

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS, NEONATALES Y  
SOCIALES DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA



EDDIE STUARDO MORALES FAJARDO

MEDICO Y CIRUJANO

## INDICE

	PAGINA
I. Introducción	1
II. Definición del Problema	2
III. Justificación	5
IV. Objetivos	6
V. Revisión Bibliográfica	7
VI. Metodología	24
VII. Presentación y Análisis de Resultados	31
VIII. Conclusiones	50
IX. Recomendaciones	51
X. Resumen	52
XI. Referencias Bibliográficas	53
XII. Anexos	57

## I. INTRODUCCIÓN

El embarazo en la adolescencia puede presentar complicaciones obstétricas (hipertensión, desproporción cefalopélvica, ruptura prematura de membranas ovulares), neonatales (prematurez, asfixia perinatal, síndrome de aspiración meconial), y también determinadas complicaciones sociales (desintegración familiar, ausentismo o deserción escolar, despido laboral), por lo que debe de ser atendido de forma adecuada por Salud Pública.

El presente estudio compara las complicaciones antes mencionadas entre pacientes adolescentes y adultas que asistieron al Hospital Regional de Coatepeque durante los meses de Junio y Julio del año 2001. Se pudo establecer que ser adolescente no es un factor de riesgo para padecer complicaciones médicas y sociales, a excepción del despido laboral. También se observó que en los casos estudiados la edad en la que existe mayor incidencia de embarazos en adolescentes es entre los 16 y 17 años. Algo importante que se pudo encontrar fue la falta de atención que las adolescentes reciben como control pre-natal, pues éste se llevó a cabo en menos del 50% de las pacientes que formaron parte del estudio.

Por lo anterior, se recomienda crear un programa de educación en salud reproductiva y sexual, para las mujeres menores de 18 años, que involucre diversos sectores del país, que le ayude a ser una buena ciudadana, responsable, libre y consciente, especialmente en el aspecto sexual y reproductivo.

## II. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Los y las adolescentes se identifican unos con otros, se apoyan y el grupo actúa como soporte. Viven en camaradería en la que la simpatía, ambición y honor están comprometidos, en momentos en que tienen que adaptarse a las grandes transformaciones que experimentan, la autoestima está sometida a prueba y la identidad está por determinarse y compartir las angustias con los que están pasando por iguales circunstancias puede ser de gran valor. (4,7,8)

Los adolescentes se caracterizan: a) por presentar una fuerte necesidad de pertenencia de ser aceptado y sentirse como uno más dentro de un grupo y búsqueda de la identidad e independencia; b) otra característica es la negación, ya que no permite que exista una simple relación entre el conocimiento y conducta y así evitan enfrentarse a los problemas; c) los sentimientos de omnipotencia, invulnerabilidad e inmortalidad, es otra característica especial que los puede llevar a conductas riesgosas y son, sin duda alguna, un factor de alto índice de embarazos; d) la curiosidad y experimentación, ensayan los roles de los adultos en diferentes áreas entre ellas el ejercicio de la sexualidad, ayuda a enfrentar con éxito las tareas evolutivas, acerca de carencia de afecto, y pueden llevar a los jóvenes a tener relaciones sexuales precoces; e) el castigo a los padres o auto castigo, es otra característica, que generalmente es inconsciente; y f) otra conducta típica de la adolescencia es el interés hacia lo prohibido, la rebeldía contra lo establecido, la impulsividad y la emoción de correr riesgos, lo que les impide pensar antes de actuar. (4,8)

Se establece que la adolescente sufre una serie de desventajas que limitan su desarrollo, ya que en un sistema como el nuestro, aún no se acepta ni siquiera a una madre soltera en edad madura, menos a una menor a la que se critica y se rechaza, ya que el embarazo es evidencia de las relaciones sexuales condenadas por la sociedad, y no se detienen a pensar la forma en que una adolescente se embaraza víctima de una serie de situaciones que la misma sociedad ha procurado, y aunado a ello los serios problemas que le ocasionará el hecho de traer a un hijo sin estar preparada física, psicológica y socialmente. (8)

Los cambios fisiológicos de una adolescente embarazada son similares a los de una mujer adulta, no así los cambios emocionales, ya que éstos se manifiestan fuertemente en su conducta, desarrollando actitudes de negación o de autosuficiencia; es común una gran variación del estado anímico que oscila entre la depresión y el nuevo estadio del enamoramiento. Los efectos de la maternidad en la adolescencia son adversos y constituyen un problema importante por los cambios y adaptaciones que exige al organismo el desarrollo del embarazo. Esta, durante la adolescencia, es una situación de alto riesgo que se observa en elevadas tasas de morbimortalidad infantil, perinatal y materna, en donde ellas presentan patologías obstétricas como: toxemia, desproporción cefalopélvica, amenaza de parto prematuro, ruptura prematura de membranas ovulares, etc.(7,8,11)

Existen factores que influyen en el embarazo durante la adolescencia de tipo biológico, social, económico y psicológico; dentro de los cuales se mencionan: requerimientos nutricionales altos durante la adolescencia, vida sexual prematura sin ningún control prenatal, factores sociales como desintegración familiar, baja escolaridad, pobreza, etc. Lo anterior conduce a

que la madre no esté preparada biológica ni socialmente para un embarazo y parto seguro para el producto. Esto determina que esta población tenga alto riesgo de presentar complicaciones obstétricas, neonatales y sociales, por lo que en el presente estudio se investigarán esas complicaciones en pacientes adolescentes embarazadas que se atenderán en el Hospital Regional "JUAN JOSÉ ORTEGA" de Coatepeque, Quetzaltenango, durante los meses de junio y julio del 2001. Para validar los resultados obtenidos se compararán los mismos con un grupo control de embarazadas adultas con las mismas características.

### III. JUSTIFICACIÓN

El embarazo en adolescentes hoy en día es un problema de salud pública, no sólo asociado a los trastornos orgánicos propios de la juventud materna, sino porque están implicados factores socio-culturales y económicos que comprometen el binomio madre e hijo. (7)

Como la adolescencia es una etapa en la cual ocurren un conjunto de cambios fisiológicos, sociales y emocionales; dependiendo de la edad de la adolescente y del tiempo que ha transcurrido entre su desarrollo y el embarazo puede haber más o menos complicaciones; si la adolescente tiene menos de 15 años se ha observado mayor riesgo de aborto, parto pretérmino o parto por cesárea por inmadurez fisiológica. Si es mayor de 15 años, la embarazada tiene el mismo riesgo que una paciente adulta, excepto si está mal alimentada, o si se encuentra en situación de abandono por parte de su pareja o familia, por otro lado es posible que la adolescente no esté preparada para asumir emocionalmente el compromiso de un bebé o necesite mayor apoyo. (7) Se ha observado un incremento de adolescentes menores de 18 años embarazadas, lo que indica que la población se embaraza cada vez más joven.

Hasta ahora la mayoría de los estudios sobre el embarazo en adolescentes se han concentrado en los problemas médicos o sociales pero como entes separados y no se ha enfocado de una manera conjunta lo que un embarazo en la adolescencia conlleva. Con este estudio se desea recabar información completa sobre este problema médico-social que apoye, no solo los programas de atención de las embarazadas adolescentes y sus recién nacidos, sino que además sirva como indicador para educar de mejor manera a los adolescentes.

#### IV. OBJETIVOS

##### OBJETIVO GENERAL:

- Determinar las complicaciones obstétricas, neonatales y sociales que se presentan en pacientes embarazadas menores de 18 años, comparadas con las que presentan las adultas.

##### OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Identificar la edad más frecuente en la que ocurren embarazos en las pacientes menores de 18 años.
2. Establecer la frecuencia del control prenatal en pacientes adolescentes.
3. Conocer el grado de escolaridad en pacientes adolescentes embarazadas.
4. Identificar el estado civil de las pacientes adolescentes embarazadas.
5. Determinar si la toxemia, desproporción cefalopélvica, y ruptura prematura de membranas ovulares son complicaciones obstétricas del embarazo en la adolescencia.
6. Establecer si la prematuridad, asfixia perinatal, aspiración meconial y las anomalías congénitas son complicaciones neonatales del embarazo en la adolescencia.
7. Identificar si la deserción o ausentismo escolar, la desintegración familiar y el despido laboral son complicaciones sociales del embarazo en la adolescencia.
8. Establecer la dependencia económica que presentan las adolescentes embarazadas.

#### V. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

##### A. ADOLESCENCIA

##### 1. DEFINICIÓN:

La adolescencia es un período en el que el cuerpo humano sufre muchos cambios, no solo en el ámbito biológico, sino también psico-social. Por lo que para tener una idea clara definiremos este período como:

- Es el periodo de crecimiento y desarrollo humano que transcurre entre la pubertad y la edad juvenil. Su aparición está señalada por la pubertad, pero la aparición de este fenómeno biológico es solamente el comienzo de un proceso continuo y más general, tanto en el plano somático como en el psíquico, y que prosigue por varios años hasta la formación completa del adulto. (12)
- Deriva de "adolescere", que significa crecer y desarrollarse hacia la madurez. Según la OMS, es un lapso de edad que va desde los 10 a los 20 años, con variaciones culturales e individuales(7). Desde el punto de vista biológico, se inicia cuando aparecen los caracteres sexuales secundarios y la capacidad de reproducción, y termina con el cierre de los cartílagos epifisarios y del crecimiento. Socialmente es el periodo de transición, que media entre la niñez dependiente y la edad adulta y autónoma, económica y socialmente. Psicológicamente, según Bühler, es el periodo que empieza con la adquisición de la madurez fisiológica y termina con la adquisición de la madurez social, cuando se asumen los derechos y deberes sexuales, económicos, legales y sociales del adulto(7,12).

Por lo anterior, se deduce que en la etapa de adolescencia, el ser humano pasa por una serie de etapas para lograr dejar de ser niño y convertirse en una persona adulta. Dentro de estas etapas están: el desarrollo físico del adolescente, el desarrollo cognitivo, el desarrollo emocional, el desarrollo social y el desarrollo psicosexual.

## 2. DESARROLLO FISICO

Se presenta una moderación del crecimiento en cuanto a altura. Se llega a plena constitución de las características físicas masculinas y femeninas. En la mujer, se presenta redondez de las caderas por aumento de tejido adiposo y ensanchamiento de éstas, acompañado de un total desarrollo de los senos; además, existe un aumento de la fertilidad. En el varón, se produce un ensanchamiento de los hombros, que hacen ver las caderas más estrechas y un aumento del desarrollo de la musculatura, que permite el desarrollo de aptitudes motoras gruesas, por lo que resulta una etapa óptima para el aprendizaje de deportes, bailes, etc. (1,5,8,12).

## 3. DESARROLLO COGNITIVO

El pensamiento hipotético deductivo se consolida plenamente, y puede aplicarlo a las áreas personales como estrategias para resolver sus problemas. (5,12)

Las capacidades cognitivas del adolescente posibilitan que cobre una mayor conciencia de los valores morales y una mayor sutileza en la manera de tratarlos. La capacidad de abstracción permite al adolescente abstraer e

interiorizar los valores universales. En esta etapa el adolescente puede alcanzar el nivel de moralidad post-convencional de Kohlberg, en donde el sujeto presenta principios morales autónomos y universales que no están basados en las normas sociales, sino más bien en normas morales congruentes e interiorizadas. (12)

Ya definida su identidad como ser único e independiente del resto, el adolescente puede dirigir su interés hacia la realidad, haciéndose más objetivo y extrovertido (en el sentido filosófico), esto unido al pensamiento lógico-formal hace que el adolescente pueda comparar la realidad con "una posible y mejorada realidad", que lo puede llevar a un inconformismo, depresión o rebeldía. Esto también le permite buscar una imagen integrada del mundo, guiado por una tendencia filosófica. (5,7,12)

El desarrollo de la conciencia unido al dominio de la voluntad, junto a los valores e ideales definidos, concluye en la formación del carácter definitivo. (12)

Gracias a su posición más objetiva frente al mundo, le es posible realizar una planificación vocacional realista de acuerdo a sus intereses y posibilidades concretas, dejando atrás el periodo de fantasía y ensayo. (7,12)

## 4. DESARROLLO EMOCIONAL

El sentimiento deja de ser preponderante sobre la razón, y la gran emotividad presente en la pubertad disminuiría, llegando incluso al letargo del sentimiento, exceptuando el periodo del primer amor. Esto también hace que los estados de ánimo sean más constantes, con un marcado optimismo. Sin

embargo en la crisis juvenil, existen altas probabilidades de presentar una depresión, lo cual puede adoptar una de dos formas. La primera se expresa como "un sentimiento vacío, una falta de autodefinición, que se asemeja según su descripción verbal, a un estado de despersonalización", lo que genera un alto grado de ansiedad. La segunda clase de depresión tiene su fundamento en repetidas experiencias de derrota a lo largo de un espacio de tiempo. Esto puede deberse a los numerosos cambios que presenta al mismo tiempo la vida de un adolescente. La depresión tiene su índice más alto entre los 16 y 19 años. En general es dos veces más frecuente entre las muchachas que entre los muchachos adolescentes, pues si tienen trastornos se inclinan más a dirigir sus síntomas al interior y se deprimen. (1,5)

La extroversión propia del adolescente lo induce a notar la diferencia que existe entre él y los ideales que impone la sociedad. En relación con la depresión, influyen los ideales de belleza, que traen un desprecio a su apariencia física y consecuente malestar. (5)

El suicidio en esta etapa aumenta considerablemente, transformándose en la segunda causa de muerte entre los adolescentes. Los suicidios reales son más comunes entre los hombres, con una proporción de 3 a 1, con relación a las mujeres, y emplean métodos más activos, como armas de fuego; las mujeres utilizan métodos más pasivos, drogas e intoxicaciones con pastillas para dormir, por lo que muchos no llegan a concretarse, catalogándose de "intentos de suicidio", cuyo índice resulta ser significativamente mayor que el que se presenta en los varones. (7)

Entre los factores inmediatos que precipitan al suicidio, están el rompimiento amoroso, embarazo, conflicto con los padres, fracaso escolar, etc., pero por lo general, es la culminación de una serie de dificultades

crecientes. Las drogas y el alcoholismo pueden aumentar las probabilidades de que estos factores lleven al adolescente a suicidio. (12)

## 5. DESARROLLO SOCIAL

Se espera que el individuo alcance el status primario, asumir una independencia que le expresa personalmente y dirigirse hacia roles y metas de acuerdo con sus habilidades y posibilidades ambientales. El adolescente estructura las actitudes y pautas de comportamiento adecuadas para ocupar un lugar en el mundo de los adultos. Se produce la maduración social, puesto que el individuo logra incorporar las relaciones sociales y sus esquemas, comprendiendo de esta manera la importancia del orden, la autoridad y la ley. La relación con los otros es más sincera, y no se busca como un medio de referencia para conocerse a sí mismo, sino con un verdadero interés por su valor personal, incluyendo la ayuda y sacrificio si lo necesita. (7,12)

El adolescente se motiva a la acción solidaria, posibilitado por los nuevos sentimientos de altruismo, empatía y comprensión, lo que le provoca una gran satisfacción, y logra el anhelo de ser importante; estos afanes solidarios comúnmente se desarrollan en conjunto con otros jóvenes de ideas comunes, que son los movimientos juveniles. (7)

Las amistades cumplen en esta etapa variadas funciones, como el desarrollo de las habilidades sociales, como ayuda para enfrentar las crisis y los sentimientos comunes, ayuda a la definición de la autoestima y status, no por lo que dicen, sino por la posición del grupo al que pertenecen. En la adolescencia disminuye el número de amigos, en comparación con la

pubertad, buscando características afines; se hacen más estables en el tiempo e íntimas; también aparecen las amistades con el sexo opuesto.

La capacidad racional desarrollada junto con la objetividad lograda, permite que las tensas relaciones con los padres y profesores se relajen, admitiendo sus influencias, dependiendo del valor objetivo de su opinión, dándose incluso la relación de amistad con uno de los padres.

En todas las décadas se ha dado que los adolescentes, sobre todo los universitarios, son una fuerza de cambio valórico de la sociedad; también son capaces de formar nuevos valores aparte de los entregados por los padres. (7)

Una de las conductas riesgosas más difundidas en la adolescencia es el consumo de alcohol y drogas, porque creen que es una marca distintiva de la adultez. La adolescencia se constituye actualmente en un factor de riesgo para el consumo de drogas, porque le permiten adquirir una identidad, establecer fuertes lazos de amistad, recursos para enfrentar situaciones estresantes. Otros factores descubiertos en Chile son la actitud favorable de la familia hacia las drogas, un alto grado de conflicto familiar, fracaso académico o bajo compromiso escolar, aprobación o uso de drogas entre amigos e insatisfacción personal. (7)

En algún punto de su vida la mayoría de los adolescentes incurrir en una conducta delictiva, aunque sólo la minoría participa en conductas de riesgo elevado con propósitos destructivos. No se puede atribuir sólo a la pertenencia de un estrato social, sino que más bien a que no están dispuestos a adaptarse a la sociedad y desarrollar un adecuado control de los impulsos o a encontrar salidas a la ira y a la frustración. También se postula que la delincuencia se produce por una baja autoestima, sentimiento de insuficiencia, rechazo emocional y frustración de las necesidades de auto expresión; la

indiferencia, el rechazo o apatía de los padres también puede ser considerado un indicador de delincuencia. (1,5,7,12)

La delincuencia es una adaptación extrema a lo que la sociedad desapruueba, satisface necesidades de autoestima, brinda la aceptación del grupo de camaradas, y da una sensación de autonomía. (7)

Las conductas de riesgo de los adolescentes (alcoholismo, drogadicción y delincuencia), estarían relacionadas con un sentimiento de omnipotencia, necesidad de probar su capacidad asegurando su autoestima. (7,12)

## 6. DESARROLLO PSICOSEXUAL

En esta etapa se logra el primer amor real, pues se busca, por las características internas y estéticas de la pareja, el bienestar del otro; en esta etapa es cuando se une el deseo sexual al amor, comprendiéndose el acto sexual como una expresión de éste. En esta etapa es muy importante el logro de la identidad sexual como parte fundamental de la identidad del yo, asumiendo el adolescente los roles, actitudes, conducta verbal y gestual y motivaciones propias de su género; es necesario que esta identidad sea confirmada por otros y por ellos mismos para asegurar su propia aceptación y adaptación sexual. (8)

Algunos sostienen que las diferencias de carácter entre hombres y mujeres son producto de factores biológicos innatos, pero no se debe olvidar que el proceso de socialización es responsable de la adquisición, formación y desarrollo de la mayoría de los roles sociales, incluyendo los sexuales. Los principales agentes de socialización que influyen en la identidad sexual

alcanzada son la familia, los medios de comunicación, el grupo de pares y el sistema educacional. Estos entregan tradicionalmente al hombre un rol instrumental, con una orientación cognitiva, con un énfasis en la asertividad, competencia e inhibición emocional. Y a la mujer, un rol de tipo expresivo, que implica ser el apoyo emocional dentro del sistema familiar, establecer relaciones interpersonales armoniosas y protectoras. (7)

La división estereotipada de roles por género acarrea costos psicológicos, ya que implica una limitación para el desarrollo de una parte significativa de las características de la personalidad, pues hombres y mujeres se desarrollan "incompletamente" en muchas de sus capacidades, deseos y posibilidades. Esta situación ha llevado a diversos investigadores a replantear los roles sexuales de acuerdo a las necesidades actuales de nuestra sociedad. (5,7)

La masturbación es muy frecuente entre los adolescentes y con mayor prevalencia en los hombres que en las mujeres, aunque las mujeres fantasean más. Se considera una conducta normal y esperable a esta edad que cumpliría funciones como alivio de la tensión sexual, mejora de la autoconfianza en el desempeño sexual, mayor dominio del impulso sexual, mitigar la soledad, etc., las fantasías sexuales sustituyen la experiencia sexual real e inaccesible, sirven de ensayo para futuras experiencias y realzan el placer de la actividad sexual. El nivel y profundidad de las caricias entre los adolescentes ha aumentado en las últimas décadas, lo que podría explicar en parte las relaciones sexuales a edades muy tempranas. (7)

El "pololeo" (galanteo) es una vivencia propia de la adolescencia al igual que en la pubertad. Se considera como un aprendizaje erótico natural a esta edad, permite el desarrollo personal así como el conocimiento del otro

sexo, al compartir ideas, sentimientos, emociones, temores e ideales; es un proceso de crecimiento con el otro. (7,10,12)

Los factores que intervienen en la temprana iniciación sexual son de variada índole y entre ellos están la incapacidad para posponer satisfacciones inmediatas por metas trascendentales; baja autoestima, inseguridad y temor al rechazo; mala relación con los padres, carencia de afecto, mala comunicación y control de los padres sobre los hijos; carencia de creencia y compromiso religioso; pubertad cada vez más temprana; uso y abuso de drogas y alcohol; grupo de amistades sexualmente activos y por último, la influencia ambiental como, por ejemplo, los medios de comunicación con mensajes erotizantes y carente de valores.(10)

El embarazo adolescente generalmente es indeseado y a destiempo y se produce con más frecuencia en estratos sociales bajos. El padre generalmente es un adulto joven, pero en los últimos años ha aumentado el número de padres adolescentes. Las madres adolescentes son muchachas que pasan bruscamente de hijas dependientes a madres obligadas igualmente dependientes, sin tener espacio ni tiempo para crecer como persona y sin tener derecho a un período de moratoria característica de las adolescentes de sectores económicos más aventajados. Durante el embarazo la adolescente se ve enfrentada a una serie de ansiedades y angustias producto de su ignorancia y desconocimiento del embarazo (crianza, cuidados especiales, etc.) y también por la desilusión causada a la familia. Entre los síntomas psicológicos presentados por las jóvenes madres están irritabilidad, pesadillas, cefaleas de tensión, angustia focalizada en el parto y bienestar del niño, humor depresivo. (10)

## B. EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

### 1. DEFINICIÓN:

Embarazo que ocurre en las mujeres jóvenes menores de 19 años. (6,7,8)

### 2. CAUSAS, INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO:

Las causas del embarazo en la adolescencia son políticamente discutibles, de gran carga emocional, y numerosas. Se deben examinar muchos factores, además de la causa obvia que es que los adolescentes mantienen relaciones sexuales sin las medidas de contracepción adecuadas. Como no hay ninguna contracepción efectiva al 100 %, la abstinencia es la manera más segura para prevenir el embarazo. (2,15,20)

Las estadísticas muestran que el 18% de los adolescentes americanos han experimentado el sexo con anterioridad a los 15 años de edad. Además, este número crece hasta el 66% de adolescentes no casadas que tienen experiencias sexuales antes de los 19 años. Diferentes estudios han mostrado que a la edad de 20 años, el 75% de las mujeres y el 86% de los varones estadounidenses son sexualmente activos. El porqué los adolescentes practican el sexo, y porqué lo hacen sin métodos efectivos de contracepción, es un tema de discusión ardiente. Las razones sugeridas son las que siguen. (10,12,13)

Los adolescentes llegan a ser fértiles aproximadamente 4 o 5 años antes de ser emocionalmente maduros. (13)

Los adolescentes de hoy crecen rodeados de una cultura donde compañeros, televisión, cine, música, y revistas transmiten frecuentemente mensajes manifiestos o secretos en los cuales las relaciones sexuales sin estar casados (especialmente aquellas que involucran a adolescentes) son comunes, aceptadas y a veces, esperadas. (7,9)

Normalmente no se ofrece en el hogar, la escuela o la comunidad, educación sobre el comportamiento sexual responsable e información clara específica sobre las consecuencias del intercambio sexual (incluyendo el embarazo, enfermedades de transmisión sexual y efectos psico-sociales). Por lo tanto, gran parte de la "educación sexual" que los adolescentes reciben viene a través de filtros desinformados o compañeros sin formar. (7,9)

Los adolescentes que escogen ser sexualmente activos se limitan frecuentemente en sus opciones anticonceptivas a la información de sus compañeros, influencias paternas, financieras, culturales, y políticas así como también a su propio desarrollo que está limitado (pues es antes físico que emocional). (12)

La incidencia del embarazo en adolescentes crece. El porcentaje de nacimientos en adolescentes no casadas en Estados Unidos ha aumentado en un 74,4% entre 1975 y 1989. (15)

El riesgo potencial para las niñas adolescentes de llegar a quedarse embarazadas incluye: (1,2,8,12)

- Los tempranos contactos sexuales (la edad 12 años se asocia con un 91% de oportunidades de estar embarazadas antes de los 19 años, y la edad de 13 años se asocia con un 56% de embarazos durante la adolescencia).

- El uso temprano del alcohol y / u otras drogas, incluyendo productos como el tabaco, salir de la escuela, la carencia de un grupo de apoyo o pocos amigos.
- La carencia de interés en la escuela, familia, o actividades comunitarias.
- Percibir pocas o ninguna oportunidad para el éxito.
- Vivir en comunidades o escuelas donde los embarazos tempranos son comunes y considerarlo como una norma más que como una causa para su interés.
- Crecer en condiciones empobrecidas.
- Haber sido víctima de un ataque o abuso sexual, o cuando sus madres a su vez les han dado a luz antes de los 19 años.

### 3. COMPLICACIONES

El embarazo en la adolescente se asocia con el riesgo más alto de enfermedad y muerte para ambos la madre y el bebé. (5,20)

Las adolescentes encinta tienen un riesgo mucho más alto de complicaciones médicas serias tales como la toxemia, hipertensión, anemia importante, parto prematuro, y/o placenta previa. El riesgo de muerte para madres de 15 años o más jóvenes es 60% mayor que el de madres de 20 años. (9)

### a) COMPLICACIONES OBSTETRICAS

#### i. TRASTORNOS HIPERTENSIVOS

La hipertensión arterial es una de las complicaciones médicas más frecuentes del embarazo, ya que éste induce elevación tensional y daño renal específico. (16,18,19,21)

Las enfermedades hipertensivas del embarazo, parecen ser mucho más comunes en las madres adolescentes, sobre todo, si son primigestas. La preeclampsia y eclampsia son unas de las causas más comunes de morbilidad materna y sin duda conduce a una alta morbi-mortalidad perinatal. Madres con estos trastornos tienen una incidencia más alta de parto difícil y de terminación por cesárea. (5,8,19)

El signo más importante es la hipertensión arterial, no siempre es severa, y a menudo no constituye la primera manifestación de la entidad. La hipertensión severa puede asociarse con cefalea intensa, dolor epigástrico, además de lo esperado por laboratorio, proteinuria, y edema. (20)

#### ii. RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS OVULARES

Esta complicación obstétrica se denomina así cuando ocurre antes del comienzo del trabajo de parto. Cuando este período sobrepasa las 24 horas, se define como prolongada. (16,19,20,21)

La ruptura prematura de membranas es una causa importante de morbi-mortalidad perinatal y materna, puesto que tras una ruptura prolongada el riesgo que el feto y recién nacido presenten infección pasadas las 24 horas

oscila entre 5 y 25% de los casos. El principal factor determinante de morbilidad perinatal es la inmadurez del recién nacido, también aumenta el riesgo de presentación podálica. En la ruptura de membranas puede haber prolapso del cordón y/o partes fetales, lo que obviamente aumenta el número de resoluciones por cesárea. La infección es una de las causas de morbilidad materna, cuya gravedad está en relación del período de letanía, es decir, el tiempo transcurrido entre el momento en que se produce la ruptura y el parto. (16,20)

### iii. DESPROPORCIÓN CEFALOPÉLVICA

Cualquier reducción de los diámetros de la pelvis, que reduzca la capacidad pélvica, puede provocar una distocia durante el parto. El crecimiento pondo-estatural en la adolescente tiene un pico máximo, meses antes de la menarquia para disminuir en uno o dos años subsiguientes. En una investigación se determinó que el tamaño del canal del parto es pequeño en los primeros años después de la menarquia, por lo que aquellas jóvenes que tenían una menarquia temprana tenían una pelvis más pequeña e inmadura que aquellas que tuvieron una menarquia tardía. La edad materna, la menarquia temprana y la baja edad ginecológica, son factores de riesgo que influyen en las complicaciones ya descritas. (16,18,21)

### b) COMPLICACIONES NEONATALES

Las complicaciones perinatales tienen una alta incidencia en adolescentes, pues son un grupo con riesgo especial, por lo que el cuidado

prenatal continuo, además de apoyo psicológico pueden contribuir a reducir todo tipo de complicaciones que pueden causar morbilidad y mortalidad tanto a la madre adolescente como a su hijo. (2,4,13)

Entre las repercusiones del embarazo en el feto están: prematuridad, asfisia perinatal, anomalías congénitas y aspiración de meconio. (2,4,13)

#### i. PARTO PREMATURO

Es aquel que se produce antes de las 37 semanas de gestación. (13,16,21)

Es la causa más importante de morbilidad y mortalidad perinatal. Su incidencia es aproximadamente 8 a 10% del total de partos. El parto prematuro es considerado esencialmente una enfermedad social, lo que explica que países pobres, o las minorías postergadas de otros, presenten cifras de incidencia superiores al 20% de los partos. (4)

Excluidas las malformaciones congénitas, el 75% de las muertes perinatales y el 50% de las anomalías neurológicas son atribuibles directamente a prematuridad, lo que ilustra la magnitud del problema. Aun cuando la incidencia de esta patología no ha mostrado modificaciones significativas en los últimos años, la morbilidad neonatal atribuible a ella muestra una tendencia descendente. Esta reducción se atribuye a la mejoría en el cuidado neonatal de los prematuros, más que al éxito de las estrategias preventivas y terapéuticas del trabajo de parto prematuro. (2,13)

El límite inferior de edad gestacional (EG) que establece la diferencia entre parto prematuro y aborto es, de acuerdo a la OMS, 22 semanas de gestación o 500 grs. de peso o 25 cm de corona a rabadilla. (7)

La morbilidad neonatal de los prematuros es de magnitud variable, dependiendo principalmente del peso de nacimiento y de la EG al nacer, así como de las intervenciones terapéuticas realizadas. Las complicaciones más frecuentes son: depresión al nacer, síndrome de dificultad respiratoria (SDR), hemorragia intracraneana (HIC), sepsis, trastornos metabólicos, enterocolitis necrotizante (ECN), ductus arterioso persistente, displasia broncopulmonar (DBP), apneas y fibroplasia retroental. Adicionalmente, pueden presentar morbilidad neurológica a largo plazo, tales como anomalías de las funciones cognitivas y parálisis cerebral. (2,4,5,6,13)

El parto prematuro es el resultado de tres entidades clínicas que se distribuyen aproximadamente en tercios cualquiera sea el centro perinatal en que él se evalúe. Ellas son parto prematuro idiopático, parto prematuro resultante de rotura prematura de membranas en embarazos de pretérmino (RPM), y parto prematuro "iatrogénico", o que resulta de la interrupción médica prematura del embarazo por causa materna y/o fetal. (4)

### c) COMPLICACIONES SOCIALES

El embarazo es una de las causas más frecuentes de abandono escolar; los motivos son la presión social, la expulsión ilegal, los planes de educación formal, difíciles de cumplir al tener que cuidar al hijo o a la hija, y/o los sentimientos de vergüenza de la madre adolescente. (1,3)

La mayoría de adolescentes tienen dificultades laborales, aún más, las madres adolescentes perciben malas remuneraciones, no son afiliadas al seguro social, son habitualmente despedidas y no tienen acceso al sistema de protección legal. (12)

Las adolescentes se ven forzadas a unirse o casarse por su maternidad, aunque estas uniones no sean permanentes. Tienen 3 veces más posibilidades de separarse o de divorciarse que las uniones más tardías; además de la dificultad de formar una nueva pareja por el "estigma" de ser madres solteras. (3,12)

En la mayoría de los casos, cuando la adolescente de a luz, está ausente el padre de la hija o hijo; después del parto la adolescente se dedica a cuidarse sola o con el apoyo de la abuela materna. (12)

La mujer es juzgada, castigada y señalada por haber tenido relaciones sexuales fuera del matrimonio y es directamente responsabilizada del embarazo causando esto un rechazo social. (12)

## VI. METODOLOGÍA

El estudio se realizó en el Hospital Regional "Juan José Ortega" de Coatepeque, Quetzaltenango en el departamento de Ginecoobstetricia durante los meses de junio y julio del año 2001.

### TIPO DE ESTUDIO:

- Descriptivo, comparativo, transversal.

### POBLACIÓN:

- Se estudiaron a 107 mujeres embarazadas adolescentes e igual número de embarazadas adultas que asistieron al hospital durante los meses de estudio

### CRITERIOS DE INCLUSIÓN: (para el grupo en estudio)

- Pacientes menores de 18 años con edad gestacional mayor de 30 semanas.
- Pacientes sin enfermedad sistémica documentada.
- Pacientes primigestas.
- Pacientes con embarazo único

### CRITERIOS DE EXCLUSIÓN: (para el grupo en estudio)

- Pacientes con 18 años o más
- Pacientes secundigestas o múltiparas.
- Pacientes con embarazo producto de una violación
- Pacientes con enfermedad sistémica documentada
- Pacientes con embarazo múltiple.

### CRITERIOS DE INCLUSIÓN: (para el grupo control)

- Pacientes que tengan entre 18 y 34 años.
- Pacientes primigestas
- Pacientes sin enfermedad sistémica documentada.
- Pacientes con embarazo único.

### CRITERIOS DE EXCLUSIÓN: (para el grupo control)

- Pacientes menores de 18 años o mayores de 35 años.
- Pacientes secundigestas o múltiparas.
- Pacientes con enfermedad sistémica documentada.
- Pacientes con embarazo múltiple.

### DEFINICIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTU AL	DEFINICIÓN OPERACION AL	TIPO DE VARIABLE	UNIDAD DE MEDIDA
Edad	Tiempo que la persona ha vivido.	Lo que la paciente nos diga al momento de ser entrevistada	ordinal	Años y meses cumplidos
Control prenatal	Cuidado médico cuyo objetivo es asegurar que todo embarazo termine con un niño sano sin deterioro de la madre.	Lo anotado en la historia clínica.	nominal	Sí No

Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento o	Lo que la paciente responde al momento de la entrevista	De razón	<b>Escolaridad primaria completa</b> 1°. A 6°. <b>Escolaridad primaria incompleta</b> 1°. A 2°. 1°. A 3°. 1°. A 4°. 1°. A 5°. <b>Algunos intermedios</b> <b>Ningún grado cursado</b> <b>Analfabeta</b> <b>Escolaridad básicos completa</b> <b>Escolaridad básicos incompleta</b> <b>Escolaridad de Diversificado completa</b> 4°. A 5°. Y de 4°. A 6°. <b>Diversificado incompleto</b>
Estado civil	Estado de vida en que convive una persona ante la sociedad	Lo que la paciente responde al momento de la entrevista	nominal	Soltera Unida Casada
Toxemia	Aumento de la presión arterial después de las 20 semanas de gestación.	Lo anotado en la historia clínica	nominal	Leve, moderada y severa

Desproporción cefalopélvica	Falta de relación del diámetro de la cabeza fetal con la pelvis de la madre	Lo anotado en la historia clínica	nominal	Presente Ausente
Ruptura prematura de membranas ovulares	Es la ruptura 24 horas antes del comienzo del trabajo de parto.	Lo anotado en la historia clínica.	nominal	Sí No
Parto prematuro	Es aquel trabajo de parto que se presenta antes de las 37 semanas de gestación.	Lo anotado en la historia clínica	nominal	Presente Ausente
APGAR	Puntuación de pronóstico neurológico del recién nacido	Tomado al 1er. minuto y a los 5 minutos, anotado en la historia clínica	nominal	Normal, Asfixia leve Asfixia moderada Asfixia severa
Prematurez	Edad gestacional del feto entre la semana 28 y 36.	Lo anotado en la historia clínica	nominal	Sí No
Aspiración de meconio	Aspiración de líquido amniótico cuando el feto ha defecado meconio	Lo anotado en la historia clínica	nominal	Sí No
Anomalía congénita	Formación embriológica anormal del feto	Lo anotado en la historia clínica	nominal	Presente Ausente

Desintegración familiar	Es el rompimiento de la unidad familiar, disolución o fraccionamiento de funciones sociales cuando uno o más miembros dejan de desempeñar adecuadamente sus papeles.	Lo que la paciente responde al momento de la entrevista	nominal	Sí No
Deserción escolar	Inasistencia de los educandos a sus clases normales por diferentes situaciones	Lo que la paciente responde al momento de la entrevista	nominal	Dejó de estudiar No dejó de estudiar
Dependencia económica	Situación en la que una persona no puede defenderse por sí mismo económicamente	Lo que la paciente responde al momento de la entrevista	nominal	Depende económicamente de los padres Depende económicamente de su pareja No depende de nadie, se vale por sí sola
Despido laboral	Situación en la que una persona deja de desempeñar su cargo laboral por orden de sus superiores	Lo que la paciente responde al momento de la entrevista	nominal	Sí No

### INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN:

Se realizó por medio de una boleta de recolección de datos la que se describe más adelante en el anexo.

### EJECUCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN:

Los datos de la investigación se obtuvieron por medio del instrumento de evaluación (boleta de recolección de datos), la cual se le pasó personalmente a las pacientes adolescentes, en su post-parto inmediato, en el Hospital Regional de Coatepeque, durante los meses de junio y julio, y de la misma forma, al grupo control de madres adultas.

### PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y TIPO DE TRATAMIENTO ESTADÍSTICO:

- La presentación de resultados se hizo en cuadros con su respectiva gráfica.
- El diseño estadístico con el que se analizaron los resultados fue la prueba de significancia estadística, chi cuadrado.

### ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN:

- Se les explicó a las pacientes de qué se trataba el estudio y de cómo ellas en forma voluntaria podrían participar en el mismo y se les informó que:
  - No se apuntarían nombres en la boleta, pero sí el No. registro de la historia clínica únicamente para fines de estudio.
  - Los datos obtenidos se manejarían con absoluta confidencialidad.
  - La participación de ellas sería voluntaria.

- Una vez explicado esto, y que las pacientes aceptaron formar parte del estudio, se procedió a entrevistarlas con la boleta de recolección de datos.

**RECURSOS:**

**FISICOS:**

- Hospital regional de Coatepeque.
- Historias clínicas de pacientes.

**HUMANOS:**

- Personal de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.
- Personal médico y de enfermería del Departamento de Gineco-obstetricia del hospital.
- Pacientes que se tomaron para el estudio.

**MATERIALES:**

- Hojas papel bond, tamaño carta.
- Bolígrafos.
- Computadora, impresora y tinta.

**ECONÓMICOS:**

• Reproducción de material bibliográfico	Q.	600.00
• Impresión de boletas de recolección de datos	Q.	100.00
• Impresión de tesis	Q.	1500.00
<b>TOTAL</b>	Q.	<b>2200.00</b>

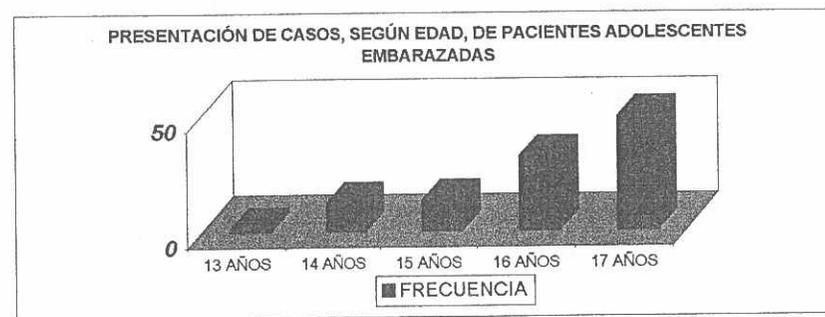
**VII. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS**

**“COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS, NEONATALES Y SOCIALES DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA COMPARADO CON PACIENTES ADULTAS QUE ASISTIERON AL HOSPITAL REGIONAL DE COATEPEQUE DURANTE LOS MESES DE JUNIO Y JULIO DE 2001”**

CUADRO No. 1  
DISTRIBUCIÓN DE CASOS SEGÚN EDAD, DE PACIENTES EMBARAZADAS, MENORES DE 18 AÑOS,

EDAD	FRECUENCIA	%
13 años	1	1
14 años	12	11
15 años	13	12
16 años	32	30
17 años	49	46
<b>TOTAL</b>	<b>107</b>	<b>100</b>

GRÁFICA No. 1



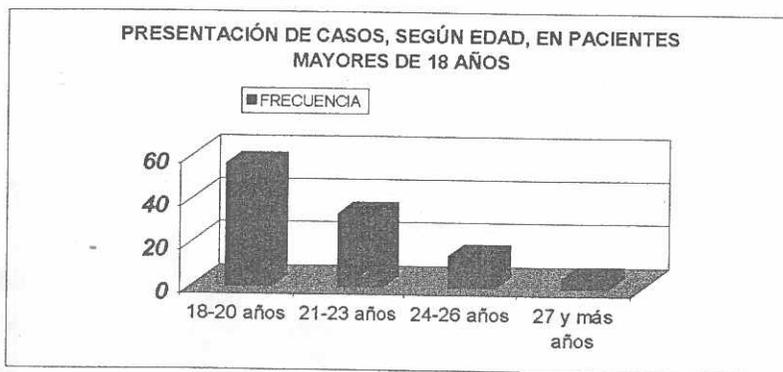
ANÁLISIS: Se puede observar que la incidencia de embarazos aumenta conforme va aumentando la edad de las pacientes. La mayoría de casos se presentaron en pacientes mayores de 15 años; sin embargo llama la atención la aparición de un caso de una paciente de 13 años ya que según la literatura mientras menor sea la paciente al momento del embarazo mayores son los riesgos de complicaciones.

CUADRO No. 2

DISTRIBUCIÓN DE CASOS, SEGÚN EDAD, DE PACIENTES EMBARAZADAS MAYORES DE 18 AÑOS

EDAD	FRECUENCIA	%
18-20 años	56	52
21-23 años	33	31
24-26 años	14	13
27 y más años	4	4
TOTAL	107	100

GRAFICA No. 2



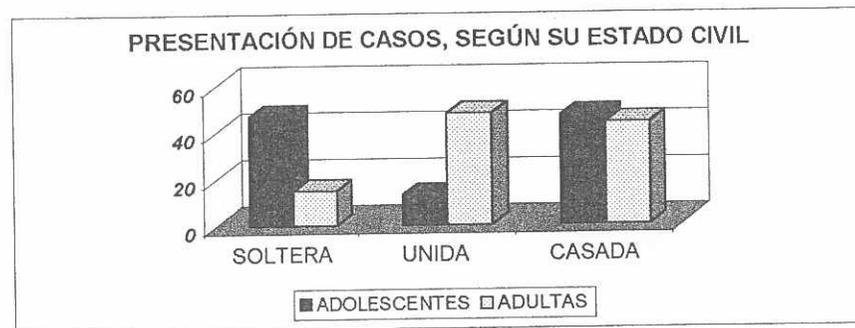
ANÁLISIS: A diferencia de las pacientes adolescentes, en las pacientes adultas la incidencia de casos disminuye inversamente proporcional a la edad. Si se considera los resultados presentados en la gráfica No. 1 y los presentados en esta se puede observar que en las mujeres estudiadas la mayor incidencia de embarazos se presenta entre los 17 y 20 años. Aún cuando a las pacientes 20 años no se les considera como adolescente, pueden presentar ciertas complicaciones durante su embarazo similares a las asociadas con adolescentes.

CUADRO No. 3

DISTRIBUCIÓN DE CASOS CON RELACIÓN A SU ESTADO CIVIL

ESTADO CIVIL	ADOLESCENTES		ADULTAS	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
SOLTERA	47	44	15	14
UNIDA	13	12	48	45
CASADA	47	44	44	41
TOTAL	107	100	107	100

GRAFICA No. 3



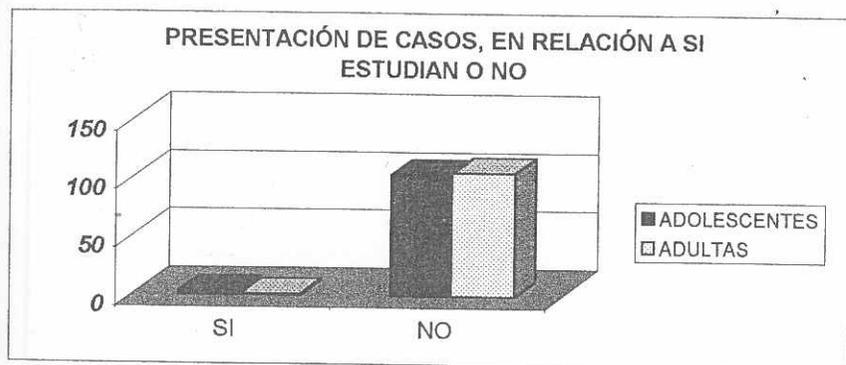
ANÁLISIS: En las adolescentes, aunque un 56% de ellas vive en relación de pareja, puede observarse que un alto porcentaje refieren estar solas, lo cual es uno de los riesgos sociales descritos, ya que además de su edad e inmadurez, deberán enfrentar solas la maternidad. En cuanto a las adultas el porcentaje de solteras es menor lo que implica gran diferencia en el cuidado de los hijos.

CUADRO No. 4

DISTRIBUCIÓN DE CASOS CON RELACIÓN A SI ESTUDIAN ACTUALMENTE

ESTUDIA	ADOLESCENTES		ADULTAS	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
SÍ	3	3	1	1
NO	104	97	106	99
TOTAL	107	100	107	100

GRÁFICA No. 4

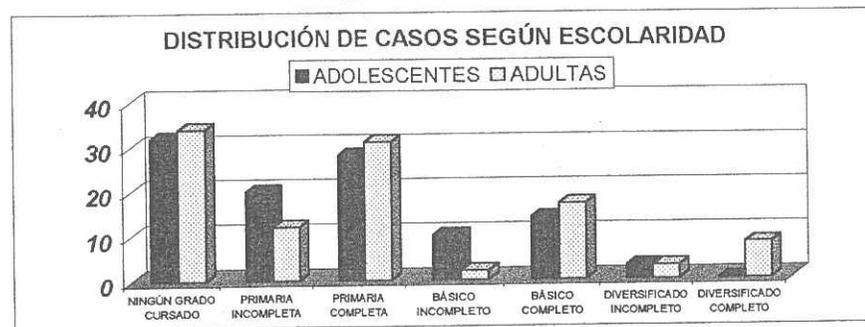


ANÁLISIS: En casi todos los casos, adolescentes o adultas, las mujeres no asisten a estudiar, dato que puede ir relacionado no sólo al embarazo, sino a diversos factores de nuestra sociedad, como el ir a trabajar por necesidad para subsistir. No se especifica si dejaron de estudiar al quedar embarazadas, aunque más adelante se relacionará si el embarazo fue la causa por la que dejó de estudiar. Por el momento se observa un alto índice de ausentismo escolar, sin determinar la razón verdadera.

CUADRO No. 5  
DISTRIBUCIÓN DE CASOS SEGÚN GRADO DE ESCOLARIDAD

ESCOLARIDAD	ADOLESCENTES		ADULTAS	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
NINGÚN GRADO	32	30	24	32
PRIMARIA INCOMPLETA	20	19	12	11
PRIMARIA COMPLETA	28	26	31	29
BÁSICO INCOMPLETO	10	9	2	2
BÁSICO COMPLETO	14	13	17	16
DIVERSIFICADO INCOMPLETO	3	3	3	3
DIVERSIFICADO COMPLETO	0	0	8	7
TOTAL	107	100	107	100

GRÁFICA No. 5



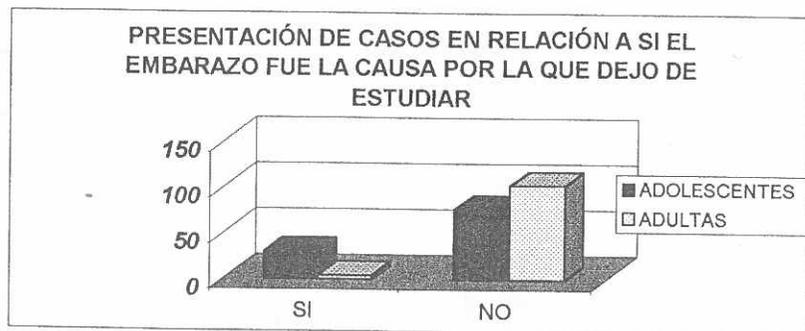
ANÁLISIS: Se encontró que el nivel de escolaridad que presentan las mujeres es muy bajo, lo que es frecuente en nuestro país en donde la tasa de analfabetismo es muy alta. En el caso de las adolescentes se observa que la mayoría no ha estudiado ningún grado y las que lo han hecho en su mayoría sólo han completado la primaria. Las adultas presentan una situación similar, con la diferencia que algunas ya han concluido el diversificado, lo cual es lógico, ya que el análisis de las adolescentes se limitó a pacientes de 17 años.

CUADRO No. 6

DISTRIBUCIÓN DE CASOS CON RELACIÓN A SI EL EMBARAZO FUE LA CAUSA POR LA QUE DEJARON DE ESTUDIAR

EL EMBARAZO FUE LA CAUSA POR LA QUE DEJÓ DE ESTUDIAR	ADOLESCENTES		ADULTAS	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
SI	30	28	4	4
NO	77	72	103	96
TOTAL	107	100	107	100

GRAFICA No. 6



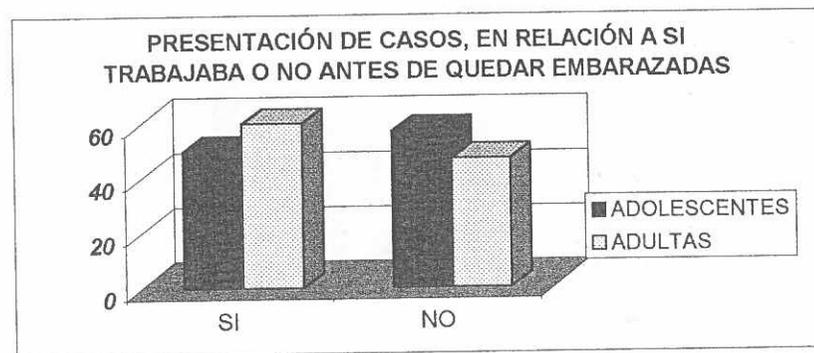
ANÁLISIS: La mayoría de las pacientes entrevistadas no mencionan el embarazo como la causa directa por la que dejaron de estudiar, contradiciendo así lo revisado en la literatura, en la que refieren que la mayoría de adolescentes abandonan sus estudios por el mismo (embarazo). Hay que tomar en cuenta que, aunque ellas no lo mencionan como causa directa, si puede ser por situaciones relacionadas al mismo, como casarse, atender un hogar o al marido. Por la forma en que está diseñado el estudio, este dato no se pudo profundizar, pero sería un dato importante para estudios posteriores.

CUADRO No. 7

DISTRIBUCIÓN DE CASOS CON RELACIÓN A SI TRABAJABAN ANTES DE QUEDAR EMBARAZADAS

TRABAJABA ANTES DE QUEDAR EMBARAZADA	ADOLESCENTES		ADULTAS	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
SI	50	47	60	56
NO	57	53	47	44
TOTAL	107	100	107	100

GRÁFICA No 7



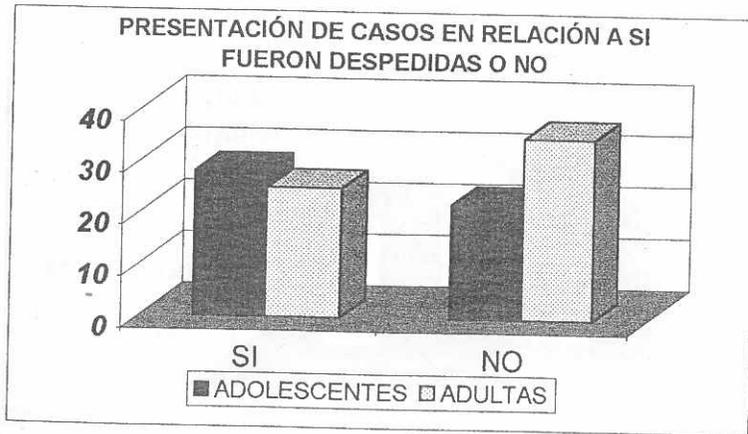
ANÁLISIS: La situación laboral de las pacientes no presenta diferencias significativas relacionadas con la edad antes de quedar embarazadas. El análisis realizado se enfocó a trabajos formales y fuera del hogar por lo que no se está considerando aquellas actividades productivas que puedan realizar las mujeres en sus propias casas, tales como la atención de negocios pequeños como tiendas, tortillerías, o actividades de costura. Según estos resultados no se puede hacer una relación entre las actividades laborales con la presencia del embarazo.

CUADRO No. 8

DISTRIBUCIÓN DE CASOS CON RELACIÓN A SI SUFRIERON DESPIDO LABORAL POR HABER QUEDADO EMBARAZADAS

SUFRIERON DE DESPIDO LABORAL POR HABER QUEDADO EMBARAZADA	ADOLESCENTES		ADULTAS	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
SI	28	56	25	42
NO	22	44	35	58
TOTAL	50	100	60	100

GRÁFICA No. 8



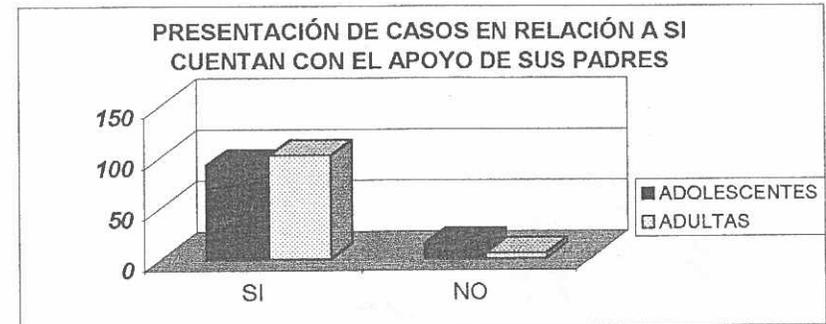
ANÁLISIS: Los resultados presentados en la tabla y gráfica anterior son preocupantes pues demuestra que aunque es ilegal, aún se presentan casos de despido laboral cuya causa es la presencia del embarazo. Aunque los porcentajes son similares existe una pequeña diferencia entre ambos grupos. Puede verse que en las pacientes adultas es menor el despido por embarazo. Esto puede deberse a que las mujeres adultas conocen mejor sus derechos y están mejor preparadas, tal como se vio anteriormente por su nivel de escolaridad. Las pacientes adolescentes siguen expuestas a injusticias relacionadas con su estado de embarazo, lo cual es una de las principales implicaciones sociales que la mayoría de autores señalan en la literatura.

CUADRO No. 9

DISTRIBUCIÓN DE CASOS CON RELACIÓN A SI CUENTAN CON EL APOYO DE SUS PADRES

CUENTAN CON EL APOYO DE SUS PADRES	ADOLESCENTES		ADULTAS	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
SI	92	86	102	95
NO	15	14	5	5
TOTAL	107	100	107	100

GRÁFICA No. 9



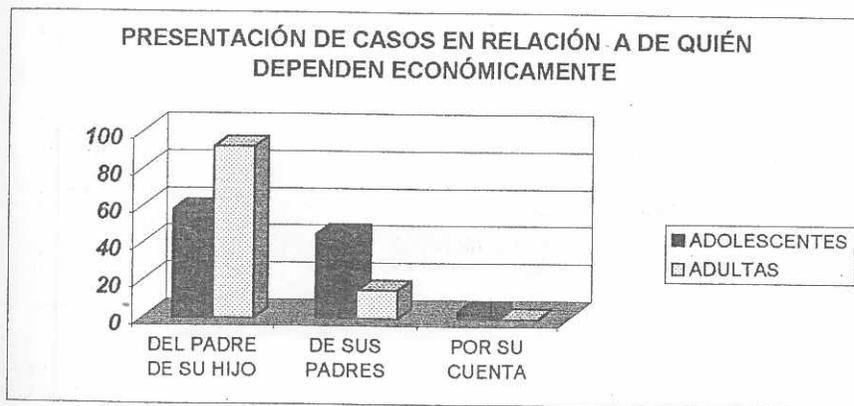
ANÁLISIS: Con estos resultados queda evidenciado que la mayoría de padres siempre van a apoyar a las mujeres ante un embarazo, sin importar la edad. Es importante mencionar que la presencia de un embarazo en pacientes adolescentes, cuando éste no es planificado, crea mucha ansiedad y desesperación por creer que sufrirán de rechazo y falta de apoyo por parte de los padres. Esta ansiedad puede en algunos casos causar acciones lamentables tales como abortos o incluso suicidios, o simplemente complicaciones que pudieron prevenirse. Estos resultados pueden servir de base para enfatizar la importancia de la comunicación de las adolescentes con sus padres ante cualquier situación, pues aún en casos de embarazo, en los que se cree que el rechazo social será grande, siempre podrán contar con el apoyo de los padres.

CUADRO No. 10

DISTRIBUCIÓN DE CASOS SEGÚN DEPENDENCIA ECONÓMICA

DE QUIÉN DEPENDEN ECONÓMICAMENTE	ADOLESCENTES		ADULTAS	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
DEL PADRE DE SU HIJO	58	54	92	86
DE SUS PADRES	45	42	15	14
POR SU CUENTA	4	4	0	0
TOTAL	107	100	107	100

GRÁFICA No. 10



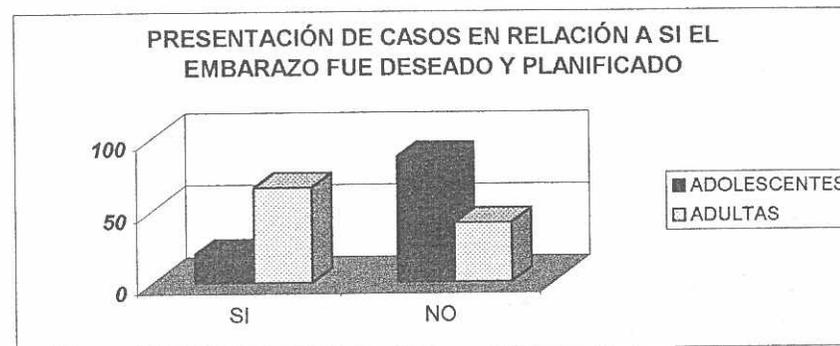
ANÁLISIS: La mayoría de las mujeres estudiadas no trabajan o son despedidas a causa de su embarazo. Esto hace que no puedan ser independientes económicamente y tienen que recurrir a otras personas para salir adelante con sus hijos. También se pudo observar que en el caso de las adolescentes el apoyo de los padres es grande, tanto emocional como económicamente. Muchas adolescentes reciben apoyo del padre de sus hijos o de sus propios padres para sostenerse económicamente. En el caso de las pacientes adultas, la mayoría, como también se presentó anteriormente, mantienen una relación, ya sea casadas o unidas, con el padre de su hijo, por lo que son apoyadas económicamente por éste.

CUADRO No. 11

DISTRIBUCIÓN DE CASOS EN RALACIÓN A SI EL EMBARAZO FUE DESEADO Y PLANIFICADO

EL EMBARAZO FUE DESEADO Y PLANIFICADO	ADOLESCENTES		ADULTAS	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
SI	20	19	66	62
NO	87	81	41	38
TOTAL	107	100	107	100

GRÁFICA No. 11



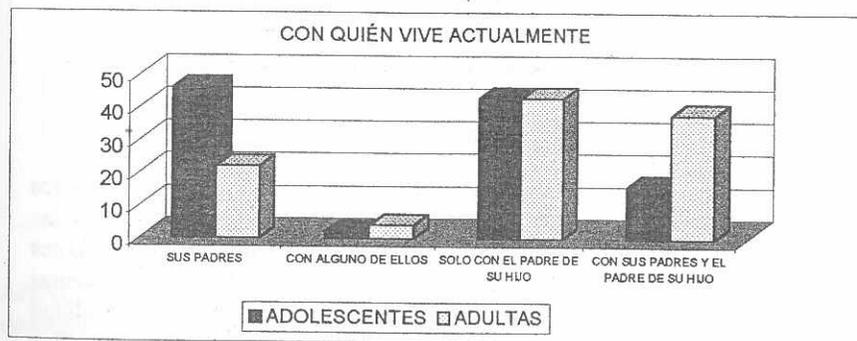
ANÁLISIS: Los resultados obtenidos comprueban lo que los autores mencionan en la literatura. La mayoría de embarazos presentados en las pacientes adolescentes no fueron planificados, mientras que en las pacientes adultas fue al contrario. Esto evidencia la necesidad de implementar programas de educación con temas de salud reproductiva y responsabilidad sexual. La presencia de embarazos en adolescentes menores de 15 años demuestra que la actividad sexual se inicia a muy temprana edad, por lo que es importante realizar campañas en las que se les enseñe a la población, hombres y mujeres, la responsabilidad de las relaciones sexuales y la manera de prevenir consecuencias no deseadas, tales como embarazos y/o enfermedades. Cualquier embarazo no deseado, sin importar la edad, estado civil, escolaridad o dependencia económica, representa un descontrol emocional que no permite el desarrollo normal del proceso de gestación, por lo que cualquier actividad que se realice para minimizar estos problemas redundará en una mejora en los resultados de salud reproductiva en nuestro país.

CUADRO No. 12

DISTRIBUCIÓN DE CASOS CON RELACIÓN A CON QUIÉN VIVEN ACTUALMENTE

CON QUIÉN VIVE ACTUALMENTE	ADOLESCENTES		ADULTAS	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
SUS PADRES	46	43	22	21
CON ALGUNO DE ELLOS	2	2	4	4
SOLO CON EL PADRE DE SU HIJO	43	40	43	40
CON SUS PADRES Y EL PADRE DE SU HIJO	16	15	38	35
TOTAL	107	100	107	100

GRÁFICA No. 12



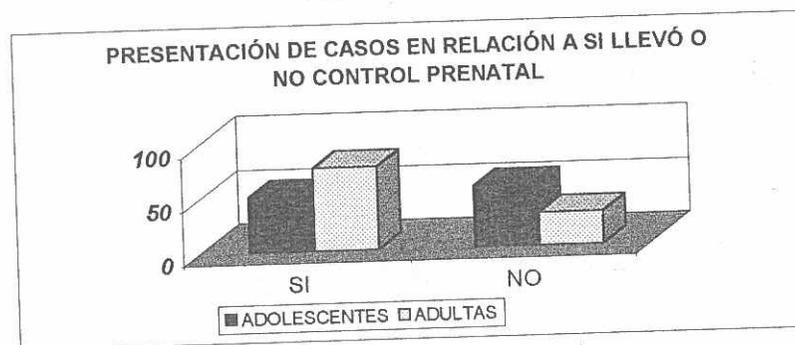
ANÁLISIS: Estos datos se presentan con el fin de determinar si existe algún cambio en la relación familiar asociada con el embarazo. Los resultados son congruentes con los presentados anteriormente, en los que se puso en evidencia el apoyo emocional y económico de los padres, pero contradicen lo que la literatura menciona relacionada con la desintegración familiar. Según se puede observar la mayoría de las adolescentes viven con sus padres luego del embarazo o con el padre de su hijo. Es interesante el hecho de que las pacientes analizadas mantienen siempre el vínculo con sus padres pues aunque vivan con el padre de su hijo, algunas siguen viviendo en casa de sus padres.

CUADRO No.13

DISTRIBUCIÓN DE CASOS CON RELACIÓN A SU ASISTENCIA AL CONTROL PRENATAL

CONTROL PRENATAL	ADOLESCENTES		ADULTAS	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
SI	51	48	77	72
NO	56	52	30	28
TOTAL	107	100	107	100

GRÁFICA No. 13



ANÁLISIS: En las adolescentes los porcentajes obtenidos son similares para las pacientes que llevaron control prenatal y para aquellas que no lo hicieron. Esto no ocurre con las pacientes adultas en donde la mayoría de pacientes sí llevaron control prenatal. Las complicaciones médicas, tanto para la madre como para el bebé, podrían ser prevenidas, con la existencia de un adecuado control prenatal, sin importar la edad de la madre. El control prenatal es una herramienta que permite al médico detectar a tiempo cualquier problema durante el embarazo que pueda poner en riesgo la salud de la madre y/o del hijo. Es importante reforzar esto en todas las mujeres en edad reproductiva para que el control prenatal sea tomado con la seriedad que se requiere y así prevenir cualquier complicación.

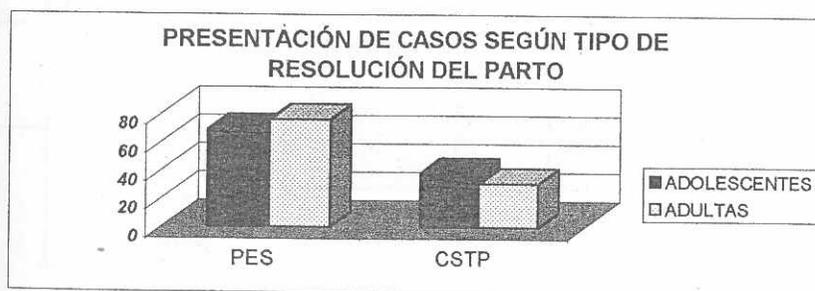
CUADRO No. 14

DISTRIBUCIÓN DE CASOS SEGÚN TIPO DE RESOLUCIÓN DEL PARTO

TIPO DE RESOLUCIÓN DEL PARTO	ADOLESCENTES		ADULTAS	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
PES*	69	64	76	71
CSTP**	38	36	31	29
TOTAL	107	100	107	100

- \*PES: PARTO EUTOSICO SIMPLE
- \*CSTP: CESÁREA SEGMENTARIA TRANSPERITONEAL

GRÁFICA No. 14



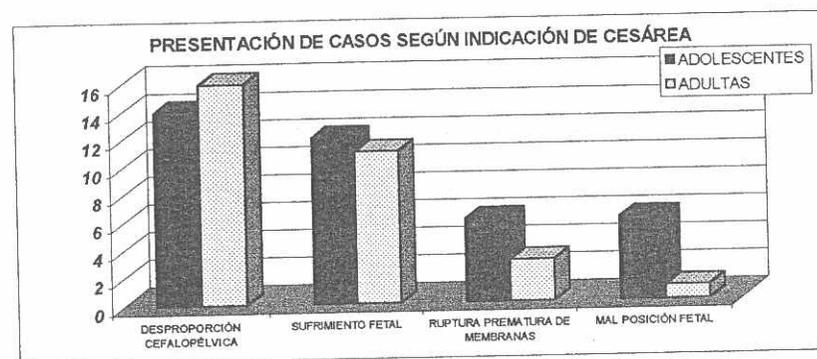
ANÁLISIS: En el grupo estudiado, la resolución de los partos no está asociada con la edad de las pacientes pues la mayoría de los casos estudiados se resolvieron mediante parto normal (PES), tanto en adolescentes como en mujeres adultas. Los datos encontrados no deben considerarse para excluir la posibilidad de partos distócicos en las adolescentes por lo que se enfatiza en la necesidad de un control prenatal adecuado.

CUADRO No. 15

DISTRIBUCIÓN DE CASOS, CON RELACIÓN A LA INDICACIÓN DE LA CESÁREA (CSTP)

INDICACIÓN DE CSTP	ADOLESCENTES		ADULTAS	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
DESPROPORCIÓN CEFALOPÉLVICA	14	37	16	52
SUFRIMIENTO FETAL	12	31	11	35
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	6	16	3	10
MAL POSICIÓN FETAL	6	16	1	3
TOTAL	38	100	31	100

GRÁFICA No. 15



ANÁLISIS: Las causas por las que se realizó la cesárea son comunes en los dos grupos analizados. Sin embargo existen resultados interesantes como en el caso de la Desproporción Cefalopélvica, que está asociada con el desarrollo corporal de la madre y se esperaría que fuera mayor en las adolescentes; sin embargo se presentó más en las pacientes adultas, siendo la única causa que presentó este comportamiento. Las otras causas encontradas: sufrimiento fetal, ruptura prematura de membranas y mal posición fetal, sí son efectivamente mayores en las pacientes adolescentes que en las adultas. La diferencia en la cantidad de casos que presentaron sufrimiento fetal no es significativa entre las pacientes adolescentes y las adultas. Sin embargo existe gran diferencia en los casos de ruptura prematura de membranas así como de mal posición fetal, aún cuando fisiológicamente no estén relacionados con las edades de las madres. La ruptura prematura de membranas puede ocasionar complicaciones para la madre como para el bebé, tales como infecciones e incluso la muerte.

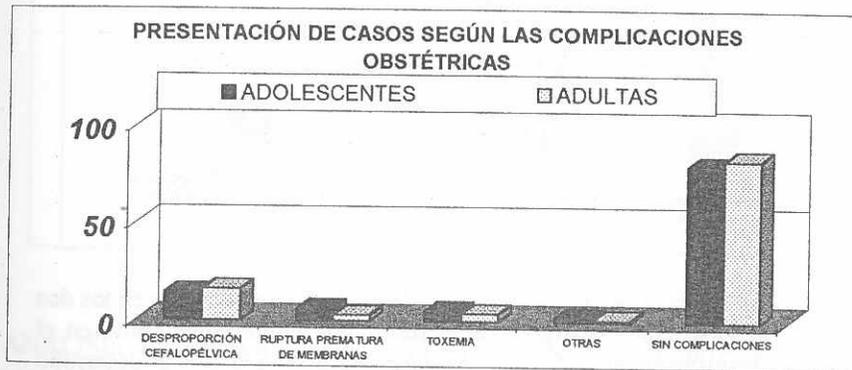
CUADRO No. 16

DISTRIBUCIÓN DE CASOS SEGÚN LAS COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS

COMPLICACIONES OBSTETRICAS	ADOLESCENTES		ADULTAS	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
DESpropORCIÓN CEFALOPELVICA	14	13	16	15
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	6	6	3	3
TOXEMIA	5	5	4	4
OTRAS*	2	2	1	1
SIN COMPLICACIONES	80	74	83	77
TOTAL	107	100	107	100

\*OTRAS: diabetes gestacional

GRÁFICA No. 16



ANÁLISIS: El principal objetivo de este estudio era determinar la incidencia de la edad de la madre en las complicaciones tanto para ella como para su hijo. Según se puede observar las complicaciones obstétricas encontradas en las pacientes atendidas son similares entre los dos grupos. No existe diferencia significativa entre la cantidad de casos con complicaciones obstétricas que se atendieron en pacientes adultas y pacientes adolescentes. Una explicación a los resultados encontrados es el tamaño de la muestra la cual es reducida como para resultados concluyentes.

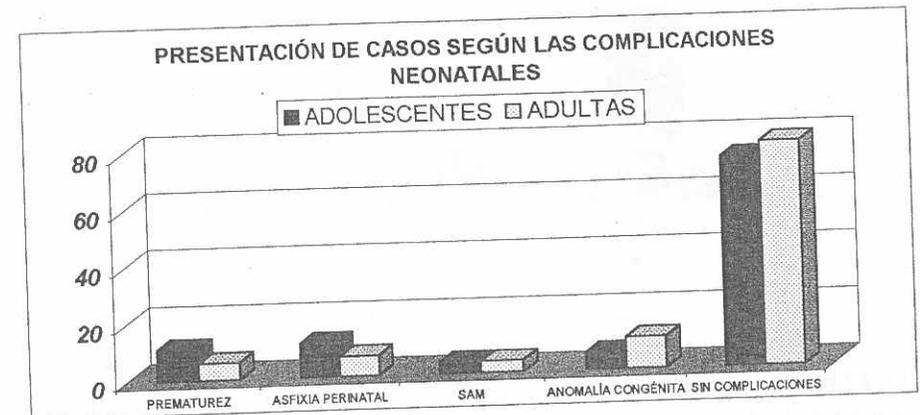
CUADRO No. 17

DISTRIBUCIÓN DE CASOS SEGÚN COMPLICACIONES NEONATALES

COMPLICACIONES NEONATALES	ADOLESCENTES		ADULTAS	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
PREMATUREZ	11	10	6	6
ASFIXIA PERINATAL	12	11	7	7
SAM*	4	4	4	4
ANOMALÍA CONGÉNITA	6	6	11	10
SIN COMPLICACIONES	74	69	79	73
TOTAL	107	100	107	100

\*SAM: SÍNDROME DE ASPIRACIÓN MECONIAL

GRÁFICA No. 17



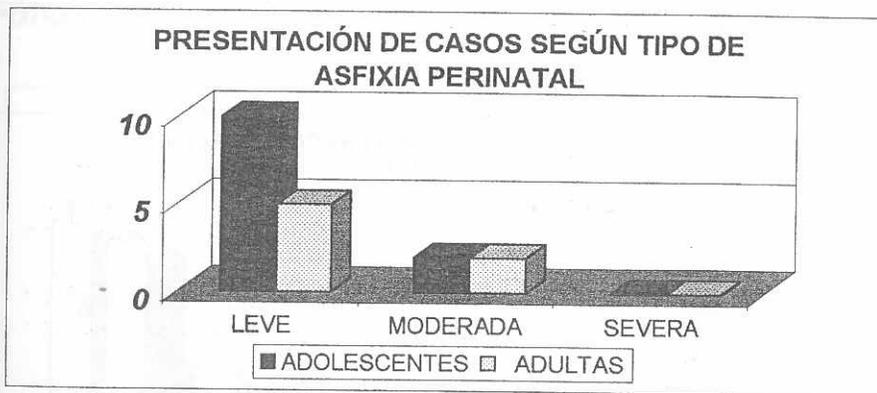
ANÁLISIS: Al igual que al analizar las complicaciones obstétricas, se puede observar que en el caso de las complicaciones neonatales la edad de la madre en este estudio, no influye en la presencia de las mismas. Las complicaciones son similares en cantidad tanto en las pacientes adultas como en las adolescentes. Y nuevamente, el porcentaje de pacientes que no presentaron ninguna complicación es mucho mayor que aquellas que sí lo hicieron y no está relacionado con la edad. Los casos de prematurez, asfixia perinatal, SAM y anomalía congénita no parecen tener relación con la edad de la madre. De nuevo el tamaño de la muestra es limitante para conclusiones definitivas.

CUADRO No. 18

DISTRIBUCIÓN DE CASOS SEGÚN TIPO DE ASFIXIA PERINATAL

ASFIXIA PERINATAL	ADOLESCENTES		ADULTAS	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
LEVE	10	83	5	71
MODERADA	2	17	2	29
SEVERA	0	0	0	0
TOTAL	12	100	7	100

GRÁFICA No. 18



ANÁLISIS: Se aprovechó para determinar el nivel de Asfixia Perinatal observado en los casos que se atendieron, pudiendo observar que la mayoría de los casos que se presentaron fueron de asfixia leve. No se presentó ningún caso de Asfixia Perinatal severa y el nivel de la asfixia no está relacionada con la edad de la madre, pues los porcentajes obtenidos son similares en los dos grupos analizados.

CUADRO No.19

SIGNIFICANCIA ESTADÍSTICA DE LAS DIFERENTES COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS Y NEONATALES (nivel de significancia 95%)

COMPLICACIONES	ADOLESCENTES		ADULTAS		CHI CUADRADO
	SÍ	NO	SÍ	NO	
DCP**	14	93	16	91	0.16
RPM**	6	101	3	104	1.01
TOXEMIA	5	102	4	103	0.12
PREMATUREZ	11	96	6	101	1.59
ASFIXIA PERINATAL	12	95	7	100	1.44
SAM***	4	103	4	103	0
ANOMALÍA CONGÉNITA	6	101	11	96	1.42

\*DCP: desproporción cefalopélvica

\*\*RPM: ruptura prematura de membranas

\*\*\*SAM: síndrome de aspiración meconial

ANÁLISIS: En este cuadro se presenta un resumen de las complicaciones analizadas anteriormente en la que se evidencia que no existe diferencia asociada con la edad de la madre. Se hizo uso de una herramienta estadística como es la chi cuadrado, que aplicado a los casos estudiados, con un nivel de significancia del 95%, se definió en 3.84. Los resultados obtenidos confirman que el ser adolescente no es un factor de riesgo para presentar complicaciones obstétricas y/o neonatales. Por todo esto es importante considerar a la población de mujeres embarazadas adolescentes como parte de la población adulta y ser controladas y atendidas de la misma manera, pues según los casos estudiados el comportamiento durante el embarazo y el parto, así como las complicaciones, tanto para la madre como para el bebé, son iguales en ambos grupos.

## VIII. CONCLUSIONES

1. Se determinó que la edad con mayor incidencia en embarazos de pacientes adolescentes fue entre 16 y 17 años.
2. Únicamente el 48% de las pacientes adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Coatepeque llevaron control prenatal.
3. El nivel de escolaridad que presentan la mayoría de pacientes adolescentes se encuentra por debajo de la primaria completa.
4. Existe diferencia significativa entre las pacientes atendidas que refieren estar solteras, siendo mayor el número de pacientes adolescentes que el de adultas que no mantienen una relación de pareja, lo cual representa una implicación social del embarazo en adolescentes.
5. En el Hospital Regional de Coatepeque se determinó en el grupo estudiado que ser adolescente no es un factor de riesgo para las complicaciones como toxemia, desproporción cefalopélvica, la ruptura prematura de membranas ovulares, prematuridad, asfixia perinatal, aspiración meconial, anomalías congénitas, la deserción o ausentismo escolar y la desintegración familiar.
6. Ser adolescente es un factor de riesgo para sufrir de despido laboral, ya que más del 56% de las pacientes que trabajaban fueron despedidas al quedar embarazadas.
7. Existe una dependencia económica bastante alta en las pacientes adolescentes, en donde la mayoría dependen del padre de su hijo y otras de sus propios padres, lo que puede ser un factor para mantener su nivel de vida incierto.

## IX. RECOMENDACIONES

1. Desarrollar un programa de educación en salud reproductiva y sexual, para las mujeres menores de 18 años. Debe involucrarse en este tipo de programas a los sectores estatales y privados en un esfuerzo de coordinación intersectorial e interinstitucional que permita la orientación efectiva de la mujer de manera que la sociedad en su conjunto le ayude a llegar a ser una buena ciudadana, responsable, libre y consciente, especialmente en el aspecto sexual y reproductivo.
2. Fomentar la asistencia al control prenatal que toda paciente embarazada debe tener y que éste sea eficiente en cada unidad de salud con el fin de detectar tempranamente las complicaciones que pueden surgir para así brindarles un tratamiento adecuado.
3. Incluir a las mujeres adolescentes embarazadas en programas o actividades orientadas a las futuras madres adultas, y relacionadas con salud reproductiva y educación sexual.

## X. RESUMEN

El presente estudio que es de tipo descriptivo, comparativo, transversal se llevó a cabo en el departamento de ginecoobstetricia del hospital regional "Juan José Ortega" de Coatepeque, Quetzaltenango, con 214 pacientes que fueron atendidas en el servicio de labor y partos y que se dividieron en 2 grupos, 107 pacientes adolescentes y 107 pacientes adultas.

Se hizo una comparación de las complicaciones (obstétricas, neonatales y sociales) para determinar si ser adolescente es un factor de riesgo durante el embarazo. Se concluyó que en el grupo estudiado, ser adolescente no es un factor de riesgo para presentar toxemia, desproporción cefalopélvica, ruptura prematura de membranas ovulares, asfixia perinatal, prematuridad, anomalías congénitas y desintegración familiar. Con relación al ausentismo escolar se determinó que las pacientes dejaron de estudiar mucho antes de quedar embarazadas. También se concluyó que ser adolescente es un factor de riesgo para ser destituido de su cargo laboral.

Se recomienda crear un programa de salud reproductiva y sexual orientado para las mujeres menores de 18 años, en el que se involucren los diversos sectores del país, tanto a nivel privado como estatal, y que permita una formación integral de la mujer, preparándola para ser una ciudadana responsable, libre y consciente, especialmente en el aspecto sexual y reproductivo.

## XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arévalo Fajardo, Irma. La madurez adolescente, soltera y su situación económica. Tesis de graduación. Escuela de Trabajo Social. USAC. 1989.
2. Bissot-A; Villera-K; Salao-H. Perinatal factors which affect lowwbirth weighth. Revista médica de Panamá. Jan-May; 20 (1-2) 1995. pp 25-36.
3. Delgado, Betina. ¿Quién es un adolescente? Vida y salud. Abril-Junio 1997. 2 (2). pp 27-30.
4. Erich Saling. Perinatology. Nestlé, nutrition. Workshop series. Vol 26 Raven press 1992. pp 57-78.
5. Figueredo Onésimo. Complicaciones del embarazo en adolescentes. Revista de Ginecología y Obstetricia de Venezuela; 44 (1) 1990. pp 56-79.
6. Figueroa A, Redondo. Embarazo en adolescentes. REVCOG. 1998. 8 (1) pp 1-23.
7. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF. Demasiado grandes para jugar y demasiado jóvenes para ser madres. Agosto 1994.
8. Gerendas Mariana, Silco Enriqueta. Embarazo en la adolescencia, factores de riesgo y cadena en prevención. Vol 1 Caracas 1992.
9. Good, William J. La familia cp. Desintegración Familiar. Folleto mimeografiado APROFAM.
10. Kesler Kreuter, A. Karen. Adolescents obstetrical gynecology. Year book medical. Chicago, London 1986 pp 5-42.

11. Populations referee Bureau. La actividad y la maternidad entre las adolescentes en América Latina y el Caribe. Riesgos y consecuencias. Proyecto de encuestas demográficas. Atlanta. Noviembre 1992. pp 345-510.
12. Potton-D; Kolasa-K; West-s. Adolescence. Winter 30(120) 1995. pp 963-969.
13. Rodríguez Francisco. Complicaciones perinatales en embarazadas adolescentes. Tesis de Médico y Cirujano. USAC. 1997.
14. Santiago Roberto. Ginecología, fertilidad, salud reproductiva. Libro de texto de Flaso G. Vol 1 pp 709. 1996.
15. Stips-AM; Velebil-P. Pregnacy abortion and birthrates among US adolescents. Journal Association American Medicine. 1996. April 3; 275 (13) pp 989-994.
16. Schwarz-Sala-Duverges. Obstetricia. 5ª. Edición. Editorial Florida. Buenos Aires. El Ateneo. 1995. pp 13-178.
17. Sells-CW, Blum-RW. Morbidity and mortality among US adolescents. American Journal Public Health. April 1996 86 (4). 513-519.
18. Thompson-PJ; Pasttersn-RJ. Adolescent parenting-outcomes and maternal perceptions. Journal-Obstetrics and Gynecoligy-Neonatal-Nurs. October 1995. 24 (8) pp 713.
19. University Winstons Salen. Factors associated with pretermbirth. Univariable and multivariable analysis Department of Obstetrics and Gyecology Scholl of medicine of Waka Forest. Journal Article. March 1995. pp 8-10.

20. Valdés Banda, Fernando. Prevalencia y factores de riesgo para complicaciones obstétricas en la adolescente comparada con la población adulta. Ginecología y obstetricia de México. Vol 64, mayo 1996 pp. 209-213.
21. Williams. Obstetricia. 3ª. Edición. Salvat, Editores México 1992. pp 134-321.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS  
HOSPITAL REGIONAL DE COATEPEQUE, "JUAN JOSE ORTEGA"

"COMPLICACIONES OBSTETRICAS, NEONATALES Y SOCIALES DEL  
EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA"  
(boleta de recolección de datos)

Responsable: Eddie Stuardo Morales Fajardo

No. De Registro: \_\_\_\_\_

1. ¿Cuántos años tiene? \_\_\_\_\_
2. ¿Cuál es su estado civil actualmente?  
A. Soltera. B. Unida C. Casada
3. ¿Estudia usted actualmente?  
a. Sí b. No
4. ¿Hasta qué grado escolar cursó usted?  
a. Primaria completa (1°. A 6°.)  
b. Primaria incompleta  
i. 1°. A 2°.  
ii. 1°. A 3°.  
iii. 1°. A 4°.  
iv. 1°. A 5°.  
c. Ningún grado cursado  
d. Básicos completo (1°. A 3°.)  
e. Básicos incompleto (1°. a 2°.)  
f. Diversificado completo (4°. a 5°. O 4°. a 6°.)  
g. Diversificado incompleto
5. ¿Cree que el embarazo fue la causa por la que dejó de estudiar?  
a. Sí b. No
6. ¿Trabajaba usted antes de quedar embarazada?  
a. Sí b. No
7. ¿Sufrió usted de despido laboral por haber quedado embarazada?  
a. Sí b. No
8. ¿Cuenta con el apoyo de sus padres?  
a. Sí b. No
9. ¿De quién depende económicamente?  
a. Del padre de su hijo  
b. De sus padres  
c. Por su cuenta

