

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN MEDICINA

Complicaciones Obstétricas en Adolescentes Embarazadas, ingresadas en el Servicio de
Complicaciones Prenatales del Hospital de Cobán, A.V. del año 2009 al 2013.

TESIS DE GRADO

AMILCAR CUZ CHEN
CARNET 23627-09

SAN JUAN CHAMELCO, ALTA VERAPAZ, FEBRERO DE 2016
CAMPUS "SAN PEDRO CLAVER, S . J." DE LA VERAPAZ

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN MEDICINA

Complicaciones Obstétricas en Adolescentes Embarazadas, ingresadas en el Servicio de Complicaciones Prenatales del Hospital de Cobán, A.V. del año 2009 al 2013.

TESIS DE GRADO

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

**POR
AMILCAR CUZ CHEN**

PREVIO A CONFERÍRSELE

EL TÍTULO DE MÉDICO Y CIRUJANO EN EL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADO

SAN JUAN CHAMELCO, ALTA VERAPAZ, FEBRERO DE 2016
CAMPUS "SAN PEDRO CLAVER, S . J." DE LA VERAPAZ

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: MGTR. GUSTAVO ADOLFO ESTRADA GALINDO (a.i.)

SECRETARIA: LIC. JENIFFER ANNETTE LUTHER DE LEÓN

NOMBRE DEL ASESOR DE TRABAJO DE GRADUACIÓN

LIC. HILDA PAOLA RIVAS COTTO

TERNA QUE PRACTICÓ LA EVALUACIÓN

LIC. HÉCTOR ISIDRO JUÁREZ VALDEZ
LIC. JOSE AROLD ALVARADO
LIC. ROBERTO VALDES SIERRA



Universidad
Rafael Landívar
Tradición Jesuita en Guatemala

Facultad de Ciencias de la Salud
Departamento de Medicina
Comité de Tesis

**VISTO BUENO INFORME FINAL DE TESIS
ASESOR DE INVESTIGACION**

Cobán A.V., 11 de agosto de 2015

Comité de Tesis
Departamento de Medicina
Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Rafael Landívar

Estimados miembros del Comité:

Deseándoles éxitos en sus actividades académicas regulares, me place informales que he revisado el informe final de tesis de graduación titulado: **COMPLICACIONES OBSTETRICAS EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS, INGRESADAS EN EL SERVICIO DE COMPLICACIONES PRENATALES DEL HOSPITAL DE COBAN, A.V. DEL AÑO 2009 AL 2013** del estudiante **Amilcar Cuz Chen** con carné N° 2362709 el cual he acompañado desde la fase de protocolo y, hasta el momento, ha cumplido con las exigencias y procedimientos establecidos en la Guía de Elaboración de Tesis de la Licenciatura en Medicina de esa universidad.

Por lo anterior, doy mi anuencia para que dicho informe pase a consideración del Comité de Tesis para su aprobación, no teniendo de mi parte ningún inconveniente para que dicho alumno pueda continuar con el proceso establecido por la Facultad de Ciencias de la Salud, para solicitar la *defensa de tesis* del trabajo en mención.

Sin otro particular, atentamente,

Dra. Hilda Paola Rivas L.
GINECOLOGA Y OBSTETRA.
C.C.L. 13857

Dra. Hilda Paola Rivas
Asesor de Investigación
(Firma y Sello Profesional)



Universidad
Rafael Landívar
Tradición Jesuita en Guatemala

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
No. 09466-2016


Orden de Impresión

De acuerdo a la aprobación de la Evaluación del Trabajo de Graduación en la variante Tesis de Grado del estudiante AMILCAR CUZ CHEN, Carnet 23627-09 en la carrera LICENCIATURA EN MEDICINA, del Campus de La Verapaz, que consta en el Acta No. 094-2016 de fecha 7 de enero de 2016, se autoriza la impresión digital del trabajo titulado:

Complicaciones Obstétricas en Adolescentes Embarazadas, ingresadas en el Servicio de Complicaciones Prenatales del Hospital de Cobán, A.V. del año 2009 al 2013.

Previo a conferírsele el título de MÉDICO Y CIRUJANO en el grado académico de LICENCIADO.

Dado en la ciudad de Guatemala de la Asunción, al día 1 del mes de febrero del año 2016.


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



DEDICATORIA

A Dios que guio durante este proceso y por darme fuerzas para poder continuar y culminar este proceso de aprendizaje, a mis padres que han sido fundamentales tanto en mi formación personal y profesional. A mi familia por su comprensión y motivación que siempre están presentes.

AGRADECIMIENTOS

DIOS: Por bendecirme con la vida y cada día darme esa bendición de poder disfrutar de cada instante y de proporcionarme salud y así lograr unos de mis sueños que ha llegado a ser realidad. Además de guiarme e iluminarme en cada uno de los problemas presentados durante esta etapa de poder buscar soluciones y finalizar con éxito y en todo momento del aprendizaje.

A MI MAMA: Por demostrarme todo el apoyo necesario para poder llegar y enfrentar los diversos problemas y siempre estar a la disposición en los momentos que más lo necesitaba.

A MI PAPA: Por hacer todo tipo de sacrificio en enfrentar los gastos familiares y apoyarme en todo y por bríndame el apoyo en poder continuar con mis estudios debido a los trabajos agrícolas a las que nos dedicamos. Y fue unos de los ejemplos para poder luchar por mi meta y brindar un servicio de humanidad.

A MIS HERMNAS Y HERMANOS: Por el apoyo incondicional y demostrarme el amor de familia que se mantenía a pesar de los diferentes problemas familiares a los que nos enfrentamos.

COMPAÑEROS DE PROMOCION: A todos mis compañeros y compañeras en poder apoyarme en todo para poder continuar mi preparación en todas las etapas, hasta poder culminar la duración de la carrera. En ningún momento me negaron el apoyo y darme sus palabras de motivación.

AMIGOS Y AMIGAS: Por demostrarme su apoyo incondicional y al estar al tanto durante este tiempo este aprendizaje y confiar en mi persona de lograr este objetivo hasta la finalización de la misma.

FAMILIARES: A mis abuelos, abuelas, tías, tíos, primos y primas por sus palabras de motivación y así poder continuar y no desanimarme por ningún motivo.

EN GENERAL: A todos/as aquellas personas que brindaron su apoyo durante estos siete años que me brindaron apoyo económico, pago de mensualidades de cursos, alimentación, y en cuestión de servicios de energía eléctrica por no contar con dicho servicio en mi casa. A médicos del Hospital de Cobán por compartir conocimientos para la formación y a la que me asesoró este trabajo de investigación.

A URL: Por ser una casa de estudios que me brindo los conocimientos que fue impartida por profesionales y sobretodo la enseñanza con valores.

RESUMEN

Antecedentes. El embarazo en adolescentes se ha considerado un fenómeno de interés mundial debido a la alta incidencia y complicaciones médicas, psicológicas y socioeconómicas que conlleva. Estudio realizado en el Hospital Roosevelt las complicaciones obstétricas fueron, aborto 63%, amenaza de parto pretérmino 16%, ruptura prematura de membranas ovulares 8%, hipertensión inducida del embarazo 5%. **Objetivos:** Describir las complicaciones prenatales en las adolescentes embarazadas ingresados en el servicio de complicaciones prenatales del Hospital de Cobán A.V. **Diseño:** Descriptivo-retrospectivo. **Lugar:** Hospital de Cobán, A.V. Departamento de Ginecología-obstetricia. **Material y métodos:** Unidad de análisis expedientes clínicos de adolescentes embarazadas de 10 a 19 años, ingresados al servicio de Complicaciones Prenatales en el Hospital de Cobán A.V. años 2009 a 2013. Se trabajó la población conformada por 1040 adolescentes gestantes que presentaron alguna complicación. Usando formato recolección de información para su posterior ingreso en una base de datos Epi info7 para su análisis. **Resultados:** Las principales complicaciones prenatales presentadas en las adolescentes gestantes fueron, aborto 51.06%, amenaza de aborto 6.83%, amenaza de trabajo de parto pretérmino 4.62%, trabajo de parto pretérmino 0.96%, infección del tracto urinario 30.96%, trastorno hipertensivo 2.79%, ruptura prematura de membrana ovulares 0.58%, anemia 0.38%, óbito fetal 1.44%. **Limitaciones:** Expediente clínico incompleta, extraviados, letra ilegible. **Conclusiones:** Las complicaciones prenatales en las adolescentes embarazadas encontrados en la adolescencia, las que predominaron fueron, aborto con el 51.06% e infección del tracto urinario con el 30.96%, amenaza de aborto con el 6.83%.

Palabras Claves: complicaciones prenatales, factores sociodemográficos, adolescente.

ÍNDICE

I. INTRODUCCION	1
II. MARCO REFERENCIAL	3
2.1. ANTECEDENTES	3
2.1.1. Embarazo en adolescencia:.....	3
2.1.2. La realidad en números:	3
2.1.3. Situación de las complicaciones obstétricas en Guatemala.	4
2.1.4. Situación en Alta Verapaz:.....	7
2.1.5. Entorno y marco referenciales.	7
2.1.6. Definición operativa de conceptos	8
2.1.6.1. Embarazo en adolescencia:	8
2.1.6.2. La fecundidad en adolescencia:	8
2.2. MARCO TEORICO	8
2.2.1. CONCEPTUALIZACION DE ADOLESCENTE:	8
2.2.2. Etapas de la adolescencia:	9
2.2.3. EMBARAZO EN ADOLESCENCIA.....	10
2.2.4. FACTORES DE RIESGO PARA EL EMBARAZO EN ADOLESCENTE	12
2.2.4.1. Factores biológicos:.....	13
2.2.4.2. Factores Psicológicos:.....	13
2.2.4.3. Factores culturales:	13
2.2.4.4. Factores Familiares:	14
2.2.4.5. Factores socio-económicos:.....	14
2.2.5. Factores condicionantes del embarazo en adolescente:	14
2.2.5.1. Iniciación sexual:	14
2.2.5.2. Violencia sexual:.....	15
2.2.5.3. Explotación sexual:.....	15
2.2.5.4. Uso de métodos anticonceptivos:.....	15
2.2.6. CONTROL PRENATAL DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA ...	16
2.2.6.1. Metodología de la atención prenatal:.....	16
2.2.6.2. Embarazo de alto riesgo:.....	18
2.2.7. COMPLICACIONES PRENATALES DEL EMBARAZO EN LA	
ADOLESCENTE:	18
2.2.7.1 Aborto:.....	18
2.2.7.2. Aborto espontáneo:	20
2.2.7.3. Amenaza de aborto:	20
2.2.7.4. Anemia:	21
2.2.7.5. Amenaza de parto pretérmino (APP):.....	21

2.2.7.6. Trabajo de parto pretérmino (TPP):	21
2.2.7.7. Parto Pretérmino:	22
2.2.7.7.1. Causas	22
2.2.7.7.2. Antecedentes y factores que contribuyen:	22
2.2.7.8. Hipertensión en el embarazo:	23
2.2.7.8.1. Hipertensión Gestacional:	23
2.2.7.8.2. Preeclampsia:	23
2.2.7.8.3. Eclampsia:	24
2.2.7.9. Rotura de membranas ovulares (RPMO):	25
2.2.7.10. Infección del Tracto urinario (ITU):	27
III. OBJETIVOS	28
3.1. OBJETIVO GENERAL	28
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	28
IV. MARCO METODOLOGICO	29
4.1. TIPO DE ESTUDIO:	29
4.2. SUJETO DEL ESTUDIO:	29
4.3. UNIDAD DE ANÁLISIS:	29
4.4. UNIVERSO:	29
4.5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN:	29
4.6. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:	29
4.7. OPERATIVIZACIÓN DE VARIABLES:	30
4.8. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:	34
4.9. TÉCNICA:	34
4.10. PROCEDIMIENTO:	34
4.11. PLAN DE ANÁLISIS:	34
4.12. ALCANCES:	34
4.13. LÍMITES:	34
4.14. ASPECTOS ÉTICOS:	35
V. RESULTADOS	36
VI. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	39
VII. CONCLUSIONES	47
VIII. RECOMENDACIONES	49
IX. BIBLIOGRAFIA	50
X. ANEXOS:	53

I. INTRODUCCION

La adolescencia es una etapa entre la niñez y la edad adulta que cronológicamente se inicia por los cambios puberales y se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas son generadoras de crisis, conflictos y contradicciones, pero esencialmente positivos. No es solamente un periodo de adaptación a los cambios corporales, sino una fase de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social. (1) La adolescencia es una de las fases de la vida más fascinantes y quizás más complejas, una época en que la gente joven asume nuevas responsabilidades y experimenta una nueva sensación de independencia. (2) El embarazo durante la adolescencia es considerada de riesgo, debido a las repercusiones que tiene sobre la salud de la madre y el producto de la concepción, además de las secuelas, psicosociales, particularmente sobre el proyecto de vida de los/las adolescentes. (3)

La salud de las gestantes se expone a peligro ante la presentación de una complicación en esta etapa. Para la realización de este estudio se seleccionó este tema de investigación ya que se corrobora con datos proporcionados por el epidemiólogo del área de salud de Alta Verapaz en el primer semestre del años 2012, donde hubo un aumento en el número de embarazos en la adolescencia y a las complicaciones que se enfrenta cada gestante. Hubieron 12,643 embarazos atendidas en el departamento, el 26.48% eran menores de 20 años. De 3,348 embarazos en adolescentes, 260 eran menores de 14 años, 4 niñas de 10 años, 4 niñas de 11 años, 16 embarazos de 12 años, 70 de 13 años, 166 de 14 años, 360 de 15 años, 564 de 16 años y 717 de 17 años resolvieron embarazo. (4) Con estos datos se obtuvo que hay un aumento de adolescentes gestantes pero no se tenía un registro de las complicaciones a las que se enfrentaban o que complicaciones a las que se enfrentaban y que cobertura tenía el Hospital de Cobán en cuanto a estas complicaciones, ya que es un centro de referencia de otros niveles de atención. No solo es un riesgo para la adolescente gestante sino también el feto. Por lo que se formuló la pregunta, ¿Cuáles son las complicaciones prenatales más frecuentes en adolescentes embarazadas?

Para el efecto se realizó el presente estudio de tipo descriptivo-retrospectivo, sobre las complicaciones prenatales en adolescentes embarazadas ingresadas en el servicio de complicaciones prenatales del Hospital de Cobán A.V. en el año 2009 a 2013, con el objetivo de identificar las principales complicaciones prenatales en adolescentes embarazadas. Se utilizó la población de 1040 expedientes clínicos de adolescentes gestantes comprendidas entre las edades de 10 a 19 años. Para la obtención de datos se realizó revisión de expedientes clínicos en el Departamento de Archivo, siguiendo el orden de la ficha de recolección de datos del estudio, trasladando dicha información a una base de datos Epi Info7 para su posterior análisis de la información.

II. MARCO REFERENCIAL

2.1. ANTECEDENTES

La adolescencia es un periodo crítico del crecimiento en el que se experimentan notables cambios físicos, sexuales, psíquicos, cognoscitivos y hormonales que pueda poner en peligro el equilibrio psicológico del adolescente. (5)

La Organización Mundial de la Salud, la adolescencia es el periodo comprendido entre los 10 y los 19 años de edad, que se caracteriza por cambios físicos, psicosociales y cognoscitivos; se considera la etapa de transición de la niñez a la juventud. (6)

El perfeccionamiento y madurez de estas características psicosociales se desplazan en el adolescente, a edades más avanzadas de la vida, a diferencia de la precoz madures biológica imperante en esta etapa. Tanto la desinformación y a la falta de educación en el orden sexual posibilita que los adolescentes se crean aptos para concebir, por lo que se considera periodo como importante grupo de riesgo en la salud reproductiva que pudieran dar lugar a una maternidad y paternidad precoz. (7)

2.1.1. Embarazo en adolescencia:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización de las Naciones Unidas (ONU) informan que hay más de 1,000 millones de adolescentes en todo el mundo, y estos aproximadamente el 83% corresponde a países subdesarrollados. (8)

El embarazo en adolescentes se ha considerado un fenómeno de interés mundial debido a la alta incidencia y complicaciones médicas, psicológicas y socioeconómicas que conlleva. (9)

2.1.2. La realidad en números:

Cada año en el mundo al menos 60,000 adolescentes mueren por problemas relacionados con el embarazo y el parto. El riesgo de morir durante el parto es dos veces para un adolescente que para una mujer adulta. Si la adolescente es menor de 15 años el riesgo es cinco veces mayor. (10)

Durante el año 2010 en Colombia murieron 17 niñas como resultado del embarazo o parto. Las niñas embarazadas entre 10 y 14 años tuvieron el doble de riesgo de morir comparadas con las embarazadas de 15 a 19 años. (10)

En un estudio realizado La Habana Cuba, en el año 2002, se determinó que de las 132 adolescentes del estudio, el 78% presento una complicación, siendo las siguientes: Anemia el 33.3%, signos de alarma y amenaza de parto pretérmino el 14.3%, postérmino 9.8%, ruptura prematura de membranas el 6.8%, infección urinaria el 3.7%, hipertensión el 1.5% otras complicaciones el 4.5%, más de una enfermedad el 3.7% lo que pone en manifiesto el gran riesgo que entrañan el embarazo a estas edades. (11)

Estudio realizado en Revista Médica, en México en el Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca con 330 puérperas adolescentes, obteniendo los siguientes resultados, Amenaza de aborto el 14.5%, Ruptura prematura de membranas el 14.5%, amenaza de parto pretérmino el 10.3%, hipertensión arterial sistémica el 9.7%, diabetes mellitus el 2.1%, desprendimiento prematura de placenta normoinsera el 0.6%, otras complicaciones 0.9%, y por último placenta previa no se presentó ninguna paciente con esta complicación. (12)

También se logró identificar la atención prenatal recibida por parte de estos pacientes, de 0 a 2 consulta el 13.7%, de 3 a 5 consulta el 40.3% y de 6 y más consultas el 46%. (12).

En otro estudio de caso y controles realizado con 550 puérperas en el Hospital Civil de Guadalajara, México, embarazo en adolescentes y sus repercusiones materno perinatales, se determinó que las adolescentes que el estado civil más frecuente fue la de unión libre (unida) con el 62.7%, casadas 8.5% y solteras con el 28.7%, relacionado a ocupación el 51.2% se dedicaban al hogar, el 26.3% estudiantes y el resto 22% correspondía a otras ocupaciones tales como empleados, obreras, comerciantes. En escolaridad el 51.4% tenía algún nivel de escolaridad de secundaria, mientras que el 34.1% tenía instrucción primaria y el 13.4% había cursado bachillerato. (6)

2.1.3. Situación de las complicaciones obstétricas en Guatemala.

Según datos obtenidos a través de estudios que fueron realizados en nuestro país, las cuales se han tomado como referencia, determinaron el comportamiento de este problema que se presenta en las adolescentes durante el embarazo, a los cuales el sistema de salud se ha enfrentado y han obtenido datos sobre estas complicaciones que ayudaron a proponer acciones para poder enfrentarlos de una forma correcta para el bien

de la adolescente, brindando un mejor servicio poder salvar un embarazo que está en riesgo.

La mortalidad materna en adolescentes (10-19 años) impacta el 19.9% del total de mortalidad materna en el año 2010, según grupos etarios las edades más afectadas son adolescentes de 17 a 19 años. Datos registrados por encuestas nacionales confirma que la primera causa de mortalidad en mujeres adolescentes embarazadas es causada por presión arterial alta inducida por el embarazo, seguido de hemorragias, infecciones y otras. (3)

Según datos estadísticos del Observatorio de Salud Reproductiva (OSAR) en el primer semestre del año 2012 reporta un total de 148 muertes maternas en adolescente en todo el país, siendo Alta Verapaz que encabeza la lista con 23, Huehuetenango con 20, Quiché con 15, Quetzaltenango con 13, Chiquimula con 11 muertes maternas. En otros departamentos el número de casos de muerte materna considerada como una complicación del embarazo en adolescente están disminuidos pero de tal manera necesitan atención del porque se producen. (13)

Según tesis de postgrado del año 2012, en el Hospital Roosevelt, fueron evaluadas 1132 pacientes, ingresadas al hospital 889 y 300 presentaron complicaciones. Entre las complicaciones obstétricas que presentaron las pacientes en su mayoría fueron, Aborto con el 63%, amenaza de Parto Pretérmino 16%, ruptura prematura de membranas ovulares 8%, embarazo prolongado el 7%, Hipertensión inducida del embarazo el 5%, placenta previa 1%.(14)

Demostrando de esta manera que las pacientes adolescentes que consultaron a la unidad de obstetricia del Hospital Roosevelt que presenta alguna complicación obstétrica, la mayoría estaba comprendida entre las edades de 17 – 19 años representando el 57.67% y el grupo de edad con menor frecuencia de complicaciones fue de 10 a 13 años con el 2%. Estado civil se reportó que el 46% se encontraban en unión libre (unida), el 40% eran casadas y el 14% eran solteras. En cuanto a escolaridad el 68% es primaria, secundaria 15%, universitaria el 3% y pacientes ninguna escolaridad es del 14%. De

todas las pacientes adolescentes que consultaron el 63% recibió control prenatal y el resto no lo recibió. (14)

En otro estudio de tesis de pregrado del año 2013 las edades de mayor frecuencia fueron de 18 a 19 años con 62%. Estado civil se determinó que de las embarazadas el 46% eran unidas, 32% casadas y 22% solteras. La mayoría de las adolescentes se dedicaban a ocupaciones elementales, siendo 84% ama de casa. En cuanto a escolaridad se encontró que el 51% de las adolescentes curso algún grado de secundaria, el 23% curso algún grado de diversificado, 22% curso algún grado de primaria y 4% de la población no tenía ningún grado de escolaridad. El 1% curso con grado universitario. (15)

En este mismo estudio de tesis de pregrado del año 2013 de 1147 expedientes médicos de gestantes adolescentes, atendidas en la clínica de control prenatal y postparto de los Hospitales, General San Juan de Dios, Roosevelt, ginecología y obstétrica y “Dr. Juan José Arévalo Bermejo” zona 6, del Instituto de Seguridad Social (IGGS), Guatemala 2010-2012, obteniendo los siguientes resultados, las principales complicaciones durante el primer trimestre fueron Infección del Tracto Urinario 52%, aborto espontaneo 40%, anemia 5%, y amenaza de aborto el 3%. (15)

Las complicaciones más frecuentes del segundo trimestre fueron: Infección del tracto urinario 74%, anemia 12%, y trabajo de parto pretérmino 6%. En el tercer trimestre las complicaciones más frecuentes fueron: infección del tracto urinario 38%, ruptura prematura de membranas ovulares 17%, trabajo de parto pretérmino el 15%, y preeclampsia el 8%. (15)

Según Guttmacher Institute, maternidad temprana en Guatemala, el nivel de actividad sexual prematrimonial ha aumentado en casi todos los subgrupos de mujeres con la notable excepción de las mujeres sin ninguna escolaridad, entre las cuales ha disminuido. Una quinta parte de todas las guatemaltecas entre 20 y 24 años tuvo relaciones sexuales antes de los 16 años, dos quintas partes antes de los 18 y casi tres quintas partes antes de los 20 años. (16)

Según datos del Observatorio en Salud Sexual y Reproductiva (OSAR) reporta que el 67% de las mujeres de 15 a 24 años, tuvieron su primera relación sexual antes de los 18 años. El 34% con educación primaria y el 92% en secundaria. (17)

2.1.4. Situación en Alta Verapaz:

En el primer semestre del año 2012 los municipios de Senahú, Chisec, Carcha y Cobán, se concentra el mayor número de embarazos en adolescentes.

De 12 mil 643 embarazos atendidos en el departamento, el 26.48 por ciento se ha dado en menores de 20 años. De 3 mil 348 embarazos en adolescentes, 260 se ha registrado en menores de 14 años; con 4 niñas de 10 años; 4 de niñas de 11 años; 16 embarazos de 12 años de edad; 70 de 13 años de edad; 166 de 14 años; 360 de 15 años; 564 de 16 años; y 717 de 17 años que han dado a luz. (4)

Solo se presenta datos estadísticos de embarazo en adolescencia en alta Verapaz, ya que no se cuenta con datos de complicaciones obstétricas del embarazo en adolescencia que nos podría dar una referencia de como es el comportamiento de este problema.

2.1.5. Entorno y marco referenciales.

El Hospital Regional de Cobán, forma parte del sistema de los servicios de salud, interactuando con servicios e instituciones, viabilizando la referencia y contra referencia de pacientes, brindando apoyo técnico y logístico de acuerdo con su organización y complejidad y a los servicios periféricos de su área de influencia.

La construcción del Hospital Regional Hellen Lossi de Laugerud de Cobán, Alta Verapaz se inició el año de 1976, finalizando en el año de 1977 y fue inaugurado en el año de 1978, abriendo sus puertas a la población de Alta Verapaz a partir del mes de febrero del mismo año. (18)

El Hospital Hellen Lossi de Laugerud está catalogado como el único servicio de tercer nivel en la región, contando con las especialidades de medicina interna, gineco-obstetricia, traumatología, cirugía general, pediatría y neurología, con cobertura en todo el departamento de Alta Verapaz, incluyendo el área oriente y nor-oriente del Quiché, área norte de Baja Verapaz, área sur de Petén y área occidente de Izabal. (19)

El Hospital Regional Hellen Lossi de Laugerud está ubicado en la 8ª. Calle 1-24 zona 11, Cobán, Alta Verapaz Guatemala.

2.1.6. Definición operativa de conceptos

2.1.6.1. Embarazo en adolescencia:

Adolescencia: la organización mundial de la salud define la adolescencia como el periodo entre los 10 y 19 años. A su vez, dentro de esta etapa vital habitualmente se distinguen dos tramos: la adolescencia precoz (10- 14 años) y la tardía (15 – 19 años). Algunos autores identifican tres etapas de acuerdo con cambios físicos y evolutivos: Adolescencia temprana (10 a 13 años), media (14 a 16 años), y tardía (17 a 19 años). (20)

La adolescencia se caracteriza por rápidos cambios físicos que se correlacionan con cambios sociales y psicológicos conducentes a la madurez intelectual y sexual y otros procesos que gradualmente apartan la adolescente de la dependencia de los adultos para ganar creciente dependencia.

2.1.6.2. La fecundidad en adolescencia:

El embarazo ocurre en todos los estratos sociales pero predomina en los sectores de menor nivel socioeconómico, y en los países en desarrollo.

Las principales causas de morbimortalidad durante el embarazo en la adolescencia son las infecciosas, incrementándose el nacimiento pretérmino y la ruptura de membranas, así como es más frecuente la preeclampsia y anemia. (12) (20)

2.2. MARCO TEORICO

2.2.1. CONCEPTUALIZACION DE ADOLESCENTE:

La adolescencia es una etapa entre la niñez y la edad adulta que cronológicamente se inicia por los cambios puberales y se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas son generadoras de crisis, conflictos y contradicciones, pero esencialmente positivos. No es solamente un periodo de adaptación a los cambios corporales, sino una fase de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social. (1)

Según la Organización Mundial de la Salud define la adolescencia como el periodo entre los 10 y los 19 años. (21)

La adolescencia es un periodo crítico del crecimiento en el que se llega a experimentar notables cambios físicos, sexuales, psíquicos, cognoscitivos y hormonales que pueden poner en peligro el equilibrio psicofísico del adolescente. Es una etapa de búsqueda de la propia identidad, de inseguridad y frecuentes frustraciones en la cual la joven trata de hallar su lugar en el mundo. Debido a que al llegar en esta etapa de crecimiento, cada adolescentes abarca diversas situaciones, ya que cada quien adopta una forma de alcanzar a desarrollar su identidad sexual. (5)

Una de cada cinco personas en el mundo es adolescente entre 10 y 19 años, población que alcanza actualmente 1.300 millones, la mayor generación adolescente registrada en la historia. La mitad de ellos/as son pobres y la cuarta parte vive en extrema pobreza. (21)

La adolescencia se trata principalmente por rápidos cambios físicos que se correlacionan con rápidos cambios sociales y psicológicos conducentes a la madurez intelectual y sexual y otros procesos que gradualmente apartan al/la adolescente de la dependencia de los adultos para ganar creciente independencia, se puede decir que inicia un proceso de separación de sus padres o familias. El desarrollo físico ocurre varios años antes de que alcance la madurez psicológica y social. Esta brecha es de crítica importancia en el análisis de la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes del tramo de 10 a 14 años, ya que en esta etapa el/la adolescente empieza a experimentar la vida adulta, y de su identidad sexual. (21)

2.2.2. Etapas de la adolescencia:

El transcurrir de la adolescencia pasa por varias etapas que, basándose en característica etarias y de escolarización, se puede dividir en tres fases:

- a) adolescencia temprana: comprende de 10 a los 13 años de edad, donde da inicio los cambios.
- b) adolescencia media: comprende de 14 a los 16 años, en la que culminan los cambios del desarrollo sexual.
- c) adolescencia tardía: de 17 a los 19 años en la que finaliza el desarrollo corporal y se logra la madurez de la persona. (3) (5)

2.2.3. EMBARAZO EN ADOLESCENCIA

El embarazo adolescente se define como “la gestación en mujeres, es determinado por el rango edad, es considerada adolescente, independientemente de su edad ginecológica.” o bien se puede utilizar el siguiente concepto “es el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, o la que ocurre en la mujer entre el comienzo de la edad fértil y el final de la etapa de adolescente”. La adolescente es madre en una etapa en donde todavía depende de su familia para sostenerse, y poder enfrentarse a las diversas situaciones de un nuevo hogar. (8) (22) (23)

La maternidad temprana es reconocida en el mundo como un factor que afecta el bienestar y la salud reproductiva de las mujeres jóvenes, así como el ritmo y la dirección del desarrollo de un país. Esto hace fracasar en diversos ámbitos de la vida adolescente, en donde adquiere una responsabilidad más el de la nueva familia. (16)

El embarazo y la maternidad durante la adolescencia son hechos que preocupa a la sociedad general y a los sanitarios en particular, especialmente a pediatras y obstetras, ya que en esta edad un embarazo pone en peligro la vida de la gestante, y la del feto, ya sea durante el desarrollo del embarazo o después de resolución del parto. Los autores americanos la sitúan entre los 13 y los 19 años. La mayoría de ellos estiman que a los 17-18 años ya existe un desarrollo somático apropiado como para que una gestación se desenvuelva sin excesivas complicaciones. (5)

El embarazo temprano ocurre en todos los estratos sociales pero predomina en los sectores de menor nivel socioeconómico, y en los países en desarrollo. Un informe de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) reporta que un conjunto de países latinoamericanos analizados la tasa de fecundidad adolescente del quintil más pobre cuadruplica la del quintil más rico. Asimismo, el embarazo adolescente es más frecuente en las jóvenes que tienen bajo nivel educativo. El intento de escapar a situaciones conflictivas en el hogar también es un detonante del embarazo temprano ligado en el deseo de tener hijos-as propios-as para no seguir cuidando de los-as hermanos-as pequeños-as, tarea comúnmente asignada a las adolescentes mujeres en los estratos más pobres. (21)

Por otro lado, el embarazo también puede ser un mecanismo para obtener protección o apoyo económico por parte del hombre. Por las mismas condiciones de la familia a veces se recurre a la formación de un nuevo hogar para ayudar así en cuanto a la situación económica en que viven muchas familias, donde la pareja de la adolescente, pueda ayudar a sufragar los gastos. Estas variables podría explicar parcialmente el fracaso reiterando de los programas destinados a evitar que se repitan los embarazos en la adolescencia. (21)

Anualmente en el mundo, 14 millones de adolescentes de 15 a 19 años y un número no determinado de niñas menores de 15 años son madres. La gran mayoría (95%) de estos nacimientos ocurre en países en desarrollo. En América Latina y el Caribe 18% de todos los nacimientos corresponden a madres adolescentes de 15 a 19 años. (21)

El embarazo en la adolescente se ha asociado con un mayor riesgo de complicaciones durante la gestación. El problema del embarazo en la adolescencia tiene implicaciones en la salud pública, siendo una preocupación tanto desde el punto de vista médico como psicosocial, ocurriendo con mayor frecuencia en adolescentes de medio socioeconómico bajo, en familias desintegradas, numerosas o monoparentales, afectadas por el desempleo y que es un fenómeno que se había presentado previamente en las propias madres adolescentes. Así mismo, el momento de la unión y de la maternidad tiene implicaciones para toda la vida de las jóvenes y para el desarrollo económico y social del país. (12) (16)

Las principales causas de morbilidad durante el embarazo en la adolescencia son las infecciosas, incrementándose el nacimiento pretérmino y la ruptura de membranas, así como es más frecuente la preeclampsia y anemia. (12)

El embarazo adolescente va en aumento mundial presentándose cada vez a edades más precoces. Existen variaciones importantes en la prevalencia a nivel mundial dependiendo de la región y el nivel de desarrollo. Así, en países como Estados Unidos corresponde a un 12,8% del total de embarazos, mientras que en países con menor desarrollo, como El Salvador, constituye cerca del 25% y en países africanos cerca del 45% del total de embarazos. (22)

Cada año, 114 de cada 1.000 mujeres guatemalteca entre 15 y 19 años dan a luz. Como es el caso en muchos otros países, en Guatemala la tasa de fecundidad entre las adolescentes rurales es mucho más alta que la de las adolescentes urbanas (133 por 1.000 versus 85 por 1.000). (16)

Los embarazos en niñas y adolescentes menores de 15 años en su mayoría embarazos no deseados, es uno de los problemas que enfrentan muchas adolescentes en dónde enfrentan un embarazo que nunca en su vida de adolescente se pensó pasar de esa forma, tanto para ella como para su familia. Esta situación afecta en mayor medida a las niñas y adolescentes de sectores sociales más desprotegidos. En esto puede intervenir diversos factores en la ocurrencia de embarazos adolescentes en menores de 15 años, como el desconocimiento del cuerpo y de los hechos básicos de la reproducción y la falta de conocimiento de medidas de prevención del embarazo y de acceso a las mismas y es que esto puede ser que vengan desde la familia que no dan ninguna orientación hacia los hijos cuando llegan a esta etapa. (21)

2.2.4. FACTORES DE RIESGO PARA EL EMBARAZO EN ADOLESCENTE

El contexto de la maternidad adolescente es clave: Dar a luz a una edad temprana puede reducir la autonomía social y económica de una mujer a largo plazo, desviar sus perspectivas educativas y pone en peligro su salud y la de su recién nacido. Las mujeres que comienzan la maternidad a una corta edad tienden a tener familias más numerosas que aquellos que posponen la maternidad, y a las madres muy jóvenes y sus hijos que inician sus vidas en la pobreza son a menudo incapaces de salir de esa pobreza. Puede restringir seriamente las oportunidades educativas de las jóvenes y, por consiguiente, limitar sus perspectivas de empleo. Puede empeorar las condiciones de salud de la madre y el hijo cuando éstas ya son deficientes, estos riesgos se agravan en las adolescentes pobres, quienes tienen pocas probabilidades de tener una nutrición adecuada y acceso a la atención médica. (16)

El embarazo en la adolescencia representa un factor de riesgo alto de morbilidad materna, fetal y neonatal, condicionando en gran medida por diversos factores biológicos, como la inmadurez física y emocional de la madre. (24)

La educación se relaciona cada vez más con el mejoramiento de las perspectivas de vida, las mujeres que aplazan su primer nacimiento hasta después de la adolescencia pueden permanecer más tiempo en la escuela, así lograr los objetivos propuestos para el desarrollo de la familia, cuando se sienta capaz de tener una familia y el cuerpo ha llegado a un completo desarrollo para un embarazo. (16)

2.2.4.1. Factores biológicos:

El proceso de crecimiento y maduración sexual terminan con la menarquia. (3) Son madres cuando todavía son unas niñas, no están preparadas físicamente, pero mucho menos lo están emocionalmente. En Guatemala, como en la mayor parte del mundo en desarrollo, cuando las mujeres establecen uniones tempranamente, ya sea por decisión de ellos o de la misma familia, también tienden a comenzar la maternidad a una corta edad. (16) (25)

2.2.4.2. Factores Psicológicos:

La pubertad no implica madurez psicológica, por tanto, los adolescentes no siempre son capaces de comprender todas las consecuencias del inicio precoz de la actividad sexual, ni muchos menos enfrentar un embarazo. La pulsión sexual del varón adolescente no se puede negar, su fuerza arrolladora e imprevisible, de ahí que con frecuencia pueda desencadenar disturbios psicológicos más o menos graves. Implica el uso de la fuerza, la coerción o la intimidación psicológica para hacer que la mujer lleve a cabo un acto sexual. La experiencia sexual en la joven adolescente no responde únicamente a un siempre deseo de sexo, más bien a un interés por ser aceptada, cuidada, mimada, deseada y protegida. Las mujeres jóvenes con escasa autoestima, dependientes o con insuficiente o ninguna comunicación con sus padres están expuestas a un inicio sexual temprano, con el consiguiente riesgo de quedar embarazada. (5) (25)

2.2.4.3. Factores culturales:

El embarazo a temprana edad es práctica cultural en algunas comunidades asociándose la falta de una educación sexual (mitos y tabúes sobre sexualidad) adecuada, cuyo resultado es que las adolescentes queden embarazadas, sin que el cuerpo todavía no se ha desarrollado completamente. También tenemos que tener en cuenta que las niñas que no reciben una educación son más vulnerables a quedarse embarazadas. Los valores morales y religiosos han sufrido un gran cambio en los últimos tiempos. En el momento

actual se cuestiona la familia como institución y se pone en duda el valor de la fidelidad matrimonial. Para la adolescente formada en estos principios la actividad sexual, es el cambio adecuado para conseguir la popularidad y el éxito. La mayor parte del mundo, la educación es uno de los factores que más influyen en la edad al momento de la primera unión. (5) (22) (16) (25)

2.2.4.4. Factores Familiares:

Otro de los factores que está involucrado en esta situación es la disfunción familiar, como falta de comunicación con los padres, abandono, baja escolaridad de los padres, padres separados, madres solteras, antecedentes familiares de embarazos adolescentes o enfermedades crónicas de los progenitores parecen aumentar la incidencia de embarazos en adolescentes, los cuales hacen que se pierda esa relación entre padre y el adolescente. El intento de escapar a situaciones conflictivas en el hogar, formar un nuevo hogar, tener hijos-as propios para no seguir con las cargas domésticas, tarea comúnmente asignada a las adolescentes en zonas rurales como urbanas, y esto se agravan en los estratos más pobres. (5) (22) (17)

2.2.4.5. Factores socio-económicos:

El embarazo en la adolescencia ocurre en todos los grupos socio-económicos, raciales y étnicos. Sin embargo, no hay que olvidar que la pobreza, el hacinamiento, la delincuencia juvenil, la iniciación a drogas, trabajo no calificado, vivir en área rural, ingreso precoz a la fuerza de trabajo, el alcohol e incluso la indigencia, marginación social y predominio del amor romántico en las relaciones sentimentales de los adolescentes, favorecen de forma notable su incremento. (5) (22)

2.2.5. Factores condicionantes del embarazo en adolescente:

2.2.5.1. Iniciación sexual:

Las relaciones sexuales en la adolescencia temprana son frecuentes en América Latina, esto puede representar un riesgo para la salud y el bienestar de las adolescentes, particularmente en términos de embarazo imprevisto e infecciones de transmisión sexual, especialmente si las jóvenes no tienen madurez o la asertividad para utilizar medidas preventivas. Cuanto más joven es la adolescente, mayor es la probabilidad de iniciación sexual forzada. (3) (21)

2.2.5.2. Violencia sexual:

El abuso sexual y las agresiones sexuales en la niñez y adolescencia son fenómenos que están ganando mayor visibilidad. Las circunstancias de embarazos en niñas menores de 14 años de edad, se relacionan con la violencia sexual, abuso dentro de la familia y amigos cercanos, por lo general los abusadores y los agresores sexuales son familiares directos o personas conocidas que gozan de la confianza de las adolescentes. El abuso sexual incluye acciones con y sin contacto sexual, el coito forzado es el abuso sexual definido como violación. Cuando la agresión sexual conduce a un embarazo, a los riesgos propios del embarazo imprevisto en la adolescencia, se suman los riesgos derivados del impacto emocional de la violencia, la culpabilidad, el silenciamiento, la falta de contención y de apoyo. Los mayores riesgos obstétricos y perinatales asociados al embarazo en menores de 15 años se acrecientan más, cuando son consecuencias de abuso y agresiones sexuales. (3) (21) (25)

2.2.5.3. Explotación sexual:

La explotación sexual comercial infantojuvenil es el empleo comercial para actividades de índole sexual de personas menores de edad a cambio de remuneración económica y otro tipo de beneficios, es una de las más serias violaciones de sus derechos humanos y dignidad, los cuales están expuestas a un alto riesgo de embarazo no deseado y contagio de infecciones de transmisión sexual. Las adolescentes que quedan embarazadas tienen el alto riesgo de recurrir a métodos de aborto inseguro, muchas veces obligadas por sus explotadores. De las que continúan el embarazo, pocas reciben atención médica, con el consecuente riesgo de sufrir complicaciones del embarazo. (21)

2.2.5.4. Uso de métodos anticonceptivos:

La edad de inicio de relaciones sexuales es cada vez más temprana, pero la capacidad de prevenir el embarazo no acompaña este comportamiento. Entre los 10 y los 14 años no existe la madurez emocional e intelectual necesaria para aplicar medidas adecuadas de prevención. El uso de anticoncepción en la primera relación sexual suele ser muy bajo por la imprevisibilidad del hecho. Por falta de conocimiento y experiencia, las adolescentes tienen más embarazos imprevistos que las adultas durante el primer año de uso de métodos anticonceptivos. (3) (21)

2.2.6. CONTROL PRENATAL DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

Control prenatal se define como el conjunto de actividades medicas ejercidas en la embarazada para obtener el mejor grado de salud, tanto para ella como para su hijo por nacer; está encaminada a la detección temprana de complicaciones o intercurrentes, que si se presentan determinan conductas de manejo específicas. (26)

La *American Academy of Pediatrics* (AAP) y el *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) (2007) describieron la esencia de la atención prenatal como: Un programa de atención integral antes del parto que incluye una estrategia coordinada para la atención médica y el apoyo psicológico que en condiciones óptimas comienza antes de la concepción y se extiende durante todo el periodo prenatal. Este programa integral incluye: a) atención previa a la concepción, b) diagnóstico oportuno del embarazo, c) valoración prenatal inicial y, d) consultas prenatales de seguimiento. (27)

Objetivos de control prenatal: 1) Identificar oportunamente el embarazo de alto riesgo. 2) Fomentar, proteger y recuperar la salud materno fetal. 3) Disminuir las tasas de morbimortalidad materna y perinatal. (26)

2.2.6.1. Metodología de la atención prenatal:

Primera consulta: es la captación de la gestante y quizás la más importante de todas las consultas, porque en ésta el médico debe ser capaz, mediante el interrogatorio y el examen físico completo, de detectar riesgos que la gestante puede presentar o que permanecían ocultos. El primer examen médico de la vigilancia con la herramienta básica e insustituible que es la historia clínica en todos sus componentes; en los antecedentes familiares son de particular importancia los relativos a diabetes mellitus, malformaciones, cromosopatías y enfermedades cardiovasculares, toxicomanías o hábitos e identificación de factores o condiciones de riesgo obstétrico, determinar la edad gestacional real. La información detallada sobre los antecedentes obstétricos es crucial porque muchas complicaciones en embarazos previos tienden a recurrir en los posteriores. (26) (28)

Valoración prenatal inicial: la atención prenatal debe iniciarse en cuanto existiera la probabilidad razonable de embarazo, teniendo en cuenta los objetivos principales: 1) Definir el estado de salud de la madre y el feto, 2) calcular la edad gestacional, 3) iniciar un plan de atención obstétrica continua. (27)

El uso de un registro prenatal estandarizado dentro de un sistema de atención a la salud ayuda mucho al manejo antes y durante el parto, así permite la comunicación y la continuidad de la atención entre los profesionales de la salud. Por lo general se ha vuelto costumbre dividir el embarazo en tres periodos iguales de unos tres meses calendario, donde el primer trimestre se extiende hasta que se completen las 14 semanas, el segundo hasta la semana 28 y el tercero incluye de la semana 29 hasta la 42 de gestación. (27)

Seguimiento de reconsultas: son situaciones y problemas individuales que pueden ir apareciendo durante el seguimiento o evolución de una gestación, como escuchar todas las inquietudes de la gestante, educar en todos los aspectos higiénico-dietético de la gestación, valorar la presencia o no de infecciones vulvo-vaginales, lo que debe ser motivo de interrogatorio en cada consulta, valorar 3 curvas de atención prenatal: de peso, de altura uterina y la medición exacta de la presión arterial. La valoración típica incluye lo siguiente: (27) (28)

Fetal:

- Frecuencia Cardíaca

- Tamaño, actual y ritmo de cambio

- Cantidad de líquido amniótico

- Presentación y estación (en el embarazo avanzado)

- Actividad.

Materna:

- Presión arterial, actual y magnitud de cambios.

- Peso, actual y magnitud de cambio

- Síntomas, como cefalea, cambios visuales, dolor abdominal, náusea y vómito, Hemorragia, fuga de líquido amniótico y disuria.

- Altura en centímetros del fondo uterino desde la sínfisis

- Examen vaginal en el embarazo avanzado a menudo aporta información valiosa, que incluye:

 - Confirmación de la presentación y su estación

 - Estimación clínica de la capacidad pélvica y su configuración general

 - Consistencia, borramiento y dilatación del cuello uterino.

Las consultas prenatales posteriores suelen programarse a intervalos de cuatro semanas hasta la semana 28; cada dos semanas hasta la semana 36, y luego cada semana, pero las mujeres con embarazos complicados a menudo necesitan regresar a consulta cada una o dos semanas. (27)

2.2.6.2. Embarazo de alto riesgo:

Una de las funciones de la atención prenatal es la atención del embarazo del alto riesgo, porque hay diversos factores de riesgo que puede identificarse y atenderse en forma apropiada en el manejo del embarazo. El amplio uso y la popularidad del termino alto riesgo llevaron a calificar con este a casi toda la gestante por el simple hecho de serlo. Edad, talla, peso, condición social, estado nutricional, numero de gestaciones previas o falta de las mismas, curso clínico y ultrasonográfico del embarazo. (26) (27)

Las mujeres guatemaltecas tiene una deficiencia en salud reproductiva, la población guatemalteca tiene varios problemas serios de salud, las tasas bajas de atención prenatal y del parto y el precario estado general de salud de las mujeres pobres. La atención prenatal y del parto es inadecuada entre las adolescentes, donde necesitan servicios de calidad para asegurarles un embarazo y un parto seguro, no todas las adolescentes obtienen la atención integral prenatal y del parto que necesitan para evitar complicaciones y dar a luz a bebés sanos. (16)

En general, el 70% de las mujeres embarazadas entre 15 y 24 años reciben algún tipo de atención prenatal profesional. La proporción de las que acuden al menos a una visita prenatal alcanza a ocho de cada 10 jóvenes con más escolaridad y las no indígenas, pero entre las adolescentes con menor escolaridad y las indígenas es casi la mitad. (16)

2.2.7. COMPLICACIONES PRENATALES DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENTE:

Son un conjunto de trastornos que ocurre desde que se produce la fecundidad hasta la atención o resolución de parto. Dentro de estas complicaciones encontramos los siguientes:

2.2.7.1 Aborto:

Es el nacimiento prematuro antes de que sea posible vivir. Terminación del embarazo antes de las 20 semanas de gestación o con un feto que pesa menos de 500g. (27)

Las causas de aborto pueden intervenir más de una causa y en cada una, el mismo factor puede actuar de manera muy distinta, según las circunstancias y las características de las pacientes. (28)

Frecuencia: Se estima que existe una pérdida espontánea de 10 al 15% de todos los embarazos pronosticados. Esta frecuencia aumentaría hasta el 50% si incluyéramos los casos diagnosticados clínicamente. Por tratarse de una práctica clandestina, no es posible conocer de una manera exacta la incidencia real del aborto en América Latina. La Organización Mundial de la Salud estima que se llevan a cabo 3.9 millones de abortos inseguros en la región, de los aproximadamente 18% corresponde a menores de 20 años. (21) (29)

La etiología del aborto espontáneo se ha determinado que en un 50% tiene como causa conocida, de las cuales se menciona:

- ovular: anomalías congénitas. Anomalía embrionaria del cigoto, embrión, feto o en ocasiones placenta, dentro de ellas tenemos, trisomía autosómica, monosomía X, triploidia, tetraploidia, anomalía estructural, trisomía doble o triple, Anomalías congénitas (utero): difelfo, bicorne, septado, hipoplásico, insuficiencia istmocervical. Defectos uterinos adquiridos: los leiomiomas uterinos grandes y múltiples son frecuentes y en ocasiones suelen provocar abortos. Los defectos uterinos embrionarios se ha relacionado los defectos en la formación de los conductos de Müller o los defectos de fusión pueden surgir de manera espontánea. Insuficiencia cervico-uterina: donde es definida como la dilatación del cuello uterino indolora durante el segundo trimestre.

(26) (27) (30)

- maternas: anatómica
 - endocrinas: Hipotiroidismo, la deficiencia pronunciada de yodo se acompaña de abortos. Diabetes mellitus, demostrando una frecuencia de aborto espontáneo como de malformaciones congénitas mayores aumenta en las gestantes que presentan esta alteración con esto tiene mayor riesgo de sufrir pérdidas fetales. (26) (27) (30)

- infecciosas: Según el *American College of Obstetricians and Gynecologists (2001)* las infecciones constituyen una causa rara de aborto del primer trimestre. Este nos da a entender que es una causa de pérdida fetal tardía, asociándose a microorganismos como *Salmonella typhi*, *Vibrio Fetus*, *malaria*, *citomegalovirus*, *Brucela*, *toxoplasma*, *Mycoplasma hominis*, *Chlamydia trachomatis* y *Ureaplasma urealyticum*. (26) (27) (30)
- inmunológicas ambientales y iatrogénicas. Existe una diversidad de enfermedades inmunitarias que puede provocar abortos durante el primer trimestre, como Lupus eritematoso generalizado, Anticuerpo y Síndrome antifosfolípidos, anticuerpos antinucleares y antitiroideos (no se ha podido establecer su participación).
Drogas y factores ambientales: Tabaco, alcohol, cafeína, radiaciones y anticonceptivos. Iatrogénica: se puede mencionar al momento en que se realizan métodos diagnósticos en la etapa de gestación, como amniocentesis, biopsia corial o funiculocentesis. (26) (27) (29) (30)

2.2.7.2. Aborto espontáneo:

Más del 80% de los abortos suele producirse en las primeras 12 semanas de edad gestacional. Lo cual es una complicación más común del embarazo que en muchas de las situaciones llegan con pérdidas tempranas, las pérdidas tardías son menos frecuentes, con 1,2% de los embarazos. Diversos factores influyen en el índice de abortos espontáneos, pero en la actualidad no se sabe con certeza si los que son silenciosos en términos clínicos también llegan a modificarse. (27) (30)

2.2.7.3. Amenaza de aborto:

Se define como la situación clínica de una metrorragia antes de la semana 20 de amenorrea. El diagnóstico clínico de amenaza de aborto se sospecha cuando aparece secreción sanguinolenta o hemorragia vaginal por el orificio cervical cerrado durante la primera mitad del embarazo. Esto suele presentarse en un 20 a 25% de las mujeres al principio del embarazo y persiste durante varios días o semanas. En donde la causa fisiológica de la hemorragia es la que ocurre en el momento probable de menstruación, hemorragia de implantación. (27) (29) (30)

2.2.7.4. Anemia:

Se ha considerado como una de las enfermedades más frecuentes que pueden coincidir con embarazo, o por el mismo desarrollo del embarazo en donde aumenta los requerimientos nutricionales por parte de la gestante, ya que las necesidades para el desarrollo del feto y la placenta aumenta el consume de hierro elemental. Existe un aumento sustancial del volumen total de sangre y se incrementa la producción eritrocitaria. Para lo cual se produce una disminución de la masa de hemoglobina. (26) (28)

El aumento de volumen plasmático hace que llegue a un promedio de 1000ml, lo cual resulta necesario para que se lleve a cabo el llenado de la vascularización expandida por parte de los tejidos maternos que están hipertrofiados y la circulación feto-placentario. (28)

Frecuencia: La incidencia de anemia en el embarazo varía considerablemente en el mundo, es más frecuente en los países subdesarrollados. Este problema sucede en las gestantes al no recibir un control adecuado, y por la mala alimentación que se tiene durante el desarrollo del embarazo. La gestante anémica y su futuro hijo están frecuentemente expuestos enfrentar una complicación, algunas de ellas puede manifestarse de manera grave, llevándonos a una categoría de alto riesgo. (28)

2.2.7.5. Amenaza de parto pretérmino (APP):

Se ha considerado como el proceso clínico donde se produce la aparición de contracciones uterinas propias del trabajo de parto en pacientes que todavía tienen las membranas intactas, presentándose después de la vigésima y antes del trigésima séptima semana gestación. La actividad uterina se hacen palpables clínicamente con un tiempo de 30 segundos o más de duración con una frecuencia de una o más en diez minutos durante un periodo mínimo de una hora, esto nos lleva que se produzcan cambios cervicales leves, borramiento de cérvix uterino del 80% o menos, y con una dilatación igual o menor a 2 cms. (26) (29) (30)

2.2.7.6. Trabajo de parto pretérmino (TPP):

Es cuando la actividad uterina se presenta de igual o mayor a la que se describe en amenaza de parto prematuro (4 contracciones en 20 minutos u 8 en 1 hora), y las

modificaciones cervicales ya son mayores, el borramiento del cuello uterino es mayor al 80% y una dilatación mayor a 2 cm. Su diagnóstico más acertado se hace por medio de la actividad basal y contractilidad normal del útero, existe un tono uterino basal de 6 a 8 mmHg permanentemente y la aparición de las contracciones Blaxton-Hicks de baja frecuencia e intensidad. (30)

2.2.7.7. Parto Pretérmino:

Es el nacimiento que ocurre antes de concluir las 37 semanas, asociándose a diversos trastornos concomitantes que se debe en gran parte a la inmadurez de los órganos y sistemas, por lo que se incrementan de manera notable en los lactantes que nacen de las 37 semanas de gestación con la comparación de los nacimientos a término. (27) (30)

2.2.7.7.1. Causas

Las causas del parto prematuro en Estados Unidos hay cuatro directas principales: (27)

- El parto por indicación materna o fetal en las cuales se induce trabajo de parto o el lactante nace mediante cesárea antes del trabajo de parto.
- Trabajo de parto prematuro espontaneo inexplicable con membranas intactas.
- Rotura prematura de membranas a pretérmino idiopática
- Partos gemelares y múltiples.

2.2.7.7.2. Antecedentes y factores que contribuyen: (27)

- Amenaza de aborto: La hemorragia vaginal en las primeras etapas del embarazo se asocia a un incremento de los desenlaces adversos posteriores.
- Factores relacionados con el estilo de vida: Tabaquismo, edad muy joven o adulta, pobreza, talla baja, deficiencia vitamina C.
- Disparidad racial y étnica
- Trabajo durante el embarazo: Permanecer de pie por periodos prolongados y caminar, condiciones de trabajo extenuantes y largas horas de trabajo semanal.
- Factores genéticos

- Periodontitis: La inflamación de las encías es una complicación crónica por anaerobios que afecta hasta a 50% de las embarazadas en Estados Unidos.
- Malformaciones congénitas
- Infecciones
- Vaginosis bacteriana

2.2.7.8. Hipertensión en el embarazo:

Los trastornos hipertensivos complican a 5 a 10% de todos los embarazos y constituyen uno de los miembros de la triada letal, asociado con la hemorragia y la infección que son las que contribuyen a las tasas de morbilidad y mortalidad materna. Es una de las complicaciones obstétricas que tiene que afectar a la salud materno-fetal, y eso lleva a la mayoría de consultas en las unidades de alto riesgo. (27) (29)

Los trastornos hipertensivos del embarazo se clasifica en la siguiente manera:

2.2.7.8.1. Hipertensión Gestacional:

Cuyo diagnóstico se establece cuando la presión arterial alcanza 140/90mmHg o mayor por primera vez después de la mitad de embarazo y la característica de este que no presente proteinuria. Al no aparecer evidencia de preeclampsia y la presión arterial normal se recupera hacia las 12 semanas posparto. (27) (29)

2.2.7.8.2. Preeclampsia:

Es un síndrome específico del embarazo que puede afectar a todos los sistemas orgánicos por la existencia de daño endotelial, y es caracterizado como la manifestación más frecuente en la segunda mitad del embarazo y puerperio. Existe un daño endotelial. En este trastorno hay presencia de proteinuria, que es proteína en orina de 24 horas mayor de 300 mg/24h, creatinina ≥ 0.3 o concentración persistente de 30 mg/dl. En cuanto más grave sea la hipertensión o proteinuria, más certero es el diagnóstico de la preeclampsia. (27) (30)

El desarrollo de la preeclampsia se invoca a una posible falla en el mecanismo inmunológico adaptativo que permite el desarrollo de la estrecha relación entre el organismo materno y su huésped, dicha falla puede estar asociada a la inmadurez del sistema inmunológico materno o, con alteración funcional que en parte podría estar asociado a una condición de mala nutrición materna. (23)

2.2.7.8.3. Eclampsia:

El inicio de convulsiones que no pueden atribuirse a otras causas en una mujer con Preeclampsia que se presentan como crisis convulsivas generalizadas y que estos pueden que se presenten antes, durante o después del parto. El 50% de los casos debuta antes del parto, un 25% durante el parto y el resto aparece en el posparto. (27) (28) (29)

Diagnóstico de trastornos hipertensivos que complican el embarazo: (27)
Hipertensión gestacional:
<ul style="list-style-type: none">• PA sistólica \geq 140 o PA diastólica \geq 90 mmHg por primera vez durante el embarazo
<ul style="list-style-type: none">• Sin proteinuria
<ul style="list-style-type: none">• La PA regresa a la normalidad antes de 12 semanas después del parto.
<ul style="list-style-type: none">• Diagnostico final solo hasta después del parto
<ul style="list-style-type: none">• Puede haber otros signos o síntomas de preeclampsia, como molestia epigástrica o trombocitopenia.
Preeclampsia:
Criterios mínimos:
<ul style="list-style-type: none">• PA \geq 140/90 mmHg después de 20 semanas de gestación
<ul style="list-style-type: none">• Proteinuria \geq 300 mg/24 h o \geq + con tira reactiva.
Mayor certeza de preeclampsia:
<ul style="list-style-type: none">• PA \geq 160/110 mmHg
<ul style="list-style-type: none">• Proteinuria de 2.0 g/24h. o \geq 2+ con tira reactiva
<ul style="list-style-type: none">• Creatinina sérica $>$ 1.2 mg/dl, a menos que se sepa que estaba elevada antes.
<ul style="list-style-type: none">• Plaquetas $<$ 100,000/μl
<ul style="list-style-type: none">• Hemolisis microangiopática, aumento de DHL
<ul style="list-style-type: none">• Aumento de transaminasa sérica: AST o ALT
<ul style="list-style-type: none">• Cefalea persistente u otro trastorno cerebral o visual
<ul style="list-style-type: none">• Dolor epigástrico persistente.

Eclampsia:
<ul style="list-style-type: none"> • Convulsiones que no puede atribuirse a otras causas en una mujer con preeclampsia
Preeclampsia superpuesta a hipertensión crónica:
<ul style="list-style-type: none"> • Proteinuria de inicio reciente ≥ 300 mg/24 h en mujeres hipertensas, pero sin proteinuria antes de las 20 semanas de gestación
<ul style="list-style-type: none"> • Aumento súbito de proteinuria o presión arterial o recuento plaquetario $< 100,000 /\mu\text{l}$ en mujeres con hipertensión y proteinuria antes de las 20 semanas de gestación.
Hipertensión crónica:
<ul style="list-style-type: none"> • PA $\geq 140/90$ mmHg antes del embarazo o diagnosticada antes de las 20 semanas de gestación, no atribuible a enfermedad trofoblástica gestacional.
O
<ul style="list-style-type: none"> • Hipertensión diagnosticada después de las 20 semanas de gestación y persistente 12 semanas después del parto.

ALT, transaminasa de alanina; AST, Transaminasa de aspartato, PA, presión arterial; DHL, deshidrogenasa láctica.

National High Blood Pressure Education Program Working Group Report on High Blood Pressure in Pregnancy (2000)

2.2.7.9. Rotura de membranas ovulares (RPMO):

Se define como la rotura espontánea de las membranas antes del comienzo del trabajo de parto, considerándolo como una complicación de la gestación que condiciona un incremento de la morbimortalidad materna y perinatal. Esto debe tener mucha importancia entre el periodo de latencia, el cual es el intervalo entre la ruptura de las membranas y el inicio del trabajo de parto. (26) (28) (29) (30)

Aproximadamente el 80% de los casos de ruptura prematura de membranas ocurren a término y, en un 90% de veces, van seguidos del inicio del parto en un intervalo de tiempo inferior a 48h. (29)

La ruptura de membranas se clasifica en dos categorías generales:

- a) Ruptura prematura de membranas a término: después de 37 semanas de gestación
- b) Ruptura prematura de membranas pretérmino: antes de las 37 semanas de gestación, la cual a su vez se divide en:
 - a. RPM previable: ruptura prematura de membranas en gestaciones menores de 23 semanas.
 - b. RPM lejos del término: ruptura prematura de membranas en gestaciones de 24 a 32 semanas
 - c. RPM cerca de término: ruptura prematura de membranas en gestaciones de 33 a 36 semanas. (30)

Varios factores han sido asociados clásicamente con RPM pretérmino, los cuales se mencionan a continuación: (28) (30)

- Causas infecciosas (amnionitis, cervicitis y otras vaginosis)
- Aumento del volumen intrauterino (Polihidramnios y embarazo múltiple)
- Hemorragia subcoriónica
- Coito
- Estrato socioeconómico bajo (nutrición inadecuada)
- Anomalías estructurales bioquímicas (síndrome de Ehler-Danlos)
- Trauma materno
- Abuso de sustancias, incluyendo tabaquismo
- Patología del cuello uterino.

De acuerdo a esto toda mujer que esté embarazada que consulte por salida de líquido por el canal vaginal, es importante realizar un examen bien cuidadoso para descartar rotura de membranas. Uno de los primeros pasos a seguir es la realización de la especuloscopia y evitar el tacto vaginal, excepto en los casos donde exista trabajo de parto avanzado o ante alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal. (28) (30)

2.2.7.10. Infección del Tracto urinario (ITU):

Es considerado como las afecciones que con mayor frecuencia está asociada al embarazo, como la proliferación de microorganismos generalmente bacterias que invaden, ya sea de manera total o parcial el tracto urinario. (9) (26) (28) (31)

La infección urinaria es una de las principales complicaciones en el embarazo en adolescentes acompañada de vulvovaginitis. Los diferentes agentes etiológicos que se puede mencionar según por orden de importancia son: *Escherichia Coli*, que pertenecen a la flora enterobacteria que representa como responsable del 80-90% de los casos, luego *Proteus Mirabilis*, *Klebsiella pneumoniae*, *Enterococcus spp* y *Staphylococcus saprophyticus*, *Aerobacter*, *Pseudomonas*. (28) (31)

Esto se relaciona con el embarazo por diversos cambios anatómicos y funcionales que abarcan a casi todos los órganos y sistemas donde la gestante se predispone, esto sucede por la misma comprensión de las vías urinarias por el útero grávido. (31)

III. OBJETIVOS

3.1. Objetivo general

- Describir las complicaciones prenatales en las adolescentes embarazadas.

3.2. Objetivos específicos

- Identificar las complicaciones prenatales más frecuentes en las adolescentes embarazadas.
- Caracterizar el perfil sociodemográfico de las adolescentes embarazadas del servicio de complicaciones prenatales.
- Describir los factores asociados a embarazos en la adolescencia.

IV. MARCO METODOLOGICO

4.1. Tipo de estudio:

La presente investigación fue de carácter descriptivo, con el fin de describir las complicaciones prenatales más frecuentes durante el embarazo en adolescente. Con un tipo de captación de la información retrospectiva.

4.2. Sujeto del estudio:

Adolescentes embarazadas que fueron ingresadas al servicio de complicaciones prenatales del Hospital de Cobán, A.V. y que presentaron una complicación prenatal.

4.3. Unidad de análisis:

Expedientes clínicos de adolescentes embarazadas que fueron ingresadas al servicio de complicaciones Prenatales del Hospital de Cobán, en el año 2009 a 2013.

4.4. Universo:

Expedientes clínicos de adolescentes embarazadas que fueron ingresadas al servicio de complicaciones Prenatales del Hospital de Cobán, en el año 2009 a 2013 que cumplan los criterios de inclusión.

4.5. Criterios de inclusión:

Todas las historias clínicas de adolescentes embarazadas que fueron ingresadas al servicio de Complicaciones Prenatales que presentaron alguna complicación durante el embarazo, comprendidas entre las edades de 10 a 19 años.

4.6. Criterios de exclusión:

Toda paciente adolescente embarazada que fueron ingresadas al servicio de Complicaciones Prenatales, con otras patologías, con expedientes clínicos incompletos, ilegibles, al momento que se llevó a cabo la investigación.

4.7. Operativización de variables

Nombre de la variable	Conceptualización	Definición Operacional	Indicador	Tipo de variable	Escala de medición	Instrumento	Ítem	
Caracterización epidemiológica	Edad	Tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo.	Mujeres en edades de 10 a 19 años	Años	Cuantitativa	Razón	Ficha clínica	1
	Estado civil	Condición particular que caracteriza a una persona en la que hacen sus vínculos personales con individuos de otro sexo.	Datos se obtendrá en ficha clínica, Según paciente	Soltera, casada, unida,	Cualitativa	Nominal	Ficha clínica	2
	Escolaridad	Periodo de tiempo que dura la estancia de un niño o joven en una escuela para estudiar y recibir enseñanza adecuada.	Datos se obtendrá en ficha clínica, Según paciente	Primaria Secundaria Diversificado Universitaria	Cualitativa	Ordinal	Ficha clínica	3
	Ocupación	Es el oficio o profesión de una persona independientemente del sector en que puede estar empleada.	Datos se obtendrá en ficha clínica, Según paciente	Ama de Casa Estudiante	Cualitativa	Nominal	Ficha clínica	4

	Edad menarca	Primer periodo menstrual que experimentan las adolescentes, acontecimiento que sucede en la pubertad, significa comienzo de la sexualidad adulta de la mujer.	Datos se obtendrá en ficha clínica, Según paciente	Años	Cuantitativa	Razón	Ficha clínica	6
	Control prenatal	Conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbimortalidad materna y perinatal.	Datos se obtendrá en ficha clínica, Según paciente	Si No	Cualitativa	Nominal	Ficha clínica	7
	Inicio Vida sexual	Edad cumplida al inicio del debut sexual y la edad promedio de ocurrencia del inicio.	Datos se obtendrá en ficha clínica, Según paciente	Años	Cualitativa	Razón	Ficha clínica	8
Complicacio	Aborto	Terminación del embarazo antes de las 20 semanas de gestación o con un feto que pesa menos de 500g.	Según diagnósticos médicos, de historia clínica	Diagnóstico médico	Cualitativa	Nominal	Ficha clínica	9

Amenaza de aborto	Es cuando aparece secreción sanguinolenta o hemorragia vaginal por el orificio cervical cerrado durante la primera mitad del embarazo.	Según diagnósticos médicos, de historia clínica	Diagnóstico médico	Cualitativa	Nominal	Ficha clínica	9
Amenaza parto pretérmino	Aparición de contracciones uterinas propias del trabajo de parto en pacientes con membranas íntegras entre las semanas 20-22 y antes de las 37 semanas de embarazo.	Según diagnósticos médicos, de historia clínica	Diagnóstico médico	Cualitativa	Nominal	Ficha clínica	9
Trabajo de parto pretérmino	Dinámica uterina igual o mayor en amenaza de parto pretérmino. 4 contracciones en 20 minutos u 8 en una hora.	Según diagnósticos médicos, de historia clínica	Diagnóstico médico	Cualitativa	Nominal	Ficha clínica	9
Hipertensión Inducida por el embarazo	Es un trastorno que se presenta durante la gestación a partir de la semana 20. Que se caracteriza por la elevación de las cifras	Según diagnósticos médicos, de historia clínica	Diagnóstico médico	Cualitativa	Nominal	Ficha clínica	9

	tensionales o valores iguales o mayores a 140/90 mmHg.							
Ruptura prematura de membranas ovulares	Rotura de las membranas antes del trabajo de parto y antes de las 37 semanas de gestación.	Según diagnósticos médicos, de historia clínica	Diagnóstico médico	Cualitativa	Nominal	Ficha clínica	9	
Infección del tracto Urinario	Es la presencia de síntomas y signos sugerentes de invasión y multiplicación de microorganismos patógenos en la vía urinaria.	Según diagnósticos médicos, de historia clínica	Diagnóstico médico	Cualitativa	Nominal	Ficha clínica	9	

4.8. Instrumento de recolección de datos:

Para la recolección de los datos de información fue utilizada una ficha elaborado por el investigador en una hoja tamaño carta.

4.9. Técnica:

Se realizó una revisión de expedientes clínicos de las pacientes ingresadas en el servicio de complicaciones prenatales en el año 2009 a 2013.

4.10. Procedimiento:

Para la realización de la investigación se tramitó autorización al comité de investigación y docencia, previa autorización del protocolo de dicha investigación.

Se redactó carta a jefe del departamento de Ginecología y obstetricia, departamento de archivo, para que se pueda llevar a cabo la investigación, y hacer uso de los expedientes clínicos de los pacientes.

4.11. Plan de análisis:

Los información fue recolectada en hojas de recolección de datos formuladas por el investigador, posteriormente estos datos fueron ingresados en formatos estadísticos (Epi info7) para su respectivo análisis.

4.12. Alcances:

De acuerdo a los antecedentes presentados no se cuentan con estudios que indiquen las complicaciones obstétricas de embarazos en adolescentes más frecuentes en el Hospital de Cobán. Con este estudio, se describieron las complicaciones más frecuentes, para una correcta atención de dichas pacientes, lo que servirá para futuras investigaciones que se lleven a cabo del servicio de complicaciones prenatales del Hospital de Cobán.

4.13. Límites:

La información incompleta de los expedientes clínicos, debido a que dicha información es llenado por diferentes médicos y la ilegibilidad de estas, lo cual imposibilitó el llenado adecuado de la ficha de recolección de datos de igual manera con expedientes extraviados.

4.14. Aspectos éticos:

Este estudio fue diseñado para determinar las complicaciones obstétricas de embarazos en la adolescencia, los datos obtenidos de los expedientes clínicos de las pacientes, se usaron para fines de estudio, en donde se guardó confidencialidad de los datos generales que fueron obtenidos de cada expediente clínico.

V. RESULTADOS

Se solicitaron 1810 expedientes clínicos de adolescentes embarazadas de 10 a 19 años para revisión, de estas 1040 presentaron complicaciones obstétricas prenatales y estuvieron ingresadas en el servicio de complicaciones prenatales (CPN) del Hospital de Cobán, A.V. comprendidas entre los años 2009 a 2013.

Tabla 1. Edad de las pacientes que fueron ingresadas con complicaciones obstétricas prenatales, en el servicio de complicaciones Prenatales en el Hospital de Cobán, en los años 2009 a 2013.

Edades	No. Pacientes	%
10 a 13 años	13	1,25%
14 a 16 años	273	26,25%
17 a 19 años	754	72,50%
Total	1040	100,00%

Fuente: base de datos Epi Info7 embarazo en adolescentes años 2009 a 2013.

La edad de las adolescentes gestantes de mayor frecuencia con complicaciones es de 17 a 19 años con el 75.50%.

Tabla 2 estado civil, escolaridad y ocupación de las pacientes que fueron ingresadas con complicaciones obstétricas prenatales, en el servicio de complicaciones prenatales en el Hospital de Cobán. A.V. en los años 2009 a 2013.

Estado Civil	No. Pacientes	%
Casada	375	36,06%
Soltera	136	13,08%
Unida	529	50,87%
Total	1040	100,00%
Escolaridad	No. Pacientes	%
Primaria	160	15,38%
Secundaria	137	13,17%
Diversificado	52	5,00%
No estudio	62	5,96%
Sin Especificar	629	60,48%
Total	1040	100,00%

Ocupación	No. Pacientes	%
Ama de casa	990	95,19%
Comerciante	8	0,77%
Estudiante	40	3,85%
Secretaria	2	0,19%
Total	1040	100,00%

Fuente: base de datos Epi Info7 embarazo en adolescentes años 2009 a 2013.

El estado civil unida es la que predominó en las adolescentes gestantes con 50.87%, escolaridad primaria 15.38% y secundaria 13.17%, analfabetas el 5.96%, sin dato 60.48%. Ama de casa es la ocupación de mayor frecuencia en las gestantes con el 95.19%.

Tabla 3. Edad de menarquia e inicio de vida sexual de las pacientes que fueron ingresadas con complicaciones obstétricas prenatales en el servicio de complicaciones prenatales del Hospital de Cobán. A.V. en los años 2009 a 2013.

Edad de Menarquia	No. Pacientes	%
Sin especificar	786	75,58%
10	1	0,10%
11	4	0,38%
12	95	9,13%
13	116	11,15%
14	33	3,17%
15	5	0,48%
Total	1040	100,00%
Edad de Inicio de Vida Sexual	No. Pacientes	%
Sin especificar	787	75,67%
11	1	0,10%
13	3	0,29%
14	20	1,92%
15	57	5,48%
16	59	5,67%
17	61	5,87%
18	43	4,13%
19	9	0,87%
Total	1040	100,00%

Fuente: base de datos Epi Info7 embarazo en adolescentes años 2009 a 2013.

Edad de menarquia fue de 12 años el 9.13%, 13 años 11.15%, sin dato 75.58%, y la edad de inicio de vida sexual las edades fueron 15, 16 y 17 años con 5.48%, 5.67% y 5.87% y sin especificar datos el 75.67%.

Tabla 4. Control prenatal de las pacientes que fueron ingresadas con complicaciones obstétricas prenatales en el servicio de complicaciones prenatales del Hospital de Cobán, A.V. en los años 2009 a 2013.

Control Prenatal	No. Pacientes	%
No	74	9,81%
Si	133	17,64%
Sin especificar	547	72,55%
Total	754	100,00%

Fuente: base de datos Epi Info7 embarazo en adolescentes años 2009 a 2013.

En control prenatal de las adolescentes gestantes el 17.64% si lo llevo, el 9.81% no lo llevo mientras el 72.55% sin especificar datos.

Tabla 5. Complicaciones obstétricas prenatales presentadas en las pacientes adolescentes de 10 a 19 años, ingresados en el servicio de complicaciones prenatales del Hospital de Cobán, A.V. en los años 2009 a 2013.

Complicaciones Obstétricas Prenatales	No. Pacientes	%
Aborto	531	51,06
Amenaza de Aborto	71	6,83
Amenaza de trabajo de Parto Pretérmino	48	4,62
Trabajo de Parto Pretérmino	10	0,96
Infección del Tracto Urinario	322	30,96
Trastorno Hipertensivo	29	2,79
• Gestacional	11	37,93
• Preeclampsia	8	27,59
• Eclampsia	8	27,59
• Crónica	2	6,89
Placenta Previa	4	0,38
Ruptura Prematura de Membranas Ovulares	6	0,58
Anemia	4	0,38
Óbito Fetal	15	1,44
Total	1040	100,00

Fuente: base de datos Epi Info7 embarazo en adolescentes años 2009 a 2013.

Las complicaciones prenatales en el embarazo en adolescentes de mayor frecuencia fueron aborto con 51.06% e infección del tracto urinario con 30.96%.

VI. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

Se realizó este estudio de tipo descriptivo retrospectivo, realizado en el servicio de Complicaciones Prenatales (CPN) del Hospital de Cobán, A.V. solicitando la cantidad de 1810 expedientes médicos en el departamento de archivo, llama la atención que 1040 pacientes adolescentes corresponde a las edades de 10 a 19 años las que presentaron complicaciones prenatales, representándose con el 57.46%, realizado en los años de 2009 a 2013.

De acuerdo a datos obtenidos nos demuestran que las pacientes adolescentes que consultaron y que fueron ingresados al servicio de Complicaciones Prenatales cuyo estudio abarco un periodo de 5 años se determinó que la mayoría de ellas se encuentran entre las edades de 17 a 19 años con un 72.5% correspondiente a 754 pacientes, para las edades de 14 a 16 años representa el 26.25% que corresponde a 273 pacientes, por último la edad de 10 a 13 años representando la cantidad mínima de pacientes con el 1.25% que corresponde a 13 pacientes. Esto datos se comparan con los resultados obtenidos en Guatemala en el Hospital Roosevelt donde las complicaciones obstétricas y el grupo de edad que presentaron complicaciones durante el embarazo fueron de 17 a 19 años con 57.67% y el grupo de edad con menor frecuencia de complicaciones fueron de 10 a 13 años con 2%. (14) De igual manera otro estudio realizado en cuatro Hospitales, General San Juan de Dios, Roosevelt, Dr. José Arévalo Bermejo e Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, el grupo de edad con la mayoría con complicaciones obstétricas fueron de 17 a 19 años con 62%. (15) Por lo cual estos datos coinciden con el presente estudio donde el grupo de edad con mayor número de pacientes que presentaron complicaciones prenatales fueron de 17 a 19 años con un 72.5%. En esta etapa de la adolescencia es considerada de riesgo debido que la gestante se enfrenta a diversas complicaciones donde el cuerpo de la adolescente no se adapta a estos cambios.

En cuanto a estado civil de las pacientes que presentaron complicaciones prenatales se determinó que la mayoría de ellas eran unidas con el 50.87%, luego se obtuvo que el 36.06% representa al grupo de casadas y el 10.08% corresponden a solteras, estos resultados se comparan con datos que se obtuvieron en un estudio realizado en el Hospital Civil de Guadalajara, México en donde se determinó el estado civil de las

gestantes adolescentes con unión libre (unida) con el 62.7%, casada con el 8.5% y solteras el 28.7%. (6) Estudios realizados Guatemala, en el Hospital Roosevelt en tesis de posgrado donde se obtuvieron los siguientes resultados, la mayoría de las pacientes correspondía a 46% Unida, el 40% casada y el 14% eran solteras. (14) En el estudio de tesis de pregrado realizados en cuatro Hospitales, Roosevelt, General San Juan de Dios, Dr, José Arévalo Bermejo e Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, con los siguientes resultados, 46% eran unidas, el 32% casadas y 22% eran solteras. (15) De acuerdo con estos estudios realizados se refleja que en el grupo de adolescentes embarazadas siempre predomina el estado civil unida a nivel internacional con el 62.7% y los otros dos estudios nacionales con el 46% cada uno, por lo que en el presente estudio también refleja que la mayoría de adolescentes corresponde al estado civil de unida con un 50.87%.

Estos resultados se puede asociar a que la mayoría de las adolescentes se encuentran únicamente unidas y la mayoría de ellas puede deberse a problemas familiares, económicos, embarazo no planificado u otros, debido que la mayoría de adolescentes son provenientes del área rural, quedando la adolescente con una responsabilidad que es el cuidado del producto de la gestación, y el resto correspondientes a solteras esto hace enfrentar diversos problemas quedando únicamente con el apoyo de la familia.

La escolaridad de las adolescentes que presentaron alguna complicación durante el embarazo se obtuvo que el 15.38% corresponde a primaria, el 13.17% secundaria, el 5% de escolaridad diversificado, el 5.96% corresponde a la población analfabeta, el 60.48% no se logró determinar el grado de escolaridad. Se comparan estos datos con estudios realizados en el Hospital Civil de Guadalajara México con los siguientes resultados las que tenía una instrucción primaria con el 34.1%, el 51.4% tenía escolaridad de diversificado, y por último el 13.4% habría cursado bachillerato. (6) A nivel de Guatemala podemos comparar con estudios de tesis, el primero realizado en el Hospital Roosevelt obteniendo los siguientes resultados el 68% es primaria, el 15% secundaria, el 3% universitaria y el 14% sin ninguna escolaridad. (14) En otro estudio realizado en cuatro Hospitales, Roosevelt, General San Juan de Dios, Dr. José Arévalo Bermejo e Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, con los siguientes resultados, el 22% curso algún

grado de primaria, el 51% con secundaria, el 22% con grado de diversificado, el 4% no curso algún grado de escolaridad y el 1% con algún grado universitario. (15) De acuerdo a estos datos el grado de escolaridad que predominó fue primaria con el 15.38% el cual esta coincide con el estudio realizado en el Hospital Roosevelt. Sabiendo que donde se realizó este estudio es un Hospital de referencia y la mayoría de sus pacientes proceden de las diferentes comunidades y que el acceso a educación es difícil, por la situación económica que vive cada familia. En la mayoría de los casos sucede que las adolescentes solo llegan a un nivel secundario y ya no continúan otro nivel de escolaridad lo que los lleva a adquirir algún tipo de compromiso familiar y estos conllevan a enfrentarse con embarazos durante la adolescencia. También se logró determinar que en la mayoría de las pacientes no contaban con el grado de escolaridad en el interrogatorio por lo que también dificultó clasificarlos dándonos cuenta que corresponde a la mayoría de pacientes que fueron ingresados con un 60.48%. De todas las pacientes adolescentes ingresadas no lograron datos de algún grado de educación universitaria.

En cuanto a datos obtenidos relacionados a ocupación de las adolescentes embarazadas la mayoría de ellas corresponde a la ocupación ama de casa representando el 95.19%, estudiante 3.85%, comerciante con el 0.77% y secretaria con el 0.19%. Comparamos estos resultados con estudios realizados en diferentes Hospitales, como la que fue realizado en México, Hospital Civil de Guadalajara con los siguientes resultados, el 51.2% se dedicaban al hogar, el 26.3% estudiantes y el 22% a otras ocupaciones (obreras, comerciantes). (6) Mientras el estudio realizado en cuatro Hospitales en Guatemala, Hospital Roosevelt, General San Juan de Dios, Dr. José Arévalo Bermejo e Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, donde la mayoría de los adolescentes se dedicaban a ocupaciones elementales correspondientes al 84% ama de casa. (15) En este estudio la mayoría de las adolescentes corresponde a la ocupación ama de casa en un 95.19% que coinciden con otros dos estudios, es debido que las adolescentes al quedarse embarazadas ya no continua una preparación académica y se dedican a los oficios de la casa y al cuidado de su hijo/a. En algunos casos al referirse al grupo de adolescentes del área rural que aun maneja el pensamiento que la mujer es de la casa y el hombre a buscar trabajo, la cual contribuye a ejercer esta ocupación y esto lleva a no poder

continuar con alguna otra preparación académica para poder sobresalir y desenvolverse en cualquier campo de la vida.

La menarquia en las adolescentes embarazadas que cursaron con complicaciones durante el embarazo, se obtuvieron los siguientes resultados la mayoría de las pacientes representado con el 75.58% no contaba con esta información en la historia clínica, mientras que las pacientes que tenía dicha información se distribuyó de la siguiente manera el 11.15% corresponde a 13 años, 9.13% de 12 años, refieren presentado la menarquia a esa edad. En relación a la edad de inicio de vida sexual de igual manera la mayoría de las adolescentes que fueron ingresadas no contaba con dicha información esto representaba el 75.67%, con esto se puede concluir que estos datos no se obtuvieron debido a que las adolescentes al momento de la consulta no se recordaban por lo que no se incluyó dentro de la historia clínica o bien no se incluyó dentro del interrogatorio en cada una de las adolescentes. El resto de pacientes donde se logró encontrar información se obtuvo que a los 17 años con un 5.87%, 16 años con 5.67%, de 15 años 5.48% haber iniciado vida sexual. Según datos de Guttmacher Institute, reporta que la actividad sexual prematrimonial ha aumentado en casi todos los subgrupos de mujeres con excepción de las mujeres que no cuentan con algún nivel de escolaridad y el Observatorio en salud sexual y reproductiva reporta que mujeres de 15 a 24 años el 67% tuvieron su primera relación sexual antes de los 18 años. (16) (17) Estos datos son importantes ya que son factores donde las adolescentes se enfrenten a un embarazo debido que no cuenta con información suficiente sobre estos temas. Con la poca información que se logró encontrar en la historia clínica se determinó que las adolescentes habían iniciado su actividad sexual antes de los 18 años y esto va relacionado con la menarquia con las edades de 12 y 13 años con el 11.15% y 9.13% respectivamente.

El control prenatal de las adolescentes que fueron ingresadas se obtuvo que la mayoría representado con el 72.55% de los pacientes no se logró encontrar datos en historias clínicas, por lo que no se obtuvieron estos datos importantes para el seguimiento que debe tener cada embarazada, el 17.64% representa a las adolescentes que llevaron control prenatal durante el embarazo y el 9.8% son las que no tenía ningún control de

seguimiento durante la gestación. Se comparan datos de la revista médica realizada en el Hospital Civil de Guadalajara en México, la atención prenatal fue de 0 a 2 consultas con el 13.7%, de 3 a 5 consultas el 40.3% y más consultas el 46%. (12) El estudio realizado en Hospital Roosevelt se obtuvieron los siguiente resultados de todas las adolescentes que consultaron el 63% recibieron control prenatal y el resto no recibió ningún tipo de atención. (14) Por lo que este estudio el 17.64% llevo control prenatal y el 9.8% no llevo, pero no se llega a una conclusión si realmente la mayoría de dichas pacientes llevaron control prenatal debido que hay una gran parte que es el 72.55% de las adolescentes en donde no se sabe si en algún momento de la gestación llevaron algún tipo de seguimiento o por que no se interrogó a las pacientes al momento de su ingreso, aunque la mayoría de los embarazos en la adolescencia mayormente son provenientes del área rural no tiene un control prenatal deseado y es donde surge la mayoría de complicaciones durante el embarazo.

En el presente estudio las adolescentes que presentaron alguna complicación prenatal corresponde al 57.46%, las cuales se obtuvieron las siguientes complicaciones de mayor a menor frecuencia. El de mayor frecuencia fue aborto representando el 51.06%, luego tenemos infección de tracto urinario con 30.96% siendo estas la que predominaron en las adolescentes que fueron ingresados al servicio. Luego se obtuvo otras complicaciones prenatales de menor frecuencia, amenaza de aborto con 6.83%, amenaza de trabajo de parto pretérmino con 4.62%, trastorno hipertensivo 2.79%, óbito fetal 1.44%, trabajo de parto pretérmino con 0.96%, ruptura de prematura de membranas ovulares con 0.58% y por último se obtuvo placenta previa y anemia con 0.38%. Si se realiza una comparación de estos resultados con otros estudios, tanto a nivel internacional y nacional donde obtenemos los siguientes datos, a nivel internacional estudio realizado en la Habana Cuba, la mayoría de las adolescentes que presentaron una complicación es del 78% siendo las siguientes en este caso predominaron más la anemia con el 33.3%, signos de alarma y amenaza de parto pretérmino el 14.3%, ruptura de membranas el 6.8%, infección urinaria 3.7%. (11) En México en el Hospital Civil de Guadalajara se obtuvieron las siguientes complicaciones en adolescentes, amenaza de aborto 14.5%, ruptura prematura de membranas el 14.5, amenaza de parto pretérmino el 10.3%, hipertensión arterial sistémica 9.7%. (12) En estos dos estudios vemos que la mayoría de las

adolescentes presentaron alguna complicación durante el embarazo lo cual significo un riesgo para esa edad, en cuanto a complicaciones presentadas en cada una de las adolescentes fueron diferentes al presente estudio, esto podría ser por el sistema de salud con que cuenta el país donde se llevaron a cabo estos estudios, los cuales incluye programas de atención y seguimiento que se le brinda a cada embarazada en la fase temprana. Mientras estudios realizados en Guatemala se obtuvieron los siguientes resultados, en el Hospital Roosevelt las complicaciones prenatales en adolescentes en su mayoría fueron, aborto con el 63%, amenaza de parto pretérmino 16%, ruptura prematura de membranas ovulares 8%, hipertensión inducida del embarazo el 5%, placenta previa 1%. (14) Otro estudio realizado en cuatro Hospitales en Guatemala donde se obtuvieron los siguientes resultados, en el primer trimestre, infección del tracto urinario 52%, aborto espontaneo 40%, anemia 5% y amenaza de aborto el 3%. Segundo trimestre infección del tracto urinario 74%, anemia 12% y trabajo de parto pretérmino 6%. Tercer trimestre, infección del tracto urinario 38%, ruptura prematura de membranas ovulares 17%, trabajo de parto pretérmino el 15% y preeclampsia el 8%. (15) De igual manera en estos dos estudios donde la mayoría de las adolescentes presentaron alguna complicación prenatal, en el primer estudio del Hospital Roosevelt, nos damos cuenta que una complicación coincide con el presente estudio donde predominó el aborto en un 63%, en el segundo estudio realizado en cuatro Hospitales donde se obtuvo que en los tres trimestres del embarazo la complicación prenatal de mayor frecuencia fue infección del tracto urinario, esto coincide con la segunda complicación que predominó en el presente estudio. Por lo que en el presente estudio las complicaciones prenatales en embarazo en la adolescencia de mayor frecuencia fueron aborto 51.06% e infección del tracto urinario 30.96%. Esto es debido a que en la adolescencia el cuerpo aún no está preparada, lo cual es un riesgo para enfrentar algún tipo de complicación prenatal, no solo para la gestante si no para el feto. Esto puede deberse a que todas las adolescente el nivel educativo que tiene poco acceso a educación no logran obtener los conocimientos suficientes sobre los cambios que van surgiendo durante estas etapas, debido a que solo llegan a un nivel de primaria (15.38%) o es que logran cursar algún grado de la secundaria (13.17%) o bien que no han tenido algún tipo de acceso a la educación y esto hace más propenso a presentar alguna complicación prenatal. La educación sexual aún sigue

siendo tema difícil de enseñar a los hijos en el área rural ya que lo hacen hasta tener ya una familia, esto también contribuye a que muchos inician actividad sexual temprana sin tener los conocimientos suficientes sobre las consecuencias que puede traer dichas prácticas, incluso sin el nivel de escolaridad, se puede dar cuenta en relación a menarquia y edad de inicio de vida sexual, en donde la mayoría no cuenta estos datos, puede deberse que no tan fácil dan a conocer este tipo de información debido a que para las adolescentes es conservar la información para ellas, o el pensamiento que se tiene es la pena de contar y que se enteren sobre dichos actos. Pero no solo eso sino también al tipo de actividad que realizan en el hogar también pone el riesgo el embarazo como es ser ama de casa (95.19%), pero esto no solo implica oficios de la casa si no en un periodo libre realizan actividades del campo, o realizar algún tipo de trabajo esforzado lo cual está en riesgo la gestante ya que algún momento puede iniciar con una complicación.

Otro tema muy importante que va de la mano en cuanto en cursar con una complicación durante la gestación es lo que corresponde a control prenatal debido a que la mayoría de nuestras gestantes que fueron ingresados no contaban con dicha información debido a que no se sabía o bien no tiene conocimiento sobre los seguimientos correspondientes a las que debería llegar, esto sucede con los embarazos no planificados. En algunos casos en que no asisten a los controles o inician en la fase ultima de la gestación donde las complicaciones son más graves debido que no se tiene el historial de la citas de cada gestante. En este caso el 72.55% esta información no está incluida en la historia clínica de cada paciente, a lo puede deberse que no se interrogó la paciente sobre estos datos o por que la adolescentes no proporcionaron la misma.

En el presente estudio se identificó que las complicaciones prenatales de mayor frecuencia en todas las adolescentes embarazadas fue aborto con el 51.06% e infección del tracto urinario con el 30.96%, amenaza de aborto 6.83%.

Las adolescentes embarazadas en su mayoría corresponde al grupo etario de 17 a 19 años con el 72.50%, luego el de 14 a 16 años con el 26.25% y el de menor frecuencia fue las edades de 10 a 13 años con el 1.25%. En estado civil la mayoría de adolescentes gestantes correspondía a unida con el 50.87%. En escolaridad la mayoría de expedientes clínicos no contaba con dichos datos y de donde se obtuvo información se distribuye de

la siguiente manera primaria y secundaria con el 15.38% y 13.17% y el 5.96% analfabeta. La ocupación de adolescente el de mayor frecuencia fue ama de casa con el 95.19%.

En relación a menarquia las edades fueron de 12 años con 9.13% y 13 años 11.15%, y en edad de inicio de vida sexual las edades fueron 15, 16 y 17 años con 5.48%, 5.67% y 5.87% estos porcentajes son bajos debido que la mayoría de estos datos no se encontró en el expediente clínico de las pacientes. Control prenatal se obtuvo que el 17.64% si llevo control prenatal y el 9.81% no llevo control prenatal, pero el 72.55% representa a las adolescentes que no contaban con dicha información en el expediente médico.

Los datos obtenidos en el presente estudio no se lograron comparar con otros estudios realizados en el Hospital de Cobán, A.V. debido que no se han realizado.

VII. CONCLUSIONES

Las complicaciones prenatales presentadas en las adolescentes que fueron ingresadas al servicio de complicaciones prenatales, se describen a continuación: aborto (51.06%), amenaza de aborto (6.83%), amenaza de trabajo de parto pretérmino (4.62%), trabajo de parto pretérmino (0.96%), infección del tracto urinario (30.96%), trastorno hipertensivo (2.79%) las cuales incluye, hipertensión gestacional, preeclampsia, eclampsia e hipertensión crónica. Ruptura prematura de membranas ovulares (0.58%), placenta previa (0.38%), óbito fetal (1.44%) y anemia (0.38%).

Pero dentro de las complicaciones prenatales el de mayor frecuencia en todas las adolescentes embarazadas se obtuvo que aborto ocupa el primer lugar con el 51.06% y en segundo lugar infección del tracto urinario con el 30.96%.

La caracterización sociodemográfica de las adolescentes embarazadas se identificó que la mayoría de las adolescentes que presentaron alguna complicación corresponde al grupo etario de 17 a 19 años (72.50%), con un estado civil unida que predominó con el 50.87%, con un nivel de escolaridad donde la mayoría de ellas no contaban con dicha información en la historia clínica, pero de la información obtenida se obtuvo que presentaban una preparación académica en el nivel primario (15.38%) y secundaria (13.17%) y analfabetas el 5.96%. La ocupación de la mayoría de las adolescentes fue ama de casa con el 95.19%.

De acuerdo a factores asociados a embarazos en la adolescencia se obtuvo que la menarquia el 11.5% haber presentado a los 13 años y el 9.13% a los 12 años, en cuanto a edad de inicio de vida sexual predominaron las edades de 15, 16 y 17 años respectivamente con el 5.48%, 5.68% y 5.87%, por lo que pueden haber iniciado estas prácticas sin ningún tipo de prevención. En cuanto a nivel de educación se obtuvo que las adolescentes solo logran tener un acceso a nivel primario (15.38%) y secundaria (13.17%) y existen un grupo que no logró tener acceso a una preparación académica esto lleva a no tener los conocimientos suficientes sobre estos temas. La mayoría de las historias clínicas de las adolescentes gestantes no se encontraron estos datos. En cuanto al seguimiento que tiene que llevar cada embarazada se obtuvo que la mayoría no contaban con la información en la historia clínica 72.55%, mientras que el 17.64% llevó

algún tipo de control y el 9.8% no llevo ningún tipo de seguimiento, pero nos damos cuenta que la mayoría de las adolescentes no contaban con dicha información lo cual puede alterar los datos y concluir que la mayoría de ellas si llevan algún tipo de seguimiento durante la gestación o bien que no se llevaron dichos controles, por lo que no se puede concluir por falta de información en el expediente clínico en cuántos de estos llevaron control prenatal previo a la complicación del embarazo.

VIII. RECOMENDACIONES

Se sugiere al personal clínico que en el interrogatorio de ingreso a cada paciente sean incluidos los datos del perfil sociodemográfico y datos complementarios de antecedentes gineco-obstétricos como menarquia, edad de inicio de vida sexual y control prenatal que los cuales servirán para una futura investigación.

Programas educativos sobre sexualidad a todos los grados de educación brindado mayor atención a adolescentes para ganarse la confianza de las mismas, que sea brindado en el idioma materno para mayor comprensión, se deben incluir a las comadronas para que sean también las portadoras de la información dentro de su comunidad, cuya finalidad es disminuir las complicaciones prenatales, signos y síntomas de embarazo en riesgo y las formas de buscar ayuda especializada temprana.

Los resultados obtenidos en esta investigación puedan ser usados para material de apoyo en cuanto a brindar un servicio a todas las adolescentes embarazadas que presenten alguna complicación prenatal y pueda ser usado para mejoras del servicio y fines comparativos en futuras investigaciones.

IX. BIBLIOGRAFIA

1. MINSAP. Manual de Practicas Clínicas para la atencion integral a la Salud en la Adolescencia. In Márquez G R, Colás P EP, editors. El concepto de la Adolescencia. 2002nd ed. Ciudad de la Habana, Cuba; 2002. p. 15-23.
2. (UNICEF) FdINUplI. Adolescencia, Una etapa Fundamental. 2002.
3. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social RdG. Guia de Prevencion del Embarazo en la adolescencia en Guatemala. .
4. García V A. Cuatro Municipios concentran en Alta Verapaz casos de embarazos en adolescentes. Centro de Reportes Informativos de Guatemala. CERIGUA. 2012 octubre: p. Disponible en URL: http://cerigua.org/1520/index.php?option=com_content&view=article&id=11207:cuatro-municipios-concentran-en-alta-verapaz-casos-de-embarazos-en-adolescentes&catid=46:mujeres&Itemid=10.
5. Galdó M G. Embarazo en la Adolescencia. In Cantabria EdIUd, editor. Atención al Adolescente.: Santander Publican; 2008. p. 335-345.
6. Panduro B JG, Jiménez C PM, Pérez M JJ, Panduro M EG, Peraza M D, Quezada F NA. Embarazo en adolescentes y sus repercusiones materno perinatales. Ginecol Obstet. 2012 Noviembre; 80(11:694-704).
7. González S Y, Hernández S I, Conde M M, Hernández R R, Brizuela P SM. El embarazo y sus riesgos en la adolescencia. 2009 abril.
8. Menéndez G G, Navas C I, Hidalgo R Y, Espert C J. El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2012 febrero; 38(3; 333.342).
9. Baena R A, Alba A, Jaramillo MC, Quiroa SC, Luque L. Complicaciones clinicas del embarazo en adolescentes. Aten Fam. 2012 Agosto; 19(4; 82-85).
- 10 Gamboa CM, Martinez F, Gil LGVAC. El embarazo adolescente: afectación de la salud y garantía de los derechos. Grupo Médico por el Derecho a Decidir- Colombia Red Global Doctors for Choice. 2012 Noviembre.
- 11 Valdés D S, Essien J, Bardales M J, Saavedra M D, Bardales M E. Embarazo en la Adolescencia, Incidencia, Riesgos y Complicaciones. 2002 Septiembre; 28(2).

- 12 Zamora L AN, Panduro B JG, Pérez M JJ, Quezada F NA, González M J, Fajardo D . S. Embarazo en adolescentes y sus complicaciones materno perinatales. Revista Médica MD. 2013 Agosto; 4(4; 233-238).
- 13 Reproductiva OS. Muerte Materna, Embarazos niñas y adolescentes en Guatemala. . Guatemala: Observatorio Salud Reproductiva (OSAR), Estadística; 2012.
- 14 Torre L AA. Incidencia de complicaciones obstetricas en adolescentes. Tesis de . maestría. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Ginecología y Obstetrica; 2013.
- 15 Medrano V SJ, Lopez M DJ, Rosales D GC, Rodenas G EA. Complicaciones . obstétricas y perinatales en el embarazo de adolescentes. Tesis de Médico y Cirujano. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Ginecología y Obstetrica; 2013.
- 16 Guttmacher I. Maternidad Temprana en Guatemal: un desafío constante. ; 2006.
.
- 17 OSAR OeSSyR. Embarazo en niñas y adolescentes en Guatemala. Guatemala: . OSAR, Estadística; 2011.
- 18 Coban HNd. [Online].; 2014 [cited 2014 Marzo 10. Available from: . <http://hospitalcoban.gob.gt/portal/Conozcanos/Rese%C3%B1aHistorica.aspx>.
- 19 TulaSalud. [Online].; 2014 [cited 2014 marzo 10. Available from: . www.tulasalud.org/alianzas/hospital-de-coban.
- 20 Gómez PI, Molina R, Zamberlin N. Factores relacionados con el embarazo y la . maternidad en menores de 15 años en América Latina y el Caribe. Primera ed. ginecología FLdSdoy, editor. Lima Perú; 2011.
- 21 Gómez PI, Molina R, Zamberlin N. Factores relacionados con el embarazo y la . maternidad en menores de 15 años. Távara O L, editor. Lima, Perú: Federacion Latinoamericana de Sociedades de Obstetrica y Ginecologia (FLASOG), Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos; 2010.
- 22 León P, Minassian M, Borgoño R, Bustamante F. Embarazo adolescente. Revista . pediátrica electronica. 2008; 5(1).
- 23 Vallejo B J. Embarazo en adolescentes complicaciones. Revista medica de Costa . Rica y Centroamerica LXX. 2013;(605; 65.69).

- 24 Javier MR. Embarazo en adolescentes. Vidas en riesgo. 2012 Marzo; 26(1,).
- 25 Secretaria Contra la Violencia Sexual EyTdP(. Violencia Sexual Contra Menores de . Edad. Guatemala: SVET.
- 26 Julio FA. Obstetricia Clínica. Segunda ed. Mexico: McGrawHill Interamericana . Editores, S.A. de C.V.; 2009.
- 27 Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY. Williams . Obstetricia. Vigesima tercera ed. De León F J, editor.: McGRAW-Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V.; 2011.
- 28 Rigol R O. Obstetricia y Ginecología Sánchez F T, editor. De la Habana: Ciencias . Médicas; 2004.
- 29 Bajo A JMMJ, Mercé L, editors. Fundamentos de Obstetricia (Sego) Madrid; 2007.
- 30 Parra P MO, Angel M E. Obstetricia Integral. Siglo XXI. Tomo II Pérez GE, editor. . Colombia: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Medicina; 2010.
- 31 Arrieta N, M B, G G, O J, J. M. Prevalencia de infeccion urinaria en pacientes . gestantes atendidas en el programa de control prenatal en el Hospital Materno Infantil de Soledad Durante el año 2012. 2012 Julio; 3(1).
- 32 Stern C, Herrera G. Adolescentes en México: investigacion, experiencias y . estrategias para mejorar su salud sexual y reproductiva. Primera ed. Council P, editor. México: El Colegio de México, Centro de Estudios Sociológicos; 2008.

**X. ANEXOS:
INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE INFORMACION**

1. Datos Generales

1.1 caracterización sociodemográfica:

Edad _____

Estado Civil

soltera_____ casada_____ Unida_____

Escolaridad:

Primaria_____ Secundaria_____ Diversificado_____ Universitaria_____

No estudio_____

Ocupación:

Estudiante_____ Ama de casa_____

Factores asociados:

Edad Menarca_____

Control Prenatal

Sí_____ No_____

Edad Inicio Vida Sexual_____

2. Complicaciones obstétricas prenatales:

Complicaciones Obstétricas prenatales	Adolescencia Temprana(10-13 años)	Adolescencia media (14-16 años)	Adolescencia Tardía (17-19 años)
Aborto			
Amenaza de aborto			
Amenaza de trabajo pretérmino			
Trabajo de parto pretérmino			
Hipertensión Gestacional			
Preeclampsia			
Eclampsia			
Ruptura prematura de membranas ovulares			
Placenta previa			
Infección del tracto urinario			
Anemia			
Óbito fetal			

Otros _____
