

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**“CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y CLÍNICA
DE LA GESTANTE ADOLESCENTE”**

Estudio descriptivo retrolectivo realizado en registros clínicos de gestantes de 10 a 19 años de edad, atendidas en el departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional de Amatlán

enero a diciembre 2008

Tesis

Presentada a la Honorable Junta Directiva
de la Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

Por

Delia Isabel Figueroa Cabrera

Médico y Cirujano

Guatemala, julio de 2009

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**“CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y CLÍNICA
DE LA GESTANTE ADOLESCENTE”**

Estudio descriptivo retrolectivo realizado en registros clínicos de gestantes de 10 a 19 años de edad, atendidas en el departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional de Amatlán

enero a diciembre 2008

Delia Isabel Figueroa Cabrera

Médico y Cirujano

Guatemala, julio de 2009

El infrascrito Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala hace constar que:

La estudiante:

Delia Isabel Figueroa Cabrera 200310943

ha cumplido con los requisitos solicitados por esta Facultad, previo a optar al Título de Médica y Cirujana, en el grado de **Licenciatura**, y habiendo presentado el trabajo de graduación titulado:

**“CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y CLÍNICA
DE LA GESTANTE ADOLESCENTE”**

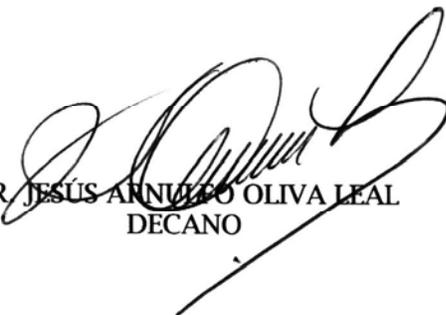
Estudio descriptivo retrolectivo realizado en registros clínicos de gestantes de 10 a 19 años de edad, atendidas en el departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional de Amatlán

enero a diciembre 2008

Trabajo asesorado por el Dr. Osberto Rolando Margnoni y revisado por el Dr. Otoniel Mauricio Cardona, quienes avalan y firman conformes. Por lo anterior, se emite, firma y sella la presente:

ORDEN DE IMPRESIÓN

En Guatemala, el dieciséis de julio del 2009


DR. JESÚS ARNULFO OLIVA LEAL
DECANO



Los infrascritos Director del Centro de Investigaciones de las Ciencias de la Salud y el Coordinador de la Unidad de Trabajos de Graduación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, hacen constar que:

La estudiante:

Delia Isabel Figueroa Cabrera 200310943 ✓

ha presentado el trabajo de graduación titulado:

**“CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y CLÍNICA
DE LA GESTANTE ADOLESCENTE”**

Estudio descriptivo retrolectivo realizado en registros clínicos de gestantes de 10 a 19 años de edad, atendidas en el departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional de Amatlán

enero a diciembre 2008

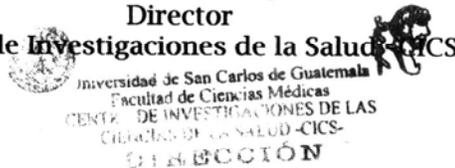
El cual ha sido **revisado y corregido**, y al establecer que cumple con los requisitos exigidos por esta Unidad, se les autoriza a continuar con los trámites correspondientes para someterse al Examen General Público. Dado en la Ciudad de Guatemala, el dieciséis de julio del dos mil nueve.

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”


Dr. César Oswaldo García García
Coordinador Unidad de Trabajos de
Graduación




Dr. Erwin Humberto Calgua Guerra
Director
Centro de Investigaciones de la Salud - CICS-



Guatemala, 15 de julio 2009

Doctor
César Oswaldo García García
Unidad de Trabajos de Graduación
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala
Presente

Dr. García:

Le informo que la estudiante abajo firmante,

Delia Isabel Figueroa Cabrera



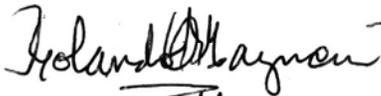
Presentó el informe final del Trabajo de Graduación titulado:

**“CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y CLÍNICA
DE LA GESTANTE ADOLESCENTE”**

**Estudio descriptivo retrolectivo realizado en registros clínicos de gestantes
de 10 a 19 años de edad, atendidas en el departamento de Ginecología
y Obstetricia del Hospital Nacional de Amatlán**

enero a diciembre 2008

Del cual como asesor y revisor nos responsabilizamos por la metodología, confiabilidad y validez de los datos, así como de los resultados obtenidos y de la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones propuestas.



Asesor

Firma y sello

DR. OSBERTO SOLÍS MANGONI AVILA
MÉDICO Y CIRUJANO
COLEGIADO 4185



Revisor

Firma y sello

No. Reg. de personal



9863

RESUMEN

Objetivos: Caracterizar clínica y epidemiológicamente a la gestante adolescente de 10 a 19 años de edad atendidas en el Hospital Nacional de Amatlán, departamento de Ginecología y Obstetricia de enero a diciembre de 2008. **Metodología:** estudio descriptivo retrolectivo realizado en registros clínicos de gestantes de 10 a 19 años de edad. **Resultados:** Se revisó 248 registros clínicos de adolescentes embarazadas, ninguno de estos entre los 10 y 12 años, el 22% fue de 17 años, 50% unida, 99% ama de casa, 89% no indígena, 63% proviene del área rural, 52% llevó control prenatal, 86% primigesta, 30% tuvo complicación en el embarazo, de esta complicación la más frecuente es aborto (66%), 52% fue parto eutócico simple. La complicación mas frecuente durante el parto fue desproporción cefalopélvica y sufrimiento fetal agudo. No se encontró muerte materna. **Conclusiones:** La edad más frecuente de gesta en la adolescente es a los 17 años, unida, con algún grado de educación primaria, ama de casa, no indígena, del área rural. La complicación mas frecuente en el embarazo es el aborto y durante el parto la desproporción cefalopélvica. El porcentaje de mortalidad materna es de 0%.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. OBJETIVOS	3
3. MARCO TEÓRICO	
3.1 Contextualización	5
3.2 Generalidades	5
3.3 Actividad sexual del adolescente	7
3.4 Embarazo en la adolescencia	7
3.5 La situación en Guatemala	8
3.6 Causas del embarazo en adolescentes	8
3.7 Complicaciones en la embarazada adolescente	12
3.8 Recién nacido de la madre adolescente	15
3.9 Clasificación de riesgo obstétrico y perinatal de adolescente embarazada	16
3.10 Mortalidad materna	16
3.11 Mortalidad materna en Guatemala	17
3.12 Programas de prevención en Guatemala	19
4. METODOLOGÍA	
4.1 Tipo y diseño de la investigación	21
4.2 Unidad de análisis	21
4.3 Población y muestra	21
4.4 Criterios de inclusión y exclusión	21
4.5 Definición y operacionalización de variables	22
4.6 Técnicas, procedimientos e instrumentos a utilizar en la recolección de datos	27
4.7 Aspectos éticos de la investigación	28
4.8 Procesamiento y análisis de datos	28
4.9 Alcances y Limitaciones	28
5. RESULTADOS	29
6. DISCUSIÓN	37
7. CONCLUSIONES	41
8. RECOMENDACIONES	43
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	45
10. ANEXOS	51

1. INTRODUCCIÓN

En el año 2002 se realizó el XI censo Nacional de Guatemala, la población total del país para este año era de 11, 237,196 habitantes, y según proyecciones basadas en el mismo, la población para el año 2008 sería de 13, 677,815, encontrándose la mayoría de la población dentro del grupo adolescente, es decir entre los 10 y 19 años de edad. (1)

Guatemala es un país cuyos habitantes se caracterizan por su juventud: el último censo de población evidenció que cuatro de cada 10 personas son menores de 15 años y seis no tienen aún los 20 (1,2).

Las adolescentes suelen tener embarazos precoces en Guatemala. De acuerdo a lo reportado por el jefe del área de Salud Reproductiva del Hospital Nacional Roosevelt, ello contribuye a que esta nación se ubique entre los países de América Latina con una de las tasas más altas de fecundidad. (3)

Los hospitales nacionales reportaron que, en 2006, nacieron cinco bebés de madres de 10 años de edad, 10 mil de niñas de 17 años y 14 mil 732 de mujeres de 19. El creciente número de embarazos en las adolescentes conlleva a largo plazo, una reducción en la autonomía social y económica de las mujeres, porque se desvían de sus perspectivas educativas y ponen en riesgo su salud y la del recién nacido. (3)

Expertos en salud reproductiva coinciden en señalar que la alta fecundidad en Guatemala es una combinación de patrones culturales tradicionales y limitaciones de acceso a la información y a medios adecuados que promuevan un manejo responsable de la sexualidad y la reproducción. El matrimonio y la procreación a menudo se consideran como los acontecimientos capitales en la vida de una mujer joven. Pero las repercusiones médicas, económicas y psicológicas de la procreación prematura pueden ser considerables, especialmente para las mujeres que no están casadas (4)

El estudio de Guttmacher del año 2006 reveló que una mayoría de mujeres adolescentes desea una hija o hijo pronto y muy pocas practican la anticoncepción, ya sea por falta de educación o por una creencia de que estos métodos son peligrosos para la salud. (4)

En base a estos datos, actualmente en Guatemala se están tomando varias medidas, entre ellas la Ley de Acceso Universal y Equitativo a los Servicios de Planificación Familiar, que fue aprobada en el año 2008 por el Congreso de la República, una forma de disminuir el índice de fecundidad por mujer en el país. (5)

A juicio de las autoridades, el acceso universal y gratuito a los métodos anticonceptivos garantiza, de alguna forma, la disminución de la mortalidad materno-infantil. Principalmente, porque la ley ordena que en los dos últimos grados de primaria se incluyan planes de estudio de educación sexual para la promoción y autocuidado de la salud, sexualidad y embarazo precoz y no deseado. (5)

Además las metas fijadas en los Objetivos del Milenio en Guatemala, en el rubro de salud materno infantil, está el reducir los 153 fallecimientos a 55 por cada 100 mil nacidos vivos, por lo que se hace énfasis en los embarazos de adolescentes por los riesgos de complicaciones dentro de este grupo. (6)

El presente estudio retrospectivo fue realizado con el objetivo de describir el embarazo en adolescentes entre los 10 a 19 años que fueron tratadas por causa de embarazo y parto en el Hospital Nacional de Amatlán durante el año 2008.

Se revisaron 248 casos de adolescentes embarazadas, encontrándose que el 22% fue de 17 años, 50% unidas, 99% ama de casa, 89% no indígena, 63% proviene del área rural, 52% llevó control prenatal, 86% primigesta, 30% tuvo complicaciones durante el embarazo, de estas complicaciones 66% fue aborto, 52% tuvo parto eutócico simple. Las complicaciones más frecuentes durante el parto fueron desproporción cefalopélvica y sufrimiento fetal agudo. No se encontró ninguna muerte materna

Existen estudios en cuanto a esta problemática, sin embargo, como se mencionó anteriormente, el número de gestantes adolescentes incrementa cada año, por lo que es necesario conocer las características que la población presenta actualmente y que la llevan a este aumento continuo, además de las complicaciones que este grupo presenta y enfocarse en la prevención de las mismas para así transpolar la información del presente estudio y contribuir a disminuir el elevado número de muertes maternas en Guatemala.

2. OBJETIVOS

2.1 General

Identificar características epidemiológicas y clínicas de la gestante adolescente de 10 a 19 años de edad que fue atendida en el departamento de Ginecología y Obstetricia, sala de labor y partos, Hospital Nacional de Amatlán, Guatemala, durante el año 2008.

2.2 Específico

2.2.1

Identificar las características epidemiológicas de la gestante adolescente según:

- Edad
- Estado Civil
- Ocupación
- Escolaridad
- Etnia
- Procedencia
- Religión

2.2.2

Identificar las características clínicas de la gestante adolescente según:

- Control Prenatal
- Número de Gestas
- Complicaciones durante el embarazo
- Complicaciones durante el parto
- Vía de parto
- Porcentaje de mortalidad materna en adolescentes

3. MARCO TEÓRICO

3.1 Contextualización

El municipio de Amatitlán, es una población localizada a 27 kilómetros de la Ciudad de Guatemala con una altura aproximada de unos 1188 metros sobre el nivel del mar. (7)

Cuenta con varias vías de acceso asfaltadas, la principal de ellas, es la carretera CA-9 o ruta al pacífico, la cual conecta con la Ciudad Capital y municipios vecinos como Villa Nueva, Villa Canales, San Miguel Petapa, Mixco y Palín en el departamento de Escuintla, este último es la población gemela de Amatitlán. (7)

Posee una población aproximada de 200000 personas. (7)

Actualmente y desde hace décadas, esta población que tiene la categoría de ciudad, es considerada como ciudad dormitorio, porque más del cincuenta por ciento de sus habitantes trabajan en la Ciudad de Guatemala y otras localidades cercanas. (7)

El Hospital Nacional de Amatitlán, donde será realizado el estudio, es un centro asistencial de segundo nivel, que atiende a personas que habitan en este municipio. De igual forma, se brinda atención a ciudadanos de otros países que viven o están de paso por Guatemala. Ofrece servicios médicos y hospitalarios gratuitos en medicina interna, cirugía, ortopedia, traumatología, maternidad, ginecología, pediatría. Proporciona a la población de Amatitlán, atención de emergencias pediátricas y de adultos/as las 24 horas del día, todos los días del año. (7)

En cuanto al área de Ginecología y Obstetricia, cuenta con áreas de post parto, séptico, sala de labor y partos así como sala de operaciones. Durante el año 2008 se atendieron aproximadamente 6,000 partos, de los cuales 654 fueron dentro de la población de 10 a 19 años. (7)

3.2 Generalidades

La OMS estima que en la actual población mundial 1.200 millones de personas (una de cada cinco) son adolescentes. La adolescencia es un período de grandes cambios físicos y psicológicos y profunda transformación de las interacciones y relaciones sociales. (8)

La adolescencia es una etapa entre la niñez y la edad adulta que se inicia por los cambios puberales y se caracteriza por profundas transformaciones biológicas

psicológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones. No es solamente un período de adaptación a los cambios corporales, sino una fase de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social (8)

La OMS define como adolescencia al "período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio – económica" y fija sus límites entre los 10 y 20 años. Y a su vez subdivide esta en: (8)

a. Adolescencia Temprana (10-13 años) Es el período peri puberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca. Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales.

Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física. (9)

b. Adolescencia Media (14 a 16 años) Es la adolescencia propiamente dicha. Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual (9)

c. Adolescencia Tardía (17 a 20 años) Sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales. (9)

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

3.3 Actividad sexual del adolescente.

La obtención de la capacidad para reproducirse es acaso el aspecto más importante de la adolescencia. Pero la sexualidad es un tema que los adolescentes modernos no entienden bien. Hace 50 años los jóvenes se veían obligados a posponer la expresión de sus necesidades sexuales hasta ser adultos casados responsables. Desde entonces se han producido cambios radicales. Aproximadamente dos terceras partes de hombres y mujeres han tenido relaciones sexuales a los 17 años de edad (11)

3.4 Embarazo en la adolescencia

Se define como el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarca y/o cuando la adolescente es aun dependiente de su núcleo familiar de origen. (12, 10).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), considera como embarazo adolescente o temprano aquél que ocurre entre los 15 y 19 años de edad. (8)

El embarazo en adolescentes ocurre en todas las sociedades, con considerables variaciones en su magnitud y consecuencias entre los países. En cada caso están envueltos una gran variedad de factores socioeconómicos (13)

Aproximadamente 14 millones de mujeres comprendidas entre los 15 a 19 años tuvieron un hijo cada año, en el período de 1995 a 2000, esto es el 10% de todos los nacimientos en el mundo, a esto se suma el que 12.8 millones de estos nacimientos se dieron en adolescentes que residen en países en desarrollo. (14)

En 1995-2000, la tasa de fertilidad en adolescentes a nivel mundial fue de 54 nacimientos por mil mujeres. (15)

En países desarrollados la tasa de fertilidad en adolescentes fue de 29 nacimientos por 1000 mujeres, mientras que en los países en vías de desarrollo fue de 133/1000. (Anexo Tabla 1.)

En el año 2006, más del 10 por ciento de todos los nacimientos en EE.UU. correspondió a madres de menos de 20 años de edad. La mayoría de los nacimientos entre madres adolescentes (alrededor del 67 por ciento) corresponde a niñas de entre 18 y 19 años de edad (16).

Alrededor de tres de cada 10 adolescentes quedan embarazadas al menos una vez antes de los 20 años de edad. Aproximadamente una de cada cuatro madres adolescentes menores de 18 años tiene un segundo bebé dentro de los dos años del nacimiento del primero (17).

3.5 La situación en Guatemala

Guatemala se caracteriza por ser un país en vías de desarrollo con predominio de población rural (el 54% de los guatemaltecos vive en áreas rurales) (1) y por tener una población indígena excepcionalmente grande (18), siendo esta población la más vulnerable a embarazos en adolescentes por su bajo nivel de instrucción y el escaso uso de métodos anticonceptivos, además de creencias y costumbres propias de su cultura. (Anexo tabla 2)

Cada año 114 mujeres de cada mil mujeres guatemaltecas entre los 15 a 19 años de edad dan a luz. (19) Esta suma representa un ligero descenso en comparación con la del año 1995, la cual se registraba en 126 (20); sin embargo Guatemala sigue siendo la tercera tasa más alta de América Central, después de Honduras 137/1000 (21) y de Nicaragua 119/1000 (22) (ver anexo Tabla 3)

La mitad de las mujeres jóvenes inicia una unión (formal o consensual) antes de cumplir los 20 años. Tres cuartas partes de las que no tienen educación, comparado con una cuarta parte de las que tienen educación primaria o superior, se unen antes de los 20 años. El 44% de las mujeres de 20 a 24 años eran madres antes de los 20; la proporción mas alta esta en las mujeres jóvenes sin educación 68% y en las mujeres indígenas 54%. La gran mayoría de mujeres unidas entre 15 a 19 años no desea tener un hijo en los dos años siguientes, sin embargo solo el 18% usa un método anticonceptivo efectivo. (Anexo Tabla 4)

3.6 Causas del embarazo en adolescentes

Conocer los factores predisponentes y determinantes del embarazo en adolescentes, permite detectar las jóvenes en riesgo para así extremar la prevención. Además, las razones que impulsan a una adolescente a continuar el embarazo hasta el nacimiento, pueden ser las mismas que la llevaron a embarazarse. (12)

3.6.1 Factores biológicos:

La edad de menarquía es un factor determinante de la capacidad reproductiva, que está ligada a la proporción de ciclos ovulatorios, que alcanzan cerca del 50% 2 años después de la primera menstruación. (12)

Entre los fenómenos que constituyen la aceleración secular del crecimiento está el adelanto de la edad de menarquía. En el último siglo, la menarquía se ha adelantado entre 2 y 3 meses por década, descendiendo desde más o menos los 15 años de edad a alrededor de los 12 (últimos 150 años). Así, los adolescentes son fértiles a una edad menor. (12, 23)

3.6.2 Factores psicosociales y conducta sexual:

El adelanto de la menarquía es un factor biológico que se acompaña de actitudes y de comportamientos hacia el sexo opuesto, que pueden conducir a un ejercicio temprano de la sexualidad. Los factores psicosociales que acompañan a la modernización y su influencia en los roles personales y familiares son también contribuyentes, al existir grandes contradicciones: por una parte las características biológicas permiten la reproducción más temprana, por otra, la sociedad retarda la edad en que se considera adulto con todos los derechos y deberes (hay sociedades en las que se ha intercalado una década entre la menarquía/espermarquía y la independencia económica y laboral). Este conjunto de elementos hace que aumente el período de exposición al riesgo de embarazo fuera del marco, socioculturalmente aceptado, del matrimonio estableciéndose, además, expectativas poco realistas sobre el comportamiento sexual de los adolescentes. (12)

3.6.2.1. Conducta sexual:

Hay escasa información respecto a la sexualidad de los adolescentes latinoamericanos, aunque algunos estudios estiman que el 50% de los adolescentes menores de 17 años es sexualmente activo. En 8 países participantes de las encuestas de demografía y salud se encontró que entre 53 y 71% de las mujeres habían tenido relaciones antes de los 20 años. En Chile distintos estudios indican que el 40% de los adolescentes escolares han tenido relaciones sexuales (47% de los hombres, 32% de las mujeres), siendo más alto en el nivel socioeconómico bajo (63%), seguido del medio (49%), y menor en el alto (17%). (12)

La observación clínica indica que la relación sexual precoz es extendida en comunidades campesinas, algunas zonas suburbanas y en las clases

sociales bajas de las grandes ciudades. El aumento de la población juvenil sexualmente activa no se ha acompañado de un incremento proporcional de contracepción. (24, 25)

La edad media en que se contrae matrimonio es un indicador de las opciones al alcance de las mujeres: cuando pueden elegir, muchas mujeres retrasan el matrimonio para estudiar y/o buscar empleo. Esta orientación al cumplimiento de metas es un factor que favorece un inicio más tardío de la actividad sexual. (10, 12)

3.6.2.2. Disfunción familiar:

Un mal funcionamiento familiar puede predisponer a una actividad sexual prematura, y un embarazo puede ser visto como la posibilidad de huir de un hogar patológico donde a veces la adolescente se siente amenazada por la violencia, el alcoholismo y el riesgo de incesto. Como factores de riesgo asociados a la familia se han descrito también la inestabilidad familiar, el embarazo adolescente de una hermana, madre con historia de embarazo adolescente y enfermedad crónica de uno de los padres. (10, 12)

3.6.2.3. Psicológicos y culturales

Durante la etapa temprana del desarrollo cognitivo de la adolescencia, los adolescentes no son capaces de entender todas las consecuencias de la iniciación precoz de la actividad sexual. En la adolescencia media el egocentrismo de la etapa que las hace asumir que a ellas "eso no les va a pasar". La necesidad de probar su fecundidad, estando afligidas por fantasías de infertilidad, puede ser un factor poderoso durante la adolescencia. (12)

En un ambiente de pobreza y subdesarrollo, donde la movilidad social es escasa o nula, la adolescente es incapaz de concebir la alternativa de evitar un embarazo. El "machismo" y la necesidad del varón de probarse, así como la existencia de carencias afectivas y necesidades no satisfechas son factores del comportamiento que también contribuyen al fenómeno. (4)

3.6.2.4. Sociales

Las zonas de pobreza, con hacinamiento, estrés, delincuencia y alcoholismo, tendrán mayor cantidad de familias disfuncionales, falta de recursos y acceso a los sistemas de atención en salud, con el consecuente mayor riesgo. (4)

Los medios de comunicación, a través de los mensajes comercializados y estereotipados, han contribuido a la reducción de las barreras culturales que, en el pasado, limitaban la actividad sexual. La pérdida de la religiosidad es otro factor que afecta las barreras para el ejercicio de la sexualidad adolescente. (26)

3.6.2.5. Anticoncepción y embarazo adolescente

La mitad de los embarazos de adolescentes ocurren durante los seis meses siguientes al inicio de la actividad sexual, y el 20% en el curso del primer mes. De estos adolescentes, no más de un 30% usó algún método anticonceptivo en ese período, aduciendo que estaban convencidos que "eso no iba a pasarles", lo no planificado del momento del coito, ignorancia de los métodos de anticoncepción, temor a ser criticados si usaban un método anticonceptivo, o a que los padres supieran que tenían actividad sexual. (12)

El uso de anticonceptivos en adolescentes es inferior que el de las mujeres de toda edad, aún en las casadas, con tasas de 9% en Guatemala, 30% en Colombia y hasta 50% en Brasil. Las cifras son mas bajas en áreas rurales. Según estudio realizado en Santiago, Chile; titulado "Embarazo en la Adolescencia. Educación sexual y anticoncepción previa" un 98.85% de los adolescentes en estudio dijo conocer algún tipo de método anticonceptivo previo al embarazo, y de ellos los mas citados fueron los anticonceptivos orales y el condón masculino (27).

La literatura señala que durante el año siguiente al parto, el 30% de las adolescentes quedan nuevamente embarazadas, y entre el 25 y 50% durante el segundo año. (4)

Como factores de riesgo para la recidiva se han identificado: primer embarazo antes los 16 años, pareja mayor de 20 años, deserción escolar, estar en un nivel escolar menor al que le correspondería, haber

requerido asistencia social en el primer embarazo, haber tenido complicaciones durante el primer embarazo, y haber salido del hospital sin conocer métodos de planificación familiar. (12)

3.6.3 Factores protectores de embarazo en adolescentes:

Se pueden considerar tres tipos: Personales, familiares y sociales.

Factores personales: Autoestima alta, buen rendimiento escolar, residencia, conciencia de la existencia de un ser superior, planes de estudios superiores, oportunidad de participación en actividades extracurriculares, sentido de propósito y futuro. (28)

Factores familiares: Buena cohesión familiar, buena relación con la figura paterna, ausencia de abuso sexual en el medio familiar, mayor número de horas compartidas con los padres. Se ha encontrado que hijas de padres que abiertamente desapruaban las relaciones sexuales de sus hijas, demoran el inicio de la actividad sexual (28)

Factores sociales: Mensajes consistentes, ambientes sociales donde no exista consumo de alcohol, tabaco o sustancias psicoactivas, refuerzo de mensajes por parte de los pares, presencia de modelos que refuercen valores. (28)

3.7 Complicaciones en la embarazada adolescente

Las adolescentes embarazadas así como el producto tienen mayor riesgo de morbilidad y mortalidad. La madre adolescente hace que continúe el ciclo de un acceso a salud deficiente, educación baja y pobreza (14)

Las adolescentes entre las edades de 15 a 19 años tienen dos veces más probabilidades de morir durante el embarazo o parto que aquellas mayores de 20 años; las jóvenes menores de 15 años tienen cinco veces más probabilidades de fallecer. (29, 30, 31)

Cada año en los países en desarrollo, al menos dos millones de mujeres jóvenes se realizan un aborto riesgoso (25). Los abortos riesgosos pueden tener consecuencias devastadoras, incluyendo el desgarro cervical, la perforación uterina, hemorragias, infecciones pélvicas crónicas, la infertilidad y la muerte. (31, 32)

Los infantes de las adolescentes corren mayores riesgos de fallecer. De hecho, los hijos de madres adolescentes tienen mayores probabilidades de morir antes de cumplir un año que los infantes de madres más adultas. Las complicaciones durante el parto dan

cuenta de casi el 25 por ciento de las muertes perinatales. El parto precoz y el bajo peso al nacer son otras de las razones por las cuales mueren los infantes que nacen de madres adolescentes. (33)

3.7.1 Primer trimestre

3.7.1.1 Trastornos digestivos, hiperémesis.

Hasta un 50-90% de las embarazadas presentan náuseas, y un 25-55% presentan vómitos. La incidencia es mayor en mujeres jóvenes, negras, con sobrepeso, no fumadoras, amas de casa, y analfabetas. Y es menos frecuente en mujeres profesionales, blancas, que consumen alcohol con regularidad antes del embarazo, mayores de 35 años. (34)

3.7.1.2 Metrorragias

Designa cualquier hemorragia vaginal, procedente del útero, no asociada al ciclo menstrual por su ritmo o por la cantidad de flujo. Ocurre en un 16,9% de las adolescentes y en un 5,7% de las adultas. (35)

3.7.1.3 Abortos espontáneos

El aborto espontáneo o aborto natural es la pérdida de un embrión o feto por causas no provocadas intencionalmente. La causa más frecuente es la muerte fetal por anomalías congénitas del feto, frecuentemente genéticas Leroy y Brams detectaron un 28,2% de abortos espontáneos en las adolescentes. (36, 37, 38).

3.7.1.4 Embarazos extrauterinos

Es aquél que se desarrolla fuera del útero, ya sea en la trompa de Falopio (el más frecuente), en el ovario, en el canal cervical o en la cavidad pélvica o abdominal. Según Aumerman ocurren en el 0,5% de las gestantes embarazadas y en el 1,5% de las adultas. (39)

3.7.2 Segundo y tercer trimestre

3.7.2.1 Anemia

Hay una alta incidencia de anemia microcítica hipocrómica (38), la cual puede ser multifactorial, sobresalen los hábitos nutricionales deficientes, el acudir tardíamente a su control prenatal y la propia adolescencia (39). Es una enfermedad frecuente en los países subdesarrollados (40).

3.7.2.2 Infecciones urinarias

Hay discrepancias respecto de si es o no más frecuente esta complicación en la adolescente embarazada. Al parecer habría un discreto aumento de la frecuencia entre las de 14 años pudiendo alcanzar, para algunos autores, un 23,1%. (39)

3.7.2.3 Amenaza de parto pre término

Afecta aproximadamente al 11,42% de las gestantes embarazadas y, para algunos autores, no es diferente al porcentaje de las mujeres adultas. No obstante, la adolescencia en sí, es un factor de riesgo para esta complicación. (39)

3.7.2.4 Hipertensión arterial gravídica

Complicación que se presenta entre el 13 y 20% de las adolescentes gestantes, posiblemente es mayor el porcentaje entre las gestantes menores de 15 años, notándose una sensible disminución en la frecuencia de la eclampsia (0,10 a 0,58%), dependiendo en gran medida de la procedencia de la gestante, su nivel social y de la realización de los controles prenatales. En algunos países del 3er mundo puede alcanzar un 18,2% de preeclampsia y un 5% de eclampsia. Para algunos autores, esta incidencia es doble entre las primigrávidas entre 12 y 16 años (38, 39).

3.7.2.5 Mortalidad fetal

No parece haber diferencias significativas entre las adolescentes y las adultas. (39)

3.7.3 Parto

3.7.3.1 Parto prematuro

Es más frecuente en las adolescentes, con una media de menos una semana respecto de las adultas, cubriendo todas sus necesidades (nutritivas, médicas, sociales, psicológicas). La infección de vías urinarias quizá sea en parte responsable de la alta incidencia de parto prematuro, sumado a otras entidades que se citan como responsables tales como el propio desarrollo puberal, los procesos infecciosos a otros niveles como cervicovaginal que pueden ocasionar directa o indirectamente, a través de la rotura prematura de membrana, parto pretérmino (41)

3.7.3.2 Crecimiento intrauterino retardado

Quizás por inmadurez biológica materna, y el riesgo aumenta por condiciones socioeconómicas adversas (malnutrición) o por alguna complicación médica (toxemia). El bajo peso al nacer se asocia al aumento de la morbilidad perinatal e infantil y al deterioro del desarrollo físico y mental posterior del niño. El estado nutricional materno es un factor determinante en el crecimiento fetal y en el peso del recién nacido. El adecuado peso al nacer es sinónimo de bienestar y salud del neonato (39).

3.7.3.3 Presentaciones fetales distócicas

Las presentaciones de nalgas afectan del 1,9% al 10% de las adolescentes. Para algunos autores, al 3%. (42)

3.7.3.4 Desproporciones cefalopélvicas

Es muy frecuente en adolescentes que inician su embarazo antes de que su pelvis alcance la configuración y tamaño propios de la madurez. (42)

3.7.3.5 Tipo de parto

En algunas publicaciones se informa una mayor frecuencia de extracciones fetales vaginales instrumentales y no tanta cesárea. Las complicaciones son: desgarro del canal del parto por uso de instrumentos como fórceps o desarrollo incompleto de estas pacientes (42).

3.7.3.6 Alumbramiento

Se comunica una frecuencia del 5,5% de hemorragias del alumbramiento en adolescentes, frente a un 4,8% en las mujeres entre 20 y 24 años. Por lo tanto, la hemorragia del alumbramiento no es específica del parto de la adolescente (39).

3.7.3.7 Traumatismos del tracto genital

Los desgarros cervicales son más frecuentes en las menores de 20 años.

(42)

3.8 Recién nacido de madre adolescente

3.8.1 Peso

No existen diferencias significativas con relación a las mujeres adultas, aunque parece existir entre las menores de 15 años, debiendo diferenciarse claramente los nacimientos pretérmino de los retardos del crecimiento fetal, con definidas repercusiones sobre la morbilidad perinatal. Entre la menores de 17 años hay mayor frecuencia de bajos pesos, con una prevalencia cercana al 14% de RN con menos de 2500 g (12).

3.8.2 Internación en neonatología

Los hijos de adolescentes registran una mayor frecuencia de ingresos a Neonatología sin diferencias entre las edad de las adolescentes. (12)

3.8.3 Malformaciones

Se informa mayor incidencia entre hijos de adolescentes menores de 15 años (20%) respecto de las de mayor edad (4%), siendo los defectos de cierre del tubo neural las malformaciones más frecuentes, y con un número importante de retrasos mentales de por vida (11).

3.8.4 Mortalidad perinatal

Su índice es elevado entre las adolescentes, disminuyendo con la edad (39,4% hasta los 16 años y 30,7% entre las mayores de 19 años). (12, 39)

3.9 Clasificación de riesgo obstétrico y perinatal de la adolescente embarazada

Grupo de alto Riesgo	Grupo de mediano riesgo	Grupo de riesgo corriente o no detectable
<p>Antecedentes de patología médica obstétrica general importante.</p> <p>Antecedente de abuso sexual.</p> <p>Enflaquecimiento (desnutrición).</p> <p>Estatura de 1,50 m o menor.</p> <p>Cursando los 2 primeros años de la enseñanza media.</p> <p>Pareja estudiante, en servicio militar o con trabajo ocasional</p>	<p>Menarca a los 11 años o menos.</p> <p>Actitud negativa o indiferente al inicio del embarazo.</p> <p>Ser la mayor de los hermanos.</p>	<p>Incorpora a todas las demás adolescentes hasta la edad que determine el programa. Poseen diferentes normas de control prenatal, en base a nivel de complejidad de la atención.</p> <p>Actualmente no se considera el grupo de mediano riesgo. El factor "actitud negativa" de la adolescente al inicio del embarazo, pasó al grupo de alto riesgo y los otros 2 factores pasaron al grupo de riesgo corriente o no detectable.</p>

Fuente: La salud del adolescente y del joven, Washington, D.C. OPS 2004.

3.10 Mortalidad materna

La OMS define la defunción materna como: La muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales. (43)

Las mujeres de los países pobres tienen 300 más posibilidades de morir durante el embarazo o el parto, que las mujeres de las naciones ricas, según un nuevo informe de UNICEF sobre el Estado Mundial de la Infancia. (44)

Cada año fallecen más de 500.000 mujeres y niñas en todo el mundo durante la gestación o el alumbramiento, y el 99 por ciento de esos casos se produce en el mundo en desarrollo. (44) (Ver Anexo, Tabla 5)

Los países con las tasas más altas de mortalidad materna son Nigeria, Afganistán, Sierra Leona, Chad, Angola, Liberia y Somalia. (44, Ver anexo tabla 5)

El embarazo y el parto durante la adolescencia conllevan importantes riesgos. Niñas de 15 a 19 años de edad dan a luz alrededor de 15 millones de niños cada año en el mundo y por causas relacionadas con el embarazo, mueren en este grupo de edad más que por ninguna otra causa (45)

Las adolescentes tienen el doble de probabilidad de morir en relación con el parto que las mujeres en los 20; en aquéllas por debajo de 15 años de edad aumenta en 5 veces el riesgo. (45)

Las adolescentes también exponen a su descendencia a un alto riesgo.

Los niños nacidos de mujeres menores de 20 años tienen 1½ más riesgo de morir antes de su primer año de vida que los niños nacidos de madres con edades entre 20 a 29 años. La inmadurez física coloca a la madre adolescente en mayor riesgo para la morbilidad y la mortalidad. La joven madre tiene mayor riesgo de presentar parto obstruido, parto prolongado, preeclampsia y eclampsia, entre otros. (46)

Los riesgos del embarazo en la adolescencia se incrementan en los países en vías de desarrollo. (47) (ver anexo, Tabla 6)

3.11 Mortalidad materna en Guatemala

La mortalidad materna es un indicador del daño extremo que algunas mujeres sufren durante la etapa reproductiva de sus vidas por la baja disponibilidad y baja calidad de los servicios de salud, las malas condiciones sociales, la desnutrición y las consecuencias de la marginalización de la posición social de las mujeres (19)

Estas mujeres mueren, por lo general, en sus casas, y tienen poco acceso a una atención de salud debidamente capacitada (19, 48, 49). La mortalidad materna afecta a las mujeres de todos los estratos sociales y económicos, pero un número desproporcionadamente alto de las mujeres afectadas por esta cuestión viven en la pobreza, tienen poca educación y habitan en regiones rurales (48, 49). En Guatemala,

la mayor parte de las muertes maternas ocurren entre mujeres indígenas que tienen poca educación, mujeres que trabajan en sus casas, y mujeres que tienen dos o más hijos. (49)

La gran mayoría de las mujeres indígenas son las que habitan en las condiciones de vida más precarias, las que tienen las tasas de fecundidad más altas, y el menor porcentaje de nacimientos asistidos por médicos o enfermeras. La tasa de mortalidad materna para este grupo es tres veces mayor (211 muertes por cada 100.000 nacimientos) en relación al grupo no-indígena (70 por cada 100.000 nacimientos), según el informe Línea Basal de Mortalidad Materna para el año 2000. A nivel nacional, los departamentos en los que la mortalidad materna está por encima del promedio nacional son: Alta Verapaz y Petén (región norte), Sololá y Totonicapán (suroeste), Huehuetenango y El Quiché (noroeste) e Izabal (noreste). (49)

Más de la mitad de las muertes maternas tienen lugar debido a un sangrado excesivo. Otras ocurren a causa de infecciones, hipertensión inducida por el embarazo, o abortos realizados de manera poco segura. El informe Línea Basal de Mortalidad Materna para el año 2000 muestra, entre otras cosas, que la mayoría de las muertes maternas tienen lugar en el hogar de la persona afectada. (48)

En Guatemala la razón de mortalidad materna para el año 2008 fue de 153 muertes de mujeres por causa relacionada al embarazo y parto por cada 100 mil niños nacidos vivos, según Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil -ENSMI- 2000.

3.12 Programas de prevención en Guatemala

Con el objetivo de enfrentar estas cuestiones, el Congreso de Guatemala promulgó la Ley de Desarrollo Social en octubre de 2001. Esta ley establece que las vidas y la salud de mujeres y niños son temas que corresponden a la esfera del bienestar público y que la maternidad saludable es una prioridad nacional. Esta ley llama asimismo a la creación de unidades de atención de la salud capaces de atender emergencias obstétricas, en lugares estratégicos del país, especialmente en aquellos lugares en donde se observan las tasas más altas de mortalidad materna e infantil. (50)

La Política de Desarrollo Social y Población creada para cumplir con esta ley tiene por objetivo alcanzar una reducción inicial del 15% en la tasa de mortalidad materna. El organismo responsable de alcanzar este objetivo como también de lograr otros progresos en materia de salud –el Programa Nacional de Salud Reproductiva– ha colocado la alta tasa actual de mortalidad materna entre las cuestiones pendientes

más importantes del país. Alcanzar este objetivo exige, sin embargo, una estrategia que involucre no sólo al sector social sino también a varios organismos locales e internacionales que ya se encuentran trabajando en el Maternal Health Monitoring Group. (51)

Uno de los logros más recientes del Programa Nacional de Salud Reproductiva es el informe Línea Basal de Mortalidad Materna, llevado a cabo con agencias de la ONU, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, y universidades locales que conforman el Maternal and Neonatal Health Monitoring Group. Este informe responde a la necesidad de establecer una línea basal real para poder medir el impacto de las distintas acciones que se llevan a cabo con el objetivo de reducir la mortalidad materna. (48)

Las recomendaciones que han surgido de ese informe, y que se encuentran ahora en los "Lineamientos estratégicos para la reducción de la mortalidad materna" tienen como objetivo coordinar los esfuerzos institucionales y sociales para ofrecer una respuesta integrada al problema de la mortalidad materna. Estos lineamientos tienen en cuenta las múltiples causas del problema, como también las cuestiones de género, étnicas, sociales y culturales que las mujeres deben enfrentar. (48, 49)

Asimismo el Programa Nacional de Salud Reproductiva ha creado un manual que estandariza la provisión de servicios de salud para todos los niveles de atención (52). Este manual aborda la participación de la comunidad, la familia y del usuario de esos servicios, e incorpora el concepto de salud reproductiva abarcativa. A esta publicación la complementan una serie de protocolos que tienen por objetivo "estandarizar los procedimientos básicos de diagnóstico y terapéuticos para permitir al personal institucional que ofrezca una atención eficiente y de calidad a aquellas personas que necesitan estos servicios" (53).

4. METODOLOGÍA

4.1 Tipo y diseño de la investigación

Descriptivo Retrolectivo

4.2 Unidad de análisis

Registro clínico de adolescentes gestantes de 10 a 19 años de edad que se atendió en la sala de labor de partos del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional de Amatlán, Guatemala. Año 2008.

4.3 Población y muestra

La población la constituyó todo registró clínico de gestantes adolescentes de 10 a 19 años de edad que asistió a la sala de labor y partos, Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional de Amatlán, Guatemala, en el año 2008, y a partir de este número se obtuvo una muestra probabilística con un error estándar menor a 0.1 y probabilidad de ocurrencia del 90%. Luego de esto se hizo una selección sistemática de elementos muestrales. Se cuenta con una población de 654 registros clínicos, y de estos la muestra fue de 248.

4.4 Criterio de inclusión y exclusión

4.4.1 Criterio de inclusión

Toda registro clínico de gestantes adolescentes entre la edad de 10 a 19 años de edad, que ingresa para atención a la sala de labor y partos del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional de Amatlán, Guatemala, año 2008, cuya papelería se encuentre con datos completos en archivo.

4.4.2 Criterio de exclusión

Paciente inscrita en el libro de labor y partos que no cuente con registro clínico.

4.5 Definición y operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LA GESTANTE ADOLESCENTE	Conjunto de condiciones que describen el perfil epidemiológico de las gestantes adolescentes	EDAD: Número de años cumplidos anotado en el registro clínico	CUANTITATIVA	RAZÓN	BOLETA DE RECOLECCIÓN DE DATOS
		ESTADO CIVIL: Datos en el registro clínico sobre su situación actual en cuanto a pareja *Soltera *Casada *Unida *Divorciada *Viuda	CUALITATIVA	NOMINAL	BOLETA DE RECOLECCIÓN DE DATOS
		ESCOLARIDAD: Según lo anotado en el registro clínico, tomando en cuenta el último año cursado, así *Analfabeta *primaria *secundaria *Diversificado	CUALITATIVA	ORDINAL	BOLETA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LA GESTANTE ADOLESCENTE	Conjunto de condiciones que describen el perfil epidemiológico de las gestantes adolescentes	<p>OCUPACIÓN: Según lo anotado en el registro clínico, la actividad que realiza todos los días del mes.</p> <p>*Estudiante *Ama de casa</p> <p>*Trabajadora Formal *Trabajadora informal</p>	CUALITATIVA	NOMINAL	BOLETA DE RECOLECCIÓN DE DATOS
		<p>ETNIA: grupo cuyos miembros presentan rasgos culturales y lingüísticos comunes según lo anotado en el registro clínico</p> <p>*Indígena</p> <p>*No Indígena</p>	CUALITATIVA	NOMINAL	BOLETA DE RECOLECCIÓN DE DATOS
		<p>PROCEDENCIA: región o lugar geográfico de donde se origina una persona, tomando este dato del registro clínico</p> <p>*Rural</p> <p>*Urbano</p>	CUALITATIVA	NOMINAL	BOLETA DE RECOLECCIÓN DE DATOS
		<p>RELIGIÓN</p> <p>Religión practicada actualmente, según el registro clínico.</p> <p>*Católica *Otra</p> <p>*Evangelica *NS/NN</p>	CUALITATIVA	NOMINAL	BOLETA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

<p>CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA GESTANTE ADOLESCENTE</p> <p>CONTROL PRENATAL</p>	<p>Visitas que la gestante realice a personal de salud para evaluación materna/fetal y se realicen durante la gestación, en numero de 4 o más visitas.</p>	<p>Número de visitas médicas a las que la gestante adolescente asistió como control de embarazo, anotado en el registro clínico</p> <p>*Sí *No</p>	<p>CUALITATIVA</p>	<p>NOMINAL</p>	<p>BOLETA DE RECOLECCIÓN DE DATOS</p>
<p>NÚMERO DE GESTAS</p>	<p>Cantidad de gestas o embarazos que hasta la fecha la paciente tenga, sin incluir la gesta actual.</p>	<p>Número de gestas según indique el registro clínico de la paciente</p> <p>*0 *1 a 2 *3 a 4 * más de 4</p>	<p>CUANTITATIVA</p>	<p>RAZÓN</p>	<p>BOLETA DE RECOLECCIÓN DE DATOS</p>

COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO	Todo tipo de problemas que se presenta durante el período de embarazo que afecte a la madre, excluyendo cualquier patología previa al embarazo	Cualquier problema clínico que afecte a la madre durante el embarazo según registro clínico *Sí *No	CUALITATIVA	NOMINAL	BOLETA DE RECOLECCIÓN DE DATOS
COMPLICACIONES DURANTE EL PARTO	actual Todo tipo de problemas que se presenta durante el período de parto que afecte a la madre	Complicaciones más frecuentes según el registro *Distocias de presentación *Desproporción cefalopélvicas *Trabajo de parto prolongado *Retención placentaria *Preeclampsia *Eclampsia *Rasgaduras * Muerte	CUALITATIVA	NOMINAL	BOLETA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

VÍA DE PARTO	Vía por la que se obtiene el producto.	Vía de parto en la gestante adolescente, según el registro clínico: <ul style="list-style-type: none"> • Vaginal • Abdominal (Cesárea) 	CUALITATIVA	NOMINAL	BOLETA DE RECOLECCIÓN DE DATOS
PORCENTAJE DE MORTALIDAD MATERNA EN ADOLESCENTES	Porcentaje de defunción materna en adolescentes en base al total de partos en este mismo grupo.	(Defunciones maternas en adolescentes X Partos adolescentes/100)	CUANTITATIVA	RAZÓN	BOLETA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

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

4.6.1 Técnica de recolección

Se elaboró una lista de números de registros clínicos extraídos del libro de labor y partos, de las adolescentes gestantes de 10 a 19 años de edad atendidas en la labor y partos del Hospital Nacional de Amatlán, los cuales constituyeron la población. Posterior a esto, a través de un muestreo probabilístico se obtuvo la muestra; luego se buscó los registros clínicos que constituyeron la muestra, en el archivo del Hospital Nacional de Amatlán, se verificó que estuviesen completos. Luego, se realizó revisión sistemática de estos expedientes y se trasladó los datos a la boleta de recolección.

4.6.2 Procedimiento

- Presentación y aprobación de perfil
- Se solicitó autorización en Hospital Nacional de Amatlán, Guatemala
- Elaboración de Protocolo
- Solicitud de libros de Ingresos a sala de Labor y partos, Mortalidad materna año 2008
- Revisión de los libros antes mencionados
- Obtención de número de registro clínico de pacientes a incluir en estudio
- Solicitud de expedientes en Archivo de hospital
- Lectura y análisis de registros
- Transcripción a boleta de recolección de datos
- Tabulación y análisis de datos
- Elaboración y presentación de informe final

4.6.3 Instrumentos

Se hizo uso de boleta de recolección de datos, la cual consta de dos secciones.

Primera sección:

Datos epidemiológicos: edad, estado civil, escolaridad, ocupación, etnia, procedencia y religión.

Segunda Sección:

Datos sobre control prenatal y complicaciones durante el embarazo y parto, vía de parto y porcentaje de mortalidad materna

4.7 Aspectos éticos de la investigación

El presente estudio se limitó a la revisión de registros clínicos por lo que puede considerarse como categoría I (sin riesgo). Se respetó la privacidad y confidencialidad de los datos anotados en los registros clínicos, Los resultados de la investigación se entregaron a las autoridades administrativas del Hospital Nacional de Amatlán, Guatemala y USAC, unidad de investigación de tesis.

4.8 Procesamiento y análisis de datos

4.8.1 Procesamiento

Al finalizar la etapa de recolección de datos, se procedió de la siguiente manera:

- Revisión de llenado correcto de cada instrumento de recolección de datos
- Se tabuló la información obtenida
- Se elaboró una tabla de cálculo estadístico en base de datos Microsoft Excel 2007
- Se ingresó la información obtenida a base de datos de Microsoft Excel 2007
- Se elaboró cuadros para la presentación de resultados

4.8.2 Análisis

Se realizó un análisis de tipo descriptivo, de la siguiente manera:

- Se cuantificó frecuencias para variables cualitativas
- Se cuantificó frecuencias para variables cuantitativas
- Se calculó porcentaje de mortalidad materna en adolescentes para el año 2008 de la siguiente manera:
(Defunciones maternas en adolescentes) X (Partos adolescentes/100)

4.9 Alcances y limitaciones

Se describieron datos sobre las gestantes adolescentes ingresadas a labor y partos del Hospital Nacional de Amatlán, Guatemala, características epidemiológicas y clínicas. No se describieron complicaciones fetales y neonatales ya que el estudio se basó en las complicaciones obstétricas.

5. RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados obtenidos a partir de las boletas de recolección de datos, divididos en dos secciones, la primera datos epidemiológicos y la segunda los datos clínicos.

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

CUADRO 1

Distribución de gestantes adolescentes según edad, atendidas en el Hospital Nacional de Amatlán, en la sala de labor y partos durante el período enero-diciembre 2008.

Guatemala Julio 2009

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
10	0	0
11	0	0
12	0	0
13	5	2
14	19	8
15	30	12
16	39	16
17	55	22
18	47	19
19	53	21
TOTAL	248	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO 2

Distribución de gestantes adolescentes según estado civil, atendidas en el Hospital Nacional de Amatlán, en la sala de labor y partos durante el período enero-diciembre 2008.

Guatemala Julio 2009

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Soltera	73	29
Casada	49	20
Unida	126	51
Viuda	0	0
Divorciada	0	0
TOTAL	248	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO 3

Distribución de gestantes adolescentes según escolaridad, atendidas en el Hospital Nacional de Amatitlán, en la sala de labor y partos durante el período enero-diciembre 2008.

Guatemala Julio 2009

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Analfabeta	32	13
Primaria	46	19
Secundaria	0	0
Diversificado	0	0
NS/NR*	170	68
TOTAL	248	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

* NS/NR: No sabe/No responde.

CUADRO 4

Distribución de gestantes adolescentes según ocupación, atendidas en el Hospital Nacional de Amatitlán, en la sala de labor y partos durante el período enero-diciembre 2008.

Guatemala Julio 2009

OCUPACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Estudiante	2	1
Ama de Casa	246	99
Trabajadora Formal	0	0
Trabajadora Informal	0	0
TOTAL	248	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO 5

Distribución de gestantes adolescentes según etnia, atendidas en el Hospital Nacional de Amatitlán, en la sala de labor y partos durante el período enero-diciembre 2008.

Guatemala Julio 2009

ETNIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Indígena	27	11
No indígena	221	89
TOTAL	248	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO 6

Distribución de gestantes adolescentes según procedencia, atendidas en el Hospital Nacional de Amatitlán, en la sala de labor y partos durante el período enero-diciembre 2008.

Guatemala Julio 2009

PROCEDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Urbana	91	37
Rural	157	63
TOTAL	248	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO 7

Distribución de gestantes adolescentes según religión, atendidas en el Hospital Nacional de Amatlán, en la sala de labor y partos durante el período enero-diciembre 2008.

Guatemala Julio 2009

RELIGIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Católica	91	37
Evangélica	88	35
Otra	2	1
NS/NR*	67	27
TOTAL	248	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

* NS/NR: No sabe/No responde.

DATOS CLÍNICOS

CUADRO 8

Distribución de gestantes adolescentes según control prenatal, atendidas en el Hospital Nacional de Amatlán, en la sala de labor y partos durante el período enero-diciembre 2008.

Guatemala Julio 2009

CONTROL PRENATAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	129	52
NO	119	48
TOTAL	248	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO 9

Distribución de gestantes adolescentes según número de gestas previas, atendidas en el Hospital Nacional de Amatlán, en la sala de labor y partos durante el período enero-diciembre 2008.

Guatemala Julio 2009

No. DE GESTAS PREVIAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0	214	86
1 a 2	30	12
3 a 4	4	2
Más de 4	0	0
TOTAL	248	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO 10

Distribución de gestantes adolescentes según complicaciones durante el embarazo, atendidas en el Hospital Nacional de Amatlán, en la sala de labor y partos durante el período enero-diciembre 2008.

Guatemala Julio 2009

COMPLICACIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	74	30
No	174	70
TOTAL	248	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO 11

Distribución de complicaciones durante el embarazo en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Nacional de Amatlán, en la sala de labor y partos durante el período enero-diciembre 2008.

Guatemala Julio 2009

COMPLICACIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Aborto	49	67
Amenaza de parto pretérmino	22	30
Rotura prematura de membranas ovulares	1	1
Amenaza de aborto	1	1
Colelitiasis agudizada	1	1
TOTAL	74	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO 12

Distribución de complicaciones durante el parto en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Nacional de Amatlán, en la sala de labor y partos durante el período enero-diciembre 2008.

Guatemala Julio 2009

COMPLICACIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Desproporción cefalopélvica	30	51
Embarazo Post-termino	10	17
Preeclampsia	9	15
Rotura prolongada de membranas ovulares	8	13
Eclampsia	1	2
Asinclitismo	1	2
TOTAL	59	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO 13

Distribución de gestantes adolescentes según vía de parto, atendidas en el Hospital Nacional de Amatitlán, en la sala de labor y partos durante el período enero-diciembre 2008.

Guatemala Julio 2009

VÍA DE PARTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Abdominal (Cesárea)	94	47
Vaginal	105	53
TOTAL	199	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO 14

Distribución de indicaciones de cesárea en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Nacional de Amatitlán, en la sala de labor y partos durante el período enero-diciembre 2008.

Guatemala Julio 2009

INDICACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Desproporción Cefalopélvica	30	32
Sufrimiento Fetal Agudo	13	14
Oligoamnios	9	10
Cesárea previa	8	9
Rotura prolongada de membranas ovulares	8	9
Embarazo Post Término	7	7
Presentación Podálica	7	7
Preeclampsia	6	6
Papilomatosis	3	3
Eclampsia	1	1
Corioamnionitis	1	1
Disminución de movimientos fetales	1	1
TOTAL	94	100

Fuente: Boleta de recolección de dato

6. DISCUSIÓN

La OMS define como adolescencia al "período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio – económica" y fija sus límites entre los 10 y 20 años (8).

Se pudo determinar que en el año 2008 se atendieron aproximadamente 6000 partos en el Hospital Nacional de Amatitlán, y de estos 654 en menores o igual a 19 años, lo que significa que un 10% de la población atendida es adolescente. La edad con mayor frecuencia de embarazo fue 17 años (22%) y la menos frecuente fue a los 10, 11 y 12 años, donde no se presentó ningún caso. La edad media en la que ocurre el embarazo en adolescentes fue 16 años. Esto puede deberse a que la adolescencia media, que es la adolescencia propiamente dicha, es el período de máxima relación con el sexo opuesto y es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual (9)

La mayoría de adolescentes son unidas o solteras, representando el 51% y 29% respectivamente, lo que concuerda con el estudio realizado por el Instituto Guttmacher en el 2006, Maternidad temprana en Guatemala, un desafío constante, el que indica que la mitad de las mujeres jóvenes inicia una unión (formal o consensual) antes de cumplir los 20 años. (4)

Con respecto a la escolaridad un 68% de las adolescentes no contestó esta pregunta, un 19% cursó algún grado de primaria y 13% analfabeta. Y ninguna refirió algún grado de secundaria o diversificado.

Según el ENSMI 2002 las causas de que la mayoría de mujeres adolescentes no cuenten con estudios de secundaria o diversificado, se atribuyen a que estas deben de abandonar los estudios por escasos recursos económicos, por malas calificaciones, por embarazo o por haberse casado. (19)

Otra causa de la baja escolaridad en mujeres adolescentes, es que países como el nuestro y principalmente en el área rural, los padres ven a las hijas como necesarias para el hogar y es indispensable que ellas aprendan los quehaceres del hogar, sin prestarle atención a la educación.

Las adolescentes embarazadas, la mayoría se dedican a ser ama de casa (99%), y solo un 1% es estudiante. Estos datos concuerdan con el ENSMI 2002, con la diferencia de que en el presente estudio la gran mayoría es ama de casa, y ninguna refirió algún trabajo formal o informal (19). La ocupación, tanto en hombres como en mujeres esta

condicionada por el nivel educativo, y en este estudio la mayoría de mujeres por ser analfabeta o contar solamente con algún grado de primaria, no son aptas para desempeñar algún tipo de trabajo formal. Secundario a esto, solo tiene opción de trabajos informales, muchas veces mal remunerados, lo que incrementa la pobreza, y que llevará eventualmente a que sus hijos tampoco tengan acceso a educación por falta de recursos económicos, lo que crea un círculo de pobreza hereditario.

En cuanto a la etnia y procedencia, un 89% es no indígena y un 11 es indígena, 63% provenientes del área rural y 37% proveniente del área urbana. Estos resultados concuerdan con el ENSMI 2002, donde la mayor población de mujeres adolescentes entrevistadas eran no indígenas el 52% y procedente del área rural (19).

La pérdida de la religiosidad es otro factor que afecta las barreras para el ejercicio de la sexualidad adolescente (26), es por esto que se tomo en cuenta si las adolescentes embarazadas profesan alguna religión, encontrándose que la mayoría profesa la religión católica 37%, seguida de la evangélica 35% y un 27% ninguna religión.

Independientemente del estado de planificación de un embarazo, las adolescentes necesitan servicios de calidad para asegurarles un embarazo y un parto seguros. Debido a una extensa variedad de motivos, incluyendo la dominante pobreza, una inadecuada infraestructura de salud, la inaccesibilidad geográfica y una preferencia cultural por las comadronas tradicionales, no todas las adolescentes obtienen la atención integral prenatal y del parto que necesitan para evitar complicaciones y dar a luz a bebés sanos. En cuanto al control prenatal es de suma importancia ya que a través de este se logra la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal; se observa que un 52% llevo control prenatal, comparado con un 48% que no llevó control prenatal, aun cuando la mayoría refiriere control prenatal, existe un porcentaje alto que no llevan ningún tipo de control durante el embarazo, lo que incrementa las complicaciones durante el mismo o el parto, ya que no se previenen o se diagnostican problemas que pueden ser solucionados durante el control prenatal.

En este estudio se evidencia que para la mayoría de adolescentes era su primer embarazo (86%), para un 12% el segundo o tercer embarazo, y para un 2% el tercer o cuarto embarazo. La literatura señala que durante el año siguiente al parto, el 30% de las adolescentes quedan nuevamente embarazadas, y entre el 25 y 50% durante el segundo año. Como factores de riesgo para la recidiva se han identificado: primer embarazo antes de los 16 años. (4)

En el presente estudio, se encontró que 30% de las gestantes adolescentes tuvo algún tipo de complicación, comparado con un 70% en las que no se presentó ninguna complicación. Las principales complicaciones presentadas durante el embarazo fue aborto (49%), la causa más frecuente de aborto es la muerte fetal por anomalías congénitas del feto, frecuentemente genéticas. Leroy y Brams en 1980 detectaron un 28,2% de abortos espontáneos en las adolescentes. (36, 37, 38). En este estudio la segunda causa la ocupó la amenaza de parto pretérmino con un 30% y es importante ya que muchas de estas amenazas terminan en un parto pretérmino, obteniendo recién nacidos con mayor morbi-mortalidad. La tercera complicación mas frecuente es rotura prematura de membranas ovulares, coleditiasis agudizada y amenaza de aborto con 1% cada una de ellas.

Dentro de las complicaciones durante el parto, la más frecuente es la desproporción cefalopélvica el 51%, es muy frecuente en adolescentes que inician su embarazo antes de que su pelvis alcance la configuración y tamaño propios de la madurez. (42). La desproporción cefalopélvica se sigue por el embarazo post término (17%), preeclampsia (15%) rotura prolongada de membranas ovulares (13%) y por último la eclampsia y asinclitismo (con un 1% cada una de ellas).

En cuanto a la vía de parto de las 199 adolescentes que culminaron su embarazo, 53% tuvo un parto vaginal y un 47% abdominal (cesárea). Las cesáreas en su mayoría la indicación fue desproporción cefalopélvica (32%), sufrimiento fetal agudo (14%), Oligoamnios (10%), rotura prolongada de membranas ovulares (9%), cesárea previa (9%), embarazo post termino por inducción fallida (8%), podálica (7%), preeclampsia (6%), papilomatosis (3%), disminución de movimientos fetales y eclampsia (1% cada una de ellas).

En los registros clínicos evaluados, no se reportó ninguna muerte materna, por lo que en este estudio el porcentaje de mortalidad materna es de 0.

7. CONCLUSIONES

7.1 Características epidemiológicas

- La edad de mayor frecuencia de embarazos en adolescentes fue los 17 años con un 22%
- El 51% de las adolescentes embarazadas se encontraba en estado civil de unión y el 19% curso algún grado de primaria.
- El 99% de la muestra se ocupaba de ama de casa, un 89% etnia no indígena y un 63% procedente del área rural.

7.2 Características Clínicas

- El 52% llevó control prenatal y un 48% no lo llevó.
- Se encontró que para el 86% fue su primera gesta, para el 12% la segunda o tercera y para el 2% la cuarta o quinta.
- Se evidenció que el 30% tuvo alguna complicación durante el embarazo, y la complicación más frecuente con un 49% fue aborto.
- Se encontró que un 30% tuvo alguna complicación durante el parto y la más frecuente fue la desproporción cefalopélvica.
- Un 53% de los partos fue por vía vaginal y un 47% por vía abdominal, cesárea.
- La primera indicación de cesárea fue la desproporción cefalopélvica (32%).
- No se encontró ninguna muerte materna.

8. RECOMENDACIONES

8.1 Al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social:

- Promover el control prenatal temprano, con énfasis en la gestante adolescente, a través de afiches, trifoliales, anuncios comerciales de televisión o radio.
- Fortalecer el programa de atención del adolescente para incrementar cobertura y mejorar la atención integral de esta población y lograr la reducción de las principales causas de embarazo.

8.2 Al Ministerio de Educación:

- Promoción de planes de educación a niños y adolescentes de colegios, escuelas e institutos sobre el riesgo del embarazo en la adolescencia y las complicaciones que este puede traer.
- Promover la importancia de la escolaridad y la familia estable a través de un plan educacional (escuelas, institutos, colegios).

8.3 A Hospitales Nacionales:

- Diseño y ejecución de programas de atención integral a la adolescente gestante, que cuente con médico, nutricionista, psicólogo y trabajador social en Hospitales Nacionales departamentales para así disminuir y/o identificar de manera temprana las complicaciones de esta población.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guatemala. Instituto Nacional de Estadística. XI Censo Nacional de Población y VI Censo Nacional de habitación 2002. Guatemala: INE; 2002.
2. Monteith RS, Stupp PW, McCracken SD. Reproductive, maternal, and child health in Central America: Trends and challenges facing Women and Children. Atlanta, Georgia: Centers for Disease Control and Prevention, 2005.
3. Programa de Salud Materno Neonatal. "Perfiles de los países: Guatemala". Maternal and Neonatal Health. [monografía en línea] Guatemala: sept 2003 [accesado 23 abril 2009]. disponible en: www.mnh.jhpiego.org
4. Alan Guttmacher Institute (AGI). Maternidad temprana en Guatemala: un desafío constante. (AGI) Guatemala [revista en línea] 2006 [accesado 12 abril 2009]; 1(5). www.guttmacher.org/pubs/2006/11/09/rib-Guatemala.pdf
5. Gobierno de Guatemala. Red de mujeres por la construcción de la paz. Ley de acceso universal y equitativo a los servicios de planificación familiar y su inclusión en el Programa de Salud Reproductiva. [en línea] Guatemala abril 2006 [accesado 12 abril 2009]. disponible en: www.congreso.gob.gt/uploadimg/documentos/n2197.ppt
6. Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio: Informe 2008. Publicado por el Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas (DESA). [monografía en línea] Agosto, 2008. [accesado 12 abril 2009]. disponible en: http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/pdf/MDG_Report_2008_SPANISH.pdf
7. Fajardo Gil O. Amatitlán. Paraíso de Ensueño Dorado. [monografía en línea] 15 de Julio de 2008. [accesado 12 abril 2009]. disponible en: www.amatitlanesasi.com
8. Organización Panamericana de la Salud. La salud del adolescente y del joven. Washington, OPS; 1995 (publicación científica 522)
9. Behrman R, Kliegman R, Jenson H. Nelson. Tratado de Pediatría. 17 ed. Madrid, McGraw-Hill. Interamericana, 2004.

10. Rangel JL, Valerio L, Patiño J, García M. Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada. *Rev Fac Med (Mex)* 2004; 47 (1): 24-27 .
11. Morris Charles G., Maisto Albert A., *Psicología*, México, Prentice Hall, 10 ed. 2001
12. Issler JR. "Embarazo en la adolescencia" *Revista de Postgrado de la Cátedra Vía Medicina*. 2001; Ago (107): 11-23.
13. Zabin S, Kiragu K. The health consequences of adolescent sexual and fertility behaviour in subsaharan Africa. *Studies in family planning*. 1998; (29):210-232.
14. United Nations. Department of Economic and Social Affairs. Population Division. *World Population Monitoring 2002 – Reproductive rights and reproductive health: selected aspects*. New York: United Nations: 2004.
15. World Health Organization. *Essential care: practice guide for pregnancy, childbirth and newborn care*. Geneva; WHO: 2002.
16. Martin J.A, Hamilton B, Sutton P, Ventura S, Menacker F, Kimeyer S. *National Vital Statistics Report*. [revista en línea] ene 2009 [accesado 12 abril 2009]; 57 (7) disponible en: www.cdc.gov/nchs/data/nvsr.
17. teenpregnancy.com. National Campaign to Prevent Teen Pregnancy. *Why It Matters* [sede web] EEUU. teenpregnancy.com [12 de enero de 2009; accesado 23 abril 2009]. Disponible en: www.teenpregnancy.org.
18. Gragnolati M, Marini A. *Health and poverty in Guatemala, Policy research working paper*, Washington DC; The World Bank Latin America and the Caribbean Unit, 2003; (2966).
19. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. *Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2002 (ENSMI 2002)* Guatemala. MSPAS: 2003.
20. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. *Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2002 (ENSMI 1995)* Guatemala. MSPAS: 1995.
21. Honduras. Secretaria de Salud Pública. *Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar (ENESF-2001)*. Informe Final. Asociación Hondureña de Planificación de Familia. Atlanta, GA: ASHONPLAFA/CDC: 2002.

22. Nicaragua. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) y Ministerio de Salud (MINSAL). Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 2001 (ENDESA-2001). Informe Final, Managua, Nicaragua: Instituto Nacional de Estadística y Censos 2002.
23. Santiso Galvez R, Bertrand JT. The delayed contraceptive revolution in Guatemala. *Human Organization*. 2004, 63(1):57–67.
24. López Blasco A, Gil Rodríguez G, Moreno Mínguez A, Comas D, Funes M, Parella S. Informe juventud en España 2008. [monografía en línea] Madrid: Servicio de publicaciones del Instituto de la juventud. ; 2008. [accesado 23 abril 2009]. disponible en: www.injuve.migualdad.es/injuve/contenidos.downloadatt.action?id=725387112
25. American Academy of Pediatrics. Committee on Adolescence. Contraception and Adolescents. *Pediatrics* 1999 nov; 104 (5): 1161-1166.
26. Brown J D, Newcomer S F. Television Beijing and adolescents sexual behavior. *J-Homosex*. 1991; 77-91
27. Okpani AOU, Okpani JU. Sexual activity and contraceptive use among female adolescents: a report from Port Harcourt, Nigeria. *Afr J Reproductive Health* 2000; 4(1): 40-47.
28. Atkin L, Givaudan M. Perfil psicosocial de la adolescente embarazada mexicana. Karchmer S, ed. *Temas selectos de la reproducción humana*. México, D.F.: Instituto Nacional de Perinatología, 1989:123-133.
29. United Nations Population Fund (UNFPA). State of world population, reproductive health for communities in crisis, adolescent reproductive health 2004. [monografía en línea] UNFPA; 2004. [accesado 23 abril 2009]. disponible en: <http://www.unfpa.org/swp/2004/english/ch9/page5.htm>
30. World Health Organization (WHO), United Nations Population Fund (UNFPA). *Pregnant Adolescents*. Geneva: WHO, 2006.
31. United Nations Population Fund (UNFPA). *State of World Population 2005: The Promise of Equality. Reproductive Health: A Measure of Equity*. New York: UNFPA, 2005.

32. Lete Lasa I, Lozano J, Martínez Arévalo C, Parrilla Paricio J. Sociedad Española de Contracepción (SEC). Manual de Salud Reproductiva en la Adolescencia: Embarazo en la adolescencia. [revista en línea] 2001 [accesado 23 abril 2009] 1[817–835]
http://www.sec.es/area_cientifica/manuales_sec/salud_reproductiva/26%20Salud%20reproductiva%20e.pdf
33. Phipps M, Blume J, DeMonner S. Young maternal age associated with increased risk of neonatal death. *Obstetrics & Gynecology*: Sept 2002; 100 (3) :481-486
34. Klebanoff M, Koslowe P, Kaslow R, Rhoads G. Epidemiology of vomiting in early pregnancy. *Obstet Gynecol* Nov 1985; 66 (5): 599-748
35. Alexander JD, Schneider FD. Vaginal Bleeding associated with pregnancy. *Prim Care*. Mar 2000; 27 (1): 137-151
36. Hassold T, Chen N, Funkhouser J, Jooss T, Manuel B, Matsuura J. A cytogenetic study of 1000 spontaneous abortions. *Annals of Human Genetics*. 198; 44 (2): 151 – 164
37. Fernández LS, Carro Puig E, Osés Ferrera D, Pérez Piñero J. Caracterización del recién nacido en una muestra de gestantes adolescentes. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 2004 (RCOG) [en línea] 2004 [25 de noviembre de 2005]; 30(2). URL disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol30_2_04/gin03204.htm
38. Fernández LS, Carro Puig E, Osés Ferrera D, Pérez Piñero J. Caracterización del recién nacido en una muestra de gestantes adolescentes. *Rev Cubana Obstet Ginecol* [en línea] 2004 [18 marzo de 2009]; 30(2): disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol30_2_04/gin03204.htm
39. Pereira LS, Plascencia JL, Ahued Ahued A. Morbilidad materna en la adolescente embarazada. *Gineco obstet México*. 2002; 70(6):270-274
40. Romero Maciel M, Cuenca E, López G, Rosales C. Anemia y control del peso en embarazadas. *Revista de Posgrado de la VI cátedra de medicina*. 2005;143:6-8
41. López J, Lugones Botell M, Valdespino L, Virilla Blanco J. Algunos factores maternos relacionados con el bajo peso al nacer. [en línea] 2004 [accesado 18 de marzo de 2009]; 30(1). disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol30_1_04/gin01104.htm

42. Tay Kcont F, Puell L, Neyra L. Embarazo en adolescentes: complicaciones obstétricas. Ginecol Obstet 1999; 45(3):179-82.
43. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos (CIE-10). Mortalidad materna. [en línea] EEUU. CIE-10; 1992 [accesado 18 de marzo de 2009] disponible en: www.who.com/library
44. Organización Mundial de la Salud. Reducir los riesgos de embarazo. Objetivo de Desarrollo del Milenio 5. [en línea] 2000 [accesado 15 marzo 2009] http://www.who.int/making_pregnancy_safer/topics/mdg/es/index.html
45. United Nations Children's Fund. Programming for safe motherhood. UNICEF Headquarters. Ginebra: UNICEF; 1999.
46. Population Reference Bureau. La actividad sexual y la maternidad entre los adolescentes en América Latina y El Caribe: riesgos y consecuencias. Washington, D.C: PRB; 1992.
47. Singh Susheela. Adolescent childbearing in developing countries: A global review. Studies in family planning. Jun 1998; 29 (2) 31-42
48. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). Informe Final: Línea Basal de Mortalidad Materna para el Año 2000. Guatemala: MSPAS, 2000.
49. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia regional para la reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas. Washington, DC: OPS, 2002,
50. Congreso de la República de Guatemala. Ley de Desarrollo Social, Decreto número 42-2001, artículo 26 Programa de salud reproductiva. Guatemala: oct 2001
51. Guatemala. Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia. Política de desarrollo social y población Guatemala: SEGEPLAN, abril 2002.
52. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) Programa Nacional de Salud Reproductiva (PNSR), Lineamientos y normas de salud reproductiva. Guatemala: MSPAS, 2003.

53. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Protocolos de la salud reproductiva. Guatemala: MSPAS, enero 2003

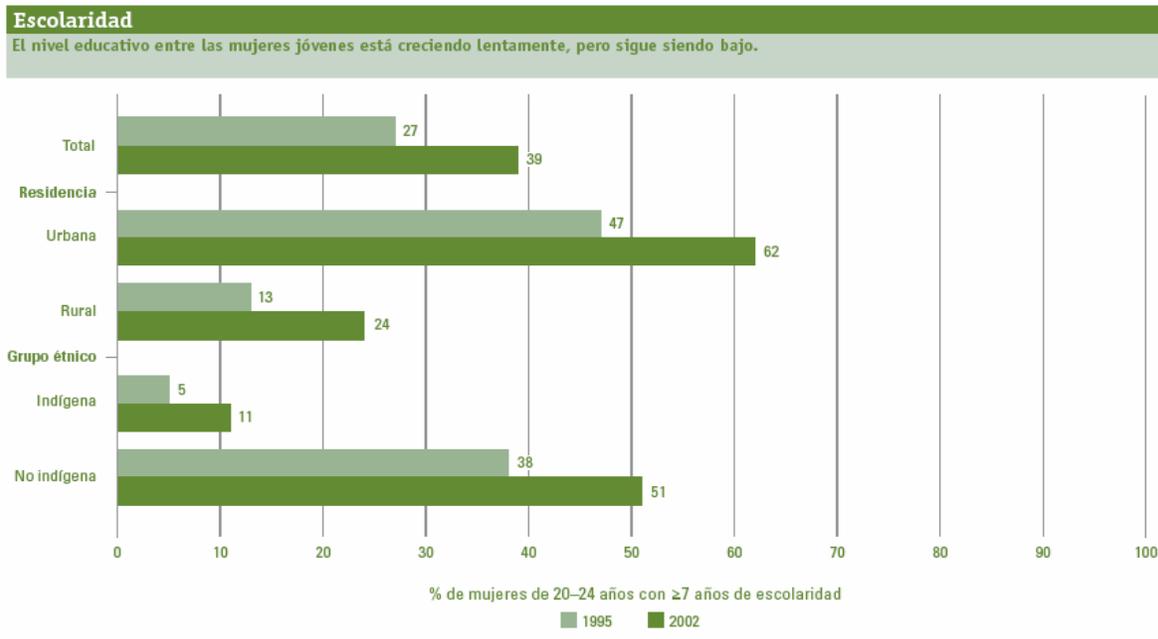
10. ANEXOS

TABLA 1

Tabla 1. tasa de fertilidad en mujeres de 15-19 años áreas y regiones, 1995-2000	
Áreas y Regiones	Tasa de fertilidad (por 1000)
Mundial	54
África	115
América Latina y Caribe	75
Norte América	51
Asia y Oceanía	39
Europa	25

Fuente: Naciones Unidas 2002 (18)

TABLA 2



Fuentes: ENSMI 1995 y 2002.

TABLA 3

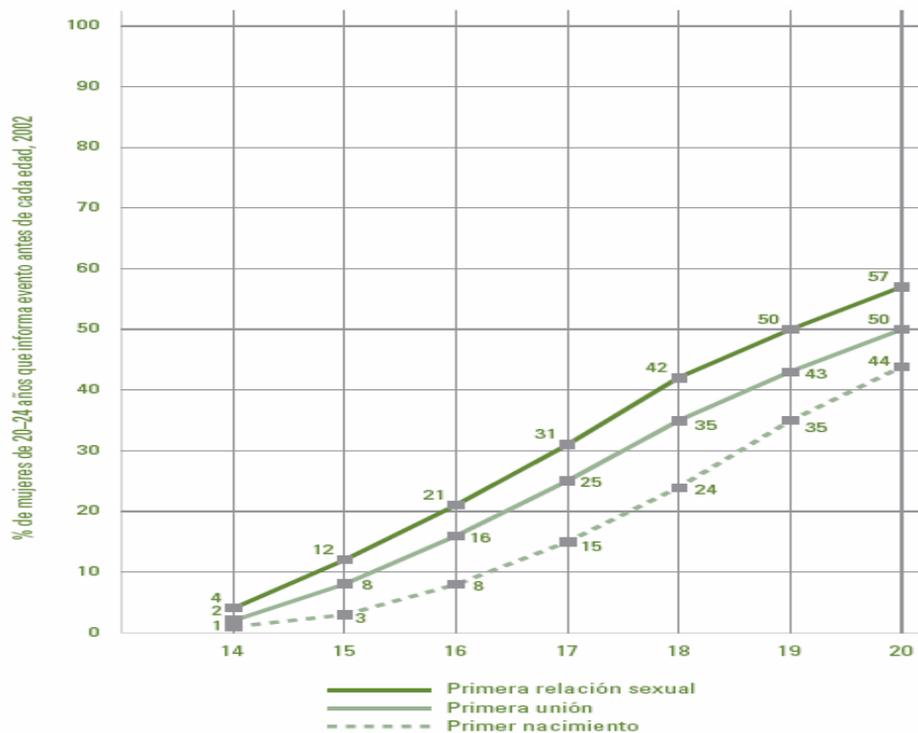
Tendencias de la Maternidad Adolescente

La tasa de fecundidad adolescente ha disminuido consistentemente desde finales de los años 80.

Año	Tasa de fecundidad por cada 1.000 mujeres 15–19 años	No. de nacimientos en mujeres 15–19 años (en 000s)	No. de mujeres 15–19 años (en 000s)	% de todos los nacimientos que son de adolescentes
1987	139*	57	407	18,5
1995	126†	69	550	18,8
2002	114†	72	635	18,6

Fuentes: Tasa de fecundidad Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 1987, 1995 y 2002. Numero de mujeres Naciones Unidas 2003 (1)

TABLA 4



Fuente Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2002 –ENSMI-

TABLA 5

Riesgo de por vida para las mujeres de morir por causas relacionadas con el embarazo,
1995

Región	Riesgo de por vida de morir
África subsahariana	1 en 13
Asia meridional	1 en 54
Oriente Medio y Norte de África	1 en 55
América Latina y el Caribe	1 en 157
Asía oriental / el Pacífico	1 en 283
Europa oriental central / Comunidad de Estados Independientes y del Báltico	1 en 797
Países industrializados	1 en 4.085

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), Maternal mortality in 1995: estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA (2001).

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS
CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS DE LA GESTANTE ADOLESCENTE

PRIMERA SECCIÓN

No. _____

No. de registro clínico _____

1. Edad: _____ años
2. Estado Civil
Soltera Casada Unida Viuda Divorciada
3. Escolaridad
Analfabeta Primaria Secundaria Diversificado
4. Ocupación
Estudiante Ama de Casa Trabajadora Formal
Trabajadora Informal
5. Etnia
Indígena No Indígena
6. Procedencia
Urbana Rural
7. Religión
Católica Evangélica Otra NS/NN

SEGUNDA SECCIÓN

- Control Prenatal Si No
- Número de Gestas 0 1 a 2 3 a 4 mas de 4
- Complicaciones durante el embarazo Si No
- Distocias de presentación Hemorragia Intraparto
- Desproporción Cefalopélvicas Rasgadura
- Trabajo de Parto Pretérmino Grado: _____
- Embarazo Post Término
- Retención Placentaria Vía de parto. Cesarea Vaginal
- Preeclampsia Muerte Materna
- Eclampsia