

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a large, circular emblem in the background. It features a central figure of a man on horseback, holding a staff, surrounded by various heraldic symbols including castles, lions, and a crown. The Latin motto "ORBIS CONSPICUA CAROLINA ACADEMIA COACTEM" is inscribed around the perimeter of the seal.

**CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y EPIDEMIOLÓGICA DE
PACIENTES ADOLESCENTES EMBARAZADAS**

BIANKA NATALY ORELLANA DUARTE

Tesis

**Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas**

Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia

Para obtener el grado de

Maestra en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia

Mayo 2019



ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

PME.01.062.2019

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

El (la) Doctor(a): **Bianka Nataly Orellana Duarte**

Registro Académico No.: **200741855**

No. de CUI: **2679123232001**

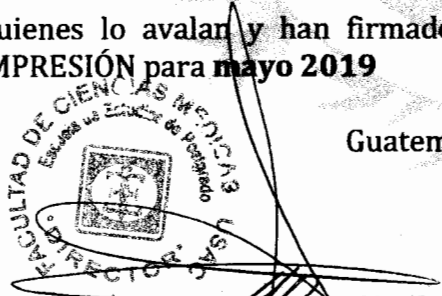
Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestro(a) en Ciencias Médicas con Especialidad en **Ginecología y Obstetricia**, el trabajo de TESIS **CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y EPIDEMIOLÓGICA DE PACIENTES ADOLESCENTES EMBARAZADAS**

Que fue asesorado por: **Dra. Claudia Maria de Leon León**

Y revisado por: **Dra. Vivian Karinal Linares Leal, MSc.**

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para **mayo 2019**

Guatemala, 21 de mayo de 2019


Dr. Alvaro Giovany Franco Santisteban, MSc.
Director
Escuela de Estudios de Postgrado


Dr. Héctor Ricardo Fong Véliz, MSc.
Coordinador General
Programa de Maestrías y Especialidades

/mdvs

Guatemala, 23 de julio del 2018

Doctor

Vicente Arnoldo Aguirre Garay

Docente Responsable

Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia

Hospital Roosevelt

Respetable Dr. Aguirre:

Por este medio informo que he asesorado a fondo el informe final de graduación que presenta la **DOCTORA BIANKA NATALY ORELLANA DUARTE** carné-200741855 de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en **Ginecología y Obstetricia**, el cual se titula **CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y EPIDEMIOLÓGICA DE PACIENTES ADOLESCENTES EMBARAZADAS**.

Luego de la asesoría, hago constar que LA Dra. Orellana Duarte, ha incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior emito el **dictamen positivo** sobre dicho trabajo y confirmo está listo para pasar a revisión de la Unidad de Tesis de la Escuela de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas

Atentamente,



Dra. Claudia María de León León
Asesor de Tesis

Guatemala 16 de septiembre de 2018

Doctor(a)

Vicente Arnoldo Aguirre Garay

Docente Responsable

Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad de Ginecología y Obstetricia

Hospital Roosevelt

Presente

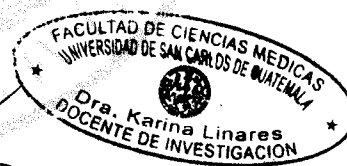
Respetable Doctor **Aguirre:**

Por este medio informo que he **revisado** a fondo el informe final de graduación que presenta la Doctora: **BIANKA NATALY ORELLANA DUARTE** carné **200741855**, de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia, el cual se titula **"CARACTERIZACION CLINICA Y EPIDEMIOLOGICA DE PACIENTES ADOLESCENTES AMBARAZADAS"**.

Luego de **revisar**, hago constar que la Dra. Orellana Duarte, ha incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior emito el **dictamen positivo** sobre dicho trabajo y confirmo está listo para pasar a revisión de la Unidad de Tesis de la Escuela de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas.

Atentamente,


Dra. Vivian Karina Linares Leal Msc.
Revisor de Tesis





Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

A: **Dr. Vicente Aguirre Garay**
Docente Responsable
Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y
Obstetricia
Hospital Roosevelt

De: Dra. María Victoria Pimentel Moreno
Unidad de Tesis

Fecha Recepción: 17 de septiembre 2018

Fecha de dictamen: 11 de marzo 2019

Asunto: Revisión de Informe Examen Privado

BIANKA NATALY ORELLANA DUARTE

“CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y EPIDEMIOLÓGICA DE PACIENTES ADOLESCENTES EMBARAZADAS”

Sugerencias de la Revisión: **Autorizar examen privado.**

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

Dra. María Victoria Pimentel Moreno, MS
Unidad de Apoyo Técnico de Investigación de Tesis
Escuela de Estudios de Postgrado



Cc. Archivo

MVPM/karin

2ª. Avenida 12-40, Zona 1, Guatemala, Guatemala

Tels. 2251-5400 / 2251-5409

Correo Electrónico: especialidadesfacmed@gmail.com

INDICE DE CONTENIDOS

	PÁGINA
RESUMEN	
I. INTRODUCCIÓN	1
II. ANTECEDENTES	3
III. OBJETIVOS	14
IV. MATERIALES Y METODOS	15
V. RESULTADOS	18
VI. DISCUSION Y ANALISIS	22
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	27
VIII. ANEXOS	30

INDICE DE TABLAS

	PAGINA
TABLA 1	18
TABLA 2	19
TABLA 3	19
TABLA 4	20
TABLA 5	20
TABLA 6	21
TABLA 7	21

RESUMEN

Según la Encuesta Nacional Materno Infantil 2009, Guatemala es el tercer país con mayores tasas de fecundidad en adolescentes de América Latina, siendo una consecuencia imprevista de una sexualidad no planificada³.

Objetivo: Establecer el perfil clínico y epidemiológico de adolescentes embarazadas que asistieron a control prenatal del Hospital Roosevelt.

Metodología: Se realizó un estudio descriptivo prospectivo de corte transversal en 345 adolescentes, de 10 a 19 años que acudieron a control prenatal, efectuando una entrevista en base a la boleta recolectora de datos; se tabularon y analizaron realizando una base de datos en una hoja electrónica de Microsoft Excel y tablas.

Resultados: El grupo con mayor frecuencia de embarazo corresponde a 17 años con 27%. Según escolaridad 86% cursaban educación secundaria y 5% nivel universitario. 80% provenían del área urbana y 20% de la rural. Un tercio se clasificó con estado nutricional normal; 9% bajo peso, 36% sobrepeso y 23% con obesidad. 12% cursaban el primer trimestre del embarazo, 26% el segundo y 62% el tercero.

La edad del primer embarazo fue 14 años con 1%, 15 años con 3%, 16 años con 44%, 17 años con 23%, 18 años con 16% y 19 años con 13%. El 91% eran primigestas, 7% secundigestas y 2% trigestas.

Conclusión: El perfil clínico epidemiológico del estudio es una adolescente embarazada, primigesta, predominantemente de 17 años, proveniente del área urbana, alfabetizada con educación secundaria; con inadecuado estado nutricional, iniciando control prenatal durante el segundo trimestre del embarazo.

PALABRAS CLAVE: embarazo, adolescente, caracterización clínica.

I. INTRODUCCIÓN

El embarazo en adolescentes afecta drásticamente el desarrollo personal y social de quienes lo experimentan, no es una experiencia deseada, ni buscada conscientemente, más bien constituye la consecuencia imprevista y negativa de una sexualidad no planificada. Va en aumento a nivel mundial, presentándose cada vez a edades más tempranas, existiendo variaciones importantes dependiendo de la región y el nivel de desarrollo¹.

Se estima que 16 millones de niñas de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años dan a luz cada año, y un 95% de esos nacimientos se producen en países en desarrollo, según el estudio realizado por Rosen².

En Guatemala durante los últimos años, los casos de embarazos de adolescentes se han incrementado de forma alarmante. Según la Encuesta Nacional Materno Infantil 2008 a 2009, existen en el país 114 madres de 10 a 20 años por cada mil habitantes; con un promedio de hijos por mujer de 3.8; ubicando a Guatemala entre los 17 países con alto riesgo reproductivo a nivel mundial, siendo el tercer país con más altas tasas de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años de América Latina³.

En encuestas realizadas por organizaciones internacionales sitúan a las adolescentes guatemaltecas como las más desfavorecidas desde todo punto de vista ya que poseen una menor escolaridad y altas tasas de analfabetismo, conocimientos limitados sobre métodos anticonceptivos, tasa de nupcialidad y fecundidad elevada principalmente en el área rural⁴.

El Observatorio en Salud Reproductiva (OSAR) reveló que de enero a junio del año 2010 se reportaron 16 mil 339 partos en personas de 10 a 19 años de edad, cifra que representa el 25 por ciento del total de partos en Guatemala. Los datos basados en el Sistema de Información gerencial en salud, del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) destaca que, en el rango de edad de 10 a 14 años, se atendieron un mil 101 partos, 11 de ellos en niñas de diez años, lo que significa que su embarazo inició a los nueve años⁵.

Cada año miles de adolescentes en Guatemala quedan embarazadas, a menudo los resultados son trágicos, niños abandonados, educación interrumpida, complicaciones

médicas, abortos ilegales, muertes maternas, trastornos psicológicos y suicidio. Datos registrados por encuestas nacionales confirman que la primera causa de mortalidad en mujeres adolescentes embarazadas es por trastornos hipertensivos del embarazo, seguido de hemorragias, infecciones y otras⁴.

En el presente estudio se estableció el perfil clínico y epidemiológico de las pacientes en los servicios de control prenatal del Hospital Roosevelt, encontrando que el grupo de mayor frecuencia de embarazo adolescente es de 17 años con 27%, que el 80% de las pacientes provenían del área urbana; únicamente el 5% de ellas cursaban con estudios superiores y 3% eran analfabetas. De acuerdo a su estado nutricional 9% cursaban con bajo peso, el 36% cursaban con sobrepeso y 23% con obesidad. El 3% de las adolescentes cursaron con su primer embarazo a los 15 años, 45% a los 16 años, 23% a los 17 años, 16% a los 18 años y 13% a los 19 años. Establecer las características clínicas de las adolescentes permitirá enfrentar el reto de asumir la anticoncepción en este grupo poblacional como una política en la que la educación sexual integral es un pilar fundamental, debiendo profundizarse también en el conocimiento de la diversidad de métodos anticonceptivos, así como sus ventajas y desventajas en los diferentes grupos poblacionales que los conforman.

II. ANTECEDENTES

1. La adolescencia y el embarazo

La OMS define como adolescencia al "período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio – económica" y fija sus límites entre los 10 y 20 años⁶.

Se considera que de los 10 a los 13 años biológicamente, es el periodo peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca, psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Intellectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales y personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física⁶.

Durante los 14 a 16 años es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático, psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo y por lo tanto es la edad promedio a la que se presenta el primer embarazo⁶.

Entre los 17 y 19 años casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales⁶.

Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo sabiendo que: "una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes"⁶.

La población adolescente se encuentra rodeada de múltiples factores de riesgo, crecen en una cultura donde los compañeros, el Internet, la televisión, el cine y la música, transmiten mensajes a favor de las relaciones sexuales, como consecuencia de ello, el inicio de la actividad sexual a edad más temprana, en búsqueda posiblemente de respuestas a interrogantes sobre las relaciones sexuales, o a vivir experiencias que escuchan o ven en los medios de comunicación; el ambiente familiar inadecuado, la influencia del grupo social donde se desarrolla el adolescente, están relacionados con el actual aumento del riesgo de tener embarazos, abortos, partos, que en esta edad traen consecuencias adversas tanto para la madre como para el producto^{6,7}.

La magnitud de esta problemática es evidente ya que según la OMS cada minuto en el mundo 300 mujeres conciben sin haberlo deseado o planeado y 200 adquieren alguna enfermedad transmitida sexualmente y una fallece a consecuencia de complicaciones en el embarazo. Se estima que cada año en el mundo, alrededor de 585,000 mujeres, mueren como consecuencia de complicaciones del embarazo y la mayoría son adolescentes. En los países en vías de desarrollo mueren 480 madres por cada 100,000 bebés nacidos vivos y 27 en los desarrollados, cifras que pueden ser hasta cuatro veces mayores en las adolescentes^{6,7}.

El embarazo en adolescentes repercute en los servicios, la madre, la familia y la sociedad. Para los servicios, ha originado más demandas en los mismos, lo que conlleva a una posible atención deficiente por falta de recursos y sobrepoblación en los servicios de salud materno-infantil^{6,7}.

Para los servicios de salud, ha originado más demandas en los mismos, lo que conlleva a una posible atención deficiente por falta de recursos y sobrepoblación en los servicios de salud materno-infantil^{6,7}.

La OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) reconocen la problemática del embarazo adolescente como prioridad debido a falta de información epidemiológica y la poca efectividad de las medidas de atención, consecuentemente a ello en Guatemala se considera una línea de investigación importante que forma parte de las "Prioridades comunes de investigación en salud", presentadas por la Comisión interinstitucional de acciones conjuntas del sector salud⁶.

La actividad sexual de los adolescentes va en aumento en todo el mundo, incrementando la incidencia de partos en mujeres menores de 20 años.

La incidencia de embarazos adolescentes varía dependiendo de la región y del grado de desarrollo del país estudiado. En Estados Unidos, anualmente cerca de un millón de embarazos corresponden a madres adolescentes, constituyendo un 12,8% del total de embarazos. En países menos desarrollados, la proporción de embarazos adolescentes es de aproximadamente 15,2% en Chile y del 25% en el caso de Centroamérica^{2,8}.

Cada año miles de adolescentes en Guatemala quedan embarazadas, a menudo los resultados son trágicos: niños abandonados, educación interrumpida, complicaciones médicas, abortos ilegales, muertes maternas y aun suicidio^{2,8}.

Embarazo adolescente o embarazo precoz es aquel embarazo que se produce en una mujer adolescente: entre la adolescencia inicial o pubertad –comienzo de la edad fértil– y el final de la adolescencia. La OMS establece la adolescencia entre los 10 y los 19 años. La mayoría de los embarazos en adolescentes son considerados como embarazos no deseados. 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^{3,9}.

Determinación de la adolescencia y embarazo adolescente

La edad media del período de la menarquía (primera menstruación) se sitúa en los 11 años, aunque esta cifra varía según el origen étnico y el peso. El adelanto de la fecundidad permite la aparición de embarazos a edades más tempranas y depende por tanto no solo de factores biológicos sino de factores sociales y personales¹⁰.

Las tasas de adolescentes embarazadas además de encontrarse en la misma situación que cualquier otra mujer embarazada deben enfrentarse a una mayor desprotección, mayores preocupaciones sobre su salud y su situación socioeconómica de manera especial las menores de 15 años y las adolescentes de países con escasa atención médica y nula protección social de la adolescente embarazada¹¹.

En los países desarrollados los datos de embarazos en la adolescencia confirman una relación con los niveles educativos más bajos, las mayores tasas de pobreza, y otras situaciones de inestabilidad familiar y social¹¹.

El embarazo adolescente en los países desarrollados se produce por lo general fuera del matrimonio y conlleva un estigma social en muchas comunidades y culturas. Por estas razones se realizan estudios y campañas con el objeto de conocer las causas y limitar el número de embarazos de adolescentes¹¹.

En países considerados en desarrollo o subdesarrollados y en particular en ciertas culturas, el embarazo adolescente se produce generalmente dentro del matrimonio y no implica un estigma social. La percepción social del embarazo adolescente varía de unas sociedades a otras e implica un debate profundo sobre aspectos del comportamiento, tanto biológicos como culturales relacionados con el embarazo¹¹.

Tasas de nacimientos en adolescentes en el mundo

En todo el mundo, como puede apreciarse en las tasas de embarazo en la adolescencia del año 2002 y las de años siguientes, éstas varían desde las máximas de Níger y Congo (cerca de 200 embarazos por cada 1000 mujeres adolescentes) a tasas de 1 a 3 por 1000 en Corea del Norte, Corea del Sur y Japón¹².

Según la organización Save the Children cada año nacen 13 millones de niños de mujeres menores de 20 años de edad en todo el mundo, más del 90% (11,7 millones) en los países denominados en desarrollo y en los países desarrollados el restante 10% (1,3 millones). Las complicaciones del embarazo y el parto son la principal causa de mortalidad entre las mujeres entre las edades de 15 y 19 en dichas zonas. La mayor tasa de embarazos de adolescentes en el mundo está en el África subsahariana, donde las mujeres tienden a casarse a una edad temprana¹².

En el subcontinente indio, el matrimonio precoz o temprano significa en numerosas ocasiones el embarazo de la mujer adolescente, especialmente en las zonas rurales, donde la tasa es mucho mayor que en el medio urbano. La tasa de matrimonios y embarazos en adolescentes o precoces ha disminuido considerablemente en países como Indonesia y Argentina, aunque sigue siendo alta. En las naciones industrializadas de Asia, como Corea del Sur y Singapur, las tasas de nacimientos en adolescentes se encuentran entre los más bajos del mundo¹².

En Guatemala, los casos de embarazos de adolescentes se han incrementado de forma alarmante en Guatemala en los últimos años. Según la Encuesta Nacional Materno Infantil 2008-2009, existen en el país 114 madres de 10 a 20 años, por cada mil habitantes³.

El Observatorio en Salud Reproductiva (OSAR) reveló que de enero a junio del año 2010 se han reportado 16 mil 339 partos en personas de 10 a 19 años de edad, cifra que representa el 25 por ciento del total de partos en Guatemala. Los datos basados en el Sistema de Información gerencial en salud, del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) destaca que en el rango de edad de 10 a 14 años, se atendieron un mil 101 partos, 11 de ellos en niñas de diez años, lo que significa que su embarazo inició a los nueve años⁵.

De acuerdo con el OSAR los departamentos donde se reportan los más altos índices de niñas y adolescentes en estado de gestación son: Huehuetenango, en primer lugar, seguido por San Marcos, Petén, Escuintla y Quiché, mientras que Sacatepéquez, Sololá y Retalhuleu son los que menos reportan^{5,7}.

Los representantes de la entidad indicaron que los partos en niñas de 10 años se han reportado tres en Chiquimula y Petén, dos en Jutiapa y uno en Escuintla, Huehuetenango y Quiché⁵.

La entidad también subrayó que otro flagelo que afecta a la población guatemalteca son los elevados índices de muertes maternas, las cuales de enero a junio del año 2012 van sumando ya 148, la mayoría en Alta Verapaz, Huehuetenango, Quiché, Quetzaltenango y Chiquimula⁵.

El OSAR subrayó que en los departamentos donde se han reportado menos decesos de mujeres por causas relacionadas con el embarazo, parto y posparto son Zacapa y Totonicapán, mientras que en El Progreso y Sacatepéquez no reporta ni uno⁵.

2. Causas del embarazo en la adolescencia

En algunas sociedades, el matrimonio a edades tempranas y el rol de género que tradicionalmente se asigna a la mujer, son factores importantes en las altas tasas de embarazo en la adolescencia. Así, en algunos países de África subsahariana, el embarazo adolescente se celebra porque es la prueba de fertilidad de la mujer joven. En el subcontinente indio, el matrimonio en adolescentes y el embarazo es más común en las

comunidades rurales tradicionales, donde es apreciada una numerosa descendencia, en comparación con las tasas de las ciudades⁶.

En las sociedades donde el matrimonio con mujeres adolescentes es poco frecuente, la causa fundamental de los embarazos en adolescentes es la práctica de las relaciones sexuales de las jóvenes sin métodos anticonceptivos por lo que estos embarazos pueden considerarse como embarazos no planificados o embarazos no deseados^{6,12}.

Comportamiento sexual adolescente

Además de la práctica sexual deseada y consentida pero practicada sin métodos anticonceptivos también existen comportamientos sexuales no deseados por los adolescentes que pueden contribuir a incrementar los embarazos no deseados. Así, un estudio de la Kaiser Family Foundation en adolescentes de EE. UU. Concluyó que el 29% de los adolescentes se sintieron presionados a tener relaciones sexuales, el 33% de los adolescentes sexualmente activos creían que mantenían una relación en las que "las cosas se movían demasiado rápido en el aspecto sexual" y el 24% declaraba que había "hecho algo sexual que realmente no quieren hacer"^{13,19}.

El consumo de drogas y medicamentos que han mostrado evidencias en su vinculación con el embarazo de adolescentes son: alcohol, y anfetaminas, incluyendo éxtasis. Las anfetaminas son ampliamente prescritas para el tratamiento de TDAH (Trastorno por déficit de atención con hiperactividad). Los países con las tasas más altas de prescripción de las anfetaminas a los adolescentes también tienen las tasas más altas de embarazo en la adolescencia^{6,13,19}.

Falta de 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^{6,9}.

En muchos casos se usan métodos anticonceptivos, pero de modo inadecuado. Muchos adolescentes sin experiencia, pueden usar el condón incorrectamente y las adolescentes se olvidan tomar con cierta frecuencia los anticonceptivos orales^{6,9}.

Los métodos reversibles a largo plazo, tales como el dispositivo intrauterino, el anticonceptivo sub dérmico, el parche anticonceptivo o inyecciones de anticonceptivos inyectables combinados (Depo Provera), requieren la intervención del usuario con menos frecuencia (una vez al mes a cada varios años), y puede prevenir el embarazo con mayor eficacia en mujeres que tienen problemas para seguir las rutinas, incluidas las jóvenes. 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 (condón), la transmisión de enfermedades de transmisión sexual también se reduce^{10,16}.

Diferencia de edades en las relaciones sexuales

Un estudio de 1992 del estado de Washington de 535 madres adolescentes encontró que el 62 por ciento de las madres habían sufrido abusos o habían sido violadas por hombres de una edad promedio de 27 años. Este estudio encontró que las madres adolescentes habían sufrido abusos incluso antes del inicio de la actividad sexual y habían tenido relaciones sexuales con numerosas parejas de más edad, por lo que habían estado expuestas a más riesgos y de forma más frecuente. Estudios realizados por el Population Reference Bureau y el Centro Nacional para Estadísticas de Salud (National Center for Health Statistics) reveló que cerca de dos tercios de los niños nacidos de mujeres adolescentes en los Estados Unidos son engendrados por hombres adultos de 20 años o más^{14,20}.

Abusos sexuales

Diversos estudios han encontrado que entre el 11 y el 20 por ciento de los embarazos en adolescentes son un resultado directo de la violación. Antes de los 15 años, la mayoría de las experiencias de la primera relación sexual en mujeres son de carácter no voluntario, el Instituto Guttmache encontró que el 60 por ciento de las muchachas que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años fueron obligadas por hombres que en promedio fueron seis años mayores que ellas. Uno de cada cinco padres de hijos de madres

adolescentes admite que ha forzado a las chicas adolescentes a tener relaciones sexuales con ellos¹⁵.

3. Violencia sobre la mujer

Violencia en el noviazgo

Diversos estudios han indicado que las adolescentes son a menudo víctimas de maltrato por la pareja, concretamente en el momento de la concepción. También los estudios señalan que el conocimiento del embarazo por parte del padre a menudo intensifica el comportamiento violento¹⁷.

Violencia doméstica

En un estudio en 379 adolescentes embarazadas y los respectivos padres y 95 adolescentes sin hijos, mostró que el 62% de las niñas de 11-15 años y el 56% de las chicas de 16-19 años admitieron haber sufrido violencia doméstica a manos de sus parejas. Por otra parte, el 51% de las chicas indicaron haber sufrido al menos un caso en que su novio intentó sabotear sus esfuerzos por usar métodos anticonceptivos¹⁷.

Factores socioeconómicos

La pobreza se asocia con altas tasas de embarazo en la adolescencia. Así, países económicamente pobres, como Nicaragua en América, Níger en África y Bangladesh en Asia y, tienen un número mayor de madres adolescentes en comparación con países económicamente más ricos⁶.

En el Reino Unido alrededor de la mitad de todos los embarazos de menores de 18 años se produce en el 30% más pobre de la población⁶.

Ambiente en la infancia

Las mujeres expuestas al abuso, la violencia doméstica y los conflictos familiares en la infancia tienen más probabilidades de quedar embarazadas en la adolescencia, y el riesgo de quedar embarazada aumenta con el número de experiencias adversas en la infancia¹⁷.

Los investigadores señalan que "la disfunción familiar tiene consecuencias duraderas y desfavorables para la salud de las mujeres durante la adolescencia, la edad fértil, y más allá"¹⁷.

También se ha indicado que las niñas cuyos padres abandonaron a la familia cuando ellas eran pequeñas tuvieron mayor tasa de actividad sexual temprana y de embarazo adolescente. Las niñas cuyos padres abandonaron a la familia más tarde tuvieron menor tasa de actividad sexual temprana. Las tasas más bajas de actividad sexual y embarazo se encuentran en las niñas cuyos padres estuvieron presentes durante toda su infancia¹⁷.

4. Consecuencias del embarazo en adolescentes

Consecuencias médicas - factores de riesgo

Desde el aspecto médico, embarazarse durante la adolescencia puede traer serias consecuencias y complicaciones prenatales^{18,23,24}:

- i. Un problema que se presenta en este tipo de embarazos es la falta de atención médica desde el inicio del embarazo, debido a que generalmente las jóvenes ni acuden directamente a dicha atención ni comunican su situación a sus padres cuando lo hacen tardan una media de 4 a 5 meses que pasan sin revisión alguna.
- ii. Es frecuente la anemia.
- iii. Las mujeres de 16 años o menos corren el riesgo de preeclampsia y eclampsia.

- iv. El bajo peso al nacer de los lactantes hijos de adolescentes aumenta y probablemente se debe a causas orgánicas tales como anomalías placentarias, nutrición deficiente, tabaquismo y consumo de drogas.
- v. La mortalidad materna en ésta etapa, incluso en numerosas naciones en vías de desarrollo figura dentro de las causas más frecuentes de muerte en las adolescentes, la mayoría se deben a embolia, enfermedad hipertensiva y embarazos ectópicos.
- vi. Algunas jóvenes optan por el aborto inducido a veces clandestino que pone su vida en peligro debido a sepsis y hemorragias presentadas durante el proceso.
- vii. Es frecuente la anemia en las jóvenes embarazadas.
- viii. En ocasiones el embarazo se produce existiendo enfermedades de transmisión sexual.
- ix. El embarazo adolescente es un factor de riesgo para que los recién nacidos presenten enfermedades como la espina bífida y el síndrome de muerte súbita del lactante^{18,23,24}.

Consecuencias psicosociales

Las mayores afectaciones se pueden presentar principalmente a nivel psicológico y social, ya que la joven se enfrentará al reto de asumir su nuevo rol de madre, haciéndose cargo de los cuidados, atención y educación de su hijo, a pesar de que ella aún no ha consolidado su formación y desarrollo^{18,21,23,25}.

Desde el aspecto psicosocial las consecuencias son las siguientes:

- i. Algunas jóvenes madres optan por la adopción que les crea una gran culpa y arrepentimiento, sobre todo en etapas más maduras de su vida.
- ii. Hay quienes deciden tener al hijo siendo solteras, convirtiéndose en madre soltera y convirtiéndose en familia monoparental, enfrentándose, dependiendo de los

países, a grandes carencias y dificultades. Su proyecto de vida se ve alterado y frenado, llegando a sufrir agresiones por parte de su familia y del entorno y disminuyendo las oportunidades para conseguir un empleo (cuando lo obtienen es mal remunerado), sin olvidar que deben educar a su hijo en medio de un ambiente desfavorable.

- iii. Otras jóvenes madres deciden, si el padre biológico acepta su paternidad y responsabilidad, formar un matrimonio. Sin embargo, existen altas probabilidades de que dicho matrimonio no perdure ya que los padres precoces se enfrentan a un evento inesperado, sorpresivo; no son capaces en esos momentos de llevar una vida de pareja independiente económicamente, no están lo suficientemente maduros para que su relación perdure, ni están preparados para recibir un hijo y mucho menos cuidarlo^{18,21,23,25}.

5. Prevención de los embarazos de las adolescentes

La mayoría de profesiones de la educación y la salud señalan que para reducir el número de embarazos en adolescentes es necesaria una completa educación sexual, el acceso a los métodos anticonceptivos (tanto precoitales, coitales como postcoitales) así como a los servicios de planificación familiar. Es conveniente el apoyo a los padres de los adolescentes para que éstos hablen con sus hijos sobre sexo, relaciones y métodos anticonceptivos, especialmente con aquellos grupos considerados de alto riesgo^{17,21}.

Apoyo a la maternidad adolescente

También se debe facilitar un mejor apoyo a las madres adolescentes, incluida la ayuda para poder volver a integrarse en la educación obligatoria, asesoramiento y apoyo psicológico y económico, colaboración con los padres jóvenes, mejor cuidado de los niños y el aumento de viviendas específicas, de protección oficial o subvencionadas. Siendo uno de los pilares fundamentales para el progreso de los padres adolescente el apoyo familiar, ya que es el desarrollo intrafamiliar lo que determina como enfrentarán los adolescentes las diferentes situaciones que se presenten en su nueva etapa de padres^{18,22}.

III. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

- 3.1.1.** Establecer el perfil clínico y epidemiológico de adolescentes embarazadas que asisten al servicio de Consulta Externa del Departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 3.2.1.** Describir las características sociodemográficas de las adolescentes embarazadas.
- 3.2.2.** Determinar la edad de mayor incidencia de las adolescentes embarazadas.
- 3.2.3.** Definir el estado nutricional de las pacientes adolescentes embarazadas.
- 3.2.4.** Determinar la edad gestacional en la que se encuentran las adolescentes embarazadas.
- 3.2.5.** Establecer la edad del primer embarazo.
- 3.2.6.** Establecer el número de embarazos que han tenido.

IV. MATERIALES Y METODOS

Tipo de estudio:

Descriptivo prospectivo de corte transversal.

Población:

Se encuentra conformado por 2,350 mujeres embarazadas de 10 a 19 años que acudieron al servicio de Consulta Externa del Departamento de Ginecología durante el año 2014.

Sujeto de estudio:

Mujeres embarazadas de 10 a 19 años que acuden al servicio de Consulta Externa del Departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt.

Cálculo de la muestra:

Para la determinación de la muestra, se utilizó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N}{(Nd) d+1}$$

En donde:

N= Población total

n= Tamaño de la muestra

d= Error de estimación = 0.05

1= Constante

Obteniendo una muestra estadísticamente significativa de 345 pacientes.

Criterios de inclusión:

- Pacientes embarazadas
- En el rango de edades de 10 a 19 años
- Acudan al servicio de Consulta Externa del Departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt
- Aceptaron participar en el estudio

Criterios de exclusión:

- Mujeres con discapacidad mental
- Mujeres que no accedieron participar en el estudio

Definición y operacionalización de variables:

VARIABLE ESTUDIADA	DEFINICIÓN	INDICADOR	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
Características sociodemográficas	Son el conjunto de características biológicas, sociales, económicas y culturales que están presentes en la población sujeta a estudio, tomando aquellas que pueden ser medibles.	Edad Procedencia Escolaridad	Cuantitativa Cualitativa Cualitativa	Ordinal Nominal Nominal
Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	10 – 19 años	Cuantitativa	Intervalo
Estado nutricional	Es la situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes.	IMC	Cuantitativa	Ordinal
Trimestre de Embarazo	Edad gestacional medida en un período de tres meses consecutivos. Un embarazo normal dura aproximadamente 40 semanas y cuenta con 3 trimestres.	Edad gestacional	Cuantitativa	Intervalo
Edad de primer embarazo	Edad en la cual la madre concibe por primera vez	Edad de primera gesta	Cuantitativa	Ordinal
Historia Obstétrica	Total de gestas en la paciente embarazada	Gestas Partos Abortos Cesáreas Hijos vivos Hijos muertos	Cuantitativa	Ordinal

Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Se utilizó una boleta diseñada base a los objetivos planteados, la cual constó de cinco apartados, los cuales se describen a continuación: Características sociodemográficas, estado nutricional, trimestre del embarazo, edad del primer embarazo e historia obstétrica.

Dicha información se obtuvo mediante entrevista dirigida a las personas del proceso de evaluación, para luego proceder al registro de los datos de dicha boleta. Ver anexo 1.

Procedimientos para la recolección de la información

Se realizaron visitas diarias al servicio de Consulta Externa del Departamento de Gineco-Obstetricia; utilizando la boleta de recolección de datos diseñada. Abordando a las pacientes durante su estancia en dicho servicio. Las preguntas se hicieron de forma directa a las pacientes, leída en voz alta y sus respuestas se anotaron en la boleta, apoyándose con la información contenida en los registros clínicos.

Procedimientos para garantizar los aspectos éticos de la investigación

Se solicitó el consentimiento a las pacientes que formaron parte de la muestra del estudio, las cuales se agruparon en número y no por nombre, para asegurar la confidencialidad de las mismas.

Los datos recolectados fueron tabulados únicamente por la investigadora y el análisis de los resultados fue expuesto bajo fines puramente formativos.

Plan de análisis

Los datos obtenidos se tabularon y analizaron realizando una base de datos en una hoja electrónica de Microsoft Excel y tablas.

V. RESULTADOS

En el presente estudio se incluyó una muestra representativa de 345 adolescentes embarazadas que acudieron a la Consulta Externa de Ginecología del Hospital Roosevelt. El grupo de mayor frecuencia de embarazo adolescente es de 17 años con 27% (95 pacientes), seguida por el grupo de 16 años con 25% y luego el grupo de 18 años con 20%. No se documentaron pacientes entre las edades de 10 a 13 años. (Ver tabla 1.)

Tabla 1. Distribución de pacientes de acuerdo a grupo etario

Caracterización clínica y epidemiológica de pacientes adolescentes embarazadas, Departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt durante el período de abril a octubre del año 2016.

GRUPO ETARIO	No.	%
14	10	3
15	34	10
16	86	25
17	95	27
18	68	20
19	52	15

En cuanto a escolaridad el 86%, que corresponde a 298 pacientes, cursaban la educación secundaria y en su minoría 5% (17 pacientes) el nivel universitario. (Ver tabla 2).

Tabla 2. Distribución de pacientes de acuerdo a su escolaridad

Caracterización clínica y epidemiológica de pacientes adolescentes embarazadas, Departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt durante el período de abril a octubre del año 2016.

ESCOLARIDAD	No.	%
Ninguna	10	3
Primaria	20	6
Secundaria	298	86
Universitaria	17	5

De acuerdo al lugar de procedencia, el 80% (276 pacientes) acudió del área urbana, solo 20% correspondió al área rural. (Ver tabla 3).

Tabla 3. Distribución de pacientes de acuerdo a su lugar de procedencia

Caracterización clínica y epidemiológica de pacientes adolescentes embarazadas, Departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt durante el período de abril a octubre del año 2016.

LUGAR DE PROCEDENCIA	No.	%
Rural	69	20
Urbana	276	80

Solo un tercio de la población en estudio se clasificó con estado nutricional normal. El 68% restante (234 pacientes) cursaban con desordenes nutricionales, siendo el sobrepeso el más frecuente con 36% (125 pacientes), seguido de obesidad con 23% (79 pacientes), de acuerdo a los criterios de clasificación de la Organización Mundial de la Salud. (Ver tabla 4).

Tabla 4. Distribución de pacientes de acuerdo a su estado nutricional

Caracterización clínica y epidemiológica de pacientes adolescentes embarazadas, Departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt durante el período de abril a octubre del año 2016.

ESTADO NUTRICIONAL	No.	%
Bajo peso	31	9
Normal	110	32
Sobrepeso	125	36
Obesidad	79	23

Al momento del estudio solo el 12% (40 pacientes) cursaban por el primer trimestre del embarazo, el 26% (90 pacientes) en el segundo trimestre y 62% (215 pacientes) en el tercer trimestre. (Ver tabla 5).

Tabla 5. Distribución de pacientes de acuerdo a la edad gestacional

Caracterización clínica y epidemiológica de pacientes adolescentes embarazadas, Departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt durante el período de abril a octubre del año 2016.

EDAD GESTACIONAL	No.	%
I Trimestre	40	12
II Trimestre	215	62
III Trimestre	90	26

La edad del primer embarazo en adolescentes se identificó a partir de los 14 años con 1%, 15 años con 3% (10 pacientes), 44% (151 pacientes) a los 16 años, 23% (79 pacientes) a los 17 años, 16% (55 pacientes) a los 18 años y 13% (45 pacientes) a los 19 años. (Ver tabla 6).

Tabla 6. Distribución de pacientes de acuerdo a la edad del primer embarazo

Caracterización clínica y epidemiológica de pacientes adolescentes embarazadas, Departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt durante el período de abril a octubre del año 2016.

EDAD DEL PRIMER EMBARAZO	No.	%
14	5	1
15	10	3
16	151	44
17	79	23
18	55	16
19	45	13

El 91% (316 pacientes) en estudio, cursaban con su primer embarazo, el 7% (24 pacientes) y 2% (5 pacientes) restantes con su segundo y tercer embarazo respectivamente. (Ver tabla 7).

Tabla 7. Distribución de pacientes de acuerdo a su paridad

Caracterización clínica y epidemiológica de pacientes adolescentes embarazadas, Departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt durante el período de abril a octubre del año 2016.

PARIDAD	No.	%
Primigesta	316	91
Secundigesta	24	7
Trigesta	5	2

VI. DISCUSION Y ANALISIS

Guatemala se sitúa como un país en vías de desarrollo con múltiples problemas sociales y donde el embarazo en adolescentes es un amplio exponente. Según la Encuesta Nacional Materno Infantil, está ubicada dentro de los 17 países con alto riesgo reproductivo a nivel mundial, siendo el tercer país con más altas tasas de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años de América Latina³. Las adolescentes se convierten en madres antes de haber cumplido los 20 años, colocándolas en un grupo altamente vulnerable de riesgos y consecuencias para su futuro. El embarazo en adolescentes trae consigo riesgos como: preeclampsia, partos prematuros, ruptura prematura de membranas ovulares, anemia y restricción del crecimiento intrauterino, por mencionar algunas¹⁰.

El estudio que a continuación se expone, representa una caracterización clínica y epidemiológica en pacientes adolescentes embarazadas que acudieron al servicio de consulta externa del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt, constando su muestra en 345 participantes que reunieron los criterios de inclusión del estudio, efectuándose durante los meses de abril a octubre del año 2016.

La educación es un proceso formativo, cuyo objetivo es el desarrollo del individuo y por tanto el bienestar de la sociedad en la que este se desenvuelve. Se investigó sobre el grado escolar que cursaban las participantes y se evidenció que 3% eran analfabetas y 6% cursando educación primaria, ignorando en su mayoría aspectos básicos sobre la salud sexual y reproductiva. La mayor proporción de pacientes (86%), se encuentran cursando educación secundaria, coincidiendo con el grupo etario de 16 a 17 años que correspondió al 52% del total de pacientes en estudio, considerando esta etapa el periodo de máxima relación con sus parejas, conflicto con padres e inicio de experiencia y actividad sexual, con conductas de riesgo que propician el embarazo en adolescentes. Tan solo 5% han tenido algún contacto con la educación de nivel superior.

La magnitud de esta problemática es evidente ya que según la OMS cada minuto en el mundo 300 mujeres conciben sin haberlo deseado o planeado, 200 adquieren alguna enfermedad transmitida sexualmente y una fallece a consecuencia de complicaciones del embarazo en adolescentes⁶.

El 80% de las pacientes provenían del área urbana, documentándose en la mayoría que su localidad se situaba en las diferentes zonas cercanas a las instalaciones en donde se efectuó el estudio y fue considerado accesible.

En la tabla 4 se muestran los resultados de acuerdo al estado nutricional de las participantes; llamó mucho la atención al detectar que solo el 32% de ellas tenían un estado nutricional normal y documentado trastornos que van desde infra peso, hasta la obesidad. Al considerar las anteriores, es importante destacar que el bajo peso puede afectar la salud tanto de la madre como del feto, ya que las predispone a complicaciones como anemia, bajo peso al nacer, restricción del crecimiento intrauterino, entre otras. Por su contra parte, el sobrepeso y la obesidad, son entidades que se relacionan a complicaciones serias durante el periodo gestacional; tal es el caso de los trastornos hipertensivos y diabetes gestacional¹⁰. Dos tercios de las adolescentes cursaban con ambos trastornos nutriciones (bajo peso y obesidad).

En cuanto a la edad gestacional, el grupo minoritario de 12% (40 pacientes) fueron detectadas cursando el primer trimestre, que en su mayoría corresponden a las adolescentes comprendidas entre las edades de 18 y 19 años; lo que demuestra la poca afluencia en la primera etapa del embarazo, siendo este el momento idóneo para el inicio de control prenatal. El 88% restante de las pacientes acudieron entre el segundo y tercer trimestre del embarazo, que corresponden a las pacientes más jóvenes entre 14 a 16 años, perdiendo la ocasión para coordinar estrategias para identificar factores de riesgo obstétricos y médicos, apoyo psicológico e inicio de atención en condiciones óptimas.

Así mismo, la tabla 7 muestra la distribución de pacientes de acuerdo a su paridad, en donde 9% referían haber tenido entre uno y dos partos previos, poniendo de manifiesto que a pesar de los progresos en la tecnología contraceptiva y la disposición de variedad de medidas para el control de la natalidad, el embarazo en adolescentes continua siendo uno de los problemas sociales más importantes a nivel mundial, afectando a la juventud con serias consecuencias como son el embarazo no deseado y enfermedades de transmisión sexual y las efectos que traen consigo.

La adolescencia es una etapa de desarrollo emocional y físico incompleto con escasa percepción de riesgo, y poca atención centrada en el presente, así como de dificultades que enfrentan para poder acceder a los servicios de anticoncepción y educación sexual,

que les garantice información razonable sobre maternidad y paternidad responsable y sexualidad segura.

6.1 CONCLUSIONES

- 6.1.1** El grupo de mayor frecuencia de embarazo adolescente es de 17 años con 27%, seguida por el grupo de 16 años con 25% y luego el grupo de 18 años con 20%.
- 6.1.2** 80% de las pacientes provenía del área urbana y el restante 20% del área rural.
- 6.1.3** Dentro de las características sociodemográficas se encontró que el 3% de las pacientes eran analfabetas, 6% cursaban la educación primaria, 86% secundaria y 5% estudios universitarios.
- 6.1.4** El 32% de las adolescentes se clasificaron en estado nutricional normal, 9% con bajo peso, 36% con sobrepeso y 23% con obesidad.
- 6.1.5** El 12% de las adolescentes se encontraban en el primer trimestre del embarazo, 62% en el segundo trimestre y 23% en el tercer trimestre.
- 6.1.6** El 1% de las adolescentes cursaron con su primer embarazo a los 14 años, 3% a los 15 años, 45% a los 16 años, 23% a los 17 años, 16% a los 18 años y 13% a los 19 años.
- 6.1.7** El 91% de las adolescentes eran primigestas, 7% secundigestas y 2% trigestas.

6.2 RECOMENDACIONES

- 6.2.1** Socializar los resultados del presente estudio a las autoridades representantes del Ministerio de Salud y organizaciones no gubernamentales amigas de la niñez y adolescencia sobre la magnitud del problema.

- 6.2.2** Coordinar actividades académicas por parte de maestros de educación primaria de colegios y escuelas a padres de familia sobre temas de aparatos y órganos de la reproducción humana, salud sexual, métodos de planificación familiar y enfermedades de transmisión sexual, para que ellos creen un proceso de enseñanza aprendizaje en casa con sus hijos.

- 6.2.3** Crear programas de consejería de carácter obligatorio en el servicio de Consulta externa del Departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt sobre los métodos de planificación familiar durante todas las visitas de control prenatal, para crear conciencia y ofertar anticoncepción, para que, al finalizar el embarazo en curso, elija el que considere.

- 6.2.4** Realizar campañas promocionales utilizando medios radiales, televisivos y redes sociales para transmitir en la población las complicaciones médicas, sociales y psicológicas del embarazo en adolescentes y difundir la existencia del servicio de Salud Reproductiva del Hospital Roosevelt, los diferentes métodos de planificación familiar con los que se cuentan y promocionar la gratuidad de los mismos.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Anda RF, Felitti VJ, Chapman DP, Croft JB, Williamson DF, Santelli J, et al. Abused boys, battered mothers, and male involvement in teen pregnancy. *Rev Pediatrics* [en línea]. 2001 [citado 20 Jun 2015]; 107(2): 2-6. Disponible en: <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/full/107/2/e19>.
2. Rosen D. "I just let him have his way", partner violence in the lives of low-income, teenage mothers. *Rev Violence Against Women* [en línea]. 2004 [citado 21 Jun 2015]; 10(1): 6-28. doi: 10.1177/1077801203256069.
3. Organización Mundial de la Salud. Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo. Guatemala; OMS. [en línea]. Julio de 2009 [citado 15 Mayo 2015]; Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/>
4. Ramos AL. Perfil clínico y epidemiológico de la mujer adolescente con embarazo no deseado [tesis Médico y Cirujano en línea]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2006. [citado 15 Mayo 2015]. Disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_0193.pdf
5. Observatorio en Salud Sexual y Reproductiva. Embarazos y partos de madres entre 10 y 19 años. Guatemala; OSAR. [en línea]. Junio 2011 [citado 20 Mayo 2015]; Disponible en: <https://osarguatemala.org/embarazos-y-partos-de-madres-entre-10-y-19-anos-2017/>
6. López Y. Embarazo en la adolescencia y su repercusión biopsicosocial sobre el organismo de la madre y de su futuro hijo. *Rev Cubana de enfermería*. [en línea]. 2011 [citado 20 Mayo 2015]; 27(4): 337-350. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php>
7. United Nations Children's Fund. A league table of teenage births in rich nations. Boston; UNCF [en línea]. 2011 [citado 8 Jun 2015]; Disponible en: <http://www.unicefirc.org/publications/pdf/repcard3e.pdf>
8. Redacción internacional (EFE). Embarazo adolescente: Creciente drama en América Latina. *La Opinión* [en línea]. 10 May 2012 [citado 20 Mayo 2015]. Disponible en: <https://laopinion.com/2012/05/10/embarazo-adolescente-creciente-drama-en-america-latina/>

9. Menéndez GE, Navas I, Hidalgo Y, Castellanos J. El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. *Rev Cubana de Obstetricia y Ginecología* [en línea]. 2012 [citado 20 Mayo 2015]; 38(3): 333-342. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138600X2012000300006&lng=es.
10. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap III LC, Wenstrom KD. *Obstetricia de Williams*. 23 ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2006. Capítulo 35. Hemorragia Obstetrica; p. 762-798
11. Ellis B, Bates J, Kenneth D, Fergusson D, Horwood L, Pettit J, et al. Does father absence place daughters at special risk for early sexual activity and teenage pregnancy. *Rev Child Development* [en línea]. 2003 [citado 10 Jun 2015]; 74 (3): 801-821. Disponible en: <http://eric.ed.gov/?id=EJ676626>
12. Singh S, Darroch JE. National campaign to prevent teen pregnancy: adolescent pregnancy and childbearing; levels and trends in developed countries. [en línea]. 2010 Jun [citado 16 Jun 2015]; 32(1): 14-23. doi: 10.13140/RG.2.1.3968.6889
13. Parker B, McFarlane J, Soeken K. Abuse during pregnancy: effects on maternal complications and birth weight in adult and teenage women. *Rev Obstetrics & Gynecology* [en línea]. 2004 [citado 15 Jun 2015]; 84(3): 323-328. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8058224>
14. Henry J. Teen sexual activity. Kaiser Family Foundation. [en línea]. 30 Abr 2003 [citado 20 Jun 2015]. Disponible en: <http://kff.org/hiv aids>
15. Saewyc EM, Lara LM, Pettingell SE. Teenage pregnancy and associated risk behaviors among sexually abused adolescents. *Rev Obstetrics & Gynecology* [en línea]. 2004 [citado 16 Jun 2015]. 45(3): 125-144 Disponible en: <http://www.guttmacher.org/pubs/journals/3609804.htm>
16. Speidel J, Harper C, Shields W. The potential of long-acting reversible contraception to decrease unintended pregnancy. *Rev Contraception* [en línea]. 2008 [citado 15 Mayo 2015]; 78(3):197-200. doi: 10.1016/j
17. Makinson C. The health consequences of teenage fertility. *Rev Fam plan perspect* [en línea]. 2011 [citado 20 Jun 2015]; 17(3): 132–139. doi: 10.2307/2135024. PMID 2431924.

18. Portillo AF. Características y consecuencias sociales del embarazo en la adolescente. [tesis de Médico y Cirujano en línea]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2014. [citado 8 Mayo 2015]. http://cunori.edu.gt/descargas/TESIS_CHARACTERISTICAS_Y_CONSECUENCIAS_SOCIALES_DEL_EMBARAZO_EN_LA_ADOLESCENCIA.pdf
19. Besharov DJ, Gardiner KN. Trends in teen sexual behavior. *Rev Children and Youth Services* [en línea]. 2007 [citado 20 Jun 2015]; 19 (5/6): 341–367. Disponible en: <http://www.aei.org/papers/societyand-culture/poverty/trends-in-teen-sexual-behavior/>
20. Dryburgh H. Teenage pregnancy. *Rev Health Reports* [en línea] 2005 [citado 20 Jun 2015] 12 (1): 9-18. Disponible en: <http://www.sexualityandu.ca/site-v2/404/>
21. Barrientos PN. Factores que influyen en el aumento de embarazos en la mujer adolescente que asiste a control prenatal. [tesis Enfermera Profesional en línea]. Guatemala: Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala; 2011. [citado 20 Mayo 2015]. Disponible en: <http://www.eneg.edu.gt/sites/default/files/tesis/TESIS%20PATRICIA%20BARRIENTOS.pdf>
22. Choc D. Embarazos tempranos inciden en abandono de bebés. *El Periódico* [en línea]. 12 Feb 2013 [citado 20 Mayo 2015]. Disponible en: <http://elperiodico.com.gt/es/20130212/pais/224634/?tpl=54>
23. Issler JR. Embarazo en la adolescencia. *Rev de Posgrado de la Cátedra VI Medicina* [en línea]. 2009 [citado 15 Mayo 2015]; 107: 11-23. Disponible en: http://www.med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html
24. Males M, Chew K. The ages of fathers in California adolescent births. *Rev American Journal of Public Health* [en línea]. 2006 [citado 3 Jul 2015] 86 (4): 565-568. Disponible en: <http://jkalb.freeshell.org/misc/statutory.html>
25. Mayor S. Pregnancy and childbirth are leading causes of death in teenage girls in developing countries. *Rev BMJ* [en línea]. 2014 [citado 20 Jun 2015] 328 (749): 1152. doi: 10.1136/bmj.328.7449.1152-a. PMID 15142897.

VIII. ANEXOS

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
HOSPITAL ROOSEVELT

BOLETA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y EPIDEMIOLÓGICA DE PACIENTES ADOLESCENTES
EMBARAZADAS

Edad _____ Escolaridad: _____

Lugar de Procedencia: _____

Estado Nutricional

Peso

Talla

IMC

Trimestre del Embarazo

FUR

FPP

USG

Trimestre del Embarazo

Edad del Primer Embarazo

Historia Obstétrica

Gestas

Partos

Abortos

Cesáreas

Hijos vivos

Hijos muertos

PERMISO DEL AUTOR PARA COPIAR EL TRABAJO

El autor concede el permiso para reproducir total o parcial y por cualquier medio la tesis titulada “**CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y EPIDEMIOLÓGICA DE PACIENTES ADOLESCENTES EMBARAZADAS**”, para pronóstico de consulta académica, sin embargo quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción total o parcial.