salud reproductiva.

Las pacientes no utilizaban ningún método anticonceptivo, explicándose, por la deficiente educación sexual y reproductiva que estas pacientes tenían.

Por otro lado se reportó un total de 1,126 casos de edad gestacional entre 37 a 40 semanas; lo cual repercute en el peso del recién nacido, siendo la mayoría el (85.48 %) de los casos, con un adecuado peso al nacer (2,500 - 3,999 gr).

Lo anterior debido a las características sexuales que las adolescentes embarazadas presentan.

IX CONCLUSIONES

1. La edad más frecuente de embarazo en adolescentes fue de 18 años con el 40.1% (530 casos de 1,323), durante el período 1996 - 2000.
2. El 28.04 % de las pacientes embarazadas no tenían ningún grado de escolaridad.
3. El 81.64 % de las pacientes en estudio estaban casadas o unidas, y el 18.22 % estaban solteras al momento de embarazarse.
4. Las amas de casa y las trabajadoras en oficios domésticos fueron los oficios u profesiones más frecuentes reportadas.
5. La procedencia de la mayoría de las pacientes fue del área rural, en el 81.10 %.
6. La edad más frecuentemente en las que se presentó la menarquía fue a los 12 años.
7. Del total de la población en estudio, el 77.10 % fueron primigestas.
8. La vía de resolución del embarazo más frecuentemente reportada fue eutócica (81.1%).
9. La preeclampsia moderada fue la complicación prenatal en la mayoría de los casos (30.6% de 124 casos de embarazos complicados).
10. La desproporción cefalo-pélvica fue la mayor complicación durante el parto (49.1% de 224 casos).
11. La mayoría de las pacientes no tuvieron control prenatal, ni usaron ningún método anticonceptivo.
12. El mayor porcentaje de las pacientes tuvieron embarazos a término.
13. Se determinó que los recién nacidos de las adolescentes embarazadas tuvieron un adecuado peso al nacer.

X RECOMENDACIONES

1. Implementar un programa de salud reproductiva como política nacional del Ministerio de Salud.
2. Realizar campañas de educación en salud reproductiva prioritariamente en las áreas rurales del país, tendiendo a la prevención de cómo evitar los embarazos en las adolescentes.
3. Hacer efectivo el programa de control prenatal en la población adolescente, para mejorar la cobertura de dicho programa.
4. Promover el uso de métodos anticonceptivos en la población adolescente y sexualmente activo.
5. Reducir los índices de analfabetismo actuales.
6. Mejorar la calidad de llenado y manejo de las historias clínicas, en el Hospital Pedro de Betancourt de Antigua Guatemala.

XI RESUMEN

Estudio descriptivo retrolectivo orientado a caracterizar obstétrica y epidemiológicamente a las pacientes adolescentes embarazadas que consultaron al Departamento de Obstetricia del Hospital Pedro Betancourt de Antigua Guatemala durante los años de 1,996 al 2,000.

El mismo incluyó un total de 1,323 casos de embarazo en adolescentes de los cuales el 40.06% fueron adolescentes de 18 años de edad.

Las analfabetas reportadas fueron el 28.04 % de las sujetos en estudio; y el resto de las adolescentes embarazadas habían cursado algún grado escolar, de las cuales solo cinco pacientes se graduaron con un título de diversificado (secretariado).

La mayoría de las pacientes eran casadas o unidas cuando se embarazaron.

La vía de resolución del embarazo más frecuentemente reportada fue eutócica en el 81.1% de los casos, resolviéndose el 17.6% por vía quirúrgica, 5 partos con la ayuda de un fórceps y 12 culminaron en abortos.

La ausencia en el uso de métodos anticonceptivos de las pacientes embarazadas fue notable, al igual que la asistencia al control prenatal en el que únicamente el 29.25 % asistieron a sus controles; lo que constituye un factor de riesgo de presentar complicaciones durante el embarazo, y al momento del parto. En tal sentido se reportó, 2.87 % casos con preeclampsia, 1.51 % rupturas prematuras de membranas ovulares, 1.44 % trabajo de parto pretérmino, 8.31 % desproporción cefalo-pélvica y 4.61 % presentación podálica; por mencionar los más importantes.

Otro aspecto importante a tomar en cuenta en las adolescentes embarazadas es la edad gestacional y el peso del recién nacido, los cuales fueron en su mayoría a término con 85.10 % y con un adecuado peso al nacer con 85.48 %.

XII BIBLIOGRAFÍAS

- 1.- Alonso,J.C. Reproducción en la adolescencia una caracterización sociodemográfica. Sexología y Sociedad, Habana: 1995 Diciembre (3) PP2-5.
- 2.- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Cuando los adolescentes tienen hijos. <http://www.aacap.org/publications/apntsfam/fff31.htm>
- 3.- Andrade, C. Plan Nacional de atención integral a los y las Adolescentes... 2 ed. Guatemala: MSPAS,1999 (p26).
- 4.- Barnett,B. Mejores servicios pueden reducir riesgos de abortos Network Salud Reproductiva de los adolescentes, 2,000 20(3) (pp16-18).
- 5.- Behrman,R.E. et al. Adolescencia. En su: Tratado de Pediatría 15 ed. México: McGraw-Hill Interamericana, 1997 t1 (pp68-74).
- 6.- Blum,R. Sex and Reproduction: risks for adolescents. The Second Decade Improving Adolescent Health and Development, 1998 18 (p6).
- 7.- Boyd,A. Como responder a las necesidades de salud sexual y reproductiva de las jóvenes. Washington: The world's Youth Boletín Informativo. PRB, 2000 Marzo (pp1-4).
- 8.- Center for communication Programs,The Johns Hopkins University School of Public Health. Helping young people avoid unwanted pregnancy. Safe motherhood, 1996 22(3) P3.
- 9.- Centro Legal para Derechos Reproductivos y Política Pública Hechos garantizando los derechos reproductivos de los Adolescentes. Boletín informativo CRLP, 1999 Marzo (p1-2).

- 10.- Cook,R. **et al.** Recognizing adolescents evolving capacities to exercise choice in reproductive healthcare. **International journal of gynecology and obstetrics**,2000 July 70 (1): (pp 13-14).
- 11.- Figueroa,R.Embarazo en adolescentes.**Revista Centroamericana de Obstetricia y Ginecología**, 1998 Enero-Abril 8 (1) ppl-12.
- 12.- Fondo de población de las Naciones Unidas. El FNUAP iniciará un programa triple para la salud reproductiva de los adolescentes en Jamaica, Guyana y Suriname. **Derechos: Noticias del FNUAP**, 1998 Abril (20): p4.
- 13.- Forero,M.T. Fecundidad de adolescentes y otros grupos de riesgo. **Mortalidad materna en Colombia**. Bogotá: 1996 Agosto ppl1-12.
- 14.- Gomez,H.M. **Avances Hacia las Metas para las Niñas, las Adolescentes y las Mujeres Seguimiento de las Metas del Acuerdo de Santiago**. Bogotá: UNICEF, 1998 (pp41-50).
- 15.- Hidalgo,E. **et al.Edad de la madre al nacimiento del primer hijo**; Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (Guatemala). Guatemala: MSPAS, 1998-1999 (pp33-36).
- 16.- Lopez,H.F. Los embarazos no deseados en adolescentes. **Revista Centroamericana de Obstetricia y Ginecología**, 1997 Mayo-Agosto 7(2) pII.
- 17.- Mazariegos,C. **Protocolo e informe de tesis de pregrado**. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala.CICS, 1998 24p.
- 18.- Murray,N.J. Diferencias de género en factores que influyen en el inicio de relaciones sexuales en adolescentes escolares urbanos en Chile **Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar**, 1998 Especial (ppl-10).

- 19.- Nuñez,H.P. Embarazo en la adolescencia en Costa Rica, con énfasis en comunidades urbanas pobres. Revista Costarricense de Salud Pública,1999 Julio 14(8) pp38-47
- 20.- Padilla,M. Aspectos médicos y sociales de la maternidad en la adolescencia. Revista Centroamericana de Obstetricia y Ginecología, 1999 Enero-abril 9(1): ppl-9.
- 21.- Peláez, Resolución de los países Nórdicos los Adolescentes salud y derechos sexuales. Boletín de la asociación Latino Americana de ginecología infanto juvenil(ALOGIA) 2000 Enero 6 (ppl-9).
- 22.- Peláez,J.Salud reproductiva del adolescente. Peláez,J. Y N. Salomón. Ginecología infanto juvenil. La Habana: Científico-Técnica, 1999 (ppl62-172, 190-195).
- 23.- Pelaéz,J. Salud reproductiva y adolescencia. Ramos,R y Moisa,C. Obstetricia y Ginecología del Próximo Milenio. San Salvador: FLASOG, 1999 Noviembre (pp 3-4)
- 24.- Pillsbury,B.y Maynard,G Potenciación del papel de la mujer y la salud reproductiva:Vínculos a lo largo del cielo de la vida. Los Angeles: Pacific Institute Women's Health, 2001(pp4-5, 10-16).
- 25.- Rance,S. Derechos sexuales y reproductivos. Informe de un grupo de trabajo sobre embarazo no deseado y aborto. Bolivia: 1998 (ppl-4).
- 26.- Ransom,E. Embarazos y partos menos riesgosos. Washington: PRB, 2000 (pp4-8).
- 27.- Rivera,G. y M.C, Arango Salud sexual y reproductiva de los adolescentes; elementos de apoyo para la presentación de servicios. México: Pathfinder Internacional, 1999 (pp7-16).
- 28.- Sadik,N. Cuestiones de Población; Juego de documentos Informativos. New York: Fondo de Población de las Naciones Unidas, 1999 (pp3-5).

- 29.- Sadik,N. Las perspectivas de los jóvenes ensayistas;
Matrimonio precoz y embarazo en la adolescencia.
New York: UNFPA, 1996 (pp72-73).
- 30.- Sadik,N. Estado de la Población Mundial; Las Nuevas
Generaciones. New York: Fondo de Población de
Las Naciones Unidas, 1998 (pp23-29).
- 31.- Singh,S. et al. Gender Differences in the Timing of first
intercourse; Data from 14 countries. New York: Alan
Guttmacher Institute, 2000 26(1): pp9-10.
- 32.- The Alan Guttmacher Institute. Into a New World; Young
Women's Sexual and Reproductive Lives. New York: Alan
Guttmacher Institute, 1998 (ppl-8).
- 33.- Velasco,V., et al. La salud materna, una prioridad
institucional permanente. Revista Médica IMSS. 1997
Noviembre-Diciembre 35(6): pp393-394.

XIII ANEXOS

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
RESPONSABLE: ANA L. DOMINGUEZ M.

DEPARTAMENTO DE
OBSTETRICIA.HOSP
PEDRO BETANCOURT

**"CARACTERIZACION OBSTETRICA Y EPIDEMIOLOGICA DEL EMBARAZO
EN PACIENTES ADOLESCENTES"**

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

❖ No. _____ Fecha: _____

❖ Edad _____ Años

❖ Estado Civil: Soltera _____
Casada _____
Unida _____
Viuda _____
Divorciada _____

❖ Escolaridad:

Analfabeta	_____
1 primero primaria	_____
2. Segundo primaria...	_____
3. Tercero primaria	_____
4. Cuarto primaria	_____
5. Quinto primaria	_____
6. Sexto primaria	_____
7. Primero básico	_____
8. Segundo básico	_____
9. Tercero básico	_____
10. Primer año diversificado	_____
11. Segundo año diversificado	_____
12. Tercer año diversificado	_____
13. 1er. año universitario	_____
14. 2do. año universitario	_____
15. 3er. año universitario	_____

- ❖ Profesión U Oficio: Estudiante _____
 Ama de casa _____
 Trabajadora remunerada _____
 Otro _____
- ❖ Procedencia: Rural _____
 Urbano _____
- ❖ Menarquía _____ años
- ❖ Gestas: ____1 ____2 ____+ de dos
- ❖ Partos previos: ____1 ____2 ____+ de dos
- ❖ Abortos previos: ____1 ____2 ____+ de dos
- ❖ Vía de resolución del último embarazo:
- Eutócico _____
 Fórceps _____
 Cesárea _____
 Aborto _____
- ❖ Complicaciones prenatales: _____
- ❖ Complicaciones durante el parto: _____
- ❖ Consumo de Drogas: Alcohol _____
 Derivados del opio _____
 Ninguno _____
- ❖ Control Prenatal: Si _____ No _____
- ❖ Uso de anticoncepción: Si _____ No _____
- ❖ Edad gestacional al momento del ingreso
- Menor de 28 semanas _____
 De 29 a 30 semanas _____
 De 31 a 32 semanas _____
 De 33 a 34 semanas _____
 De 35 a 36 semanas _____
 De 37 a 40 semanas _____
 Mayor de 41 semanas _____
- ❖ Peso del recién nacido:
- Menor de 2,500 gr. _____
 De 2,500 a 3,999 gr. _____
 Mayor de 4,000 gr. _____