

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA (FDS)

COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES DEL PROGRAMA DE PROTECCIÓN A LA NIÑEZ Y ADOLESCENTES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL, CON ENFOQUE DE GÉNERO.

ESTUDIO REALIZADO EN EL HOGAR TEMPORAL DE PROTECCIÓN Y ABRIGO, SECRETARÍA DE BIENESTAR SOCIAL, QUETZALTENANGO, GUATEMALA. AGOSTO 2014 - MAYO 2015.

TESIS DE GRADO

FABIOLA HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ
CARNET 15224-08

QUETZALTENANGO, OCTUBRE DE 2015
CAMPUS DE QUETZALTENANGO

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA (FDS)

COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES DEL PROGRAMA DE PROTECCIÓN A LA NIÑEZ Y ADOLESCENTES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL, CON ENFOQUE DE GÉNERO.

ESTUDIO REALIZADO EN EL HOGAR TEMPORAL DE PROTECCIÓN Y ABRIGO, SECRETARÍA DE BIENESTAR SOCIAL, QUETZALTENANGO, GUATEMALA. AGOSTO 2014 - MAYO 2015.

TESIS DE GRADO

TRABAJO PRESENTADO AL CONSEJO DE LA FACULTAD DE
CIENCIAS DE LA SALUD

POR
FABIOLA HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ

PREVIO A CONFERÍRSELE
EL TÍTULO Y GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

QUETZALTENANGO, OCTUBRE DE 2015
CAMPUS DE QUETZALTENANGO

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR

RECTOR: P. EDUARDO VALDES BARRIA, S. J.
VICERRECTORA ACADÉMICA: DRA. MARTA LUCRECIA MÉNDEZ GONZÁLEZ DE PENEDO
VICERRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y PROYECCIÓN: ING. JOSÉ JUVENTINO GÁLVEZ RUANO
VICERRECTOR DE INTEGRACIÓN UNIVERSITARIA: P. JULIO ENRIQUE MOREIRA CHAVARRÍA, S. J.
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO: LIC. ARIEL RIVERA IRÍAS
SECRETARIA GENERAL: LIC. FABIOLA DE LA LUZ PADILLA BELTRANENA DE LORENZANA

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

DECANO: DR. CLAUDIO AMANDO RAMÍREZ RODRIGUEZ
VICEDECANO: MGTR. GUSTAVO ADOLFO ESTRADA GALINDO
SECRETARIA: LIC. JENIFFER ANNETTE LUTHER DE LEÓN
DIRECTORA DE CARRERA: LIC. MAUREEN ADILIA REYES COLINDRES DE HERRERA

NOMBRE DEL ASESOR DE TRABAJO DE GRADUACIÓN

LIC. AURA FABIOLA BAUTISTA GÓMEZ

TERNA QUE PRACTICÓ LA EVALUACIÓN

MGTR. ALMA GUICELA LIMA APARICIO DE SANCHEZ
LIC. AURA FABIOLA BAUTISTA GÓMEZ
LIC. CONSUELO ANNABELLA ESCOBAR Y ESCOBAR

AUTORIDADES DEL CAMPUS DE QUETZALTENANGO

DIRECTOR DE CAMPUS: P. MYNOR RODOLFO PINTO SOLIS, S.J.

SUBDIRECTOR DE INTEGRACIÓN
UNIVERSITARIA: P. JOSÉ MARÍA FERRERO MUÑIZ, S.J.

SUBDIRECTOR ACADÉMICO: ING. JORGE DERIK LIMA PAR

SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO: MGTR. ALBERTO AXT RODRÍGUEZ

SUBDIRECTOR DE GESTIÓN
GENERAL: MGTR. CÉSAR RICARDO BARRERA LÓPEZ



Universidad
Rafael Landívar
Tradición Jesuita en Guatemala

CAMPUS QUETZALTENANGO
Coordinación Carrera de Enfermería,
Facultad de Ciencias de la Salud
Teléfono (502)77229900 ext. 9829
Fax: (502) 77229821
14 Avenida 0-43 zona 3. Quetzaltenango
fbautista@url.edu.gt

Quetzaltenango, 3 de Octubre 2015

Dra. Lorena Madrigales.
Coordinadora de Facultad de ciencias de la Salud
URL/ Campus de Quetzaltenango

Respetable Doctora:

Por este medio la saludo, a la vez le informo que he finalizado la asesoría de tesis de la estudiante de la carrera de Licenciatura en Enfermería: **Fabiola Hernandez Hernandez**, con carné No. 1522408, de la tesis titulada:

COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES DEL PROGRAMA DE PROTECCIÓN A LA NIÑEZ Y ADOLESCENTES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL, CON ENFOQUE DE GÉNERO. ESTUDIAREALIZADO EN EL HOGAR TEMPORAL DE PROTECCIÓN Y ABRIGO, SECRETARÍA DE BIENESTAR SOCIAL, QUETZALTENANGO, GUATEMALA. AGOSTO 2014-MAYO 2015.

Trabajo de investigación realizado como requisito previo a obtener el título de Licenciada en Enfermería

Sin otro particular me suscribo de usted.

Atentamente

Fabiola Bautista
Asesora

cc. Archivo



Orden de Impresión

De acuerdo a la aprobación de la Evaluación del Trabajo de Graduación en la variante Tesis de Grado de la estudiante FABIOLA HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ, Carnet 15224-08 en la carrera LICENCIATURA EN ENFERMERÍA (FDS), del Campus de Quetzaltenango, que consta en el Acta No. 09928-2015 de fecha 9 de octubre de 2015, se autoriza la impresión digital del trabajo titulado:

COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES DEL PROGRAMA DE PROTECCIÓN A LA NIÑEZ Y ADOLESCENTES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL, CON ENFOQUE DE GÉNERO. ESTUDIO REALIZADO EN EL HOGAR TEMPORAL DE PROTECCIÓN Y ABRIGO, SECRETARÍA DE BIENESTAR SOCIAL, QUETZALTENANGO, GUATEMALA. AGOSTO 2014 - MAYO 2015.

Previo a conferírsele el título y grado académico de LICENCIADA EN ENFERMERÍA.

Dado en la ciudad de Guatemala de la Asunción, a los 12 días del mes de octubre del año 2015.



LIC. JENIFFER ANNETTE LUTHER DE LEÓN, SECRETARIA
CIENCIAS DE LA SALUD
Universidad Rafael Landívar

Agradecimiento

A Dios: Por ser guía, inspiración, amigo fiel y tener la fuerza para llegar al final de este recorrido, por estar siempre a mi lado y nunca dejarme sola, siempre podemos encontrar fe al acercarnos a ti.

A mis Padres: A mi padre Luis Hernández (+), gracias por guiarme e instruirme en los caminos de Dios y tener una buena educación así alcanzar mis sueños.

A mi madre Rebeca Hernández por ser pilar importante en mi vida.

A mis Hermanas: Mónica, Yesica, Marleny e Ingrid. Gracias por su cariño y su apoyo incondicional que me brindaron un agradecimiento especial.

A mis Amigas: Claudia Pretzintzin, Mildres Reyes, Vilma Sacbá, que me brindaron el apoyo incondicionalmente en todo momento cuando lo necesite.

A mi Asesora: Licda en Psicología/ Enfermería Aura Fabiola Bautista, por ayudarme en la realización y finalización de esta tesis, compartir los conocimientos, por ser muy paciente y creer en mí.

**Al Centro Universitario
e Institución:**

A la Universidad Rafael Landívar especialmente a la facultad Ciencias de la Salud.

A la Directora

Ingeniera:

Mirna Vásquez de Portillo y Subdirectora Dra. Lesbia Pelechú del Programa de protección a la niñez y adolescentes víctimas de violencia sexual, con enfoque de género. Hogar temporal de protección y abrigo, secretaría de bienestar social, Quetzaltenango, Guatemala, por brindarme la oportunidad y el apoyo necesario en todo momento para realizar la tesis y para concluir mi carrera de la mejor manera.

Dedicatoria

A Dios: Agradezco a Dios por darme la vida, inteligencia, sabiduría, fortaleza y permitirme cumplir esta profesión humanitaria, por guiarme mis pasos durante mi camino, y darme el privilegio de muchas bendiciones.

A mis Padres: A mi padre que en paz descanse (Flores sobre su tumba). Por darme cariño, amor, apoyo y brindarme palabras de ánimo cuando más lo necesitaba, sabios consejos a lo largo de la vida y enseñarme valores éticos desde niña.

A mi madre por el apoyo incondicional en todo momento.

A mis Hermanas: Gracias por brindarme el apoyo en los momentos difíciles cada una de ellas, sus oraciones, palabras de aliento y especialmente por acompañarme durante este recorrido de mi vida.

A mis Tíos y Tías: Durante el transcurso de esta profesión académica demostraron su apoyo incondicional, amor y paciencia.

A mis Abuelos: Por su amor, apoyo y ayudarme en mis aspectos durante mi vida.

**A mi Familia
en General:**

También quiero agradecer a mi familia por el simple hecho de estar junto a mí, eso me da la energía e impulso para seguir progresando como persona y como competitiva en la profesión.

**A mis Compañeros
de la Promoción:**

Por haberme manifestado en todo momento su amistad.

Índice

	Pág.
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
III. ANTECEDENTES.....	6
IV. MARCO TEÓRICO.....	11
4.1. Adolescencia.....	11
4.2. Embarazo.....	12
4.3. Embarazo en adolescentes.....	12
4.4. Historia clínica del embarazo en la adolescencia.....	13
4.5. Control prenatal.....	13
4.6. Nutrición de la embarazada.....	15
4.7. Complicaciones en el embarazo de la adolescente.....	15
4.8. Contextualización Geográfica del Hogar.....	19
V. OBJETIVOS.....	22
5.1 General.....	22
5.2 Específicos.....	22
VI. JUSTIFICACIÓN.....	23
VII. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	25
7.1 Tipo de Estudio.....	25
7.2 Unidad de Análisis.....	25
7.3 Contextualización geográfica y temporal.....	25
7.4 Definición de Variables.....	25
VIII. MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS.....	28
8.1 Selección de sujetos de estudio.....	28
8.2 Recolección de datos.....	28

IX.	PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	30
9.1	Descripción del proceso de digitación.....	30
9.2	Plan de análisis de datos.....	30
9.3	Métodos estadísticos.....	30
9.4	Aspectos éticos.....	30
X.	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	32
XI.	CONCLUSIONES.....	46
XII.	RECOMEDACIONES.....	47
XIII.	BIBLIOGRAFÍA.....	48
XIV.	ANEXOS.....	52

Resumen

Introducción:

El inicio de la vida sexual y el índice de embarazos no deseados en las adolescentes en países en vías de desarrollo como Guatemala, va en aumento y por ende aumento en las complicaciones entre las cuales se encuentran: abortos de diferentes tipos, pre-eclampsia, parto prematuro, hemorragia vaginal entre otros; de los factores que predisponen a estas complicaciones son pobreza, nivel educativo, desintegración familiar, falta de comunicación de padres a hijas y la falta de educación sexual.

Objetivo:

Determinar las complicaciones en el embarazo de adolescentes del Programa de Protección a la Niñez y Adolescentes Víctimas de Violencia Sexual con enfoque de Género, en el Hogar Temporal de Protección y Abrigo, Quetzaltenango Guatemala.

Diseño:

El estudio fue de tipo descriptivo, retrospectivo, documental.

Metodología:

Se trabajaron con un universo de 42 registros clínicos de las adolescentes embarazadas con el criterio de inclusión, la cual se logró recolectar la información a través de una matriz que fue dividida en tres partes.

Conclusiones:

Entre los datos demográficos de las adolescentes embarazadas se encontró que pertenecen a las edades de 15 a 17 años, lo que concierne al estado civil de las adolescentes embarazadas predomina que son solteras.

Las complicaciones obstétricas entre ellas están: infecciones del tracto urinario – I.T.U-, le sigue anemia, pre eclampsia moderada, la hipertensión, parto prematuro, eclampsia y hemorragia vaginal.

Recomendaciones:

Al sector de salud y educativos implementar programas educativos sobre salud reproductiva para concientizar a toda la población las consecuencias de los embarazos en adolescentes, así disminuir embarazos no deseados.

I. INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la tasa de natalidad entre las adolescentes representa un 11% aproximadamente de todos los nacimientos en el mundo, la mayoría de esos nacimientos (95%) ocurren en países de ingresos bajos. El embarazo en la adolescencia sigue siendo uno de los principales factores que contribuyen a la mortalidad materna e infantil y al círculo de enfermedad y pobreza. La procreación prematura aumenta el riesgo para las madres como para los recién nacidos.

En América latina hay 23 millones de mujeres jóvenes entre las edades de 15 a 19 años y representan el 25% de las mujeres en edad reproductiva. En este grupo etario dan a luz 16% del total de nacimientos de la región, aproximadamente 2 millones de nacimientos. Guatemala y el Salvador tienen las tasas más altas de fecundidad, siendo para Guatemala 139 por mil mujeres de 15 a 19 años. . (1) (2)

En Guatemala, la población en edad fértil es de 23.5% considerada entre las edades de 10 a 19 años, de este grupo el 24% están embarazadas. Ser adolescente es un factor de riesgo para presentar complicaciones durante el embarazo, por esto el control prenatal es importante para reducir las complicaciones. En Quetzaltenango las mujeres en edad fértil son 52,033, de las cuales 18,105 son adolescentes y el número de embarazos esperado es de 5,515 en adolescentes.

El inicio de la vida sexual y el índice de embarazos no deseados en las adolescentes en países en vías de desarrollo como Guatemala, va en aumento y por ende aumento en las complicaciones entre las cuales se encuentran: abortos de diferentes tipos, pre-eclampsia, parto prematuro, hemorragia vaginal entre otros; de los factores que predisponen a estas complicaciones son pobreza, nivel educativo, desintegración familiar, falta de comunicación padres a hijas y la falta de educación sexual.

La adolescencia es el periodo de vida comprendida entre los 10 y 19 años de edad, se caracteriza por una serie de cambios orgánicos llamados pubertad, así por la integración de funciones de carácter reproductivo (ciclo menstrual en las mujeres y ciclo espermáticos en los hombres), acompañados de profundos ajustes psicosociales, un ambiente sociocultural cambiante y en ocasiones hostil, al cual muchos adolescentes no se logran adaptar tan fácilmente, esta etapa se ve muy marcada por el uso de drogas, el bullying, relaciones prematrimoniales y consecuentemente los embarazos en adolescentes. En países en vías de desarrollo como Guatemala se agrava la situación por la falta de programas serios dirigidos al adolescente, información escasa, tabús en los hogares respecto al tema y la publicidad equivocada que se observa en algunos programas de televisión y redes sociales donde aparecen las relaciones sexuales prematrimoniales como algo normal, adecuado y hasta obligatorio entre los adolescentes.

El embarazo en adolescentes trae consigo complicaciones, entre ellas se mencionan las físicas entre las cuales se pueden mencionar: Desnutrición de la madre, abortos espontáneos, malformaciones en el feto, prematuridad, enfermedades del tubo neural y enfermedades congénitas. Entre las complicaciones sociales están: la deserción escolar, abandono de los sueños y aspiraciones, matrimonios forzados o mal instituidos, teniendo como consecuencia niños abandonados, que crecen en las calles aumentando así la delincuencia juvenil, prostitución y uso de drogas. Hay aspectos emocionales que interfieren en esta problemática los cuales son: La frustración, el sentirse abandonada o rechazada por la propia familia, el no saber cómo afrontar la situación y como cuidar al recién nacido. Las consecuencias económicas afectan no solo a la persona si no a la familia, comunidad y país.

La presente investigación titulada Complicaciones en el embarazo en adolescentes del Programa de Protección a la Niñez y Adolescentes Víctimas de Violencia Sexual, con enfoque de género. Hogar Temporal de Protección y Abrigo, Secretaría de Bienestar Social, Quetzaltenango, Guatemala, tuvo como objetivo describir las complicaciones del embarazo que se presentaron en las adolescentes durante el

periodo de Agosto 2014 a Mayo 2015. El tipo de estudio fue descriptivo, retrospectivo y documental. Los principales hallazgos fueron que la más complicación frecuentes en el embarazo en adolescente: Infección del tracto urinario, hipertensión arterial y preeclampsia moderada las cuales se evitar con una buena orientación a la adolescente de parte de la familia, maestros y personal de salud.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El embarazo en las adolescentes representa un problema para la familia, comunidad y sobre todo para la salud pública, estos embarazos se presentan generalmente entre las edades de 10 a 19 años de edad. Algunas adolescentes inician las relaciones sexo genitales a temprana edad sin percibir las consecuencias para su futuro, así mismo las relaciones sexuales las ven como aventuras o simplemente desean experimentar con el sexo, en algunos casos son violentadas sexualmente y como consecuencia se dan los embarazos no deseados, presentando complicaciones durante el periodo prenatal, parto, post parto y complicaciones en el recién nacido, por la formación anatómica, fisiológica y psicológica adecuada para formar una nueva vida.

Entre los orígenes de los embarazos en adolescentes se tienen causas de origen familiar, social e institucional. Entre las de origen familiar, se hallan el bajo nivel educativo que tienen los padres de familia de los adolescentes, varios de ellos no han cursado un nivel educativo formal, algunos no terminan ni siquiera la educación primaria, por esto no poseen una adecuada información sobre salud reproductiva, no logrando orientar a sus hijos en este punto, en algunos casos también no se aborda el tema por tabú. En varias situaciones los embarazos en adolescentes tienen una historia familiar, la madre tampoco recibió la orientación necesaria y se embarazó en la adolescencia, provocando una deserción escolar y por último una complicación durante el embarazo.

Entre las causas de origen social, se hallan, la pobreza, el hacinamiento, no se poseen los recursos para satisfacer las necesidades básicas, originando una baja autoestima, por lo tanto un desinterés en asistir a un servicio de salud para un control prenatal adecuado, que monitorea el embarazo, para detectar a tiempo cualquier anomalía, para manejarla adecuadamente.

Entre las causas institucionales, se tiene una deficiente comunicación entre la adolescente y su familia, hacen falta programas dirigidos a la salud del adolescente y si existen no se toman con formalidad. La falta de información del personal de salud en relación a la salud del adolescente carece de apoyo institucional, especialmente una deficiente atención de control prenatal. La falta de programas educativos en las instituciones de salud dirigidos a los adolescentes, hace que no se tenga una información adecuada en cuanto a salud reproductiva y manejo adecuado del período prenatal, concluyendo en una complicación en este periodo.

Todas las complicaciones que se pueden presentar en el embarazo, si no se manejan adecuadamente, pueden finalizar en elevación exagerada de la morbilidad y mortalidad materna infantil.

En el hogar temporal de protección y abrigo de Quetzaltenango hay adolescentes con muchos problemas principalmente de embarazos por violaciones sexuales de familiares o vecinos, algunas han presentado complicaciones en el embarazo. Por tal motivo se realizará este estudio que responderá a la pregunta:

¿Cuáles son las complicaciones en el embarazo en adolescentes del programa de protección a la niñez y adolescentes Víctimas de Violencia Sexual, con enfoque de género en el Hogar Temporal de Protección y Abrigo, Secretaria Bienestar Social, Quetzaltenango, Guatemala?

III. ANTECEDENTES

En el estudio titulado: “Embarazo en Adolescentes de 10 a 19 años de edad que acuden a la consulta de Gineco-Obstetricia del centro Materno Infantil de Andrés de Vera, Ecuador, de Enero a Septiembre del 2010”. Estudio Descriptivo, retrospectivo llevado a cabo a través de registros documentales (historias clínicas) en el área de estadística con 180 historias clínicas de adolescentes embarazadas que recibieron atención en el servicio de sala de partos del Centro Materno infantil.

Conclusión del estudio: en este centro asistencial más de la mitad de asistentes a control prenatal son adolescentes, en su mayoría proceden del área rural (urbano-marginal), de las cuales más de tres cuartos abandonaban los estudios siendo esta una de las fuentes principales de pobreza. Entre las edades de 12 y 13 años inició la menarquia, en su gran mayoría coinciden haber iniciado su vida sexual entre los 13 y 15 años, obteniéndose una tasa alta de promiscuidad guiada por la deficiente orientación sexual desde los padres de familia. La mayor parte de las adolescentes tenían de 5 a 8 controles prenatales y llegaron a los 9 meses obteniendo un parto normal sin complicaciones, de los partos que se complicaron las principales causas fueron por: desproporción cefalo-pélvica, cesárea anterior, pre eclampsia, sufrimiento fetal y ruptura prematura de membranas. (3)

En estudio científico titulado: “Edad de la gestante adolescente como factor de riesgo para complicaciones en el embarazo”, Cartagena Colombia 2009. Estudio de corte transversal, sujetos de estudio 100 adolescentes embarazadas, los datos se obtuvieron de la revisión de historias clínicas suministradas e información dada por las adolescentes a través de una encuesta.

Conclusión del estudio: el embarazo a edad temprana conlleva situaciones que ponen en riesgo la vida de la adolescente entre las edades de 13 a 18 años. Las embarazadas que se encuentran entre los 13 y 15 años tienden a presentar parto pre término o terminan generalmente en una cesárea. (4)

En el estudio titulado: “Intervención de Enfermería durante la Clínica Prenatal y Conocimiento sobre Riesgos Fisiológicos de la Adolescente Embarazada”. Venezuela 2010. Investigación cuantitativa, con diseño no experimental, transversal, descriptivo a través de un cuestionario, los sujetos de estudios fueron 16 enfermeras y 41 adolescentes embarazadas.

Conclusiones: el estudio afirma que existe una relación estadísticamente importante, entre la intervención de enfermería durante la atención prenatal en su función docente y el conocimiento de la adolescente embarazada, sobre los riesgos fisiológicos de la embarazada por lo que se recomienda crear y desarrollar actividades educativas basadas en los factores de riesgo fisiológicos y evaluar la capacidad de aprendizaje de las madres adolescentes. (5)

El estudio titulado: “Factores que influyen en el embarazo en la Adolescencia” 2007. Cuba. Estudio Observacional y analítico a través del método casos y controles a dos grupos de adolescentes embarazadas, se llegó a las siguientes conclusiones: los padres de familia deben de preparar a los adolescentes a enfrentarse con otro adolescente del sexo opuesto. Los padres de familia no están bien informados para brindar una educación efectiva a los adolescentes, por lo que se ven en la necesidad de arrastrar costumbres inapropiadas, y aplicarlas a las nuevas generaciones. Se entiende que en la educación sexual para la vida en pareja y del núcleo familiar es necesaria una intervención sistemática de una persona de salud de confianza con la familia, quien posea conocimiento sobre anatomía y fisiología humana así como también en la atención del embarazo, parto, posparto y cuidados del recién nacido, la regulación de la fecundidad, leyes, resoluciones e instituciones legales de acuerdo a la situación. (6)

En el estudio: “Características del control prenatal de pacientes adolescentes atendidas en la consulta de Obstetricia Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, 2010”. Costa Rica. Estudio observacional analítico de corte transversal basado en expedientes clínicos de las adolescentes que tuvieron su control prenatal durante el

periodo de estudio, de 360 historias clínicas en adolescentes embarazadas menores de 18 años.

Conclusiones del estudio: patologías como la infección urinaria y la anemia son de mayor prevalencia en la población. Con relación al recién nacido las primeras causas de morbilidad son partos prematuros, bajo peso, por lo que debido a la implementación de la unidad de cuidados intensivos neonatales se explican los bajos porcentajes de mortalidad neonatal presentada en las adolescentes. (7)

El estudio titulado: “Estilos de Vida en Embarazadas adolescentes”. Estado de Tabasco México 2010. Estudio observacional transversal y descriptivo a 30 jóvenes embarazadas a través de un instrumento llamado cuestionario de Estilo de Vida Promotor de la Salud.

Conclusiones del estudio: menos de la mitad de la población que se estudió no se actualiza en temas de salud, por lo tanto no lleva a cabo acciones de responsabilidad con su salud, ya que no se ejercita físicamente y tampoco tiene una alimentación adecuada. Existen actividades que se pueden llevar a cabo para disminuir el estrés las cuales nunca se llevan a cabo. Por lo que las adolescentes no cuentan con un estilo de vida adecuado, lo cual es un riesgo bastante elevado de padecer complicaciones futuras durante el embarazo. (8)

La tesis titulada: “Factores que influyeron en la ocurrencia de embarazos en adolescentes en el Barrio Playa Blanca, San Benito Peten de Diciembre 2007 a Mayo 2008”. Guatemala. Estudio descriptivo y de corte transversal por medio de una entrevista a 10 adolescentes embarazadas del Barrio Playa Blanca, San Benito Petén. (9)

Conclusiones del estudio: en los resultados de este estudio se evidencia que más de tres cuartas partes de las embarazadas iniciaron su vida sexual antes de los 18 años, más de la mitad obtuvo un embarazo inesperado, por lo cual la mayoría de

adolescentes abandonaron la escuela y son amas de casa, el resto en ningún momento estudió. Todas las adolescentes cuentan con el apoyo económico de algún miembro de su familia, y tienen buena relación con los padres sin embargo más de la mitad no recibió orientación sexual en su hogar. Refirieron que la moda es casarse antes de los 20 años y que conocen a muchas otras adolescentes embarazadas por lo que para ellas es normal ya que viven en un ambiente en donde el matrimonio y la procreación a edad temprana son comunes y visto como un patrón y no como un tema de preocupación. (9)

Estudio titulado: “Complicaciones Maternas en Embarazos de Adolescentes”. Estudio descriptivo transversal por medio de una entrevista a 280 pacientes del departamento de Ginecobstetricia del Hospital Regional de Zacapa durante el período de Enero a Septiembre del 2014.

Conclusiones del estudio: de la población total sometida al estudio, las complicaciones más frecuentes fueron la desproporción céfalo-pélvica y amenaza de parto prematuro, no olvidando que el hecho de estar en la edad de la adolescencia también es un factor de riesgo que predispone la vida de las adolescentes. La mayor frecuencia de embarazos se presentó a los 17, 18 y 19 años de edad, el embarazo en la adolescencia se ve como normal por el patrón de costumbres que se vive en el hogar de cada una, es importante que tanto la atención prenatal y del parto de las adolescentes debe de ser especial con un enfoque de riesgo y no como algo normal. (10)

Estudio titulado: “Embarazo en Adolescentes, Complicaciones Obstétricas, Prenatales y Perinatales”, 2002 – 2007 Estudio Descriptivo – retrospectivo, a través de la revisión de una boleta de recolección de datos en los registros clínicos de adolescentes embarazadas (de 12 a 18 años), atendidas en los servicios de labor y partos de los Hospitales Nacionales de: Pedro de Betancourt Antigua Guatemala, Chimaltenango y Cuilapa Santa Rosa.

Conclusiones del estudio: la edad promedio de embarazos se presentó a los 16 años, aunque la edad con la que se presenta el embarazo con mayor frecuencia es a los 18 años, casi la mitad de las embarazadas son solteras, más de la mitad cursaron tan solo algún grado de primaria y son amas de casa provenientes del área rural. Dentro de las complicaciones con más frecuencia en el primer trimestre están las metrorragias y el aborto espontáneo, en el segundo trimestre son las infecciones del tracto urinario y la anemia, en el tercer trimestre nuevamente las infecciones del tracto urinario, la amenaza de parto prematuro. Dentro de las complicaciones durante el trabajo de parto, las más presentadas son: la desproporción céfalo-pélvica y el trabajo de parto prolongado. La razón de mortalidad materna encontrada en las adolescentes durante el estudio (2002-2007) fue de 147 por cada 100,000 nacidos vivos en los tres hospitales aunque más de la mitad de las muertes maternas se presentó en el puerperio inmediato. (11)

IV. MARCO TEÒRICO

4.1. Adolescencia.

La adolescencia es una etapa de la vida comprendida entre 10 a 19 años, está en preparación y transformación, en el momento de finalización de la niñez y el inicio de una vida adulta. Llamada una etapa trascendental en donde se desarrollan varias habilidades, actitudes, conductas y un mejor conocimiento. (12)

4.1.2. Etapas de la adolescencia.

a. Adolescencia temprana (10 a 13 años).

Caracterizada por grandes cambios biológicos, aumento corporal, cambios de carácter sexual, funcional. Hay crecimiento de los órganos sexuales internos. Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Intellectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales. Así mismo es una etapa donde se adquiere de la identidad.

b. Adolescencia media (14 a 16 años)

Son cambios biológicos y fisiológicos, entre ellos crecimiento de estatura, para la mayoría es la edad inicio de la experiencia y actividad sexual, preocupados por la apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda, asume valores familiares, grupales, aumentan las relaciones sociales, tienen la mayor capacidad intelectual. Psicológicamente es el período máximo de la relación con sus padres, comparten valores propios y conflictos cotidianos. Se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo. (13) (14)

c. Adolescencia tardía (17 a 19 años)

Es la fase final de la adolescencia, se alcanzan las características sexuales de la adultez, hay una independencia – dependencia, tienen definidos los valores

religiosos, morales, casi no se presentan cambios físicos y aceptan la imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres para tener una perspectiva en la vida y adquiere mayor responsabilidades y capacidades. (13) (14)

4.2. Embarazo.

El embarazo es el periodo que inicia desde la fecundación del óvulo por el espermatozoide intra-uterino hasta el momento del parto, periodo durante el cual se dan diversos procesos, dentro ellos están procesos físicos, psicológicos y emocionales tanto de la madre como el feto, este periodo comprende en promedio 40 semanas o 9 meses de gestación. (15)

4.3. Embarazo en adolescentes.

Se define como el embarazo que se da en las mujeres que se encuentran en el período de adolescencia el cual comprende desde los 10 a 19 años de edad. El embarazo en adolescentes se considera a nivel mundial como un problema de salud pública, cada año alrededor de quince mil adolescentes resuelven partos, las adolescentes están en alto riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual antes, durante o después del embarazo que complican la vida de la madre y el feto. (16) (4)

4.3.1. Clasificación del riesgo del embarazo en adolescentes:

a. Factores protectores durante el embarazo:

El apoyo de la familia y de la pareja es importante para la aceptación del embarazo, para un buen estado de salud y una nutrición adecuada. (14)

b. Factores de riesgo en la adolescente embarazada:

Entre los riesgos más frecuentes están tener una edad menor o igual de 14 años, baja escolaridad, pobreza, embarazo producto de abuso sexual, adicción al alcohol o drogas, antecedentes gineco-obstétricos que afecten durante el embarazo y los abortos previos. (14)

4.4. Historia clínica del embarazo en la adolescencia.

La historia clínica de la mujer embarazada es la recolección de datos de la adolescente embarazada en su primera visita a su control prenatal, como el nombre, edad, motivo de consulta, antecedentes, diagnóstico. Se recolectan y son documentos legales o propios para el médico o enfermera. (17)

4.5. Control prenatal.

Es el procedimiento que se realiza a la mujer en estado de gestación a través de una serie de acciones que tienen como fin prevenir, identificar, y controlar las complicaciones durante el embarazo, parto, puerperio y del recién nacido. Con el objetivo de una prevención de morbilidad y mortalidad perinatal.

Con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza del niño. Dentro el control prenatal se persigue: la detección de enfermedades maternas subclínicas, la prevención diagnóstica temprana y tratamiento de las complicaciones maternas, la disminución de las molestias y síntomas menores asociadas al embarazo, la preparación psicofísicas para el nacimiento, la administración de contenidos educativos para la salud de la familia. (18) (19)

En el control prenatal, se proporcionan los cuidados y acciones que necesita la mujer durante este período, preparación para el parto seguro, en las mejores condiciones de salud, es también durante este control, donde se identifican las complicaciones y signos de peligro. (18) (19)

4.5.1 Requisitos del control prenatal.

a. Precoz o temprano.

La primera visita o control prenatal deberá iniciarse lo más temprano posible, durante el primer trimestre de la gestación, además es factible la identificación precoz de embarazos de alto riesgo, aumentando la posibilidad de planificar, eficazmente el

manejo de cada caso en cuanto a las características de la atención obstétrica que debe recibir y el lugar que ha de realizarse. (18) (19)

b. Periódico o continuo.

La frecuencia de los controles prenatales varía según el riesgo que exhibe la embarazada, un mínimo de cinco consultas o controles, una durante la primera mitad del embarazo entre las 23 y 27 semanas, una a cuatro semanas a partir de la semana 27). O un mayor número de controles, uno cada cuatro semanas hasta la semana 27, uno cada tres semanas entre las semanas 27 y 36, luego uno cada dos semanas desde la 36 hasta el parto término. Para adolescentes embarazadas de bajo riesgo se requieren de 5 controles normales.

c. Completo o integral.

Los contenidos del control prenatal en adolescentes deberán garantizar un buen cumplimiento de acciones, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.

d. Extenso o de amplia cobertura.

El control prenatal debe ser adecuado en cantidad, calidad, contenidos y oportunidad, tiene un enorme potencial de contribución a la salud familiar, esto tendrá un mayor impacto sobre la morbilidad y mortalidad. (18) (19)

4.5.2. Contenido del control prenatal.

a. Medida de altura Uterina.

Es el método más utilizado en la práctica clínica, es económico, simple y rápido para calcular la edad del embarazo de la adolescente, se realiza en la parte media del fondo uterino y la parte superior de la sínfisis del pubis, va aumentando a lo largo del embarazo y es reflejado en el crecimiento normal del feto, el útero va aumentando de tamaño a partir del cuarto mes un promedio de 4 a 5 centímetros. (17)

b. Vacunación antitetánica.

El tétano es una enfermedad bacteriana infecciosa causada por *Clostridium tetani*, este bacilo puede producir la neurotóxina que es extremadamente potente ya que bloquea los neurotransmisores inhibidores del sistema nervioso central y provoca la rigidez muscular y espasmos. El tétano afecta a los recién nacidos, se adquiere en los partos en malas condiciones higiénicas, puede prevenirse mediante de la inmunización activa o pasiva, según esquema de vacunación primera dosis se administra al primer contacto, segunda dosis al primer mes, tercera dosis a los seis meses, primer refuerzo a los diez años después y segundo refuerzo a los diez años después. (14)

4.6. Nutrición de la embarazada.

La nutrición durante el embarazo es importante para el desarrollo y crecimiento del feto, la disponibilidad de nutrientes dependerá de la naturaleza, la madre adolescente aún no ha terminado su propio crecimiento, la nutrición es fundamental para las competencias de su organismo y la capacidad de sustentar el feto y las primeras etapas de la vida del niño (a). (20)

- a. Calorías. (18)
- b. Proteínas. (21)
- c. Vitaminas (18)
- d. Minerales. (22)
- e. Hierro. (21)
- f. Calcio. (21)

4.7 Complicaciones en el embarazo de la adolescente.

4.7.1 Hemorragia vaginal

Es la salida de cualquier cantidad de sangre durante el embarazo en adolescentes vía vaginal. Estas complicaciones es una de las primeras causas de morbilidad y mortalidad a nivel nacional e internacional. Es un tipo de sangrado anormal que proviene del endometrio y es provocado por alteraciones o lesiones. (14)

4.7.2 Muerte fetal.

Es la muerte del feto intra-útero que ocurre entre las 20 y 40 semanas hasta las 42 semanas de gestación, al producto sin vida también se denomina óbito fetal. (23)

4.7.3 Aborto.

La amenaza de aborto o la interrupción espontánea del embarazo, es la presencia de hemorragia de origen intrauterino antes de las 20 semanas de gestación, o que el feto pese menor de 500 g, se puede presentar con o sin signos o síntomas de contracciones uterinas, sin dilatación cervical y sin expulsión del producto del embarazo. (24)

a. Tipos de abortos

- Aborto inminente
- Aborto diferido
- Aborto en curso
- Aborto incompleto
- Aborto completo
- Aborto habitual
- Aborto séptico (14) (18) (24)

4.7.4 Placenta previa.

Es una complicación del embarazo en que la placenta se implanta de manera total o parcial en la porción inferior del útero, de manera que puede ocluir el cuello uterino. Por lo general suele ocurrir durante el segundo o tercer trimestre del embarazo, puede suceder en la última parte del primer trimestre, la placenta previa es una de las principales causas de hemorragia durante el parto, y suele impedir la salida del feto a través del canal vaginal del parto por esta obstrucción. (25)

a. Placenta previa en cualquiera de sus presentaciones:

- Marginal: placenta total con el borde contacta con el orificio interno del cuello del útero.

- Oclusiva parcial: la placenta obstruye parte del orificio interno del cuello del útero de la mujer. (25)
- Centro total: la placenta cubre todo el orificio del cuello del útero. (25)

4.7.5 Hipertensión arterial inducida por el embarazo.

La hipertensión arterial es una de las enfermedades cardiovasculares y con alta incidencia a nivel mundial, que afecta a varios órganos vitales del cuerpo, una de las causas muy sobresalientes es la mortalidad o incapacidad. Los parámetros de la Hipertensión arterial es: la óptima es de 120/80 mm/Hg, normal 120/20-129-84 mm/Hg, normal alta 130/85-139/89 mm/Hg, Hipertensión Grado 1: 140-159/90-99 mm/Hg, Hipertensión Grado 2: 160-179/100-109 mm/Hg, Hipertensión Grado 3: >180/110 mm/ Hg. (26) (27)

La hipertensión arterial en el embarazo se considera una tensión arterial diastólica de >90 mm/Hg y la diastólica de >140 mm/Hg.

La hipertensión inducida por un embarazo se destaca a nivel internacional, es la principal causa de muerte materna y perinatal, también secundaria a la interacción proveniente por perfusión placentaria disminuida. Constituye la principal enfermedad propia de la gestación sobre todo en embarazos en adolescentes. (26) (27)

4.7.6 Preeclampsia.

La pre-eclampsia se presenta después de las 20 semanas en el periodo de gestación, se manifiesta por cefalea, visión borrosa, epigastralgia, edema en cara y ambas manos. (14)

- a. Preeclampsia moderada: la presión arterial sistólica es mayor de 140mm/Hg y la diastólica mayor o igual a 90mm/Hg. la presencia de proteinuria corresponde a dos cruces o 1g/Lt en exámenes de orina con muestra de las tiras reactiva, ó 300 mg/Lt en orina en 24 horas. (14)

- b. Preeclampsia severa: la presión arterial sistólica mayor de 160mm/Hg y la diastólica mayor o igual a la de 110mm/Hg.

Se presentan los síntomas más frecuentes: cefalea severa, dolor abdominal severo y la presencia de proteinuria 3 cruces o más de 3 gr/Lt en muestra de orina al azar, y con tira reactiva, o más de 3 gr/Lt en orina en 24 horas. (14)

4.7.7 Eclampsia.

Es la complicación de la preeclampsia que se ve marcada por las convulsiones que presentan las mujeres ya sea durante el embarazo, parto o puerperio inmediato. Es un riesgo para la vida de las mujeres que lo padecen principalmente en la adolescente con predisposición familiar o herencia. Generalmente se da en personas menores de 18 o mayores de 35 años. (28)

La eclampsia puede transcurrir durante las primeras 20 semanas de gestación, puede provocar una encefalopatía hipertensiva.

4.7.8. Parto prematuro.

Se produce entre las 28 y 36 semanas de edad gestacional, considerando como límite normales de duración de la gestación entre 37 y 41 semanas, se puede identificar en las mujeres adultas comprendidas entre las edades de 19 años en adelante de igual forma con las mujeres adolescentes.

A la prematuridad contribuyen una serie de condicionantes presentes con mayor frecuencia en las adolescentes que en las gestantes adultas, como son la mala nutrición materna, anemia, las infecciones y entre otras. (29)

4.7.9 Anemia.

La anemia es una de las complicaciones frecuentes relacionadas en el embarazo, es común en mujeres con una dieta inadecuada, en menores de 20 años. Los riesgos

nutricionales van incrementando de acuerdo a como va desarrollando el feto, y si la nutrición es inadecuada entran en peligro la adolescente embarazada.

En países subdesarrollados, con frecuencia se inicia el embarazo con bajas reservas de hierro debido a la pérdida de sangre por el flujo menstrual de cada adolescente.

(14)

4.7.10 Infección del tracto urinario.

Es una impresión clínica que se asocia frecuentemente al embarazo en las adolescentes; la mayor parte de las infecciones urinarias se establecen entre los primeros lugares de complicaciones, así también la leucorrea y vulvovaginitis es frecuente en embarazos en adolescentes, con las variantes clínicas de bacteriuria asintomática, la cistouretritis y la pielonefritis, la bacteriuria asintomática en las embarazadas en donde la infección urinaria se debe tratar inmediatamente durante el periodo del embarazo. (27)

4.7.11 Diabetes gestacional.

Se define como cualquier grado de intolerancia de la glucosa, se inicia por primera vez durante el embarazo, puede afectar al feto originando una malformación, también puede suceder después de un embarazo, las embarazadas con diabetes gestacional corren un riesgo de contraer la diabetes tipo II. En el periodo del embarazo la placenta produce la cantidad de hormonas y la insulina no atraviesa a la placenta que puede presentarse en el segundo trimestre de embarazo. (30)

4.8 Contextualización geográfica del hogar.

Programa De Protección A La Niñez Y Adolescentes Víctimas De Violencia Sexual En Adolescentes Con Enfoque De Género Hogar Temporal De Protección Y Abrigo Quetzaltenango, Guatemala. (31)

Esta institución fue creada en mayo 2001, con el nombre de “Programa de Protección y Adolescencia Víctima de Violencia Sexual con Enfoque de Género”, asumiendo la:

4.8.1 Visión:

Entidad líder especializada en niñez y adolescencia, que brinda servicios integrales de calidad con presencia a nivel nacional e internacional, pertinencia cultural que preserve y reunifique a las familias, reinserte y resocialice adolescentes.

Ser un hogar ejemplar, que cuenta con una atención y ambiente idóneos, promoviendo el desarrollo y participación de las niñas, adolescentes y adolescentes madres, con el fin de que la institucionalización no retrase su desarrollo integral, que su estadía en este Hogar sea de beneficio individual, familiar y social. (31)

4.8.2 Misión:

Garantizar el cumplimiento y la restitución de los Derechos de la niñez y adolescencia a través de la ejecución de programas de prevención, protección, reinserción y resocialización, coordinando interinstitucionalmente: formulando, ejecutando y evaluando políticas públicas en la materia con la participación ciudadana.

Somos una institución gubernamental, que vela por el cumplimiento de Protección y el abrigo de las niñas, adolescentes y adolescentes madres que han sido víctimas de violencias sexuales y vulneradas en sus ingresos a nuestra institución por orden de Juez competente, indicando así la restitución a sus diferentes derechos.

Brindar protección y abrigo a las niñas y adolescentes, adolescentes madres en estado de vulnerabilidad víctima de violencia sexual, nos enfocamos en dedicar una atención integral según las necesidades de cada niña y adolescentes. Buscamos que su estadía en el Hogar de Protección y Abrigo Quetzaltenango sea de beneficio en sus vidas. (31)

4.8.3 Objetivos específicos de la institución: (31)

- Programa especializado para la atención de las niñas, adolescentes y niñas madres víctimas de violencia sexual, con enfoque de género.

- Velamos por dar cumplimiento a los derechos de las niñas y adolescentes guatemaltecas les corresponde: alimentación, techo, vestuario, salud, educación, recreación.
- Abordaje terapéutico y una atención integral que restituya los derechos vulnerados.

V. OBJETIVOS

5.1 General.

Determinar las complicaciones en el embarazo de adolescentes del Programa de Protección a la Niñez y Adolescentes Víctimas de Violencia Sexual con enfoque de Género, en el Hogar Temporal de Protección y Abrigo, Quetzaltenango Guatemala.

5.2 Específicos.

- Identificar las características demográficas de los sujetos de estudio.
- Describir los antecedentes ginecobstétricos de las adolescentes embarazadas.
- Identificar las complicaciones en el embarazo de adolescentes.

VI. JUSTIFICACIÓN

La adolescencia es una etapa muy difícil del ser humano en donde existen varios cambios físicos, emocionales y psicológicos. El embarazo en las adolescentes es un problema en salud pública en Guatemala, cabe mencionar que es un problema social, con causas de pobreza, cultura y biológicas; originando un aumento en la frecuencia de complicaciones.

Actualmente las adolescentes inician tempranamente la actividad sexual por falta de orientación principalmente de los padres, familia, sociedad e instituciones educativas, en el tema de sexualidad humana; dando como resultados alta cantidad de niños en abandono, educación interrumpida, complicaciones obstétricas, abortos clandestinos, muertes maternas, muertes neonatales y trastornos psicológicos en las adolescentes.

El Hogar temporal cuenta con una población de 105 a 110 adolescentes, de dicha población hay de 12 a 20 adolescentes embarazadas, que son remitidas de diferentes Tribunales de Justicia, de la república, por lo que están en un proceso legal, debido a que algunas ingresan por violación sexual, mal trato intrafamiliar y principalmente se reportan por ser menores de edad (menores 14 años).

Las adolescentes embarazadas que ingresan a la institución siguen una ruta que consiste en una evaluación por el área médica del Hogar, luego se traslada al Hospital Regional de occidente para realizar sus controles prenatales, examen de diagnóstico como VIH, Detección de Sífilis, Hepatitis; con lo que se elabora un informe médico. Toda esta información se refiere nuevamente a los Tribunales de Justicia correspondientes notificando así el estado de la adolescente.

Durante los controles prenatales se han detectado complicaciones obstétricas como Infecciones del tracto urinario, preeclampsia, eclampsia, anemia, hemorragias vaginales, etc. Las cuales si se detectan a tiempo se logran controlar, pero cuando la

adolescente ingresa con un tiempo de embarazo de más de 30 semanas, es difícil prevenir dichas complicaciones.

Este estudio contribuirá a mejorar los servicios en el área médica, psicológica, pedagógica, trabajo social, cocina; así mismo detectar a tiempo complicaciones, por ende las muertes maternas las cuales aún no se han dado pero si las complicaciones, así mismo evita el aumento del costo beneficio de la institución, también contribuirá a proporcionar una buena atención a cada adolescente embarazada, proponer estrategias de una orientación sexual adecuada.

VII. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

7.1 Tipo de Estudio.

Investigación es de tipo descriptivo, retrospectivo, documental.

7.2 Unidad de Análisis.

Se trabajaron los registros clínicos legales de las embarazadas del Hogar Temporal de Protección y Abrigo.

7.3 Contextualización geográfica y temporal.

7.3.1. Delimitación geográfica:

Municipio y departamento de Quetzaltenango.

7.3.2. Delimitación temporal:

Durante el período de Agosto 2014 a Mayo 2015.

7.4 Definición de Variables.

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicador	Escala de Medición	Ítems
Características demográficas de las adolescentes	Conjunto de características o registros en el perfil socio-demográficas de cada adolescente embarazada	Revisión de registros clínicos.	<ul style="list-style-type: none"> • Edad. • Estado civil. • Escolaridad. • Ocupación. • Etnia. • Procedencia. 	Nominal	Preguntas de la 1 a la 7.
Antecedentes Gineco-obstétricos.	Datos relativos a afecciones ginecológicas y quirúrgicas anteriores que puedan ser causa de modificación de conducta en la atención por lo que se deben ser cuidadosamente tomadas en cuenta.	Revisión de registros clínicos.	<ul style="list-style-type: none"> • Menarquia. • Primera relación sexual. • Control prenatal. • Edad gestacional. • Gestas. • Partos. 	Nominal	Preguntas de la 8 a la 13
Complicaciones en el embarazo	Situación o dificultad imprevista que se presenta durante el embarazo en adolescentes que no es propio de este y de difícil solución.	Revisión de registros clínicos.	<ul style="list-style-type: none"> • Hemorragia vaginal. • Muerte Fetal. • Abortos. • Placenta previa. • Hipertensión arterial. 	Nominal	Pregunta 14

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicador	Escala de Medición	Ítems
			<ul style="list-style-type: none"> • Preeclampsia. • Eclampsia. • Parto prematuro. • Anemia. • Infección del tracto urinario. • Diabetes gestacional. 		

VIII. MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS.

8.1 Selección de sujetos de estudio.

8.1.1 Criterios de inclusión:

42 registros clínicos de adolescentes embarazadas con complicaciones en el embarazo.

8.1.2 Criterios de exclusión.

Registros clínicos incompletos.

Registros clínicos deteriorados.

8.1.3 Cálculos estadísticos de la muestra.

Se realizó con el universo que corresponde a 42 registros clínicos de adolescentes embarazadas.

8.1.4 Identificación de los sujetos a incluir en la muestra.

Se realizó el conteo de los registros clínicos de las adolescentes embarazadas ingresadas al Hogar Temporal en el periodo de Agosto 2014 a Mayo del 2015.

8.2 Recolección de datos.

8.2.1 Métodos utilizados para la recolección de datos.

Se utilizó una matriz de datos introduciendo las frecuencias de los datos solicitados según el registro clínico.

8.2.2 Elaboración y descripción del instrumento para la recolección de los datos.

La matriz de datos fue elaborada en 3 partes, la primera corresponde a las características demográficas de las adolescentes embarazadas, la segunda parte los

antecedentes gineco-obstétricos de las adolescentes y la tercera las complicaciones obstétricas que presentaron las adolescentes embarazadas.

8.2.3 Validación de los instrumentos para recolectar datos.

La matriz de datos se validó ingresando datos de 3 expedientes de las adolescentes embarazadas que ingresaron al hogar temporal durante el mes de Julio 2014.

IX. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.

9.1 Descripción del proceso de digitación.

9.1.1 Electrónica o manual.

La digitación fue manual y digital.

9.1.2 Uso de programas.

Se utilizó el programa de EXCEL MICROSOFT para la realización de las gráficas y WORD para la elaboración de las tablas y gráficas.

9.1.3 Uso de software.

Microsoft 2013.

9.2 Plan de análisis de datos.

Los datos obtenidos plasmados en las gráficas y tablas, se analizaron y relacionándolos con el marco teórico para responder a los objetivos propuestos.

9.3 Métodos estadísticos.

Primeramente los datos se recolectaron utilizando frecuencias, luego se elaboró la sumatoria, se elaboraron los porcentajes convenientes, para construir tablas y gráficas según correspondiera.

9.4 Aspectos éticos.

Secreto profesional: se manejaron registros clínicos de las adolescentes, de manera confidencial.

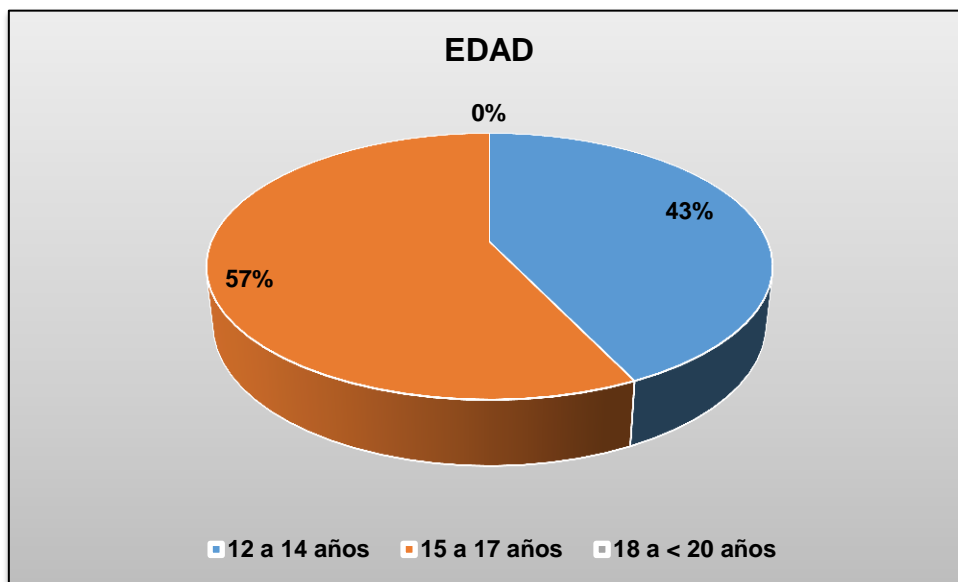
Veracidad: la información obtenida con toda la verdad evitando en lo posible todo sesgo.

Confidencialidad: los datos que se obtuvieron se mantendrán en reserva.

Discernimiento: los datos se manejaron con sensatez y cordura debido a que son datos personales de cada una de las adolescentes.

X. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Gráfica núm. 1



Fuente: datos obtenidos de los registros clínicos.

Análisis: El 57% (24) de las adolescentes embarazadas se encuentran entre las edades de 15 a 17 años, el 43% (18) entre 12 a 14 años no encontrándose las edades de 18 a 19 años.

La adolescencia está comprendida entre 10 a 19 años, es el momento de la finalización de la niñez e inicia la vida adulta. Está dividida en 3 etapas adolescencia temprana (10 a 13 años), adolescencia media (14 a 16 años), en esta edad se sienten invulnerables, asumiendo conductas omnipotentes, casi siempre es generadora de riesgo. Es relevante mencionar que los resultados obtenidos concuerdan con lo que menciona la literatura que es la edad de los riesgos.

**Tabla núm. 1
PROCEDENCIA**

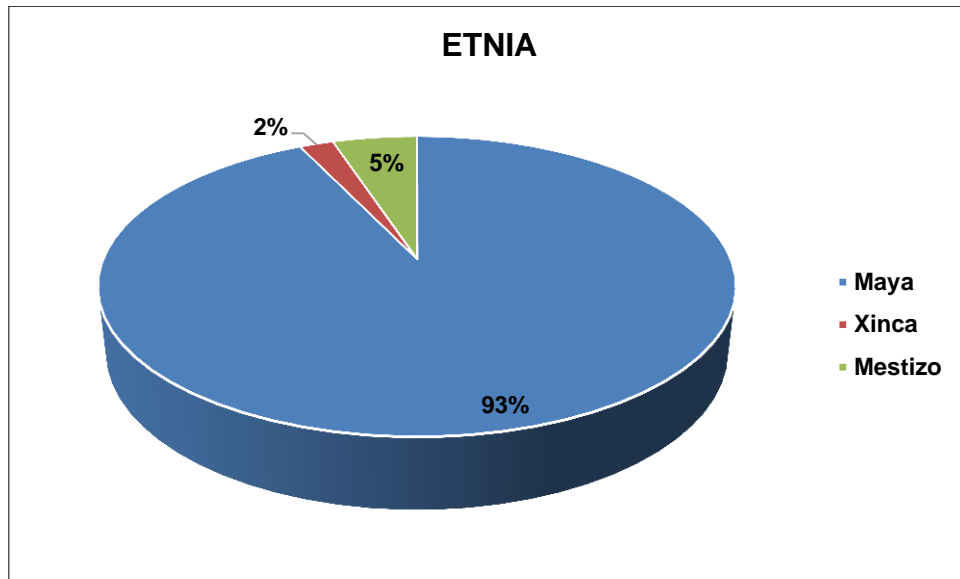
Lugar	Frecuencia	%
Guatemala.	12	29%
Escuintla	6	14%
Quetzaltenango	6	14%
Santa Rosa	2	5%
Baja Verapaz	2	5%
Peten	2	5%
Mazatenango	2	5%
Jutiapa	2	5%
Chiquimula	1	2%
Huehuetenango	2	6%
Sololá	1	2%
Chimaltenango	1	2%
Quiché	1	2%
Sacatepéquez	1	2%
Izabal	1	2%
Total.	42	100%

Fuente: datos obtenidos de los registros clínicos.

Análisis: El 29% (12) de las adolescentes embarazadas son originarias de la ciudad capital, el 14% (6) de Escuintla y Quetzaltenango.

Los resultados obtenidos reflejan que la mayoría de embarazos en adolescentes se da en la capital de Guatemala, por el fenómeno de la migración que existe del interior del país y las causas más frecuentes son: falta de educación, desempleo, desintegración familiar o problemas familiares, por cultura de las adolescentes que a su temprana edad se casan o son forzadas por conveniencia de la familia.

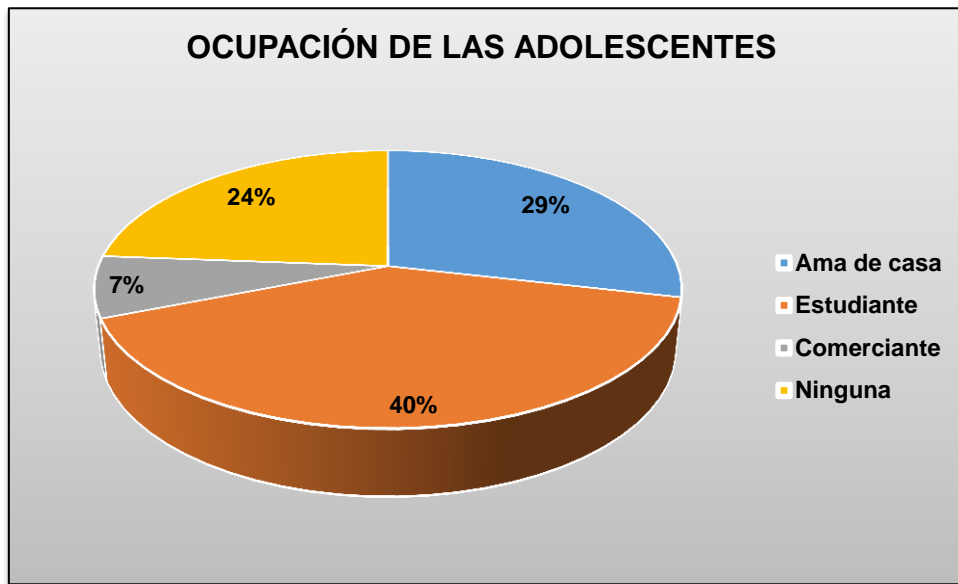
Gráfica núm. 2



Fuente: datos obtenidos de los registros clínicos.

Análisis: la etnia maya corresponde el 93% (39) de las adolescentes embarazadas; el 5% (2) mestizo; y el 2% (1) es Xinca. Resalta que la población Maya es proveniente del área rural y urbana del país de Guatemala, sabiendo que Guatemala es un país multiétnico, el mayor porcentaje de la población es maya, por ello existe discriminación por el idioma, vestuario, cultura, grado académico de las adolescentes.

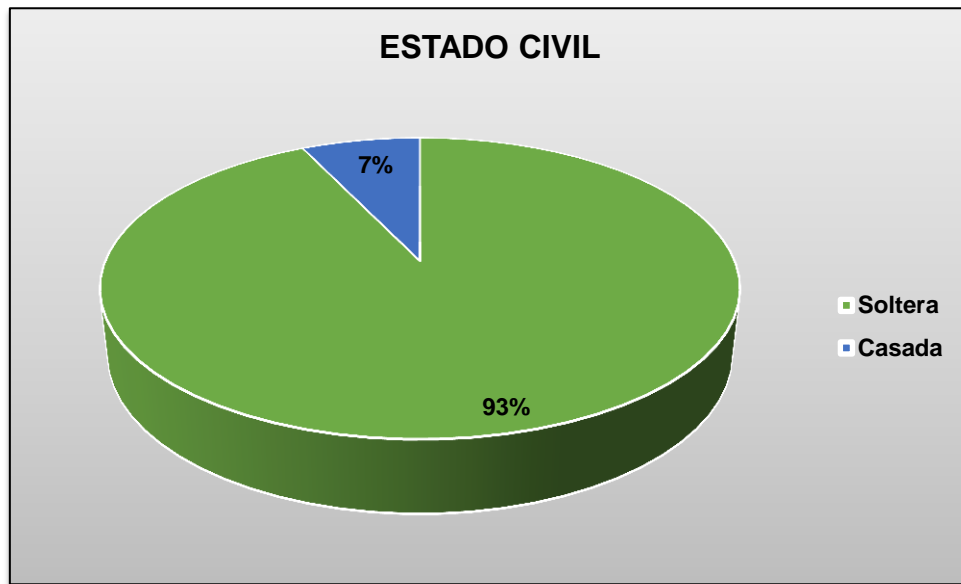
Gráfica núm. 3



Fuente: datos obtenidos de los registros clínicos.

Análisis: el 40% (17) de las adolescentes embarazadas son estudiantes, el cual indica que tienen altas probabilidades de mejorar la calidad de vida madre e hijo, el 29% (12) se dedican a los quehaceres domésticos, el 24% (10) se encuentra en una situación de indecisión porque aún no han definido en que ocuparse durante y después del embarazo, viven dependientes de algún miembro de su familia que les proporciona alimento, vestuario entre otras. El 7% (3) se dedica al comercio conjuntamente con su familia para salir adelante en la vida.

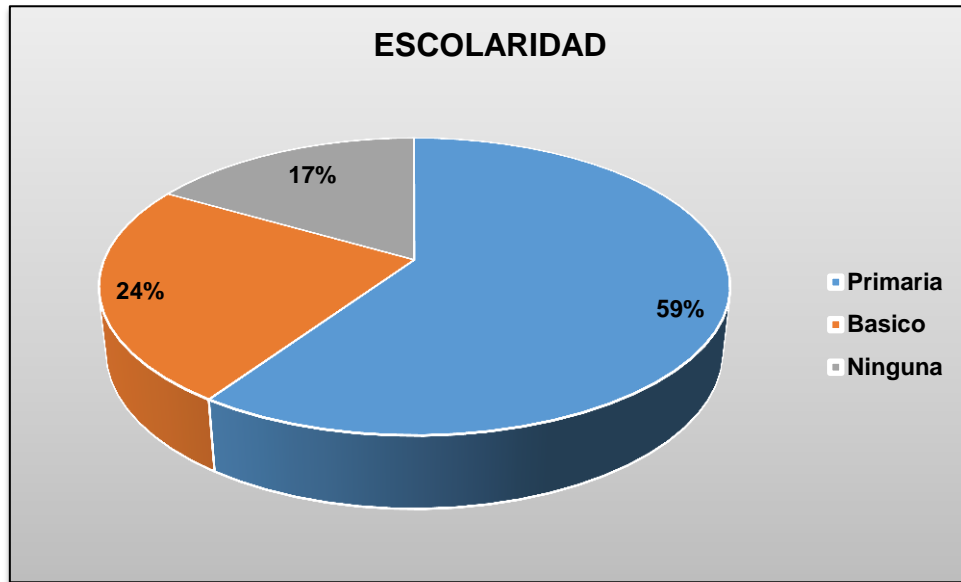
Gráfica núm. 4



Fuente: datos obtenidos de los registros clínicos.

Análisis: el 93% (39) de las adolescentes embarazadas son solteras; se puede evidenciar que ellas viven con los familiares, el 7% (3) de las adolescentes son casadas que vive con su pareja actual pero al ingresar a la institución no pueden tener una comunicación o visita de la pareja y familia, hasta que los tribunales de justicia lo indique, las adolescentes no cuentan con el consentimiento de los padres para contraer un matrimonio legal por ser menores de edad, entablado una demanda o denuncia para los agresores y darle seguimiento al proceso ya descrito.

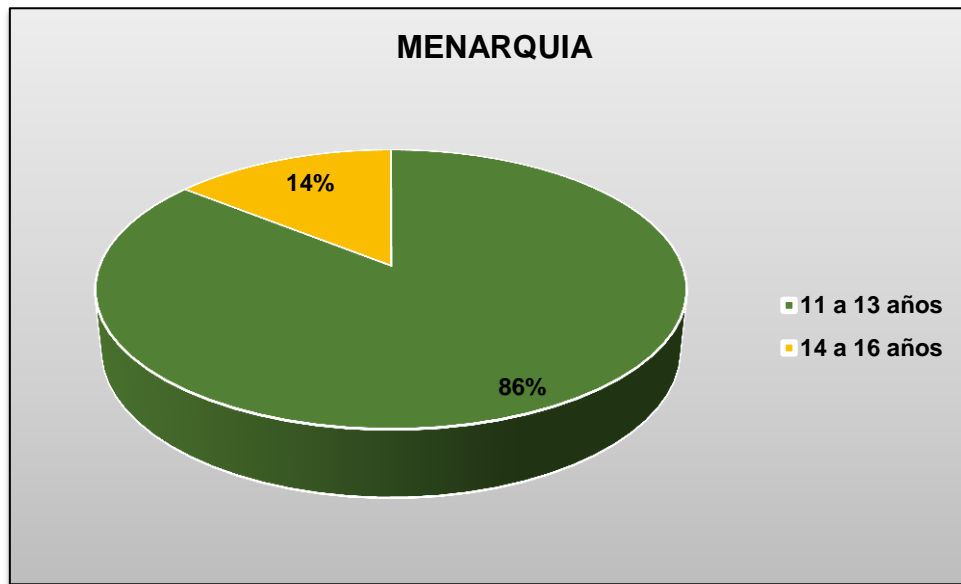
Gráfica núm. 5



Fuente: datos obtenidos de los registros clínicos.

Análisis: se evidencia en los resultados que 83% adolescentes tienen estudios de primaria y básico, solamente 17 % son analfabetas. Esto de alguna manera dificulta en la estabilidad de las adolescentes, y la información que no pueden obtener y aprovechar, porque no saben leer y escribir.

Gráfica núm. 6

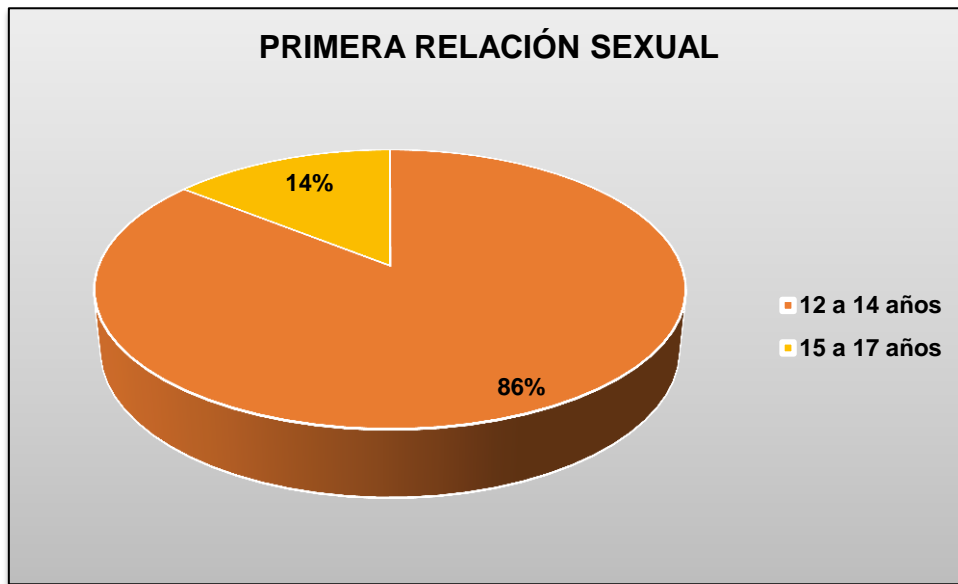


Fuente: datos obtenidos de los registros clínicos.

Análisis: El 14% muestran que la primera menarquia en las adolescentes sujetos de estudio corresponde entre las edades de 11 a 13 años y el 86% están comprendidas en las edades de 14 a 16 años.

Al tener la primera menstruación la adolescente es vulnerable a quedar embarazada, agregando el riesgo de ser víctimas de violencia sexual, maltrato y otros.

Gráfica núm. 7

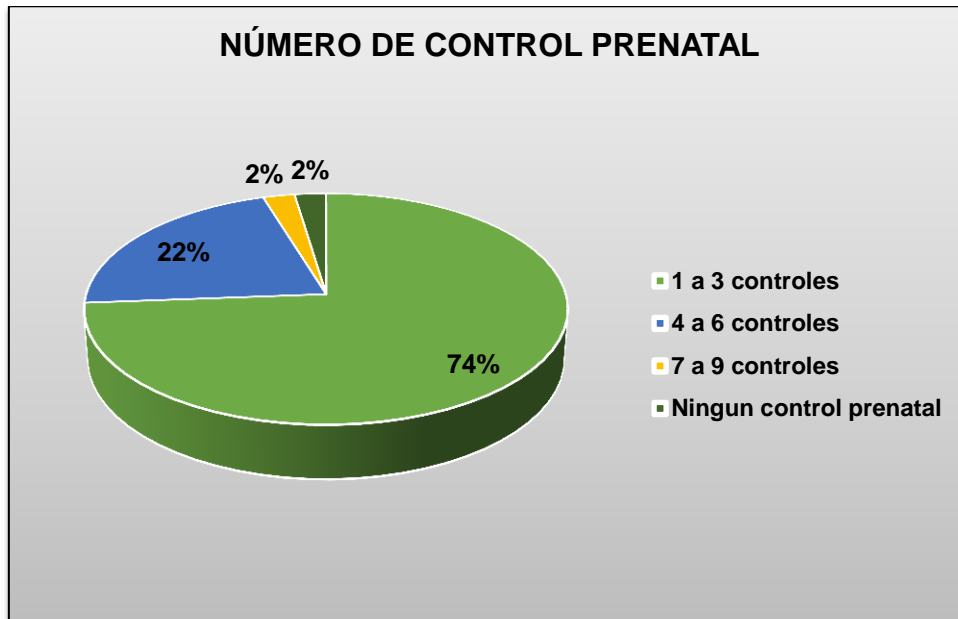


Fuente: datos obtenidos de los registros clínicos.

Análisis: el 86% (36) de las adolescentes embarazadas iniciaron su primera relación sexual entre las edades de 12 a 14 años; el 14% (6) entre las edades de 15 y 17 años, que corresponde a la etapa adolescencia media.

El inicio a temprana edad la vida sexual sexo genital, hace más vulnerable a los adolescentes, a embarazos no deseados, y ser abusadas, en algunos casos adquieren infección es de transmisión sexual, comprenden aún más la situación de salud, de la adolescente.

Gráfica núm. 8



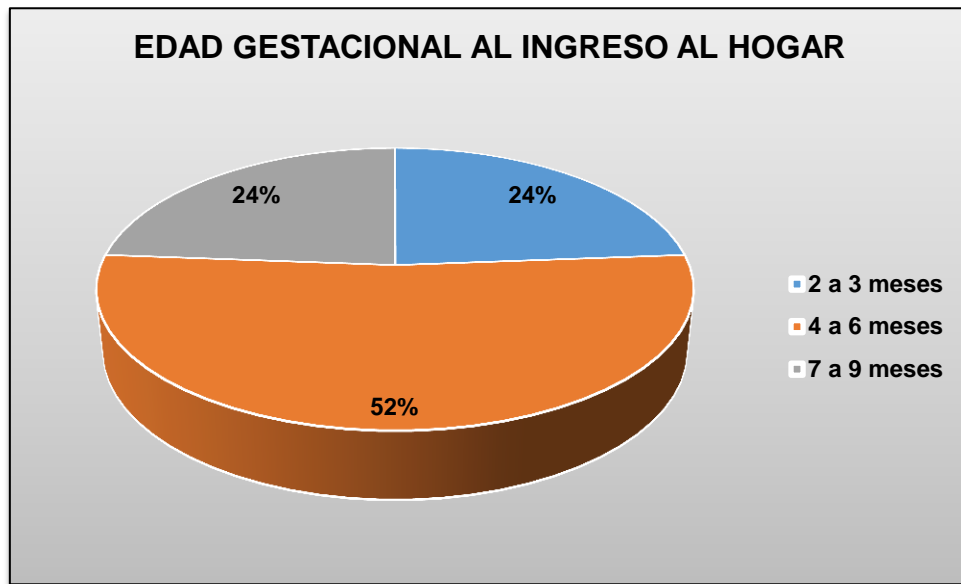
Fuente: datos obtenidos de los registros clínicos.

Análisis: el 74% (31) de las adolescentes embarazadas tienen entre uno y tres controles médicos, lo cual es un índice de riesgo eminente ya que el control prenatal es un proceso cuyo objetivo es prevenir y detectar riesgos que puedan complicar la vida de la adolescente o del feto durante el embarazo. El 22% (9) tiene de 4 a 6 controles prenatales; el 2% (1) de 7 a 9 controles, el 2% no obtuvo ningún control prenatal, siendo esto un riesgo para el binomio madre e hijo, lo que es preocupante.

Según las normas de atención el protocolo es de 5 controles durante el estado de gestación lo que indica este resultado es la mayor parte están siendo vigiladas constantemente por el sistema de salud,

Es de mencionar que este porcentaje sin control prenatal, es porque ingresaron en las últimas semanas de embarazo, según evaluación médica estaban entre las de 32 a 36 semanas de gestación o sea alrededor de un embarazo a término, además de su situación legal, como regla del hogar las adolescentes embarazadas tiene que permanecer un aproximado de 25 a 30 días desde su ingreso, sin poder salir de institución.

Gráfica núm. 9

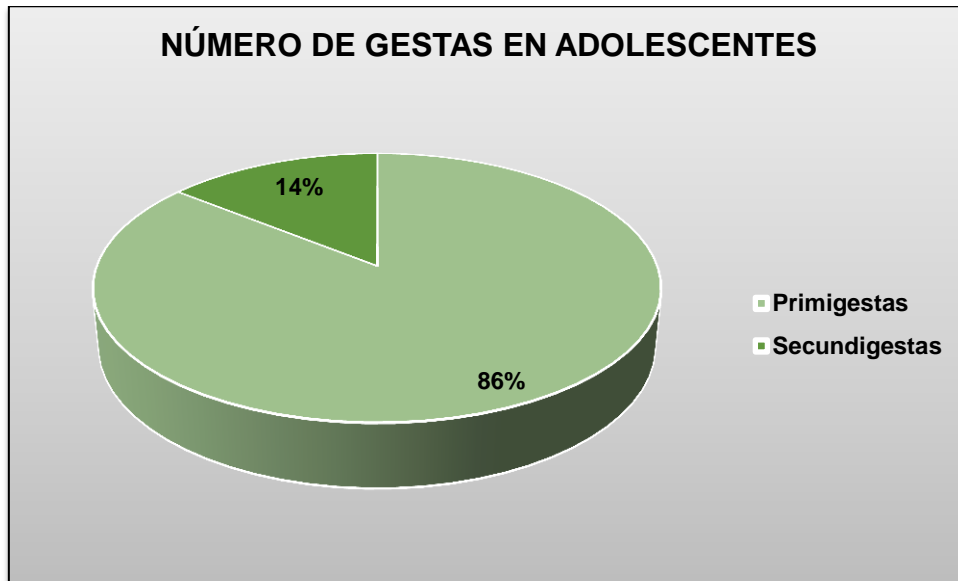


Fuente: datos obtenidos de los registros clínicos.

Análisis: de las adolescentes embarazadas que ingresaron al hogar temporal el 24% (10) tenían de dos a tres meses de embarazo, siendo esta una ventaja para realizarles los controles prenatales según las normas de atención del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. El 52% (22) de las adolescentes tenían de cuatro a seis meses de embarazo, siendo un riesgo para cumplir con las normas de atención, ya que se pierde el control del primer trimestre de embarazo, aunque cabe mencionar que algunas adolescentes refieren que ya habían realizado controles prenatales previos en otros servicios de salud antes de ingresar; el 24% (10) ingresaron entre siete a nueve meses de gestación.

En ocasiones ingresan con complicaciones tales como parto prematuro antes de las 24 a 35 semanas, según el diagnóstico clínico médico, con Infecciones de Trasmisión sexual, infecciones urinarias, anemia, entre otras.

Gráfica núm. 10

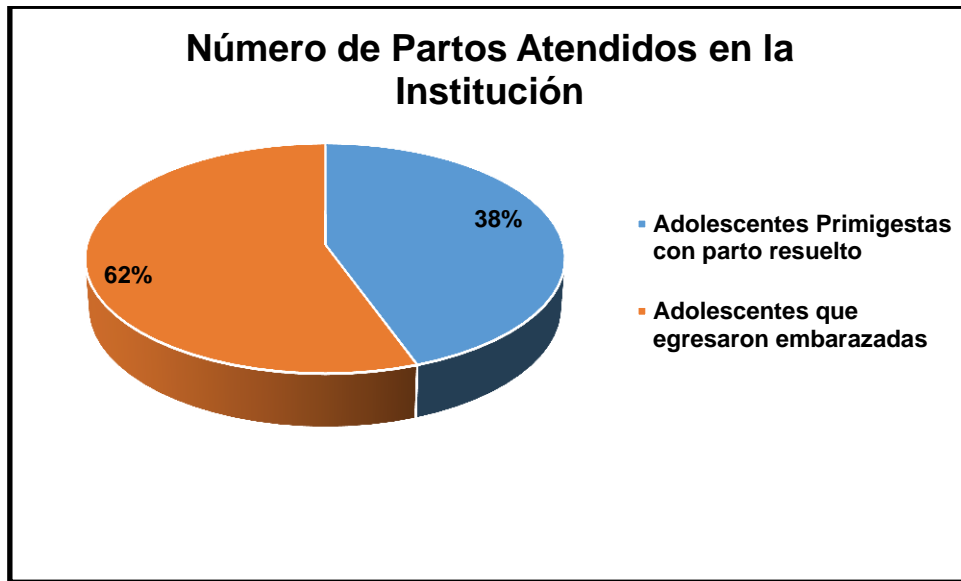


Fuente: datos obtenidos de los registros clínicos.

Análisis: el 86% (36) de las adolescentes embarazadas son primigestas y el 14% (6) son secundigestas.

Esto refleja que el grupo estudiado tiene un alto riesgo de complicaciones relacionado con la edad biológica. Y complicaciones en la resolución de su parto, casos que deben ser atendidos desde su control prenatal.

Gráfica núm. 11



Fuente: datos obtenidos de los registros clínicos.

Análisis: el 62% (26) de las adolescentes embarazadas egresaron de la institución todavía embarazadas, resolvieron su parto fuera del hogar temporal, atendándose en un servicio de salud de la localidad de residencia.

El 38% (16) de las adolescentes resolvieron su parto en el hogar temporal, entendiéndose que se trasladan al Hospital Regional de Occidente y luego regresan madre y recién nacido al hogar en su puerperio inmediato y mediato para dar continuidad al estado de salud y su situación legal.

Tabla núm. 2
COMPLICACIONES GINECOBSTÈTRICOS

Complicaciones	SI	%	NO	%	Total	100%
Hemorragia Vaginal	7	17	35	83%	42	100
Muerte Fetal	0	0	0	0%	42	100
Abortos	3	7	39	93%	42	100
Placenta Previa	2	5	40	95%	42	100
Hipertensión Arterial	20	48	22	52%	42	100
Preeclampsia	21	50	21	50%	42	100
Parto Prematuro	13	31	29	69%	42	100
Anemia	36	86	6	14%	42	100
I.T.U	38	90	4	10%	42	100
Diabetes Gestacional	3	7	39	93%	42	100
Eclampsia	13	31	29	69%	42	100

Fuente: datos obtenidos de los registros clínicos.

Análisis: entre las complicaciones más frecuentes se encontraron, el 90% (38) de las adolescente embarazadas tenían infección del tracto urinario, es una de la infecciones que se asocia frecuentemente a las primeras semanas de embarazo en las adolescentes, sin embargo se puede dar en las siguientes semanas, es importante dar tratamiento para evitar complicaciones durante el parto.

El 86% (36) tenían anemia, se da en menores de 20 años, es de mencionar que los riesgos nutricionales afectan a la madre y feto.

El 50% (21) tenían preeclampsia moderada, es relevante mencionar que esta complicación es frecuente en las adolescentes embarazadas con presión arterial alterada. El 48% (20) presentaron hipertensión arterial alterada, el 31% (13) parto prematuro, el 31% (13) eclampsia pero es importante mencionar que inició en el embarazo, continuando en el parto y puerperio inmediato.

Cuando las adolescentes presentan las complicaciones se refieren al Hospital Regional de Occidente para su tratamiento correspondiente, se continúa la vigilancia en la institución.

XI. CONCLUSIONES

1. Entre los datos demográficos de las adolescentes embarazadas se encontró que pertenecen a las edades de 15 a 17 años, un grupo corresponde a la etnia maya, residen en el departamento de Guatemala, le sigue el Departamento de Escuintla y Quetzaltenango; en cuanto a escolaridad han concluido el nivel primario, aunque un grupo todavía se dedica a estudiar, y en lo que concierne al estado civil de las adolescentes embarazadas predomina que son solteras.
2. Entre los antecedentes ginecobstétricos que tienen las adolescentes embarazadas es que presentaron su menarquia en las edades 11 a 13 años; tuvieron su primera relación sexual entre 12 a 14 años; un porcentaje alto son primigestas aunque dos de ellas son secundigestas. En cuanto al número de controles prenatales que las adolescentes embarazadas fueron entre 1 y 3 controles, debido a que la mayor parte ingresó entre 4 a 6 meses de gestación.
3. En el programa de Protección a la niñez y Adolescentes víctimas de violencia sexual, con enfoque de género, del Hogar temporal de Protección y abrigo, Secretaria de Bienestar Social, el ser adolescente embarazada es un factor de riesgo por las complicaciones obstétricas, entre ellas están: infecciones del tracto urinario -I.T.U-, anemia, preeclampsia y hemorragia vaginal. Por los que las adolescentes embarazadas tienen más riesgo de complicaciones obstétricas por falta de información, no han llevado controles prenatales según las normas de atención, poniendo en riesgo la vida del binomio madre –hijo.

XII. RECOMEDACIONES

1. Informar, educar y capacitar a padres de familia, docentes, líderes adolescentes, adolescentes embarazadas, especialmente a las que están en situaciones de alto riesgo así evitar complicaciones ginecobstetricas.
2. Desarrollar programas educativos sobre salud reproductiva, a mujeres en edad fértil principalmente adolescentes, para que identifiquen signos y síntomas de un embarazo de riesgo y así busquen ayuda especializada, más temprana y oportuna.
3. Se debe coordinar con el departamento de área Médica, Psicología y Trabajo Social para un tratamiento adecuado, disminuir secuelas de conducta en las adolescentes y fomentar una buena asistencia de control prenatal a la adolescente para detección oportuna y temprana de las complicaciones que puedan surgir durante el embarazo.

XIII. BIBLIOGRAFÍA

1. **Salud., Organización Mundial de la.** Embarazo en la adolescencia. [En línea] 09 de 2014. [Citado el: 11 de 09 de 2015.]
[http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/.](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/)
2. **López Natarez, Akxel Pantaleón.** Embarazos en la adolescencia y sus complicaciones obstétricas y neonatales. [En línea] 11 de 1997. [Citado el: 11 de 09 de 2015.]
3. **Macías Solis, Cristhian Javier y Murillo Barrito, Elder Russbel.** Embarazo en Adolescentes de 10 a 19 años de edad que acuden a la Consulta de Gineco-Obstétrica del Centro Materno Infantil de Andres de Vera de Enero a Septiembre del 2010. [En línea] 28 de Julio de 2011. [Citado el: 25 de Enero de 2015.]
[http://repositorio.utm.edu.ec/bitstream/123456789/4986/1/Tesis20283129.pdf.](http://repositorio.utm.edu.ec/bitstream/123456789/4986/1/Tesis20283129.pdf)
4. **Dominguez Anaya, Regina y Herazo Beltrán, Yaneth.** Redes de Revistas Científicas de América Latina, España y Portugal. Edad de la Gestante Adolescente como factor de Riesgo para complicaciones en el embarazo. Cartagena (Colombia) 2009. [En línea] Abril- Junio de 2011. [Citado el: 7 de Febrero de 2015.]
[http://www.redalyc.org/pdf/1952/195222502003.pdf.](http://www.redalyc.org/pdf/1952/195222502003.pdf) 0034-7434.
5. **Colmenares, Z., y otros.** Enfermería Global. Intervención de Enfermería Durante la Clínica Prenatal y Conocimiento sobre Riesgos Fisiológicos de la Adolescente Embarazada. [En línea] 18 de Febrero de 2010. [Citado el: 10 de Febrero de 2015.]
[http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n18/clinica4.pdf.](http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n18/clinica4.pdf) 1695-6141.
6. **Alarcón Argota, Rodolfo, y otros.** Revista Cubana de Enfermería. Factores que Influyen en el embarazo en la Adolescencia. [En línea] 2009. [Citado el: 05 de Febrero de 2015.] [http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v25n1-2/enf071_209.pdf.](http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v25n1-2/enf071_209.pdf) 1561-2961.
7. **Giarcomin Carmiol, Loretta y Leal Mateos, Manrique.** Red de Revistas Científicas de América Latina, El Caribe, España y Portugal. Características del Control Prenatal de Pacientes Adolescentes Atendidas en la Consulta de Obstetricia Hospital "Dr. Rafael Angel Calderon Guardia". [En línea] 02 de Junio de 2012. [Citado el: 02 de Febrero de 2015.] [http://www.redalyc.org/pdf/434/43422619005.pdf.](http://www.redalyc.org/pdf/434/43422619005.pdf) 0001-6002.

8. **Blasquez Morales, Ma. Sobeida L., y otros.** Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. Estilos de Vida en Embarazadas Adolescentes. [En línea] Abril de 2010. [Citado el: 05 de Febrero de 2015.] <http://www.redalyc.org/pdf/487/48719442005.pdf>. 1405-2091.
9. **Itzá Balan, Iris Anita.** Universidad de San Carlos de Guatemala. Factores que Influyeron en la Ocurrencia de Embarazos en Adolescentes en el Barrio Playa Blanca, San Benito Petén de Diciembre 2007 a Mayo 2008. [En línea] Julio de 2008. [Citado el: 06 de Febrero de 2015.] http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_8593.pdf.
10. **De León Gutierrez, Claudia.** USAC. Complicaciones Maternas en Embarazos de Adolescentes. [En línea] Octubre de 2014. [Citado el: 11 de Febrero de 2015.] <http://cunori.edu.gt/descargas/TESIS.pdf>.
11. **Ramirez Valiente, Gilda elcira, Juarez Salazar, Cinthia Guissela y Pérez Estrada, Julio Samuel.** USAC. Embarazo en Adolescentes Complicaciones Obstétricas, Prenatales y Perinatales. [En línea] Agosto de 2008. [Citado el: 30 de Enero de 2015.] http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_8591.pdf.
12. **UNICEF.** Cuadernillo 3. Participación de niños, niñas y adolescentes. [En línea] Mayo de 2006. [Citado el: 3 de Febrero de 2015.] <http://www.unicef.org/argentina/spanish/EDUPAScuadernillo-3%281%29.pdf>. 987-9286-53-9.
13. **Aliño Santiago, Miriam, Lopez Esquirol, Juana R y Navarro Fernandez, Raymundo.** Revista Cubana de Medicina General Integral. Adolescencia. Aspectos Generales y atención a la salud. [En línea] Editorial Ciencias Médicas, 17 de Abril de 2006. [Citado el: 5 de febrero de 2015.] <http://scielo.sld.cu/cgi-bin/wxis.exe/iah/>. 1561-3038.
14. **Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.** Normas de Atención en Salud integral para primero y segundo nivel. Guatemala : s.n., 2010.
15. **Gobierno Federal.** Guía de referencia rápida. *Control prenatal con enfoque de riesgo*. [En línea] Febrero de 2011. [Citado el: 11 de Febrero de 2015.] http://www.saludbc.gob.mx/wp-content/uploads/2011/02/IMSS_028_08_GRR.pdf. 028-08.

16. **Menéndez Guerrero, Gilberto Enrique, y otros.** Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. [En línea] Scielo, 17 de Febrero de 2012. [Citado el: 7 de Febrero de 2015.] scielo.sld.cu/scielo.php?scrip=sci_arttext&pid=S038.0138-600X.
17. **Rivera Montiel, Angelina.** Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Fondo Uterino. [En línea] 2008. [Citado el: 15 de Enero de 2015.] <http://www.eneo.unam.mx/servicioseducativos/materialesdeapoyo/obstetricia1/TEMAS/FUTERINO.pdf>.
18. **Schwarcz, Ricardo Leopoldo, y otros.** Obstetricia. Quinta. Buenos Aires : El Ateneo, 2003. págs. 147-160. 950-02-0356-1.
19. **Ministerio de Salud, Argentina.** Dirección Nacional de Maternidad e infancia. Recomendaciones para la práctica del control preconcepcional, prenatal y peripueral. [En línea] Julio de 2013. [Citado el: 30 de Enero de 2015.] www.redalyc.org/pdf/912/9/221201.pdf.
20. **Organización Mundial de la Salud.** Promoción del desarrollo Fetal Óptimo. [En línea] 2003. [Citado el: 8 de Noviembre de 2015.] http://www.who.int/nutrition/publications/fetal_dev_report_ES.pdf.
21. **Vásquez Garibay, Edgar M. y Romero Velarde, Enrique.** Boletín médico del Hospital Infantil de México. Esquema de alimentación saludable en niños durante sus diferentes etapas de la vida. Parte II. Prescolares, escolares y adolesecentes. [En línea] 9 de Septiembre de 2008. [Citado el: 31 de Enero de 2015.] http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462008000600016. 1665-1146.
22. **Eisenstein, Evely.** Nutrición y Salud en la Adolescencia. [En línea] Enero de 2012. [Citado el: 3 de Enero de 2015.] http://crenamina.edu.mx/Materiadetrabajo/TUTORADOS_Material_Tutoria_Noviembre_Enero_2011-2012/TEMA_3_Nutricion_y_salud/nutricion_y_salud.pdf.
23. **Rojas, Erika, y otros.** Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. Incidencia y factores de Riesgos Asociados al Obito Fetal en 2 Hospitales Venezolanos. [En línea]

2006. [Citado el: 10 de Febrero de 2015.] http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262006000100005&script=sci_arttext&tlng=pt.0717-7526.
24. **González Rivera, Ana Catalina.** Amenaza de Aborto. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica. [En línea] 2011. [Citado el: 12 de Febrero de 2015.] <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2011/rmc114s.pdf>.
25. **Ramírez, J.V.** Obstetricia- Tema 23/1. Tema 0-23: Hemorragia de la segunda mitad del embarazo. [En línea] [Citado el: 15 de Noviembre de 2014.] <http://www.uv.es/~jvramire/apuntes/passats/obstetricia/TEMA%200-23.pdf>.
26. **Gangong Elias, Angel, y otros.** Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. Hipertensión durante la gestación y su recuperación en algunos resultados perinatales en el Hospital Dr Agostinho Neto, Guantánamo. [En línea] Diciembre de 2007. [Citado el: 8 de Enero de 2015.] http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X2007000300001&script=sci_arttext&tlng=pt.1561-3062.
27. **Nolazco, María Elena y Rodríguez, Laura Yudith.** Revista de Posgrado de la vía Cátedra de Medicina. Morbilidad Materna en Gestante Adolescente. [En línea] Abril de 2006. [Citado el: 26 de Diciembre de 2014.] Med.unne.edu.ar/revista/revista156/4_156.htm.
28. **Pacheco, José.** Acta Médica Peruana. Preclampsia/eclampsia: Reto para el Gineobstreta. [En línea] Agosto de 2006. [Citado el: 3 de Febrero de 2015.] http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172006000200010.1728-5917.
29. **Prats Coll, R, y otros.** Parto Prematuro. Argentina : Medica Panamericana S.A., 2006. 84-9835-060-3.
30. **Marchan Villasmil, M.C. Massiel.** Repositorio Académico. Test de O'sullivan para despistaje de diabetes gestacional. [En línea] Julio de 2012. [Citado el: 13 de Febrero de 2015.] http://tesis.luz.edu.ve/tde_arquivos/29/TDE-2014-01-24T14:19:37Z-4430/Publico/marchan_villalobos_massiel.pdf.
31. **Secretaría del Bienestar Social.** Programa de Protección a la Niñez y Adolescencia Víctimas de Violencia Sexual en adolescentes con Enfoque de Género. Hogar Temporal de Protección y Abrigo. Quetzaltenango : s.n., 2014. Vol. I.

XIV. ANEXOS

Instrumento de Recolección de Datos
“COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES”

Características Geográficas							Antecedentes Gineco-obstétricos	
1	2	3	4	5	6	7	8	9
H.C.	EDAD	PROCEDENCIA	ETNIA	OCUPACION	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDAD	MENARQUIA	PRIMERA RELACION SEXUAL

11	12	13	14		15										
NÚMERO DE CONTROL PRENATAL	EDAD GESTACIONAL	MUERTE MATERNA	ANTECEDENTES		COMPLICACIONES OBSTRETICAS										
			GESTAS	PARTOS											
					1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Instrumento elaborado por estudiante.

- | | | | | | |
|-----------------------|--------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|---------------|
| 1. Hemorragia Vaginal | 3. Abortos | 5. Hipertensión Arterial | 7. Parto Prematuro | 9. I.T.U | 11. Eclampsia |
| 2. Muerte Fetal | 4. Placenta previa | 6. Pre eclampsia | 8. Anemia | 10. Diabetes Gestacional | |