

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
MÉDICO Y CIURJANO

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y EPIDEMIOLÓGICA DE
ADOLESCENTES EMBARAZADAS



AARÓN DANIEL BRAN ORTEGA

CHIQUMULA, GUATEMALA, SEPTIEMBRE DE 2018

UNIVERSIDAD SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
MÉDICO Y CIRUJANO

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y EPIDEMIOLÓGICA DE
ADOLESCENTES EMBARAZADAS

Estudio descriptivo retrospectivo, sobre características clínicas y epidemiológicas de adolescentes embarazadas de 10 a 19 años, que consultaron al Centro de salud de Jalapa, del 1 de enero del 2013 al 31 de diciembre del 2017.

AARÓN DANIEL BRAN ORTEGA

CHIQUMULA, GUATEMALA, SEPTIEMBRE 2018

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
MÉDICO Y CIRUJANO

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y EPIDEMIOLÓGICA DE
ADOLESCENTES EMBARAZADAS

TRABAJO DE GRADUACIÓN

Sometido a consideración del Honorable Consejo Directivo

Por

AARÓN DANIEL BRAN ORTEGA

Al conferirse el título de

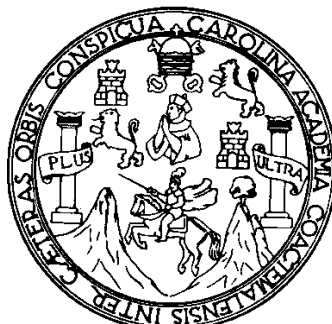
MÉDICO Y CIRUJANO

En el grado académico de

LICENCIADO

CHIQUMULA, GUATEMALA, SEPTIEMBRE 2018

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
MÉDICO Y CIRUJANO**



RECTOR

M.Sc. Ing. MURPHY OLYMPO PAIZ RECINOS

CONSEJO DIRECTIVO

Presidente:	Ing. Agr. Edwin Filiberto Coy Cordon
Representante de Profesores:	M.Sc. José Leonidas Ortega Alvarado
Representante de Profesores:	Lic. Zoot. Mario Roberto Suchini Ramírez
Representante de Graduados:	M.Sc. Oscar Augusto Guevara Paz
Representante de Estudiantes:	P.C. Diana Laura Guzmán Moscoso
Representante de Estudiantes:	M. E. P José Roberto Martínez Lemus
Secretaria:	Licda. Marjorie Azucena González Cardona

AUTORIDADES ACADÉMICAS

Coordinador Académico:	M. A. Edwin Rolando Rivera Roque
Coordinador de Carrera:	M.Sc. Ronaldo Armando Retana Albanés

**ORGANISMO COORDINADOR DE TRABAJOS DE GRADUACIÓN E
INVESTIGACIÓN DE MEDICINA**

Presidente y Revisor:	Dr. Edwin Danilo Mazariegos Albanés
Secretario y Revisor:	M.Sc. Carlos Iván Arriola Monasterio
Vocal y Revisor:	MA.Mc. Rory René Vides Alonzo
Vocal y Revisor:	M.Sc. Christian Edwin Sosa Sancé

Chiquimula septiembre de 2018

Señores
Miembros Consejo Directivo
Centro Universitario de Oriente
Universidad de San Carlos de Guatemala

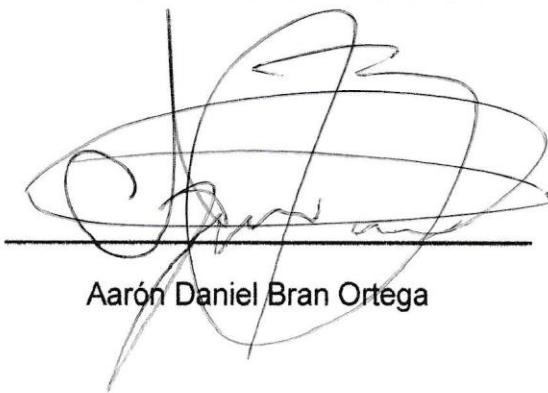
Respetables señores:

En cumplimiento de lo establecido por los estatutos de la Universidad de San Carlos de Guatemala y el Centro Universitario de Oriente, presento a consideración de ustedes, el trabajo de graduación titulado **"CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y EPIDEMIOLOGICA DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS"**

Como requisito previo a optar el título profesional de Médico y Cirujano, en el Grado Académico de Licenciado.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"



Aaron Daniel Bran Ortega

Chiquimula, septiembre de 2018

Inq. Agr. Edwin Filiberto Coy Cordón

Director

Centro Universitario de Oriente –CUNORI–

Universidad de San Carlos de Guatemala

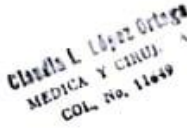
Respetable Director,

En atención a la designación efectuada por la comisión de trabajos de Graduación para asesorar al estudiante: Aarón Daniel Bran Ortega con carné 201245966, en el trabajo de graduación titulado: **“CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y EPIDEMIOLOGICA DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS”**, me dirijo a usted para informarle que he procedido a orientar al mencionado sobre el contenido de dicho trabajo.

En este sentido, el tema desarrollado plantea conocer las características clínicas y epidemiológicas de las adolescentes embarazadas que consultaron al Centro de Salud de Jalapa durante el período de enero del 2013 a diciembre de 2017 por lo que avalo, para Examen General Público, previo a optar el Título de Médico y Cirujano, en Grado Académico de Licenciado.

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

Atentamente,

(f)  

Claudia Lorena López Ortega

MSc. Epidemiología de Campo

Médico y Cirujano (Colegiado No. 11649)



Chiquimula, 28 de Agosto del 2018.
Ref. MYCTG-97-2018.

Ing. Agr. Edwin Filiberto Coy Cordón
Director
Centro Universitario de Oriente

Señor Director:

De manera atenta se le informa que el estudiante AARÓN DANIEL BRAN ORTEGA carné 201245966, ha finalizado el Informe Final del Trabajo de Graduación Titulado **"CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y EPIDEMIOLÓGICA DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS"** realizado en el Centro de Salud de Jalapa, el cual fue asesorado por la Dra. Claudia Lorena López Ortega, MSc. Epidemiología de campo, colegiado 11,649 quien avala y dictamina favorable en relación al estudio.

Se considera que el Trabajo de Graduación cumple con los requisitos mínimos contemplados en el Normativo de Trabajos de Graduación de la Carrera Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente, por tal razón recomiendo su aprobación para autorizar los trámites necesarios para su discusión en el Examen General Público, previo a otorgársele el Título de Médico y Cirujano, en el grado Académico de Licenciado.

Sin otro particular, me suscribo.

"Id y Enseñad a Todos"


MSc. Carlos Iván Arriola Monasterio
Encargado Unidad de Investigación y Trabajos de Graduación
- Carrera de Médico y Cirujano- CUNORI-



"41 AÑOS SIRVIENDO A LA EDUCACIÓN SUPERIOR EN EL NORORIENTE"

Nota: La información y conceptos contenidos en el presente Trabajo es responsabilidad única del autor.



Chiquimula, 28 de Agosto del 2018.
Ref. MYCTG-98-2018.

Ing. Agr. Edwin Filiberto Coy Cordón
Director
Centro Universitario de Oriente

Señor Director:

De manera atenta se le informa que el estudiante AARÓN DANIEL BRAN ORTEGA carné 201245966, ha finalizado el Informe Final del Trabajo de Graduación Titulado **"CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y EPIDEMIOLÓGICA DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS"** realizado en el Centro de Salud de Jalapa, el cual fue asesorado por la Dra. Claudia Lorena López Ortega, MSc. Epidemiología de campo, colegiado 11,649 quien avala y dictamina favorable en relación al estudio.

Se considera que el Trabajo de Graduación cumple con los requisitos mínimos contemplados en el Normativo de Trabajos de Graduación de la Carrera Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente, por tal razón recomiendo su aprobación para autorizar los trámites necesarios para su discusión en el Examen General Público, previo a otorgársele el Título de Médico y Cirujano, en el grado Académico de Licenciado.

Sin otro particular, me suscribo.

"Id y Enseñad a Todos"



MSc. Ronaldo Armando Retana Albanés
-Coordinador - Carrera de Médico y Cirujano-
Centro Universitario de Oriente



"41 AÑOS SIRVIENDO A LA EDUCACIÓN SUPERIOR EN EL NORORIENTE"

Nota: La información y conceptos contenidos en el presente Trabajo es responsabilidad única del autor.

D-TG-MyC-128/2018

EL INFRASCRITO DIRECTOR DEL CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA, POR ESTE MEDIO **HACE CONSTAR QUE:** Conoció el Trabajo de Graduación que efectuó el estudiante **AARÓN DANIEL BRAN ORTEGA** titulado “**CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y EPIDEMIOLÓGICA DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS**”, trabajo que cuenta con el aval de el Revisor y Coordinador de Trabajos de Graduación, de la carrera de Médico y Cirujano. Por tanto, la Dirección del CUNORI con base a las facultades que le otorga las Normas y Reglamentos de Legislación Universitaria **AUTORIZA** que el documento sea publicado como **Trabajo de Graduación** a Nivel de Licenciatura, previo a obtener el título de **MÉDICO Y CIRUJANO**.

Se extiende la presente en la ciudad de Chiquimula, el cuatro de septiembre de dos mil dieciocho.

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”




Ing. Agr. Edwin Filiberto Coy Cordón
DIRECTOR
CUNORI - USAC

AGRADECIMIENTOS A DIOS

A MIS PADRES

Mario Augusto Bran Recinos
Edelvidia Ortega Carrascoza

A MI HIJO

Santiago Bran Ordoñez

A MIS HERMANOS

José Mario Bran Ortega
Carlos Eduardo Bran Ortega
María José Bran Ortega
Diego Ernesto Bran Ortega
Erick Josué Portillo Rodríguez

A MIS ABUELOS Y FAMILIA EN GENERAL

A MIS MADRINAS

Dra. Claudia Lorena López Ortega
Dra. Judith Elizabeth Paiz Hernández

A MIS AMIGOS Y AMIGAS

AL REVISOR DE LA CARRERA DE MÉDICO Y CIRUJANO

Dr. Carlos Iván Arriola Monasterio

AL DIRECTOR DE CUNORI

Ing. Agr. Edwin Filiberto Coy Cordón

A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

AL CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE

AL HOSPITAL NACIONAL DE JALAPA “NICOLAZA CRUZ”

AL HOSPITAL REGIONAL DE ZACAPA:

A MI AMADA GUATEMALA

ACTO QUE DEDICO A DIOS:

Por darme la vida, el entendimiento y la sabiduría necesaria para concluir mi carrera, y sobre todo por siempre darme de su amor y fortaleza en esos momentos en los cuales ya no podía más, por ello con toda la humildad de mi corazón mi primera dedicatoria es para ti mi Dios.

A MIS PADRES:

Por ser los pilares de mi vida, quien con esfuerzo y sacrificio hicieron posible que mi sueño de llegar a ser Médico se hiciera realidad, gracias por creer en mí y por esa infinita paciencia que han tenido en esta larga espera. Te amo papá y gracias por ser mi guía, mi aliento y enseñarme con tu ejemplo que con amor y humildad se puede alcanzar la presea. Te amo mamá, gracias por nunca rendirte conmigo y recordarme siempre que con Dios a mi lado nada puede detenerme.

HIJO:

Santiago Bran Ordoñez, por ser una bendición en mi vida. Por ser la persona que llego a darme un motivo más para cumplir esta meta, y que espero que con este triunfo pueda compensar un poco todos esos días de ausencia en los cuales no he podido estar contigo.

A MIS HERMANOS:

Por su amor y apoyo incondicional, por enseñarme a vivir y compartir tantos hermosos momentos conmigo.

A MIS ABUELOS Y FAMILIA EN GENERAL:

Mama Helena, Mama Eva y Papa José gracias por todo su amor incondicional, por nunca olvidarse de mí, por sus grandes enseñanzas, por demostrarme que con amor y paciencia se vive mucho mejor los amo, a mis tíos y tías por ser mis segundos padres y quererme como a un hijo, a mis primos y primas por todos esos momentos que han compartido conmigo, a mis sobrinos Angel, Ferdynand y Dhafer son una luz en mi vida los quiero mucho y no duden que estare para ustedes cuando me necesiten.

A PERSONAS ESPECIALES PARA MÍ:

Mildred Guitz a ti te dedico un agradecimiento muy especial, gracias por ser mi bastón y mi abrigo en los días buenos y malos gracias por todo el tiempo, cariño y paciencia que me has regalado, Dra. Paiz gracias por todas sus enseñanzas, consejos, apoyo y por hacer de los turnos algo especial nunca cambie se le aprecia mucho y a Michelle Edith gracias por todo el tiempo que ha compartido conmigo, por siempre apoyarme y acompañarme en esta fecha tan especial para mi gracias.

AL CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE Y A SUS CATEDRÁTICOS:

Por brindarme la oportunidad de seguir superándome en mi vida profesional, compartiendo sus conocimientos con exigencia para concluir mi carrera de la mejor manera.

AL HOSPITAL REGIONAL DE ZACAPA:

Por abrirme sus puertas y convertirse en mí segundo hogar, a su distinguido personal médico y de enfermería por su enseñanza apoyo y paciencia en estos años de aprendizaje académico.

A MIS AMIGOS Y COMPAÑEROS:

Aníbal (Pollo), Chico, Salvador, Esdras, Polanco, Pablo, Iván, Flor, Angie, Carol, Karlita, Marcelo, Carlos, Abelardo, Welner, Kristha, Charlie, Emma y Chepe Gracias por ser parte de mí día a día en esta lucha incansable, y por todos los momentos de alegría, tristeza y felicidad compartidos.

Y A TODOS LOS QUE DECIDIERON ACOMPAÑARME EN ESTE DIA ESPECIAL Y QUE FORMAN PARTE DE MI VIDA, GRACIAS.

AARÓN DANIEL BRAN ORTEGA

RESUMEN

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA y EPIDEMIOLOGICA DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS

Aarón D. Bran Ortega¹, M.Sc. Ronaldo Armando Retana Albanés², Dr. Edwin D. Mazariegos³, Dr. Carlos I. Arriola³, Dra. Claudia L. López⁴
Universidad de San Carlos de Guatemala, Centro Universitario de Oriente, CUNORI, finca El Zapotillo zona 5
Chiquimula, tel. 78730300 ext. 1027

Introducción: Se considera embarazo adolescente al que ocurre entre las edades de 10 a 19 años de edad según la Organización Mundial de la Salud. **Objetivo:** Determinar las principales características clínicas y epidemiológicas de las adolescentes embarazadas de 10 a 19 años, que consultaron por control prenatal al Centro de Salud del departamento de Jalapa de enero del 2013 a diciembre del 2017. **Material y métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo que caracterizó a 320 adolescentes embarazadas entre las edades de 10 y 19 años que consultaron al Centro de Salud del departamento de Jalapa entre el 1 de enero del 2013 al 31 de diciembre del 2017. **Resultados y discusión:** En cuanto a la edad con mayor porcentaje fue 17 años, la etnia con mayor predominio fue la ladina con un 91%, la primaria con un 50% fue el nivel escolar de predominio, La ocupación con mayor porcentaje fue la de ama de casa con un 69%, el estado civil de las adolescentes embarazadas que obtuvo un mayor porcentaje fue el de unión de hecho con un 69%, de los embarazos ya concluidos en las pacientes que tuvieron más de una gesta el 47% se resolvieron por parto, de las adolescentes con gestas previas se obtuvo que un 20% sus hijos murieron, entre los efectos que tuvieron los recién nacidos de madres adolescentes el bajo peso con un 48% fue el predominante, únicamente solo un 12% asistieron a su control prenatal completo, en cuanto al periodo intergenésico predominó el menor de 18 meses o corto con un 76%, solo un 4% refirió haber utilizado algún anticonceptivo y la preclamsia fue el antecedente con mayor porcentaje con un 14%.

Palabras Claves: Caracterización clínica, epidemiológica, adolescentes embarazadas, control prenatal, paciente.

¹) Investigador

²) Coordinador de la Carrera de Médico y Cirujano,

³) Revisor de Tesis

⁴) Asesor de Tesis

ABSTRACT

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERIZATION OF PREGNANT ADOLESCENTS

Aarón D. Bran Ortega¹, M.Sc. Ronaldo Armando Retana Albanés², Dr. Edvin D. Mazariegos³, Dr. Carlos I. Arriola³, Dra. Claudia L. López⁴
Universidad de San Carlos de Guatemala, Centro Universitario de Oriente, CUNORI, finca El Zapotillo zona 5
Chiquimula, tel. 78730300 ext. 1027

Introduction: it is considered the adolescent pregnancy that appears between the ages of 10 to 19 years of age according to the World Health Organization. **Objective:** To determine the main clinical and epidemiological characteristics of pregnant adolescents from 10 to 19 years of age, who consulted for prenatal control at the Health Center of the Department of Jalapa from January 2013 to December 2017. **Material and methods:** Retrospective descriptive study that characterized 320 pregnant teenagers between the ages of 10 and 19 who visited the Health Center of the Department of Jalapa between January 1, 2013 and December 31, 2017. **Results and discussion:** Regarding the age with the highest percentage was 17 years, the law with the highest prevalence with 91%, the primary with 50% was the number one of predominance, the occupation with the highest percentage was 69%, the marital status of the pregnant adolescents that achieved a higher percentage was the link of an echo with 69%, of the pregnancies already concluded in the patients who had more than one deed, 47% was resolved by p The women with previous deeds that ob 20% of adolescent children died, among the effects they had 48% were the predominant, only 12%, attended their full prenatal control, in terms of intergenic period, predominantly under 18 months or short with a 76 %, only, 4%, refinanced, discovered, contraceptive, and preeclampsia was the antecedent with the highest percentage, with 14%.

Key words: Clinical characterization, epidemiology, pregnant adolescents, prenatal control, patient.

¹) Investigator

²) Coordinator of the Career of Doctor and Surgeon

³) Thesis Reviewer

⁴) Thesis Advisor

ÍNDICE GENERAL

CONTENIDO	PÁGINA
RESUMEN	i
INTRODUCCIÓN	ii
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
a. Antecedentes del problema	1
b. Hallazgos y estudios realizados	3
c. Definición del problema	6
II. DELIMITACIÓN DEL ESTUDIO	7
2.1 Delimitación teórica	7
2.2 Delimitación geográfica	7
2.3 Delimitación institucional	8
2.4 Delimitación temporal	8
III. OBJETIVO	9
IV. JUSTIFICACIÓN	10
V. MARCO TEÓRICO	11
CAPÍTULO I: DEFINICIÓN DEL EMBARAZO	11
CAPÍTULO II: ADOLESCENCIA	13
CAPÍTULO III: ADOLESCENTE EMBARAZADA	15
CAPÍTULO IV: EPIDEMIOLOGIA DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES	23
VI. DISEÑO METODOLÓGICO	26
a. Tipo de estudio	26
b. Área de estudio	26
c. Universo	26
d. Sujeto u objeto de estudio	27
e. Criterios de inclusión	27
f. Criterios de exclusión	27
g. Variables estudiadas	27
h. Operacionalización de variables	28

i. Técnicas e instrumentos para la recolección de los datos	29
j. Procedimientos para la recolección de información	29
k. Plan de análisis	29
l. Procedimientos para garantizar aspectos éticos	29
m. Cronograma	30
n. Recursos	31
Humanos	31
Físicos	31
Financieros	31
VII. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	32
VIII. ANÁLISIS DE RESULTADOS	47
IX. CONCLUSIONES	49
X. RECOMENDACIONES	50
XI. PROPUESTA	51
XII. BIBLIOGRAFÍA	53
XIII. ANEXOS	59

ÍNDICE DE GRÁFICAS

GRAFICA No.	CONTENIDO	PÁGINA
1	Distribución según la frecuencia de consulta por año, de adolescentes embarazadas que consultaron al Centro de Salud de Jalapa, del 01 de enero del 2013 al 31 de diciembre del 2017.	32
2	Distribución según la edad de las adolescentes embarazadas, que consultaron al Centro de Salud de Jalapa durante el período de 01 de enero del 2013 al 31 de diciembre del 2017.	33
3	Distribución según la etnia de adolescentes embarazadas que consultaron al Centro de Salud de Jalapa, durante el período de 01 de enero del 2013 al 31 de diciembre del 2017.	34
4	Distribución según el área en que viven las adolescentes embarazadas que consultaron al Centro de Salud de Jalapa, durante el período del 01 de enero del 2013 al 31 de diciembre del 2017.	35
5	Distribución según la escolaridad de adolescentes embarazadas que consultaron al Centro de Salud de Jalapa, durante el período de 01 de enero del 2013 al 31 de diciembre del 2017.	36
6	Distribución según la ocupación de adolescentes embarazadas que consultaron al Centro de Salud de Jalapa, durante el período de 01 de enero del 2013 al 31 de diciembre del 2017.	37

7	Distribución según el estado civil de adolescentes embarazadas que consultaron al Centro de Salud de Jalapa, durante el período de 01 de enero del 2013 al 31 de diciembre del 2017.	38
8	Distribución según el número de gestas de adolescentes embarazadas que consultaron al Centro de Salud de Jalapa, durante el período de 01 de enero del 2013 al 31 de diciembre del 2017.	39
9	Distribución según la resolución que tuvieron las adolescentes embarazadas que consultaron al Centro de Salud de Jalapa, durante el período de 01 de enero del 2013 al 31 de diciembre del 2017.	40
10	Distribución según el número de hijos vivos o muertos entre período intergenésico de adolescentes embarazadas, que consultaron al Centro de Salud de Jalapa durante el período de 01 de enero del 2013 al 31 de diciembre del 2017.	41
11	Distribución según el efectos adversos en los recién nacidos, hijos de madres adolescentes, que consultaron al Centro de Salud de Jalapa durante el período de 01 de enero del 2013 al 31 de diciembre del 2017.	42
12	Distribución según el número de controles prenatales a la que asistieron las adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud de Jalapa, durante el período de 01 de enero del 2013 al 31 de diciembre del 2017.	43
13	Distribución según el periodo intergenésico que tuvieron las adolescentes embarazadas que consultaron al Centro de Salud de Jalapa, durante el período de 01 de enero del 2013 al 31 de diciembre del 2017.	44

14	Distribución según el uso o no de algún método de planificación familiar utilizado con anterioridad por parte de adolescentes embarazadas, que consultaron al Centro de Salud de Jalapa, durante el período de 01 de enero del 2013 al 31 de diciembre del 2017.	45
15	Distribución según los antecedentes de adolescentes embarazadas con más de una gesta que consultaron al Centro de Salud de Jalapa, durante el período de 01 de enero del 2013 al 31 de diciembre del 2017.	46

ÍNDICE DE CUADROS

CUADRO No.		PÁGINA
1	Operacionalización de variables	28
2	Cronograma	30
3	Presupuesto financiero	31

RESUMEN

El embarazo en adolescentes representa un problema de Salud Pública a nivel mundial. A pesar de todos los medios que se han implementado para disminuir la problemática, esta sigue en aumento haciendo de este un problema cada vez mayor, las complicaciones son extensas disminuyendo así la calidad de vida y llegando hasta la muerte.

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo sobre la caracterización de adolescentes embarazadas entre las edades de 10 a 19 años realizado en el Centro de Salud del departamento de Jalapa durante el período de enero del 2013 a diciembre del 2017, revisando 320 fichas clínicas.

Se observó que el año con mayor incidencia fue el 2014, la edad con mayor porcentaje fue 17 años, la etnia ladina con un 91% fue la predominante, un 50% solo tenían nivel escolar primario, La ocupación de la mayoría fue ama de casa con un 69%, el estado civil de las adolescentes que obtuvo un mayor porcentaje fue el de unida con un 69%, de los embarazos ya resueltos el 47% se resolvieron por parto vaginal.

De las adolescentes con gestas previas se obtuvo que un 20% sus hijos murieron, entre los efectos en los recién nacidos el bajo peso con un 48% fue el predominante, únicamente un 12% asistieron a su control prenatal completo, en cuanto al período intergenésico predominó el corto con un 76%, solo un 4% refirió haber utilizado algún anticonceptivo lo cual es alarmante y la preclamsia fue el antecedente con mayor porcentaje con un 14%.

INTRODUCCIÓN

El embarazo durante la adolescencia representa un problema de salud pública, con significativas consecuencias físicas, psicológicas, sociales, económicas y culturales para las madres y sus hijos recién nacidos. Por otra parte, Beltrán (2006), comenta en su trabajo “Embarazo en adolescentes” que uno de cada diez partos corresponde a una madre adolescente, y la tasa de fecundidad se encuentran entre 0,5 y 200 nacimientos vivos por cada 1.000 adolescentes.

El informe del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) en un estudio denominado “Me cambio la vida”, para comprender las complejas causas e impactos del embarazo en adolescentes y las uniones tempranas y forzadas de las niñas en Guatemala en 2017, reportó la correlación embarazo-uni3n es de 9 de cada 10 adolescentes, la edad promedio de la primera relaci3n sexo genital fue de 15 a3os, 9 de cada 10 adolescentes inform3 no haber usado ning3n m3todo de protecci3n, las diferencias se manifiestan con la condici3n 3tnica en cuanto a educaci3n, tanto en regiones de oriente y occidente se evidenci3 estos datos y m3s de importancia.

Por lo anterior, es evidente que la magnitud de esta problem3tica va en aumento; en vista de ello la presente investigaci3n caracterizar3 epidemiol3gicamente a las adolescentes embarazadas que consultaron al centro de salud, del departamento de Jalapa, que seg3n la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI), se encuentra en tercer lugar a nivel nacional con mayor incidencia de embarazos en adolescentes y mortalidad materna.

Se utiliz3 informaci3n de las fichas cl3nicas prenatales de adolescentes embarazadas, que acudieron al Centro de Salud, armando una base de datos para el an3lisis estadístico de la misma lo que facilit3 un an3lisis objetivo que puede promover el desarrollo de propuestas de intervenci3n que aborden la problem3tica, acorde a la realidad del pa3s y que, por lo tanto, puedan generar cambios y ser efectivas.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

a. Antecedentes del problema

a.1 Embarazo

El embarazo es el proceso que permite la procreación del género humano, se inicia con una relación sexual entre un hombre y una mujer, se define como el período que transcurre entre la implantación en el útero del óvulo fecundado y el momento del alumbramiento, desde los significativos cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, como la interrupción de los ciclos menstruales, o el aumento del tamaño de las glándulas mamarias para preparar la lactancia (Cabero, 2003).

En 2007 el Comité de Aspectos Éticos de la Reproducción Humana y la Salud de las Mujeres de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) define al embarazo como la parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del concepto en la mujer. El embarazo se inicia en el momento de la nidación y termina con el parto. La definición legal del embarazo sigue a la definición médica, para la Organización Mundial de la Salud (OMS), el embarazo inicia cuando termina la implantación, que es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero (unos 5 o 6 días después de la fecundación). Entonces el blastocito atraviesa el endometrio uterino e invade el estroma (Atrash, Friede y Hogue, 1987).

a.2 Adolescencia

Los cambios corporales indican la llegada de la pubertad y marcan el inicio de la adolescencia. La edad media del período de la menarquía (primera menstruación) se sitúa en los 11 años, aunque esta cifra varía según el origen étnico (Cattani, 1991).

La adolescencia es una etapa en el desarrollo biológico, psicológico, sexual y social seguidamente posterior a la niñez y que inicia con la pubertad.

Su tiempo de duración varía según las diferentes fuentes y opiniones médicas, científicas y psicológicas, pero generalmente se enmarca su inicio entre los 10 a 12 años, y su finalización a los 19 o 20 (Cattani, 1991).

Para la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia es el período comprendido entre los 10 y 19 años y está comprendida dentro del período de la juventud entre los 10 y los 24 años. La pubertad o adolescencia inicial es la primera fase, comienza normalmente a los 10 años en las niñas y a los 11 en los niños y llega hasta los 14-15 años. La adolescencia media y tardía se extiende, hasta los 19 años. A la adolescencia le sigue la juventud plena, desde los 20 hasta los 24 años. Algunos psicólogos consideran que la adolescencia abarca hasta los 21 años e incluso algunos autores han extendido en estudios recientes la adolescencia a los 25 años (OMS, 2018).

a.2.1 Embarazo en la adolescencia

Según Rodríguez Rigual (2003), “El embarazo temprano o embarazo precoz es aquel que se produce en una mujer adolescente: entre la adolescencia inicial o pubertad que se refiere al comienzo de la edad fértil y el final de la adolescencia”.

La mayoría de los embarazos en adolescentes son considerados como embarazos no deseados (RTVE 2008). En general el término también se refiere a las mujeres embarazadas que no han alcanzado la mayoría de edad jurídica, variable según los distintos países del mundo, así como a las mujeres adolescentes embarazadas que están en situación de dependencia de la familia de origen (Issler, 2001).

La Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI) 2008-2009 establece que Guatemala tiene 114 madres de 10 a 20 años por cada 1,000 habitantes.

Guatemala tiene el tercer lugar en relación a mortalidad materna a nivel de las Américas, los departamentos con mayores índices de embarazos en adolescentes son Huehuetenango, Jutiapa, Jalapa y Petén (MSPAS, INE e ICF 2017).

b. Hallazgos y estudios realizados

En Colombia (2011), se realizó el estudio descriptivo para medir la prevalencia de embarazos en adolescentes, a partir de las adolescentes a quienes se les atendió el parto en la Educación Salud y Esperanza (ESE) Alejandro Próspero Reverand.

En el período seleccionado, se atendieron 362 partos de adolescentes y entre ellas la mayoría, 77% son residentes en la zona urbana, 98% han hecho estudios primarios al igual que su compañero sentimental, 46% tienen como pareja un hombre en el inicio de la adultez, es decir entre 20 y 24 años, su ocupación es ser ama de casa, 97% tienen afiliación a salud en el régimen subsidiado, 82% se han realizado control prenatal, iniciaron la vida sexual durante la adolescencia media (Contreras, 2011).

En el 97% de los casos, el embarazo no fue deseado y una cuarta parte tuvo intento de aborto, únicamente el 4% ha utilizado métodos de planificación familiar, ninguna reconoció ser farmacodependiente; en el 87% de los casos la gestante es primigrávida, solamente el 4% ha tenido complicaciones, el 59% vive con la familia nuclear, únicamente el 11% aún estudia, el 1% manifestó que durante el embarazo y por causa de él, han sido objeto de maltrato por la familia, y 17% proviene de una madre que se embarazó durante la adolescencia, poniendo de manifiesto la tendencia a repetir el ciclo de embarazo adolescente (Contreras, 2011).

En Guatemala fue realizado en septiembre de 2011 un estudio titulado Factores que influyen en el aumento de embarazo de la mujer adolescente que asiste a control prenatal a la consulta externa del hospital de gineco-obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (I.G.S.S.) dio como resultado estas conclusiones: del 72% de personas encuestadas respondió que no utilizaron ningún método para evitar el embarazo, lo cual podría deberse a la falta de educación sexual y salud reproductiva en la adolescente, resultando de esto, un embarazo a temprana edad para lo cual no está preparada física ni emocionalmente (Barrientos, 2011).

En Guatemala (2014), se realizó un estudio descriptivo de corte transversal. En un total de 26 adolescentes embarazadas del municipio de San Fernando Chahal, del departamento de Alta Verapaz en las cuales se detectó que los conocimientos sobre salud sexual, consecuencias y complicaciones de un embarazo a esta edad, señales de peligro de las embarazadas, infecciones de transmisión sexual, los conocimientos son muy escasos en relación a dichos temas y a la utilización de métodos anticonceptivos es únicamente el 38% de las encuestadas que utilizaron algún método de planificación familiar antes de embarazarse, la mayoría de las adolescentes embarazadas no han recibido algún curso u orientación en salud sexual y reproductiva (García, 2014).

Un 9% de las adolescentes encuestadas tienen conocimiento sobre las complicaciones del embarazo en la adolescencia, así como las complicaciones para el feto o recién nacido y las consecuencia que creen que se puede dar, por lo que se considera que el factor educativo tiene una gran incidencia en los embarazos de esas adolescentes (García, 2014).

En Guatemala (2017), se realizó el estudio de tipo transversal, descriptivo, utilizó como fuente de información la base de datos de la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI) 2008/2009, donde el objetivo general es analizar las características socio demográficas de las mujeres entre 15 a 49 años en Guatemala, que tuvieron su primer hijo en edad adolescente o bien que, al momento de la encuesta, eran adolescentes y estaban embarazadas, la muestra estuvo conformada por 11,639 mujeres, dato que excluye a las mujeres que no habían tenido algún hijo y tampoco estaban embarazadas. La discusión de resultados se desarrolló en función de las mujeres que tuvieron su primer embarazo o primer hijo en edad adolescente, en comparación con las mujeres que tuvieron su primer hijo a partir de los 20 años (Escobar, 2017).

Los resultados obtenidos muestran que la maternidad en Guatemala tiene un rostro adolescente. El 57,3% de las mujeres entre 15-49 años que han tenido hijos, han tenido su primer embarazo en edad adolescente, es decir entre 10-19 años. Las mujeres adolescentes rurales, pobres y sin educación, se encuentran en condición de mayor

vulnerabilidad. Por esta razón, para tener impacto, las intervenciones que se desarrollen deben estar orientadas a alcanzar a las adolescentes más excluidas, bajo un enfoque integral con participación intersectorial (Escobar, 2017).

En Chiquimula se estudiaron las principales características obstétricas, sociales y familiares que poseen las adolescentes embarazadas de 10 a 19 años que consultaron al departamento de ginecoobstetricia del Hospital Nacional “Carlos Manuel Arana Osorio” Chiquimula, durante los meses de septiembre del 2013 a mayo de 2014. Para obtener la información se realizó una entrevista directa a la joven embarazada y dichos datos se fueron transcribiendo a una boleta de datos de donde se obtuvieron estos resultados: etapa de la adolescencia más afectada: media o tardía con 91.67%, municipio con mayor número de casos: con 28.33% Chiquimula, el 73.33% de las encuestadas se encuentran viviendo en unión libre con sus parejas, el 91.67% son amas de casa, el 29% de los casos tienen un nivel educativo primario y el 60% de las madres de las jóvenes encuestadas no tienen un nivel educativo (Portillo, 2014).

En lo que respecta al antecedente gineco-obstétrico: el 76.67% son primigestas, e iniciaron sus relaciones sexuales en un 25% a los 15 años de edad, el 56.67% no conocen sobre métodos de planificación familiar y el 78.33% de los casos presentaron un embarazo no deseado. Todo esto indica que deben incrementarse los esfuerzos para proveer la educación sexual, ya que es la única forma de retrasar la edad del primer embarazo y brindarles expectativas de superación que contribuyan a disminuir el número de embarazos a temprana edad, por lo tanto se propone realizar un plan de educación sexual con el objetivo de disminuir el embarazo en adolescentes (Portillo, 2014).

c. Definición del problema

El embarazo en adolescentes es un problema que se ha venido dando desde hace mucho tiempo, pero no ha sido priorizado como otros problemas de salud, llama la atención el incremento de embarazos en los últimos años lo cual ha venido a encender las alarmas sobre el tema, tanto que la Organización Mundial de la Salud ha implementado algunas acciones en apoyo al gobierno de Guatemala, como no permitir el matrimonio a menores de edad, castigar a los mayores de edad que tengan relaciones con menores de 14 años aun con el consentimiento de las mismas, en conjunto con la Procuraduría General de la Nación quienes han tomado medidas como las de resguardar a las adolescentes embarazadas, pero aun así no se han obtenido resultados positivos puesto que cada vez se ven más casos y las complicaciones pueden conllevar a la muertes neonatales y maternas (OMS, 2018).

Cada vez más por cultura y otros factores sociales, las mujeres jóvenes no terminan la primaria, algunas incluso son analfabetas, esto se ve reflejado en que se embarazan a muy temprana edad y por lo general tienen hermanas que hacen lo mismo, por lo que dejan sus estudios e inician precozmente una etapa de vida.

El departamento de Jalapa se encuentra en tercer lugar a nivel nacional según ENSMI 2008-2009, con mayor incidencia de embarazos en adolescentes y mortalidad materna lo cual según la ENSMI 2014-2015 solo ha reducido un 16.5%, es importante saber la edad de las mismas, nivel educativo, procedencia, etnia, ocupación y estado civil con el fin de determinar epidemiológicamente a este grupo.

Por todo lo descrito anteriormente y viendo la importancia del problema, es necesario preguntarse **¿Cuáles son las principales características clínicas y epidemiológicas de las adolescentes embarazadas entre 10 y 19 años de edad que asistieron para control prenatal al centro de salud del departamento de Jalapa del 1 de enero del 2013 al 31 de diciembre 2017?**

DELIMITACIÓN DEL ESTUDIO

Delimitación teórica

El presente estudio tiene una delimitación clínica y epidemiológica.

1.1 Delimitación geográfica

El Departamento de Jalapa se encuentra situado en la región Centro-Oriente de Guatemala. El departamento fue creado por decreto número 107 del 24 noviembre 1873. Dividida en 7 municipios: Jalapa, Monjas, San Pedro Pínula, San Manuel Chaparrón, Alzatate, San Luis y Mataquescuintla, posee una población aproximada de 235,192 habitantes, donde el 46,9% son hombres y 53.1% mujeres, es mayoritariamente rural debido a que el 51.9% de la población habita en esta área (deguate, 2012).

En cuestión de adolescentes embarazadas en el departamento de Jalapa los lugares más afectados son la cabecera departamental, Sanyuyo, Santa María Xalapán; San Pedro Pinula, San Carlos Alzatate y Monjas (deguate, 2012).

Una de las principales carencias del departamento, es la falta de cobertura con el área rural, su cultura y sus creencias así como el machismo, la mayoría de casos de adolescentes embarazadas sean del área urbana lo cual es preocupante (deguate, 2012).

1.2 Delimitación institucional

El Centro de Salud de la cabecera departamental de Jalapa, ofrece la atención primaria de salud siempre basado en el objetivo principal que es el de brindar la atención más primaria y urgente ante situaciones de salud que deben ser tratadas.

El Centro de Salud cuenta con cuatro médicos que atienden en sus respectivas clínicas, las cuales son consulta general, gineco-obstétrica, pediatría y coordinación municipal, también cuenta con una área de hipodermia, laboratorio, centro nutricional, saneamiento ambiental, clínica odontológica, secretaria, estadística, área de pre consulta, espacio amigable y una área de farmacia en la cual laboran alrededor de 7 enfermeras, 2 técnicos de laboratorio, 1 trabajadora social, 1 nutricionista, 1 dentista y 10 trabajadores en sus distintas áreas.

1.3 Delimitación temporal

El presente estudio se realizó del periodo de marzo a julio del 2018.

II. OBJETIVO

2.1 GENERAL

Determinar las principales características clínicas y epidemiológicas de las adolescentes embarazadas de 10 a 19 años, que consultaron por control prenatal al centro de salud del departamento de Jalapa de enero del 2013 a diciembre del 2017.

III. JUSTIFICACIÓN

La adolescente embarazada en Guatemala es uno de los problemas del contexto de salud materna de mayor relevancia, esto cobra mayor importancia porque sigue siendo uno de los principales factores que contribuyen a la mortalidad materna e infantil y al círculo de enfermedad y pobreza. Cada año miles de adolescentes en Guatemala quedan embarazadas, a menudo los resultados son adversos, niños desamparados, educación suspendida, complicaciones médicas, abortos, muertes maternas, trastornos psicológicos y aún suicidio. Lo más usual es que el embarazo en una adolescente sea un embarazo no esperado.

El embarazo en la adolescente se da a nivel mundial, pero esto no quiere decir que el mismo no pueda ser evitado, debiendo considerar si realmente se está tratando de reducir el embarazo en adolescentes o sus complicaciones. Es importante tener conocimiento sobre estadísticas y enfocar propiamente este problema mediante programas dirigidos a los adolescentes, principalmente en las mujeres, ya que estas son las que sufren la peor parte.

Por lo cual empezar en Jalapa haciendo un muestreo con todas aquellas jóvenes que consultaron al centro de salud de Jalapa ya que según el Observatorio de Salud Reproductiva (OSAR), Jalapa tenía ya reportado más de 10 casos de embarazos en adolescentes y se encontraba con altos índices de muerte materna. El mayor número se registra en Chiquimula, 1,638; Zacapa 1101; Alta Verapaz 3512; y Jutiapa 1377, de un total de 6 mil 517 en 2012 (OSAR, 2018) (Choc, 2013).

Por lo anterior se justifica hacer una caracterización propia de las mujeres en estudio y así llevar a cabo acciones que ayuden a disminuir substancialmente esta problemática y ofrecer datos actualizados a las autoridades para la creación de programas de acuerdo a cada una de las necesidades.

IV. MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I: EMBARAZO

1.1 Definición

Se denomina embarazo al estado de la mujer que está gestando vida en su vientre. El embarazo es una secuencia de eventos que ocurren durante la gestación de la mujer, inicia con la fertilización para luego dar paso a la implantación, crecimiento embrionario, crecimiento fetal y finaliza con el nacimiento (Valera, 2009).

El embarazo o gravidez debe comprender todos los procesos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno, así como los importantes cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer, encaminados a proteger, nutrir y permitir el nacimiento del feto (Valera, 2009).

1.2 Fisiología del embarazo

El embarazo provoca cambios fisiológicos en todos los órganos, aparatos y sistemas maternos; la mayoría regresa a la normal después del parto. En general, los cambios son más drásticos en los embarazos multifetales que en los únicos (Cabero, 2003).

1.3 Control prenatal

El control prenatal se define como todas las acciones y procedimientos, sistemáticos o periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores de riesgo, es la característica o atributo biológico, ambiental o social que cuando está presente se asocia con un aumento de la posibilidad de sufrir un daño la madre, el feto o ambos (Castillo, Fortich, Padilla, Monroy, Morales y Ahumada 2017).

Desde el punto de vista perinatal los problemas que con mayor frecuencia se asocian a morbilidad son la prematuridad, la asfixia perinatal, las malformaciones congénitas y las infecciones.

De ahí que las estrategias del control prenatal están orientadas a la prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento de las patologías que condicionan los problemas anteriormente enunciados. Los problemas que se asocian a morbilidad materna son la hemorragia obstétrica, las infecciones, el síndrome hipertensivo del embarazo y las enfermedades maternas pregestacionales (Castillo *et al.* 2017).

Para el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social es necesario que la paciente tenga cuatro controles prenatales: el primero antes de las 12 semanas, el segundo antes de las 26 semanas, el tercero antes de las 32 y el cuarto después de las 36 semanas (MSPAS, 2008).

CAPÍTULO II: ADOLESCENCIA

2.1 Definición

Según la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia es el período comprendido entre 10 y 19 años, es una etapa compleja de la vida, marca la transición de la infancia al estado adulto, con ella se producen cambios físicos, psicológicos, biológicos, intelectuales y sociales. Se clasifica en adolescencia temprana a los 10 y 13 años; adolescencia media de 14 a 16 años y adolescencia tardía entre los 17 a 19 años (OMS, 2018).

Es difícil definir a la adolescencia por diversas razones. Primero, porque las experiencias individuales en este período son diferentes, en relación con las variaciones físicas, la maduración emocional y cognitiva, entre otras eventualidades (OMS, 2018).

A la pubertad no es posible considerarla como la línea de demarcación entre la niñez y la adolescencia pues se suceden cambios a diferentes edades en hembras y varones, incluso existen diferencias individuales en el mismo sexo. El segundo factor que complica la definición de adolescencia es la gran variación en relación con las leyes en distintas naciones relacionadas con la minoría y la mayoría de edad, incluyendo actividades como: contraer matrimonio y el comienzo del consumo de bebidas alcohólicas (Borrás, 2014).

El tercer factor se refiere a que no se respeta lo establecido legalmente para los niños, los adolescentes y los adultos y se permite que los primeros asuman actividades que no les corresponden (Borrás, 2014).

2.2 Etapas en la adolescencia

Según Borrás la adolescencia se clasifica en tres etapas: Adolescencia temprana comprendida entre los 10 y 13 años; adolescencia media de 14 a 16 años y adolescencia tardía entre los 17 a 19 años (Borrás, 2014).

2.3 Cambios en la adolescencia

Estos cambios dependen en gran medida del tipo constitucional, factores genéticos y otros más circunstanciales como la nutrición o la presencia o no de determinados desbalances hormonales que no necesariamente tienen que ser patológicos. No obstante hay características que deben aparecer en una edad determinada, independientemente de las variables, por lo que se recomienda que ante cualquier inquietud se consulten a los especialistas en la temática. Se presentan cambios en el peso, grasa corporal y crecimiento muscular entre otros (Rodríguez, 2003).

CAPÍTULO III: ADOLESCENTE EMBARAZADA

3.1 Definición

Se define el embarazo en la adolescencia como aquella gestación que ocurre durante los dos primeros años ginecológicos de la mujer y/o cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de la familia parenteral (OMS, 2018).

Otros autores definen la gestación en la adolescencia como aquella que ocurre en la etapa etaria denominada adolescencia, que comprende a las mujeres de 10 a 19 años de edad según la OMS, independientemente de la edad ginecológica (OMS, 2018).

3.2 Causas de embarazo en la adolescente

3.2.1 Inicio temprano de relaciones sexuales

En la sociedad actual se viene observando un decremento de la edad media de inicio de las relaciones sexuales. Hace unos años, la media de edad en la que se comenzaba a tener relaciones sexuales era 18 años en hombres y 19 años en el caso de las mujeres. Actualmente, cada vez más adolescentes tienen relaciones sexuales antes de cumplir los 16 años. De esta forma, al comenzar a tener relaciones sexuales de forma precoz, los adolescentes no están preparados para valorar las consecuencias que conlleva una conducta sexual irresponsable (Sánchez, Espinosa, Espinoza, y Ezcurdia, 2004).

3.2.2 Falta o distorsión de la información sobre métodos anticonceptivos

En las adolescentes más del 80% de los embarazos no son deseados. Y más de la mitad de los embarazos no deseados se producen en mujeres que no usan anticonceptivos y la mayor parte del resto de embarazos no deseados se deben al uso incorrecto de los anticonceptivos. En muchos casos se usan métodos anticonceptivos pero de modo inadecuado. Muchos adolescentes sin experiencia puede usar el condón

incorrectamente y las adolescentes se olvidan tomar con cierta frecuencia los anticonceptivos orales (Speidel, Harper y Shields, 2008).

Los métodos reversibles a largo plazo, tales como el dispositivo intrauterino, el anticonceptivo subdérmico, el parche anticonceptivo o inyecciones de anticonceptivos inyectables combinados como la DepoProvera, requieren la intervención del usuario con menos frecuencia, y puede prevenir el embarazo con mayor eficacia en mujeres que tienen problemas para seguir las rutinas, incluidas las jóvenes (Singh y Darroch, 2000).

El uso simultáneo de más de un método anticonceptivo disminuye el riesgo de embarazos no deseados, y si uno de los métodos es de barrera como preservativos, la transmisión de enfermedades de transmisión sexual también se disminuye (Singh *et al.* 2000).

3.2.3 Uso incorrecto de métodos anticonceptivos

Esto se debe, en parte, a la falta de información que se tiene por parte de los adolescentes. Algunos adolescentes prescinden de métodos anticonceptivos pensando que pueden compensarlo usando tácticas como la “marcha atrás”, en la que interrumpen la penetración momentos antes de eyacular (Speidel *et al.* 2008).

Sin embargo, a veces los menores no usan métodos anticonceptivos por la falta de accesibilidad a ellos. Para evitar esta situación, aunque parezca sorprendente, algunos padres optan por proveer a los hijos/as con preservativos en casa. Al principio, esta situación puede resultar muy incómoda pero poco a poco, se va normalizando dentro de la familia (Speidel *et al.* 2008).

3.2.4 Consumo de alcohol o drogas

La adolescencia es una época en la que se viven nuevas experiencias en muchos sentidos. No es raro que comiencen a tener contacto con drogas y alcohol (Rodríguez, 2005).

El uso de este tipo de sustancias, conlleva entre otras cosas- que los adolescentes tengan una percepción del peligro aún menor. Para evitar que esta conducta sea un factor de riesgo en el embarazo adolescente, debería facilitar información a los menores sobre las consecuencias del consumo. Además, el consumo de alcohol/drogas puede conllevar a numerosos problemas adicionales, como accidentes, enfermedades, adicciones, entre otros. (Rodríguez, 2005).

Se trata de una época de vulnerabilidad en muchos sentidos y el consumo de sustancias puede aumentar el peligro al que están expuestos de por sí (KFF, 2002).

3.3 Consecuencias del embarazo adolescente

3.3.1 Abandono de los estudios

Una de las consecuencias inmediatas para una futura madre adolescente que decida tener el bebé es abandonar sus estudios. El principal objetivo de la adolescente es buscar un trabajo con el cual poder hacer frente a los nuevos gastos económicos. Normalmente, se trata de trabajos poco cualificados y mal remunerados, puesto que la adolescente no ha adquirido aún una completa formación académica. Posteriormente, le resultará difícil retomar sus estudios, por lo que se puede perpetuar una situación de pobreza en el núcleo familiar (Ulanowicz, Parra, Wendler y Monzón, 2006).

3.3.2 Algunos padres no se responsabilizan

La mitad de los padres no se responsabiliza de su futuro hijo ni emocional ni económicamente, muchos de ellos, asesorados por sus propios padres. Otros, ponen en duda su paternidad, por lo que también evitan responsabilizarse de lo ocurrido.

En la sociedad, por desgracia, un embarazo no deseado siendo un problema del que debe encargarse, sobre todo, la futura madre. Los padres que se responsabilizan, dejan de estudiar y buscan un trabajo poco cualificado, siendo éste un factor de riesgo para su economía futura (SEC 2001).

3.3.3 Problemas psicológicos

Los futuros padres se ven envueltos en una situación difícil de afrontar, que supone un estigma social en la mayoría de los casos. Tienen que asumir el rol de padres, en un momento en el que estaban definiendo su propia personalidad. Además, el estrés al que están sometidos inadecuado a su edad cronológica- facilita la aparición de trastornos emocionales. Por tanto, tendrán dificultades para llevar a cabo una paternidad o maternidad feliz (Issler 2001).

3.3.4 Mayor número de hijos

Puesto que la madre ha tenido su primer hijo a una edad muy temprana, es más probable que tenga un mayor número de hijos que las mujeres de su generación. Este hecho, sumado al riesgo de desempeñar trabajos mal remunerados, puede perjudicar gravemente la economía familiar (SEC, 2001).

3.3.5 Relaciones sentimentales inestables y de corta duración

Una madre soltera puede sentir la necesidad de tener una pareja a su lado que le aporte bienestar económico y afectivo. Este pensamiento puede conllevar numerosos problemas, como intentar continuar una relación a pesar de que sufra maltrato físico o psicológico. La autoestima de una madre soltera adolescente suele estar muy deteriorada, puesto que normalmente está estigmatizada socialmente y ha sufrido el abandono de muchas personas de su alrededor (Issler, 2001).

Éste es un ámbito que debería trabajarse en profundidad, para ayudar a la adolescente a ser autosuficiente, y evitar que se produzcan numerosas –e inapropiadas- relaciones sentimentales. Además, esta situación en la que se producen noviazgos pasajeros puede afectar también a la estabilidad emocional de su hijo, ya que no logra crear un apego seguro hacia una figura paterna (Issler, 2001).

3.3.6 Consecuencias psicosociales

A menor edad también serán menores las posibilidades de aceptar el embarazo y de criar al niño, al tener la obligación de cumplir con el papel de madre a edades tempranas. Una adolescente no transita a la adultez por el simple hecho de estar embarazada, ella seguirá siendo una adolescente que tendrá que hacerse cargo de un hijo. Las jóvenes de 10 a 13 años suelen tener grandes temores frente al dolor y a los procedimientos invasivos y generalmente el parto es muy difícil debido a que pierden el control con facilidad. En estos casos, lo ideal es que sean atendidas por personal profesional sensitivo y capacitado para esta labor, que pueda acompañarlas y contenerlas y que les explique de manera clara y concreta todo el proceso por el que están pasando, para reducir el estrés de la embarazada (Rodriguez, 2005).

Las adolescentes de 14 a 16 años pueden adoptar una actitud de omnipotencia y manifestar que no le temen a nada. Generalmente en este grupo de edad, las chicas están más preocupadas por los cambios que está sufriendo su cuerpo y por el interés que despiertan a su alrededor con su embarazo, que por lo que les puede pasar (Issler, 2001).

Es común que exhiban sus vientres y es clásico que manifiesten ¡a mí no me va a pasar!, condiciones todas que dificultan su preparación para la maternidad, tomando la crianza inmediata como un juego. Sin embargo, los problemas aparecen después, cuando tienen que hacerse cargo del niño todo el tiempo y abandonar su estilo de vida anterior al embarazo (Issler, 2001).

En estos casos, al igual que en el anterior, el soporte familiar con el que cuenten, así como el trabajo de los equipos de salud que las acompañen fungirán, si son positivos, como factores protectores. En el ámbito social, el embarazo en adolescentes y los problemas asociados a él presentan tipologías distintas según el sector social en el que se manifiesten (Issler, 2001).

En el nivel rural generalmente conduce a uniones tempranas y los problemas que se presentan generalmente son de orden biológico, como desnutrición y un malo o nulo control prenatal o de deficiente calidad y problemas económicos. En el nivel suburbano las consecuencias son deserción escolar, económicos, uniones conyugales inestables que presentan frecuentemente violencia intrafamiliar, abortos provocados, mala atención del embarazo y del parto. A nivel urbano popular, el embarazo en una adolescente es considerado como un evento inesperado que restringe las ambiciones de progreso familiar (Issler, 2001).

En la mayoría de los casos, independientemente del nivel social del que proceda la adolescente embarazada, la asistencia al control prenatal se inicia cuando la situación del entorno familiar empieza a estabilizarse, lo que generalmente ocurre de la mitad del embarazo hacia adelante. El que la adolescente reciba tardíamente una adecuada atención médica, es un factor que agrava aún más, la condición de riesgo durante la gestación, la cual en sí misma ya se encuentra comprometida (Ramírez, 2011).

Por otro lado, a nivel individual, para la adolescente el embarazo puede significar varias cosas: comprobar su fertilidad; considerar a ese hijo como algo que le pertenece, que la va querer y a quien va a querer como ella misma no fue querida; como una salida a una situación que ya no tolera, que puede ser un ambiente de abuso de cualquier tipo o la expresión de una condición no resuelta, como por ejemplo la muerte de alguno de los padres o su divorcio o como una salida hacia la vida cuando la adolescente presenta enfermedades crónicas (Ramírez, 2011).

Sea cual fuere la situación individual o grupo social al que pertenece la joven, un embarazo en la adolescencia implica repercusiones biológicas, sociales, económicas y psicológicas que clasifican la situación como de muy alto riesgo. Esto amerita que sea visualizado desde una perspectiva integral, considerando a la familia, a la sociedad, los medios de comunicación, el sector salud y educativo, entre otros (Ramírez, 2011).

3.3.7 Consecuencias biológicas

Además de las complicaciones ya mencionadas anteriormente, es importante hacer notar que muchos de los embarazos en las adolescentes pueden llevar a la joven a practicarse un aborto y los riesgos que implica éste para las chicas pueden ser considerables, principalmente cuando se realiza en forma ilegal y en condiciones médicas inadecuadas, situación que es muy frecuente (OMS, 2018).

Las complicaciones generalmente incluyen: hemorragias, septicemia, anemia, laceraciones vaginales, abscesos pélvicos, perforaciones del útero y esterilidad secundaria, entre otras (OMS, 2018).

Aparte de las consecuencias biológicas existen otros elementos que se ven afectados en un embarazo en adolescente, como por ejemplo, los aspectos emocionales, sociales y económicos. La noticia del embarazo tiene impacto en la joven, en el padre del bebé, quién generalmente también es adolescente, en la familia de ambos y en la comunidad en donde se encuentran inmersos (OMS, 2018).

La actitud de las adolescentes generalmente depende de la etapa de la adolescencia que estén atravesando, del significado que ese/a hijo/a tenga para ella, del origen del embarazo y de cuál era su proyecto de vida antes de embarazarse (OMS, 2018).

3.4 Riesgos del embarazo en adolescentes

A nivel mundial, el embarazo a edades tempranas se presenta cada vez con mayor frecuencia. Estas gestaciones se acompañan generalmente de grandes riesgos de complicaciones biológicas en la madre, tales como anemia grave, amenazas de aborto, parto prematuro o parto inmaduro, toxemia, hipertensión inducida por el propio embarazo, placenta previa, incompetencia cervical, e infecciones, entre otras (Ávila, Barbena y Arguello, 2011).

En la salud del niño se puede presentar desde bajo peso al nacer, hasta secuelas que en ocasiones son para toda la vida, como por ejemplo retraso mental, defectos del cierre del tubo neural, así como desarrollo biológico deficiente, entre otros. Existe una doble probabilidad de morir en relación con el parto en mujeres por debajo de 15 años de edad, que en mujeres de 20 años o más (Ávila *et al.* 2011).

Asimismo, los niños nacidos de mujeres menores de 20 años tienen más riesgo de morir antes de su primer año de vida, que los niños nacidos de madres con edades entre 20 a 29 años. Los riesgos del embarazo en la adolescencia se incrementan en los países en vías de desarrollo (UNICEF, 2001).

Algunos organismos internacionales como la UNICEF, señala que entre el 20 y el 46% de las mujeres, en la mayoría de un grupo seleccionado de países en vías de desarrollo, tienen su primer hijo antes de los 18 años de edad y al llegar a los 20 años, del 30 al 67% han tenido su primer parto. En los Estados Unidos de Norteamérica esto ocurre en el 8% de la población adolescente (UNICEF, 2001).

CAPÍTULO IV: EPIDEMIOLOGÍA DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS

Durante los últimos años la atención de la adolescente embarazada en Latinoamérica ha experimentado un considerable desarrollo, se han creado servicios especiales y se han destinado actividades específicas de los programas maternos para este grupo etario (Rodríguez, 2005).

Las altas tasas de embarazos y maternidad en adolescentes se vinculan a la insuficiente educación sexual en el sistema educativo y al inicio cada vez más temprana de la sexualidad activa en los y las jóvenes en muchos países. A esto se suman la falta de políticas públicas de salud sexual y reproductiva para adolescentes y mujeres jóvenes no unidas y deudas claras en los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes (Rodríguez, 2005).

El embarazo de la adolescente sin apoyo ni atención especial presenta enfermedad materna, fetal y neonatal con más frecuencia que en el embarazo en la edad adulta. Por otra parte, en las sociedades urbanas las consecuencias sociales del embarazo, como la feminización de la pobreza, suelen ser graves. Es necesario destacar que la edad materna es un factor de clase social. Dicho de otro modo, el ámbito en el que crece la adolescente tiene mayor impacto sobre su embarazo que su edad cronológica (Issler, 2001).

Teniendo en cuenta estas consideraciones, analizaremos diferentes factores predisponentes del embarazo de la adolescente, la percepción y las actitudes frente al embarazo precoz, la presentación clínica y la evolución, las consecuencias y la prevención del embarazo de la adolescente (Issler, 2001).

4.1 Tasa de nacimientos en adolescentes en el mundo

A nivel mundial (2001), según el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), cada año dan a luz 15 millones de adolescentes, entre los 15 y 19 años de edad, en todo el mundo. El 95% de éstos, ocurre en países en desarrollo (UNICEF, 2001).

La tasa mundial de embarazo adolescente se estima en 46 nacimientos por cada 1.000 niñas, mientras que las tasas de embarazo adolescente en América Latina y el Caribe continúan siendo las segundas más altas en el mundo, estimadas en 66.5 nacimientos por cada 1,000 niñas de entre 15 y 19 años, y son sólo superadas por las de África subsahariana, indica el informe *“Aceleración del progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe”* (UNICEF, 2001).

Aunque en los últimos 30 años en América Latina y el Caribe la fecundidad total es decir, el número de hijos por mujer- ha disminuido, las tasas de fecundidad en las adolescentes se han reducido ligeramente, señala el informe. Además, es la única región del mundo con una tendencia ascendente de embarazos en adolescentes menores de 15 años, según reporta UNFPA. Se estima que cada año, en la región, un 15% de todos los embarazos ocurre en adolescentes menores de 20 años y 2 millones de niños nacen de madres con edades entre los 15 y los 19 años (AbouZahr, 2004).

4.2 Guatemala

Entre enero y junio del año 2017, Guatemala registró más de 36.000 menores de 17 años embarazadas, según las estadísticas presentadas por el observatorio de Salud Reproductiva (OSAR) en una reunión con varios parlamentarios.

Los diputados que integran la Comisión de la Juventud en el Legislativo se mostraron preocupados por estas cifras, que muestran además que en los últimos tres años se han inscrito en el Registro Nacional de Personas (Renap) más de 195.000 pequeños cuyas madres son niñas entre los 10 y los 17 años.

“Es preocupante ver esta cifra de niñas que han sido violadas o por no tener educación sexual han sido madres a temprana edad, cortándoles de esta forma su niñez, por lo que se deben buscar planes para evitar los embarazos en menores de edad”, dijo el diputado oficialista Juan Manuel Giordano, presidente de la sala de trabajo de la Juventud (EFE, 2017).

Gandy Velásquez, coordinador del Osar, aseguró que han solicitado a los Ministerios de Salud y Educación el apoyo para iniciar campañas en las escuelas y parques para concientizar a los menores de edad a cuidarse, iniciando en los departamentos de Quetzaltenango, Quiché, Huehuetenango, Totonicapán y San Marcos, donde se ha registrado el mayor número de adolescentes embarazadas (EFE, 2017).

4.3 Jalapa

Las estadísticas vitales muestran que en 2013, el municipio de Jalapa registró la mayor cantidad de nacimientos ocurridos en el departamento; mientras que San Manuel Chaparrón registró la menor cantidad (INE, 2013).

En 2013 la tasa global de fecundidad del departamento fue de 3.7, mayor a la nacional de 3.1. Además, se registraron 28.4 nacimientos por cada mil habitantes, cifra mayor al promedio nacional de 25.8. Del total de nacimientos, el 20.1% correspondió a madres menores de 20 años. El departamento muestra una mayor proporción de nacimientos en centros hospitalarios, comparado con el porcentaje nacional 63.1 % (INE, 2013).

V. DISEÑO METODOLÓGICO

a. Tipo de estudio

Descriptivo, retrospectivo.

b. Área de estudio

Centro de Salud de Jalapa.

c. Universo o muestra

Se incluyó para el estudio fichas de vigilancia de pacientes adolescentes que consultaron por control prenatal el centro de salud de Jalapa, durante el período de 01 de enero del 2013 al 31 de diciembre del 2017, con una población total de 1,876 adolescentes embarazadas, durante esos 5 años mencionados.

La fórmula de muestreo probabilístico para poblaciones finitas de Hernández Sampieri.

$$n = \frac{(p * q)N}{\left(\frac{\alpha}{z}\right)^2 (N - 1) + p * q}$$

En donde:

N: 1,862 (tamaño de la población)

α : 0.05 (constante)

Z: 1.9599 (Desviación estándar, nivel de confianza deseado)

p: 0.5 (50% área bajo la curva, nivel de éxito)

q: 0.5 (50% área complementaria, nivel de fracaso)

Así:

$$n = \frac{(0.5 \times 0.5) 1862}{(0.0006508)(1861 - 1) + (0.5)(0.5)}$$

$$\frac{469}{1.47} = 320$$

Muestra: 320 fichas de vigilancia de adolescentes embarazadas

d. Sujeto u objeto de estudio

El objeto de estudio estuvo conformado por las fichas de vigilancia de pacientes adolescentes que estuvieron en control prenatal en el Centro de Salud de Jalapa, durante el período de 01 enero del 2013 al 31 de diciembre del 2017.

e. Criterios de inclusión

Fichas de vigilancia de pacientes que consultaron por control prenatal entre las edades de 10 a 19 años, atendidas en el centro de salud de Jalapa, durante el período de 01 enero del 2013 al 31 diciembre del 2017.

f. Criterios de exclusión

- Pacientes embarazadas que no se encontraban entre las edades mencionadas.
- Pacientes a de quienes no se consiguieron datos o que no contaban con expediente en el departamento de estadística del Centro de Salud de Jalapa.
- Pacientes embarazadas fuera del período de estudio (01 enero del 2013 al 31 de diciembre del 2017).
- Pacientes aún se encuentran embarazadas.

g. Variables estudiadas

Caracterización clínica y epidemiológica de las adolescentes embarazadas

h. Operacionalización de variables

Cuadro 1. Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADOR	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
Caracterización epidemiológica de las adolescentes embarazadas en el departamento de Jalapa.	La distribución y los determinantes de estados o eventos relacionados con la salud y la aplicación de esos estudios al control de enfermedades y otros problemas de salud.	-Lugar -Edad -Etnia -Estado civil -Educación -Comunidad -Ocupación -antecedentes G.O. -Antecedentes Médicos	Cualitativa Cuantitativo Cualitativa Cualitativa Cuantitativo Cualitativo Cualitativo Cualitativo Cualitativo	Nominal Nominal Nominal Nominal Ordinal Nominal Nominal Nominal Nominal
Caracterización Clínica	Conjunto de características que se asocian a una enfermedad o estado de salud específica y orientan al médico para su diagnóstico.	-No. Controles -Datos de Relevancia	Cuantitativo Cualitativo	Ordinal Nominal

Fuente: Elaboración propia.

i. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para la recolección de datos se revisaron las fichas de vigilancia de todas las adolescentes embarazadas que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión establecidos con anterioridad, registrándose por medio de una boleta (Anexo 1). Dicha boleta cuenta con las siguientes divisiones de datos epidemiológicos (edad, estado civil, etnia, procedencia, escolaridad, ocupación, hábitos), datos clínicos (Cantidad de Controles y Datos de relevancia).

j. Procedimientos para la recolección de información

Posterior a la aprobación del tema de investigación, se solicitó al actual director del Área de Salud de Jalapa, la autorización para la realización de la investigación y el acceso para la revisión de fichas de vigilancia; del departamento de estadística del Centro de Salud de Jalapa. Se realizó una revisión detallada a las fichas de vigilancia de las pacientes adolescentes embarazadas en base a los criterios de inclusión y exclusión establecidos con anterioridad.

k. Plan de análisis

Se realizó el análisis estadístico de la siguiente manera:

- **Primero:** Posterior a la recolección de datos, se ordenaron las boletas de información por año.
- **Segundo:** Se procedió a ordenar los datos según las variables incluidas en la operacionalización de las variables.
- **Tercero:** Se tabularon los datos en la base de datos de Microsoft Excel.
- **Cuarto:** Se procesaron los datos en frecuencias simples para realizar análisis de la información.
- **Quinto:** Se realizaron gráficas para expresar cada variable.

l. Procedimientos para garantizar los aspectos éticos de la Investigación

Con respecto a la información obtenida en la boleta de recolección de datos, se manejaron confidencialmente sin mencionar nombres y apellidos de los pacientes.

m. Cronograma de actividades

Cuadro 2. Cronograma de actividades

Mes	Marzo				Abril				Mayo				Junio				Julio				Agosto			
Actividad	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Planteamiento del problema																								
Solicitud de aprobación del tema																								
Elaboración del protocolo de investigación																								
Revisión del protocolo																								
Aprobación del protocolo																								
Trabajo de campo																								
Tabulación y análisis de resultados																								
Elaboración de informe final																								
Revisión de informe final																								
Aprobación de informe final																								

Fuente: Elaboración propia

n. Recurso

Humanos

Investigador: Aarón Daniel Bran Ortega

Catedrático de tesis: Dr. Carlos Iván Arriola Monasterio

Asesor de tesis: Dra. Claudia Lorena López Ortega

Físicos

Fichas de vigilancia del departamento de estadística, lápiz, lapiceros, hojas papel bond, fotocopias, libros de texto, internet, computadora portátil, memoria USB.

Financieros

Se estableció el siguiente presupuesto

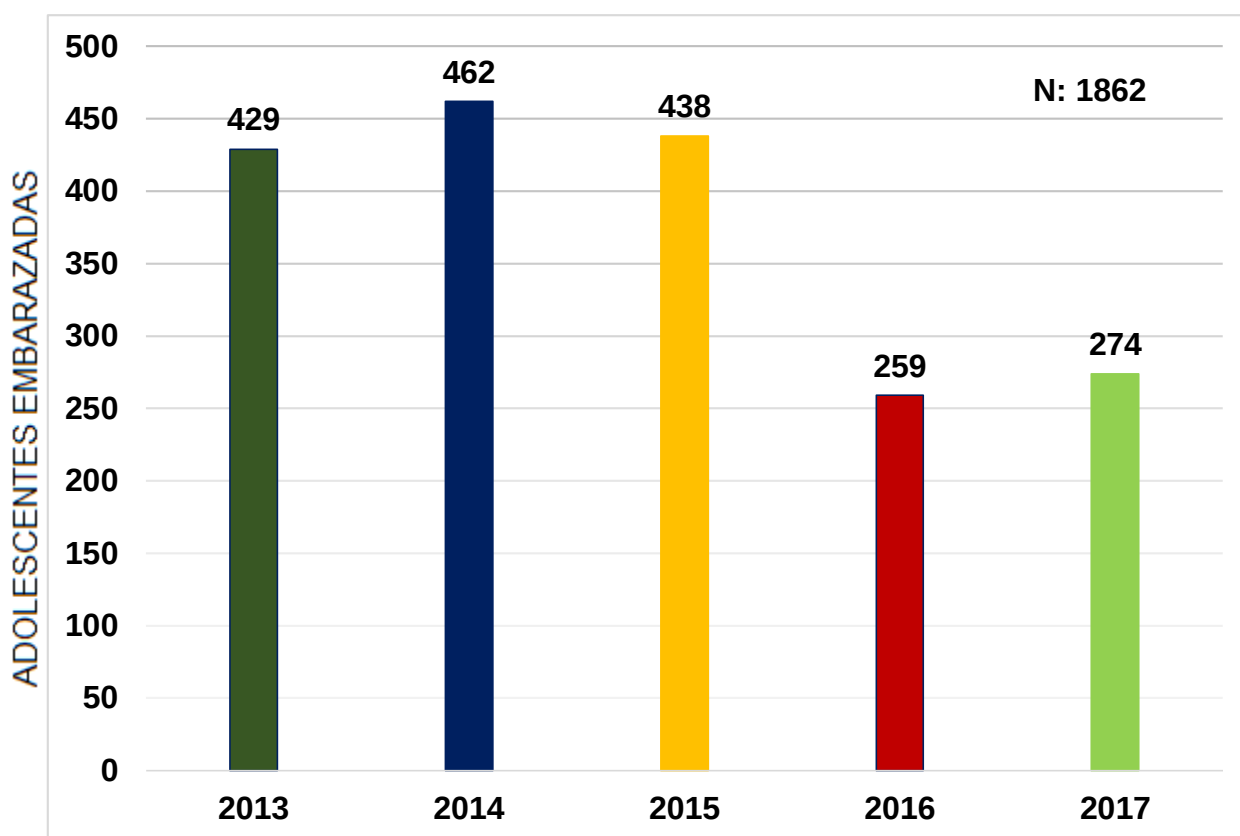
Cuadro 3. Presupuesto Financiero

Descripción	Cantidad
Lápiz/Lapiceros	Q 100.00
Alimentación	Q 100.00
Fotocopias e Impresiones	Q 300.00
Internet	Q 400.00
Informes	Q 500.00
Transporte	Q 500.00
TOTAL	Q 1,000.00

Fuente: elaboración propia

VI. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

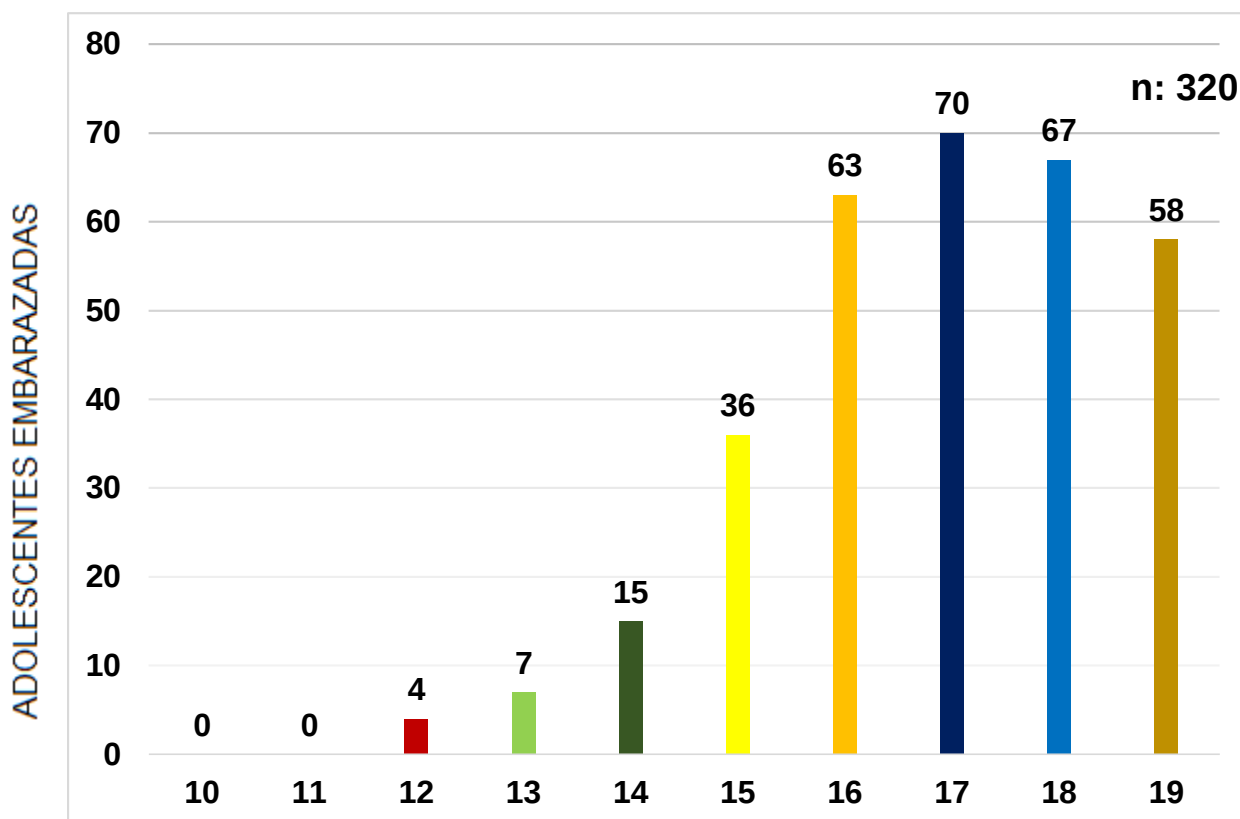
Gráfica 1. Distribución según la frecuencia de consulta por año, de adolescentes embarazadas que consultaron al Centro de Salud de Jalapa, del 01 de enero del 2013 al 31 de diciembre del 2017.



Fuente: Boleta de recolección de datos, 2018.

Se observa, que de los 5 años incluidos en el estudio, la cantidad de adolescentes embarazadas que consultaron, el 25% (462) corresponde al año 2014, luego el 23% (438) en 2015, 23% (429) en 2013, 15% (274) en 2017 y el 14% (259) para el año 2016.

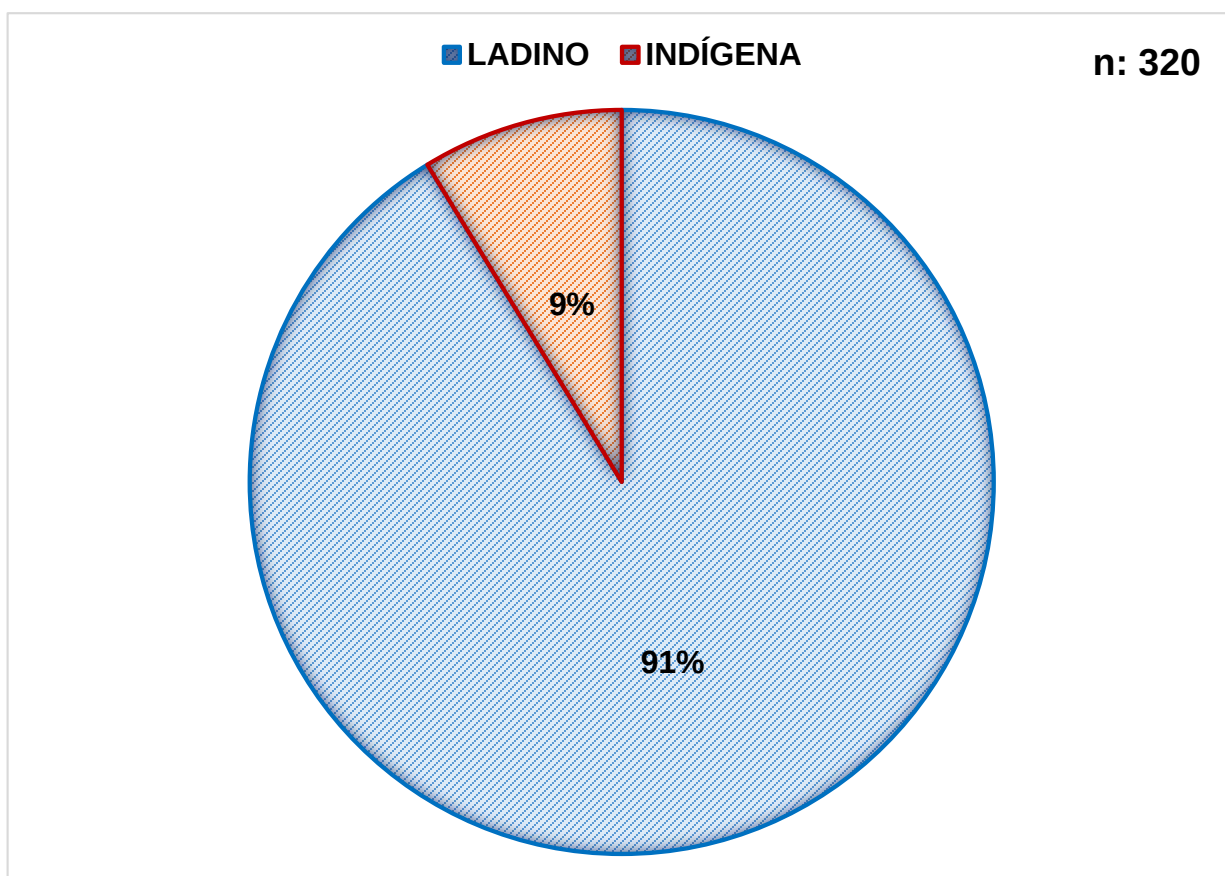
Gráfica 2. Distribución según la edad de las adolescentes embarazadas, que consultaron al Centro de Salud de Jalapa durante el período de 01 de enero del 2013 al 31 de diciembre del 2017.



Fuente: Boleta de recolección de datos 2018.

Se muestra que la edad con mayor porcentaje fué de 17 años con un 22% (70); luego 18 años con 21% (67); 16 años con 20% (63); 19 años con 18% (58); 15 años con 11% (36), 14 años correspondiente a 5% (15), 13 años al 2% (7) y 12 años 1% (4). De las edades de 10 y 11 años no se encontró ninguna paciente.

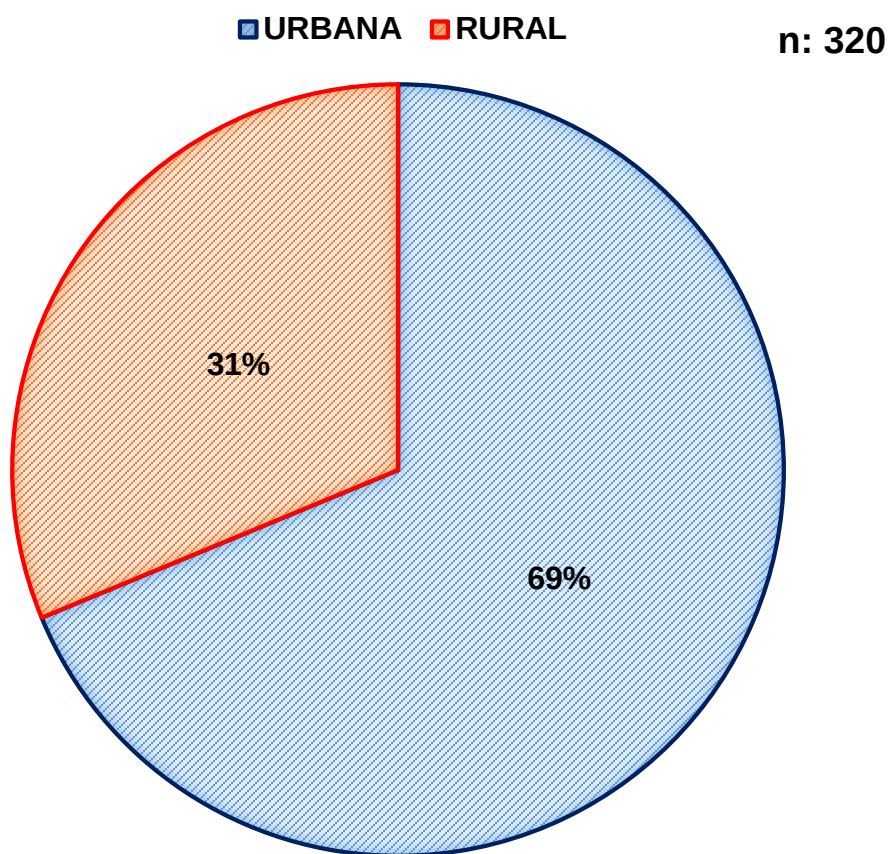
Gráfica 3. Distribución según la etnia de adolescentes embarazadas que consultaron al Centro de Salud de Jalapa, durante el período de 01 de enero del 2013 al 31 de diciembre del 2017.



Fuente: Boleta de recolección de datos 2018.

Se observa que la etnia de las adolescentes embarazadas, que asistieron al Centro de Salud del departamento de Jalapa; el 91% (291) es ladina y el 9% (29) es indígena.

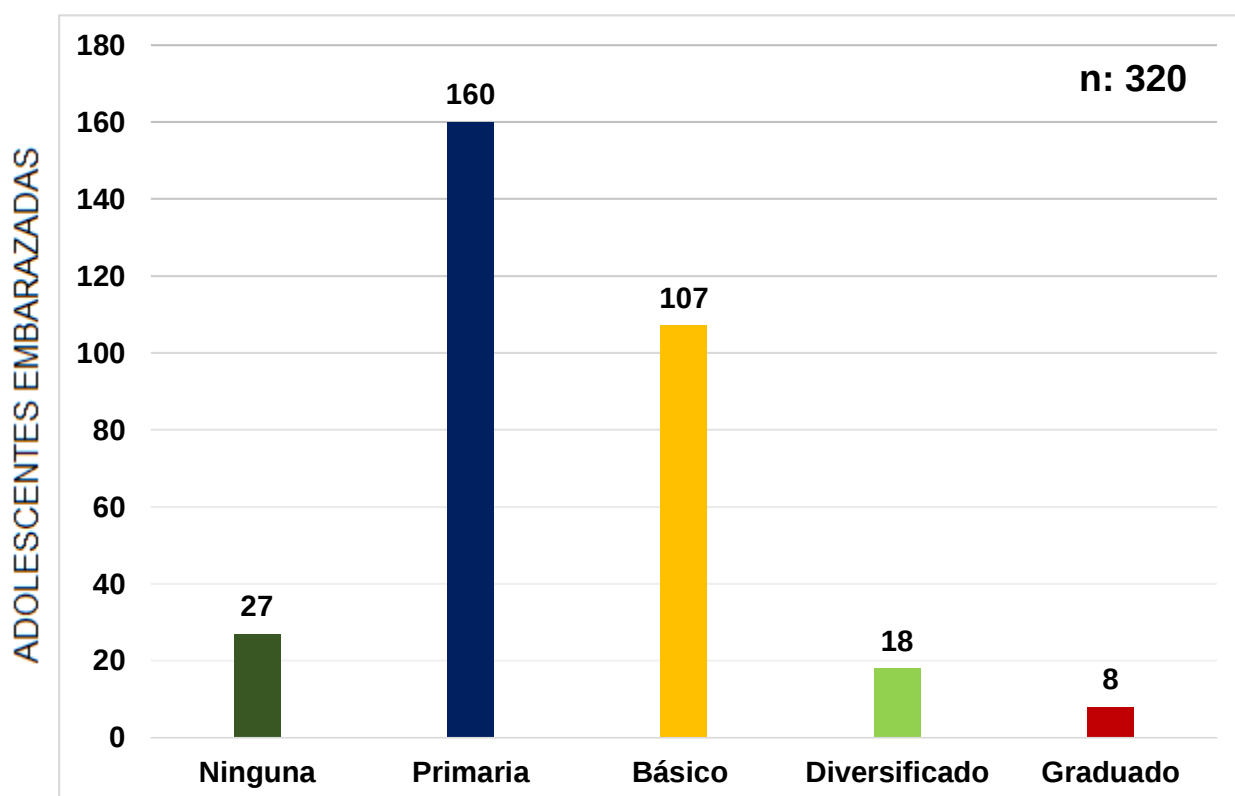
Gráfica 4. Distribución según el área en que viven las adolescentes embarazadas que consultaron al Centro de Salud de Jalapa, durante el período del 01 de enero del 2013 al 31 de diciembre del 2017.



Fuente: Boleta de recolección de datos 2018.

En la gráfica anterior, se observa que el área de residencia de las pacientes adolescentes embarazadas que consultaron, el 70% (221) provenían del área urbana y el 30% (99) en área rural.

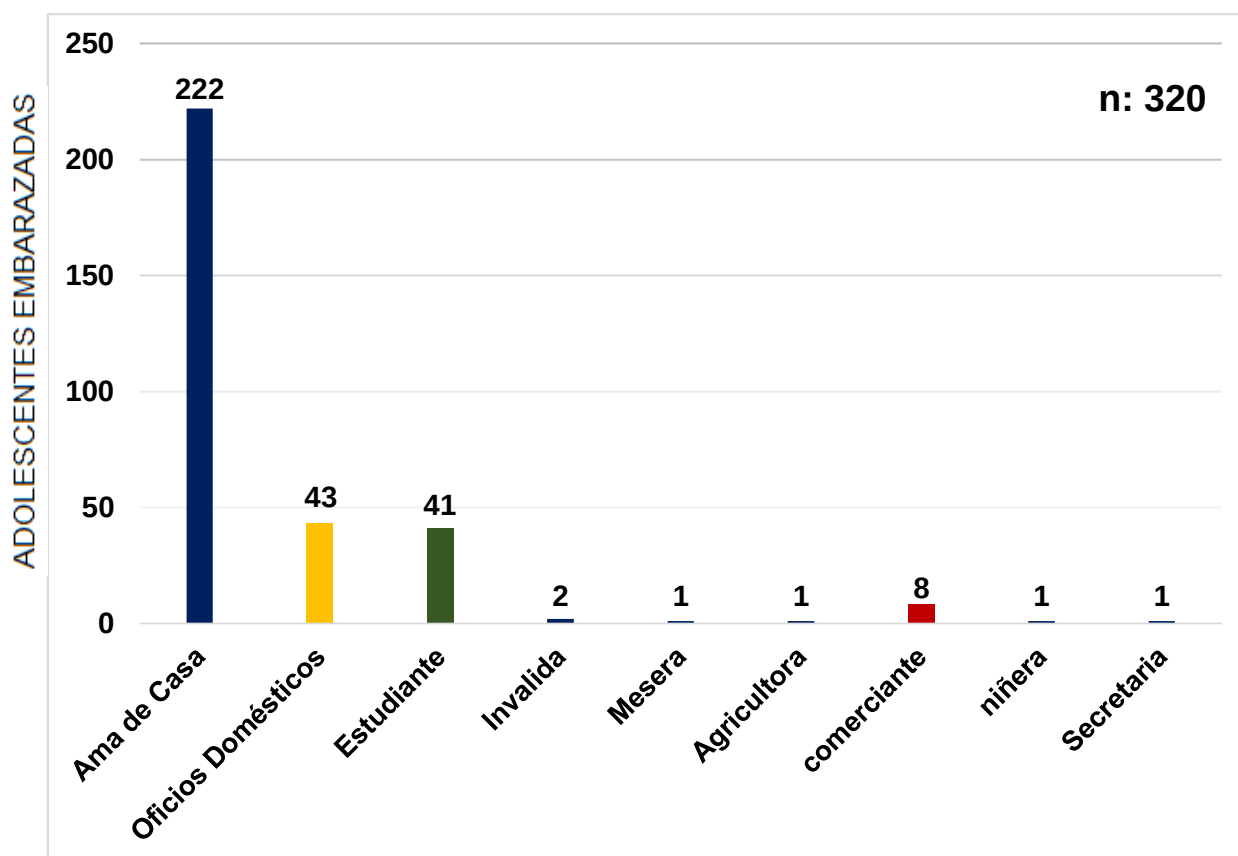
Gráfica 5. Distribución según la escolaridad de adolescentes embarazadas que consultaron al Centro de Salud de Jalapa, durante el período de 01 de enero del 2013 al 31 de diciembre del 2017.



Fuente: Boleta de recolección de datos 2018.

El grado de escolaridad con mayor porcentaje fue educación primaria con un 50% (160), educación básica con 33% (107); ninguna escolaridad con 8% (27); diversificado con 6% (18) y graduada con 3% (8).

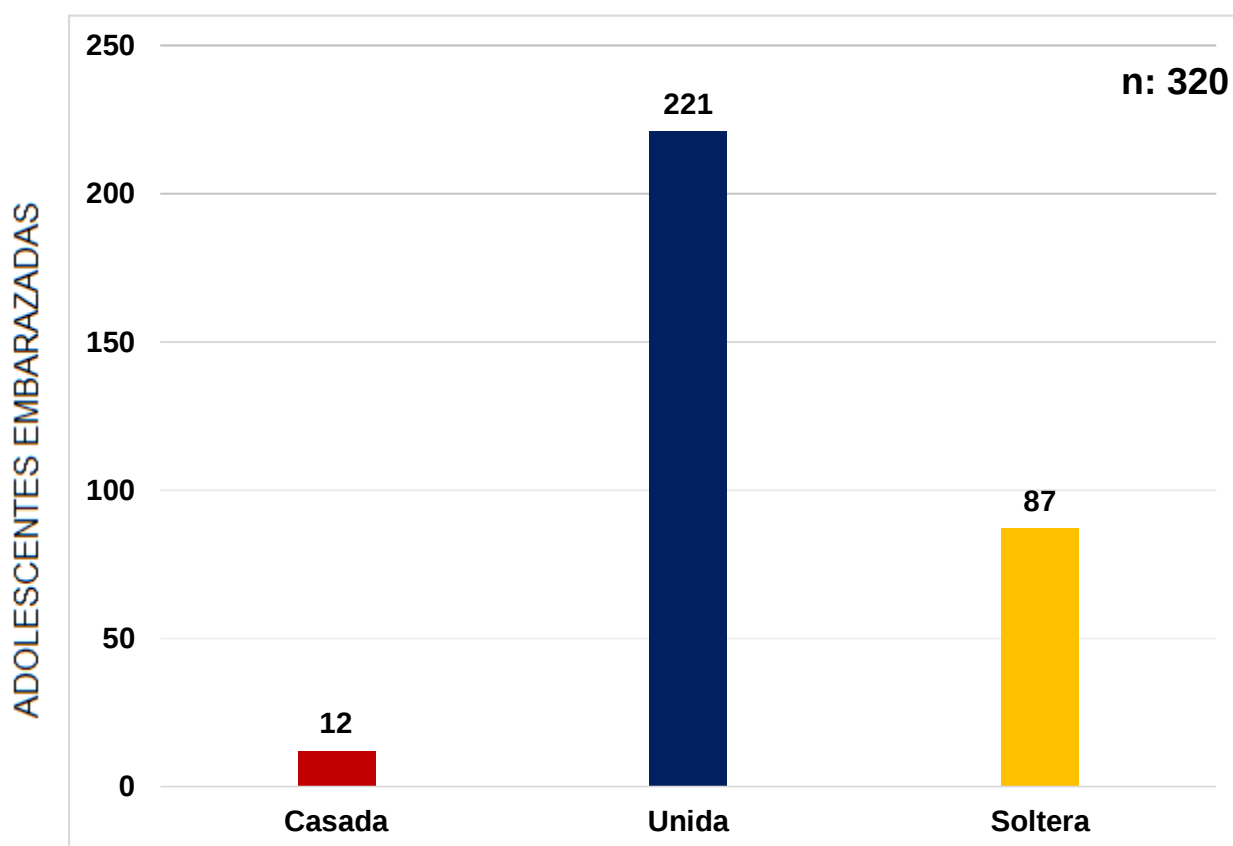
Gráfica 6. Distribución según la ocupación de adolescentes embarazadas que consultaron al Centro de Salud de Jalapa, durante el período de 01 de enero del 2013 al 31 de diciembre del 2017.



Fuente: Boleta de recolección de datos 2018.

La ocupación con mayor porcentaje es la de ama de casa con 69% (222), trabajadoras de oficios domésticos 13% (43); estudiante 13% (42), comerciante 3% (8), ocupación de mesera, agricultora, niñera y secretaria con 0.5% (1) respectivamente.

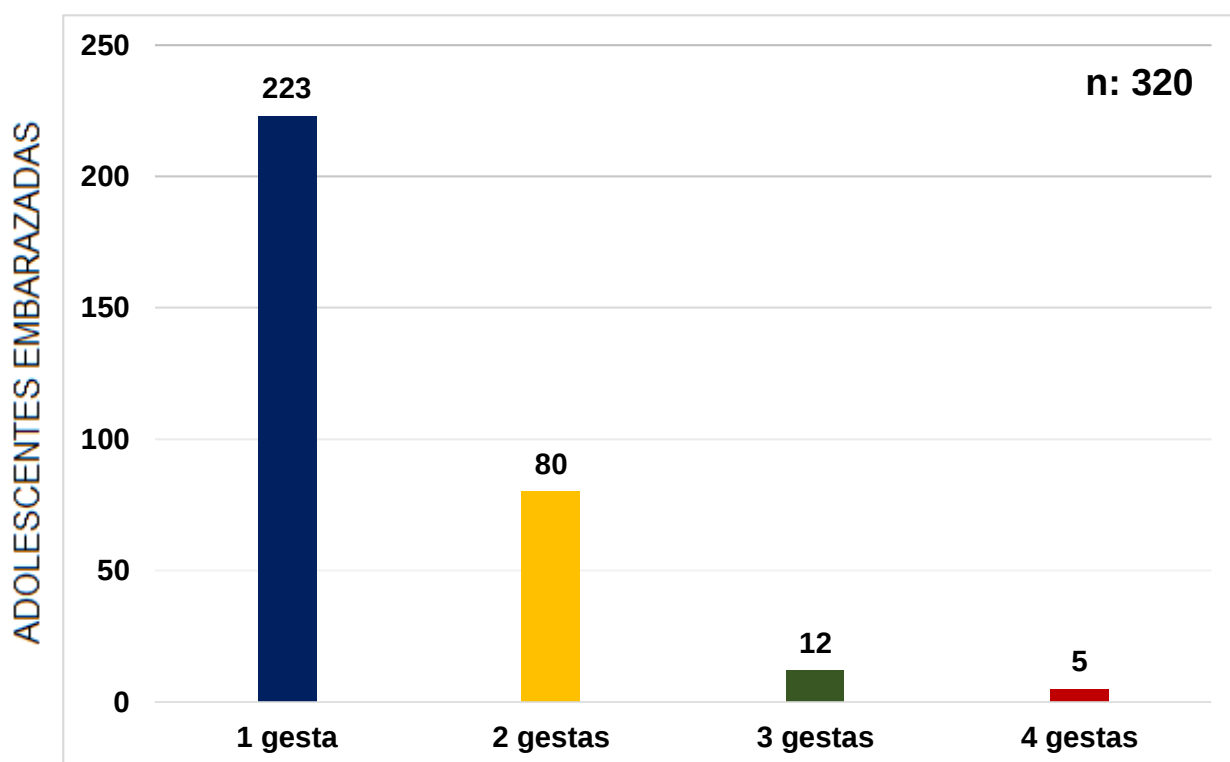
Gráfica 7. Distribución según el estado civil de adolescentes embarazadas que consultaron al Centro de Salud de Jalapa, durante el período de 01 de enero del 2013 al 31 de diciembre del 2017.



Fuente: Boleta de recolección de datos 2018.

Se observa que de 320 pacientes que consultaron, con respecto al estado civil el 69% (221) corresponde a unión de hecho, el 27% (87) a estado de soltería y el 3% (12) a estado civil de casada.

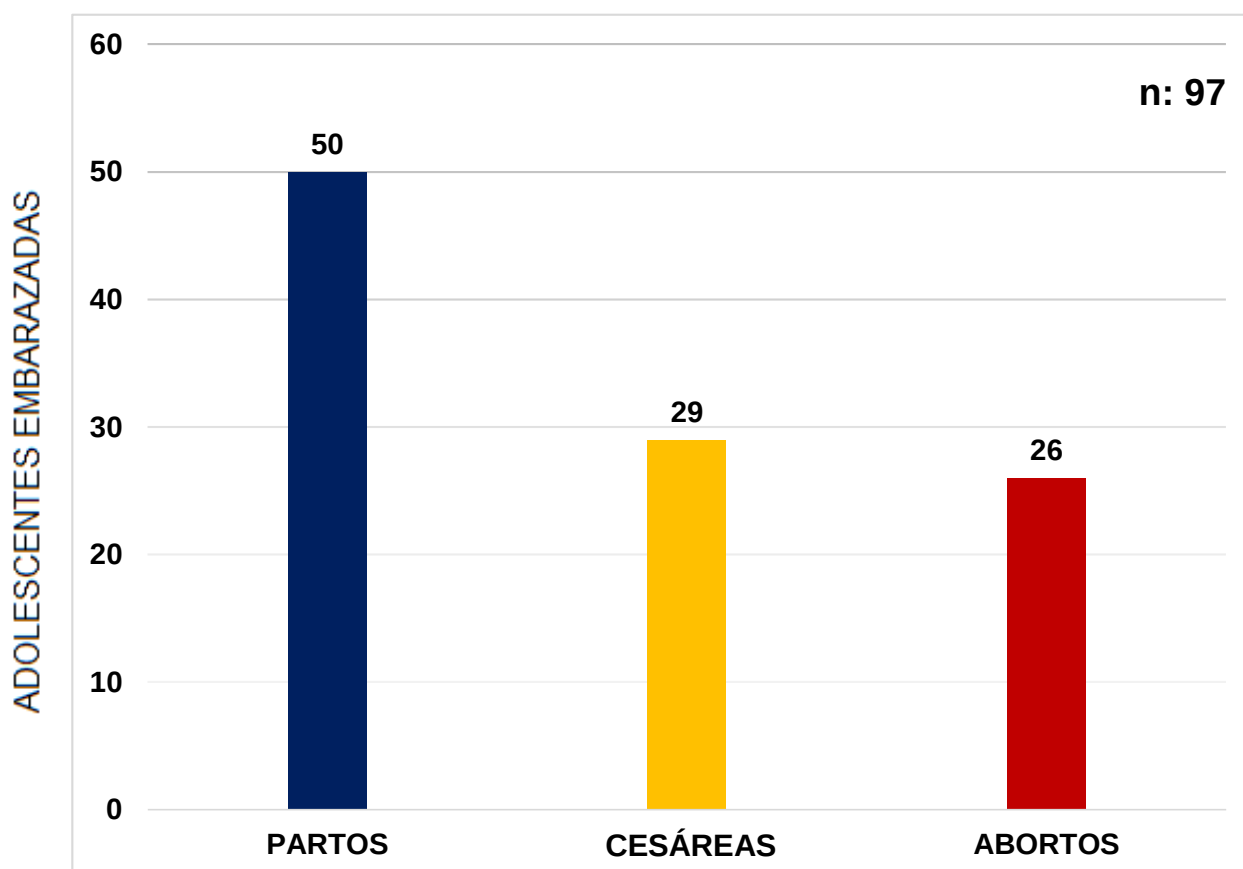
Gráfica 8. Distribución según el número de gestas de adolescentes embarazadas que consultaron al Centro de Salud de Jalapa, durante el período de 01 de enero del 2013 al 31 de diciembre del 2017.



Fuente: Boleta de recolección de datos 2018.

En la gráfica anterior se observa, que de las 320 adolescentes embarazadas según el número de gestas, el 70% (223) corresponde a 1 gesta, el 25% (80) a 2 gestas, 3% (12) a 3 gestas y el 2% (5) a 4 o más gestas.

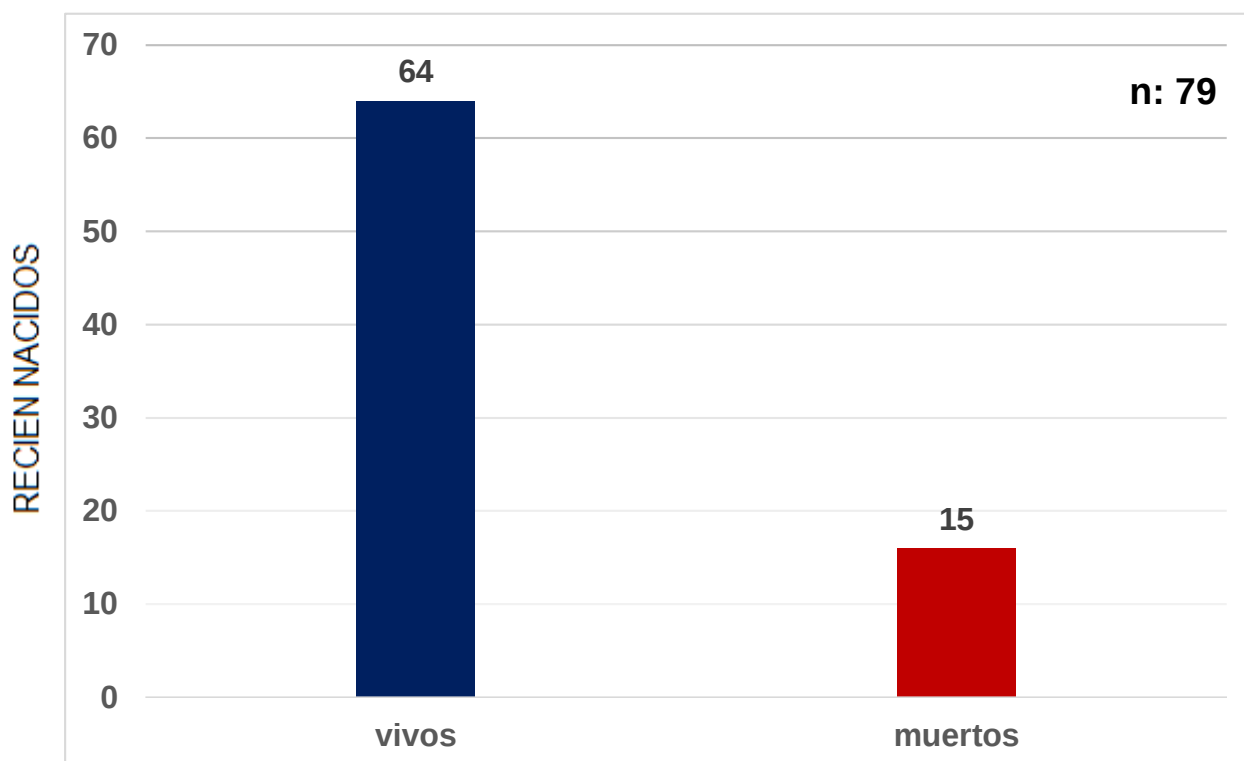
Gráfica 9. Distribución según la resolución que tuvieron las adolescentes embarazadas que consultaron al Centro de Salud de Jalapa, durante el período de 01 de enero del 2013 al 31 de diciembre del 2017.



Fuente: Boleta de recolección de datos 2018.

En la gráfica anterior, se observa que del total de embarazos ya finalizados en las pacientes quienes tuvieron más de una gesta, el 48% (50) se resolvieron por parto eutócico, el 28% (29) se resolvieron por cesárea y 24% (26) terminaron en aborto.

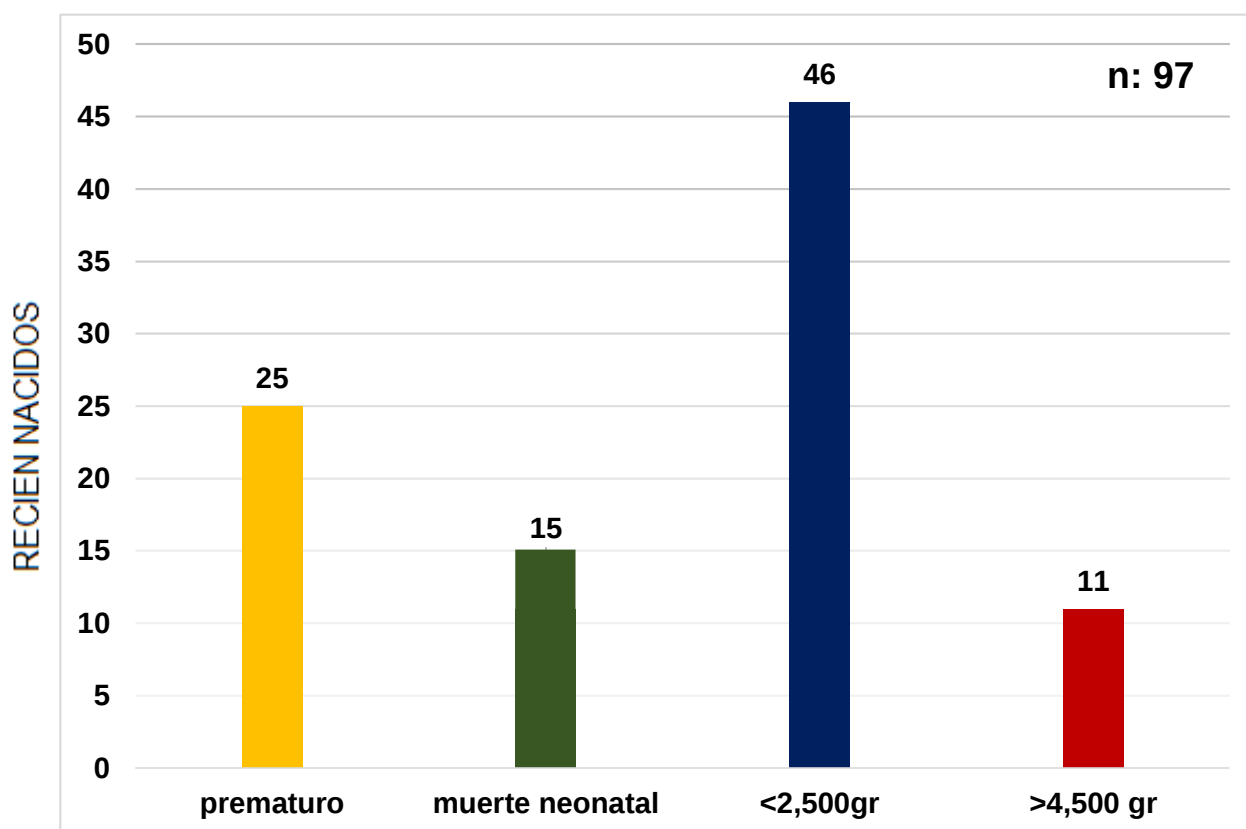
Gráfica 10. Distribución según el número de hijos vivos o muertos entre período intergenésico de adolescentes embarazadas, que consultaron al Centro de Salud de Jalapa durante el período de 01 de enero del 2013 al 31 de diciembre del 2017.



Fuente: Boleta de recolección de datos 2018.

Se observa que de 79 hijos, el 81% (64) corresponde a hijos vivos y 19% (15) a los hijos muertos.

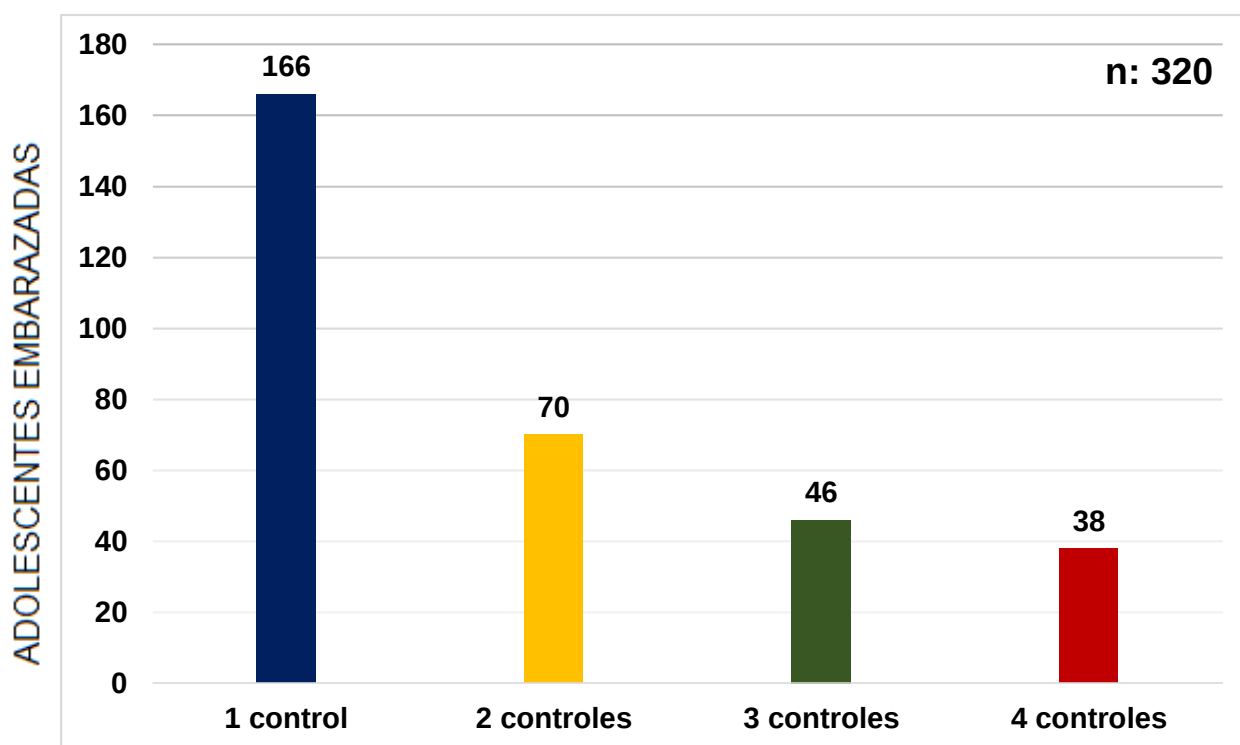
Gráfica 11. Distribución según el efectos adversos en los recién nacidos, hijos de madres adolescentes, que consultaron al Centro de Salud de Jalapa durante el período de 01 de enero del 2013 al 31 de diciembre del 2017.



Fuente: Boleta de recolección de datos 2018.

Se observa que los efectos adversos en recién nacidos, hijos de madres adolescentes, fue de 47% (46) correspondiente a bajo peso al nacer con <2,500 g, seguido de 26% (25) para nacidos prematuros; 15% (15) que representa a muerte neonatal y 12% (11) recién nacidos macrosómicos con un peso mayor de 4500 g.

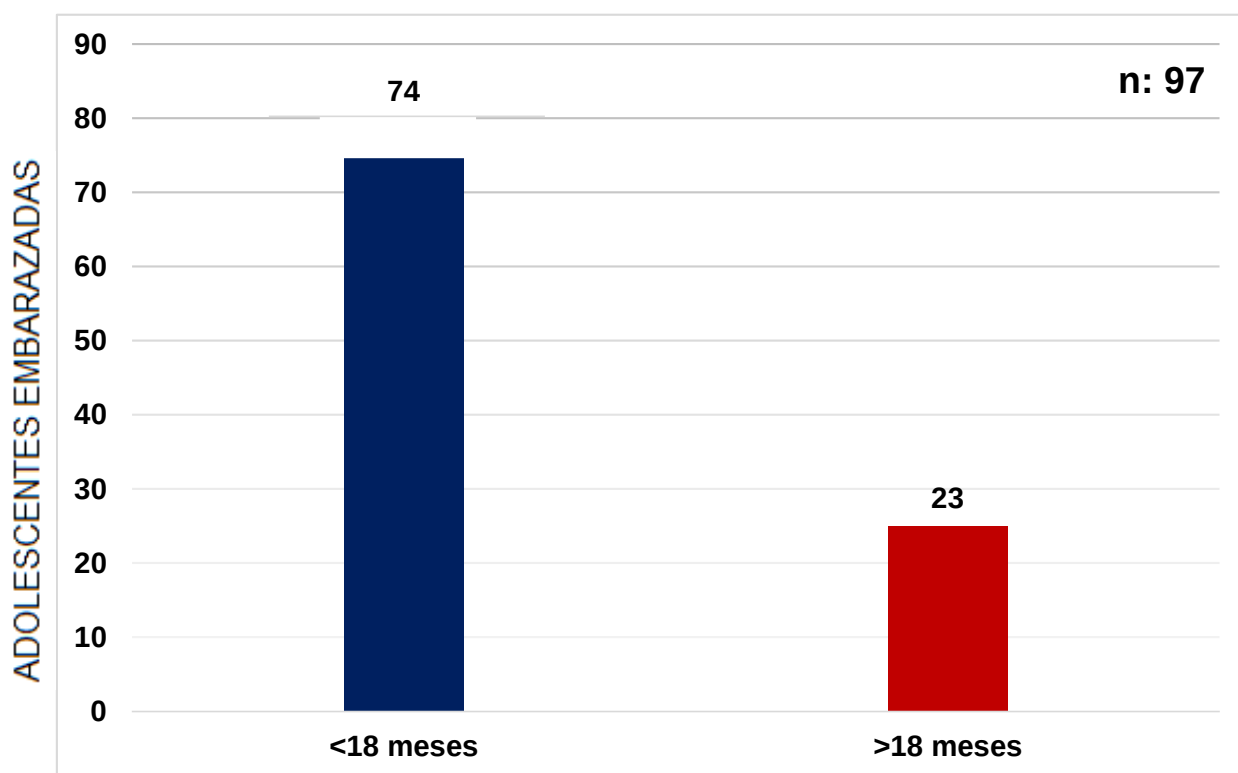
Gráfica 12. Distribución según el número de controles prenatales a la que asistieron las adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud de Jalapa, durante el período de 01 de enero del 2013 al 31 de diciembre del 2017.



Fuente: Boleta de recolección de datos 2018.

En la gráfica anterior, se observa que las adolescentes embarazadas en relación a control prenatal, el 52% (166) asistieron únicamente a un solo control; el 22% (70) asistieron a 2 controles, 14% (46) a 3 controles y 12% (38) asistieron a los 4 controles que estipula el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Gráfica 13. Distribución según el periodo intergenésico que tuvieron las adolescentes embarazadas que consultaron al Centro de Salud de Jalapa, durante el período de 01 de enero del 2013 al 31 de diciembre del 2017.

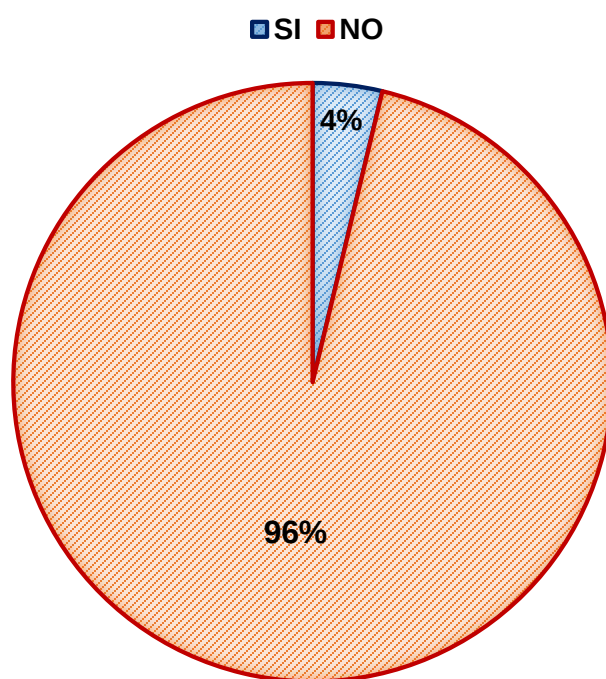


Fuente: Boleta de recolección de datos 2018.

Se observa que de 97 adolescentes embarazadas con más de una gesta, el período correspondiente a menor de 18 meses es del 76% (74) y mayor a 18 meses el 24% (23).

Gráfica 14. Distribución según el uso o no de algún método de planificación familiar utilizado con anterioridad por parte de adolescentes embarazadas, que consultaron al Centro de Salud de Jalapa, durante el período de 01 de enero del 2013 al 31 de diciembre del 2017.

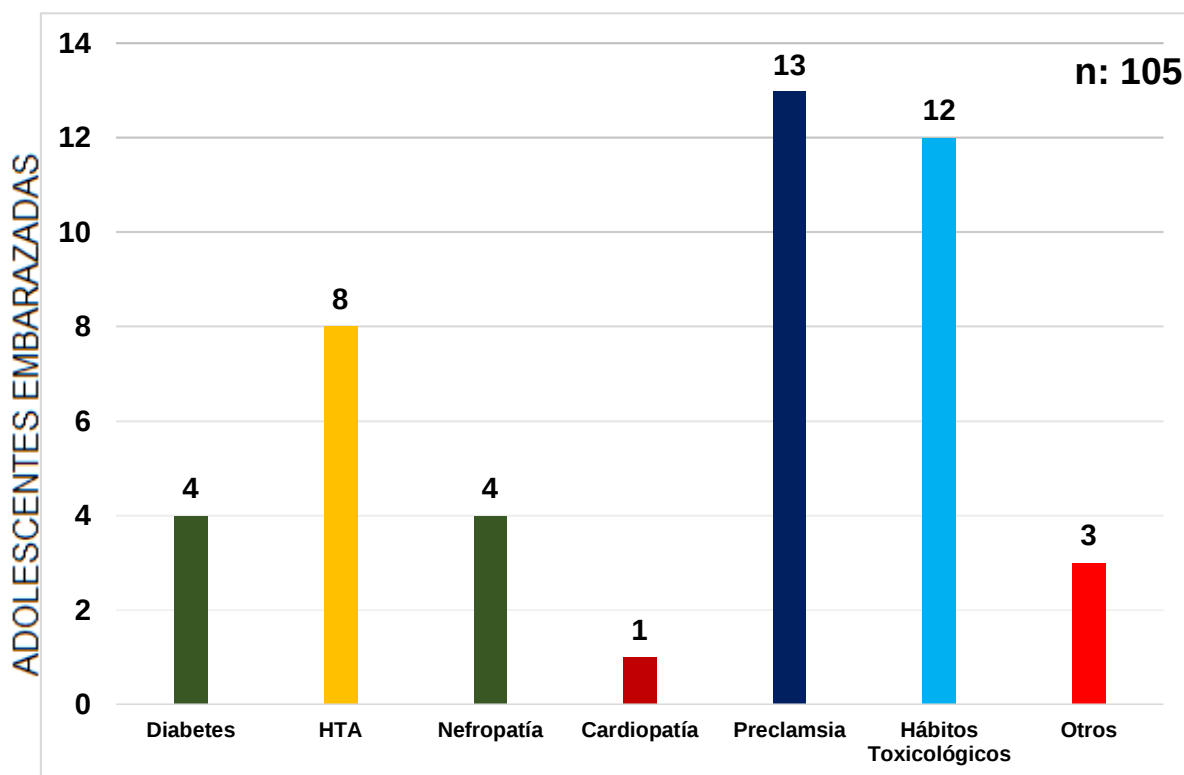
n: 320



Fuente: Boleta de recolección de datos 2018.

Se observa que el 96% (305) de las adolescentes embarazadas nunca utilizaron algún método de planificación y solo el 4% (15) refirieron haberlos utilizado.

Gráfica 15. Distribución según los antecedentes de adolescentes embarazadas con más de una gesta que consultaron al Centro de Salud de Jalapa, durante el período de 01 de enero del 2013 al 31 de diciembre del 2017.



Fuente: Boleta de recolección de datos 2018.

De las 105 pacientes con más de una gesta, 45 sí reportó antecedentes, siendo la preclamsia el antecedente más reportado con 13% (13), hábitos toxicológicos con 12% (12); hipertensión arterial con 8% (8), diabetes y nefropatía con 3% (4); otros (enfermedad mental y alguna discapacidad) con 3% (3) y cardiopatía con un 1% (1). El otro 58% (60) de las pacientes no reportaron.

VII. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo sobre la caracterización clínica y epidemiológica de adolescentes embarazadas, atendidas en el Centro de Salud de Jalapa del 01 de enero del 2013 hasta el 31 de diciembre del 2017, obteniendo información a través de la boleta de recolección de datos de una muestra de 320 expedientes clínicos.

En Guatemala miles de adolescentes quedan embarazadas cada año y considerando que según la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI, 2008-2009) Jalapa se encuentra como el tercer departamento con mayor reportes de adolescentes embarazadas, dato reflejado en la cantidad de adolescentes que consultaron durante el período de estudio (5 años) el cual fue de 1,862, donde el año 2014 fue el que más casos tuvo con 462 reportes contrastado al año 2016 con tan solo 259 adolescentes, aun así son datos relativamente altos, sabiendo que la adolescencia es una etapa en la vida en donde su única preocupación debería ser jugar, estudiar y conocerse a sí misma, mientras que para estas adolescentes la realidad es otra.

Basado en la definición de T. Borrás (2014) la cual menciona que la adolescencia comprende la edad de 10 años hasta 19, la edad que predominó en el estudio fue la de 17 años a 19 con 61% correspondiente a 195 pacientes, catalogándolas en etapa tardía de la adolescencia, esto podría relacionarse al inicio de la adultez, teniendo en cuenta el papel de la mujer en la sociedad guatemalteca como madre antes que profesional.

Luego la etapa media de 14 a 16 años con un 35% que corresponde a 112 pacientes y por último la etapa temprana de 10 a 13 años con un 4% correspondiente a 13 pacientes, que es de sospecharse el abuso de estas menores, tomando en cuenta que de las 320 adolescentes incluidas en la muestra el 70% pertenecen al área urbana y solo el 30% al área rural, hecho interesante puesto que es de verificar por medios de programas de salud la educación sexual que estas y otras adolescentes están adquiriendo.

En relación a lo anterior el nivel de escolaridad que estas adolescentes poseían, solo el 42% supero el nivel primario y el 58% no lo completo, del cual el 8% es analfabeta. La falta de acceso a la educación o el impedimento a ella es el factor principal de esta problemática ya que abandonan sus estudios para terminar como amas de casa o incluso trabajar para ayudar con la economía del lugar.

Lo anterior se conjuga con el hecho que de las 320 adolescentes embarazadas, el 30% (97) reporto más de una gesta; de la cual la primera gesta se reportó en el 81% (64) de los casos como nacido vivo y en el 19% (15) de los casos como muerto, el otro 70% (223) están embarazadas por primera vez antes de los 18 años, estos datos podrían relacionarse con el hecho de que solo el 4% de las 320 incluidas en la muestra; reporto haber utilizado algún método de planificación familiar, por ende en el 76% (74) de las 97 adolescentes, su siguiente embarazo fue en un tiempo menor a 18 meses lo cual se considera como período intergenésico corto, incrementando la morbilidad materno infantil entre otras.

La salud prenatal de la adolescente embarazada es de importancia, puesto que el mayor porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacer y prematuridad sucede con adolescentes embarazadas que acude tarde a la consulta médica o sufren de problemas de deficiencias nutricionales o inclusive tener alguna enfermedad de transmisión sexual. En relación a esto solo el 12% (38) de 320 adolescentes cumplió con los 4 controles prenatales mínimos que establece el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) en Guatemala.

IX. CONCLUSIONES

1. La etapa de la adolescencia con mayor número de casos fue la etapa tardía de 17 a 19 años con un 61% que corresponde a 195 pacientes, luego estaba la etapa media de 14 a 16 años con un 35% que corresponde a 112 pacientes y por último la etapa temprana de 10 a 13 años con un 4% con 13 pacientes del total de 320.
2. De acuerdo a las características socio-demográfica, el 70% (n=221) de las 320 adolescentes embarazadas provenían del área urbana y el 30% (n=99) de las pacientes del área rural.
3. Al describir los antecedentes médicos y gineco-obstétricos de las adolescentes embarazadas se obtuvo lo siguiente: la mayoría eran primigestas con un 70% (n=223), por ende 30% (97) reportaron más de una gesta de las cuales su embarazo anterior se resolvió por medio de parto eutócico 47% (n=50) y en menor porcentaje en aborto con un 25% (n=26), de estas pacientes el antecedente más frecuente que fue la preclamsia con un 14% (n= 13) por lo contrario en menor cantidad la cardiopatía con tan solo 1% (n=1).
4. En lo que respecta a control prenatal solo el 12% del total (n=320) asistieron a sus 4 controles prenatales como lo estipula el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y en lo que respecta a planificación familiar solo el 4% refirieron haber utilizado algún método anticonceptivo, lo cual se ve reflejado en el 76% (n=74) que tuvieron un período intergenésico menor de 18 meses, catalogado como periodo corto.
5. En cuanto a los efectos adversos que presentaron con mayor frecuencia los recién nacidos hijos de madres adolescentes, se obtuvo que el 47% (n=46) presentaron peso menor de 2500 g catalogado como bajo peso al nacer, el 26% (n=25) fueron prematuros, el 15% (n=15) con peso mayor de 4,500 g catalogados como macrosómicos y el 12% (n=11) correspondió a muerte neonatal.

X. RECOMENDACIONES

1. Área de Salud

Que mediante programas enfocados en salud materno infantil, se realicen campañas para ayudar estratégicamente a disminuir el embarazo en adolescentes a nivel departamental; realizando programas específicos para jóvenes tanto mujeres como hombres, para proporcionarles información acerca de las consecuencias de un embarazo en edad temprana y las formas en que se puede prevenir, como la utilización de métodos anticonceptivos y responsabilidad sexual, también se sugiere realizar rastreos mensuales o trimestrales a nivel de puestos y centros de salud para la detección temprana de embarazos en adolescentes, con el fin de apoyarlas y orientarlas en relación a control prenatal y por ende evitar complicaciones.

2. Al Director y las autoridades del Hospital “Nicolasa Cruz” de Jalapa

Se les exhorta a la ampliación del área de psicología en conjunto con trabajo social, para un plan de trabajo, que apoye la orientación sexual, paternidad responsable, detección de factores de riesgo en todo adolescente que contemple las edades de 10 a 19 años.

3. A la Dirección Departamental de Educación de Jalapa

Incluir dentro de su programa educativo, charlas, seminarios, talleres, y capacitaciones a maestros del departamento, relacionados a valores como respeto hacia la mujer, dignidad y autonomía de la misma, reproducción sexual y métodos de planificación familiar.

4. A nivel comunitario

En conjunto con el COCODE, realizar capacitaciones generalizadas para toda la comunidad, que aborden temas como la sexualidad, desarrollo sexual, el embarazo y sus complicaciones.

XI. PROPUESTA

INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA PREVENIR EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES

INTRODUCCIÓN

En base a los datos obtenidos, se elabora una propuesta educativa con el fin de prevenir el embarazo en adolescentes en el departamento de Jalapa.

OBJETIVO:

- Prevenir el embarazo en población adolescente.

DESARROLLO DEL PROGRAMA

- Capacitaciones a todo el personal que labora en salud sobre educación sexual, que aborden temas tanto como, inicio de relaciones sexuales a temprana edad, embarazo en adolescentes, complicaciones y consecuencias. Este personal ya capacitado compartirá dicho conocimiento a las áreas que le correspondan, con el fin de que dicha enseñanza pueda alcanzar a toda la población.
- Instaurar a nivel del Centro de Salud de Jalapa una oficina encargada únicamente de ayudar a las adolescentes embarazadas en el ámbito psicológico como social con el propósito de apoyarlas y educarlas sobre su situación actual para que no se sientan ignorantes y desprotegidas.
- Crear una sección informativa o programa de televisión y/o radio en donde se transmita información sobre educación sexual, casos de embarazo en adolescentes, complicaciones que se puede presentar durante un embarazo o parto, así como también concientizar a la población sobre la gravedad de esta situación, todo esto con el fin de hacer entender a la población que todos pueden ayudar a hacer conciencia para reducir el número de casos.

- Diseñar una campaña con la ayuda de materiales gráficos que permitan la propaganda de la existencia de la nueva oficina encargada de Planificación Familiar.
- Educar a la población para que tengan más conocimientos sobre las consecuencias del embarazo en la adolescencia y cómo pueden ser prevenidas a través de cambios en su forma de vida.
- Realización de actividades comunitarias en lugares clave, con asistencia de adolescentes donde se impartan temas relacionados con los riesgos del embarazo haciendo énfasis en adolescentes y métodos de prevención.
- Educar a la familia del niño que nace de madre adolescente sobre las consecuencias y cómo prevenir futuros embarazos.
- Atención diferenciada por parte del equipo cardinal de salud a la familia incluyendo a todos los miembros.

XII. BIBLIOGRAFÍA

- AbouZahr, C; Wardlawb, T. 2004. Maternal mortality in 2000: estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA (en línea). Ginebra, Suiza, WHO/UNICEF. p. 30-35. Consultado 10 may. 2018. Disponible en <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/68382/a81531.pdf;jsessionid=21BD1E064C3E492A886426920CF96D97?sequence=1>
- Atrash, HK; Friede, A; Hogue, CJR. 1987. Abdominal pregnancy in the United States: frequency and maternal mortality (en línea). *Obstetricia y Ginecología* 69(3 Pt 1):333-337. Consultado 15 mar. 2018. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3822281>.
- Ávila Montes, G; Barbena García, M; Arguello Munguía, P. 2011. Factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes en comunidades urbano marginales de Comayagüela, Honduras (en línea). *Revista Médica Hondureña* 79 (2): 68-72. Solo resumen. Consultado 10 may. 2018. Disponible en <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=644954&indexSearch=ID>
- Barrientos Roldan, PN. 2011. Factores que influyen en el aumento de embarazos en la mujer adolescente que asiste a control prenatal a la consulta externa del Hospital de Gineco-Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (en línea). Tesis Lic. Guatemala, Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala. p.6. Consultado 20 mar. 2018. Disponible en http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_0131_E.pdf
- Borrás Santisteban, T. 2014. Adolescencia: definición, vulnerabilidad y oportunidad (en línea). *Revista Correo Científico Médico* (9): 53. Consultado 10 may. 2018. Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812014000100002

- Cabero Roura, L. 2003. Tratado de ginecología, obstetricia y Medicina de la Reproducción: sociedad española de ginecología y obstetricia (en línea). España, SEGO/Panamericana. p 1555-1556. Consultado 10 may. 2018. Disponible en <http://www.ctomedicina.com/impugnaciones2014/bibliografiap182mir.pdf>
- Castillo Ávila, IY; Fortich Acuña, LM; Padilla Yáñez, J; Monroy Gascón, MA; Morales Pérez, Y; Ahumada Tejera, AM. 2017. Factores asociados al uso adecuado del control prenatal en 13 municipios de Bolívar, Colombia (en línea). Revista Cubana de Enfermería 33(1). Consultado 10 may. 2018. Disponible en <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/840/230>
- Cattani Ortega, A. 1991. Principales características de la pubertad normal y patológica (en línea). Chile, Universidad Católica de Chile, Escuela de Medicina de Pontificia. Revista ARS Medica 20(3): 3-6. Consultado 01 mar. 2018. Disponible en <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/article/view/589>
- Choc, D. 2013. Embarazos tempranos inciden en abandono de bebés (en línea). El periódico Salud 12(1):25-26. Guatemala, feb. 12. Consultado 1 mar. 2018. Disponible en <http://elperiodico.com.gt/es/20130212/pais/224634/?tpl=54>
- Contreras Britto, JB. 2011. Prevalencia de embarazo en adolescentes en la E.S.E Alejandro Prospero Reverend de Santa Marta en los años 2008-2009 (en línea). Tesis M.Sc. Bogotá, Colombia, UNAL. p. 4. Consultado 1 mar. 2018. Disponible en <http://www.bdigital.unal.edu.co/6388/1/597972.2011.pdf>.
- dequate. 2012. Datos de Jalapa (en línea, blog). Guatemala. Consultado 10 may. 2018. Disponible en http://www.dequate.com/artman/publish/geo_deptos/Datos_de_Jalapa_397.shtml

- EFE. 2017. Guatemala registra 36.000 menores embarazadas en los primeros 6 meses del año (en línea). Diario Digital Nuestro País, Costa Rica; 8 ago. Consultado 10 may. 2018. Disponible en <https://www.elpais.cr/2017/08/08/guatemala-registra-36-000-menores-embarazadas-en-los-primeros-6-meses-del-ano/>
- Escobar Martínez, AC. 2017. Características del embarazo en adolescentes en Guatemala, estudio realizado con base en la encuesta nacional de salud materno infantil 2009 (en línea). Tesis M.Sc. Guatemala, URL. p. 15-25. Consultado 1 mar. 2018. Disponible en: <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2017/09/11/Escobar-Ana.pdf>
- García de Vasquez AA. 2014. Caracterización epidemiológica de las adolescentes embarazadas (en línea). Tesis M.Sc. Guatemala, USAC. p. 8-11. Consultado 1 mar. 2018. Disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_0139_E.pdf
- INE (Instituto Nacional de Estadística). 2013. Caracterización departamental Jalapa 2013 (en línea). Guatemala. p. 17. Consultado 10 may. 2018. Disponible en <https://www.ine.gob.gt/sistema/uploads/2015/07/20/5gUL8iGn1oJRWUbWCXah7Ga6FDEkL4zu.pdf>
- Issler, JR. 2001. Embarazo en la adolescencia (en línea). Revista de Posgrado de la Cátedra Vía Medicina (107): 11-23. Consultado 1 mar. 2018. Disponible en <https://es.scribd.com/document/68744783/EMBARAZO-EN-LA-ADOLESCENCIA-Dr-Juan-R-Issler-Revista-de-Posgrado-de-la-Catedra-Via-Medicina-N107-Ago2001>
- KFF (Kaiser Family Foundation). 2002. Sexual activity and substance use among youth (en línea). Estados Unidos. Consultado 10 may. 2018. Disponible en <https://www.kff.org/hiv/aids/fact-sheet/sexual-activity-and-substance-use-among-youth/>

MSPAS (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social), INE (Instituto Nacional de Estadística), ICF International. 2017. Encuesta nacional de salud materno infantil 2014-2015: informe final (en línea). Guatemala, MSPAS/INE/ICF. p. 50-56. Consultado 1 mar. 2018. Disponible en https://www.ine.gob.gt/images/2017/encuestas/ensmi2014_2015.pdf

MSPAS (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social). 2008. Modelo de atención integral y diferenciada para los y las adolescentes (en línea). Guatemala. p. 15. Consultado 10 may. 2018. Disponible en https://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&view=download&alias=240-modelo-adolescentes&category_slug=sfc-salud-en-la-adolescencia-y-juventud-nacional&Itemid=255

OMS (Organización Mundial de la Salud). 2018. El embarazo en la adolescencia (en línea, sitio web). Ginebra, Suiza. Consultado 1 mar. 2018. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>

OSAR (Observatorio en Salud Sexual y Reproductiva). 2018. Embarazos, partos y registro de nacimientos de madres adolescentes entre 10 y 19 años – enero a junio 2018 (en línea). Guatemala. Consultado 1 mar. 2018. Disponible en <https://osarguatemala.org/embarazos-y-partos-de-madres-entre-10-y-19-anos-enero-a-junio-2018/>

- Portillo Dardón, A. 2014. Características y consecuencias sociales del embarazo en la adolescencia: estudio descriptivo transversal sobre las principales características obstétricas, sociales y familiares que poseen las adolescentes embarazadas de 10 a 19 años que consultan al departamento de ginecoobstetricia del Hospital Nacional “Carlos Manuel Arana Osorio” Chiquimula, durante los meses de Septiembre de 2013 a Mayo de 2014 (en línea). Tesis Lic. Chiquimula, Guatemala, USAC-CUNORI. p. 5-6. Consultado 1 mar. 2018. Disponible en http://cunori.edu.gt/descargas/TESIS_CHARACTERISTICAS_Y_CONSECUENCIAS_SOCIALES_DEL_EMBARAZO_EN_LA_ADOLESCENCIA.pdf.
- Ramírez Daza, JA. 2011. Contextos y lógicas de la sexualidad y el embarazo en adolescentes bogotanos, elementos para comprender la sexualidad “irresponsable” (en línea). Tesis M.Sc. Bogotá, Colombia, UNAL, Facultad de Ciencias Humanas. p. 32-36. Consultado 1 mar. 2018. Disponible en <http://bdigital.unal.edu.co/4379/1/428235.2011.pdf>
- Rodríguez Rigual, M. 2003. Necesidad de creación de unidades de adolescencia (en línea). Anales de Pediatría 58 (S2): 1-184. Consultado 1 mar. 2018. Disponible en <http://www.analesdepediatria.org/es-linkresolver-necesidad-creacion-unidades-adolescencia-13048412>
- Rodríguez, E. 2005. Jóvenes y violencias en América Latina: priorizar la prevención con enfoques integrados (en línea). Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales de la Niñez y Juventud 5(2): 539-571. Consultado 10 may. 2018. Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4657564.pdf>
- Sánchez Bringas, S; Espinosa, S; Espinoza Islas, SE; Ezcurdia, C; Torres, E. 2004. Nuevas maternidades o la desconstrucción de la maternidad en México. Revista Debate Feminista (30): 55-86. Consultado 10 may. 2018. Disponible en <http://www.jstor.org/stable/42624831>

- SEC (Sociedad Española de Contracepción). 2001. Manual de salud reproductiva en la adolescencia: aspectos básicos y clínicos (en línea). España, Laboratorios Wyeth-Lederle. p. 27-30. Consultado 10 may. 2018. Disponible en http://hosting.sec.es/descargas/AA_1999_Manual_Salud_Reproductiva_Adolescencia.pdf
- Singh, S; Darroch, JE. 2000. Adolescent pregnancy and childbearing: levels and trends in developed countries (en línea). Revista Family Planning Perspectives 32(1): 14-23. Consultado 10 may. 2018. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10710702>
- Speidel, JJ; Harper, CC; Shields, WC. 2008. The potential of long-acting reversible contraception to decrease unintended pregnancy (en línea). Revista Contraception 78 (Issue 3): 197-200. Consultado 10 may. 2018. Disponible en [https://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824\(08\)00321-1/abstract](https://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824(08)00321-1/abstract)
- Ulanowicz, MG; Parra, KE; Wendler GE; Monzón, LT. 2006. Riesgos en el embarazo adolescente (en línea). Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina (153): 13-17. Disponible en <http://www.enfermeriaaps.com/portal/download/SALUD%20ADOLESCENTE/Riesgos%20en%20el%20embarazo%20adolescente.pdf>
- UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para los Niños). 2001. A league table of teenage births in rich nations (en línea). Innocenti Report Card (Issue 3): 6-9. Consultado 10 may. 2018. Disponible en <http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/repcard3e.pdf>
- Valera Lopez, JA. 2009. Embarazo en la adolescencia (en línea). Lima, Perú, INDECOPI. p. 86-90. Consultado 10 may. 2018. Disponible en <https://es.scribd.com/document/187905911/Valera-Jorge-El-Embarazo-Adolescencia>



XIII. ANEXOS

Anexo 1. Boleta de recolección de datos



USAC
TRICENTENARIA
Universidad de San Carlos de Guatemala

UNIVERSIDAD SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
CARRERA DE MÉDICO Y CIRUJANO



“CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y EPIDEMIOLÓGICA DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS Y SU CONTROL PRENATAL”

Autor: Aarón Daniel Bran Ortega

No. Boleta: _____

A. DATOS GENERALES

Año de consulta de la paciente al servicio de salud _____	
Edad en años _____	
Población migrante: SI __ NO __	
Comunidad Urbana _____ Rural _____	
Etnia	
Indígena _____	Maya _____
Xinca _____	Garífuna _____
Otro _____	No Indígena _____

Estado Civil	
Casada_____	Soltera_____
Unida_____	Divorciada_____
Separada_____	
Ocupación	
Ama de casa_____	Estudiante_____
Comerciante_____	Otros_____
ANTECEDENTES GINECO/OBSTÉTRICOS	
Gestas _____ Partos _____ Abortos _____ Cesáreas _____	
#HV _____ #HM _____	
Utilizó algún método de planificación familiar: Sí _____ No _____	
. Antecedentes médicos:	
Asma bronquial _____	Diabetes Mellitus _____
Nefropatía _____	Chagas _____
Cardiopatía _____	Hipertensión Arterial _____
Cáncer _____	TB _____
ITU _____	Otros _____
ITS/VIH/SIDA: SI _____ NO _____ CUAL _____	
. Antecedentes quirúrgicos	
Cirugías previas en el tracto reproductivo: SI _____ NO _____	
. Antecedentes toxicológicos	
Consumo de drogas, alcohol o tabaco _____	
Toma de medicamentos _____ Cúal _____	
. Antecedentes de salud mental	
Trastorno Psico social _____ I _____	

B. CONTROL PRENATAL

Controles en el último embarazo _____

preclamsia _____

Fecha de ultimo parto _____

Número de niños (as) antes de los 8 meses _____

Número de muertes fetales o neonatales previas _____

Último RN peso menos de 5.5 lb _____

Último RN peso más de 7lb.12onz. _____



Anexo 2. Carta de autorización por parte del Área de Salud de Jalapa.



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
Y ASISTENCIA SOCIAL

Jalapa, 30 de julio 2018
Oficio No. 164-2018 DAS-JRCP

Aarón Daniel Bran Ortega
Estudiante CUNORI
Presente

Reciba un cordial saludo, deseando toda clase de éxitos en sus actividades diarias.

Atentamente me dirijo a usted para dar respuesta a la solicitud sin número, presentada a esta Dirección de Área, con respecto al trabajo de tesis para optar al Título de Médico y Cirujano en el Centro de Salud de Jalapa, por lo anterior manifiesto que esta Dirección de Salud no tiene ningún inconveniente en atender su solicitud y autorizar dicho estudio.

Sin otro particular, agradeciendo de antemano su atención y apoyo, me es grato suscribirme de usted.

Atentamente,


DR. JOSE RAFAEL CAMPOS POLANCO
DIRECTOR EJECUTIVO
AREA DE SALUD DE JALAPA



DIRECCION AREA DE SALUD DE JALAPA

areajalapa@hotmail.com

areajalapa@gmail.com