

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

**CONTROL PRENATAL, PARTO Y POST-PARTO
EN LA ADOLESCENTE
HOSPITAL NACIONAL DE CHIMALTENANGO
JUNIO – JULIO DE 2,002
GUATEMALA**

TESIS

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

POR

MYNOR RAMON MAGZUL TUCUX

En el acto de su investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

GUATEMALA, AGOSTO DE 2,002

ÍNDICE

CONTENIDO	PÁGINA
I. INTRODUCCIÓN	01
II. DEFINICIÓN Y ANÁLISIS DEL PROBLEMA	02
III. JUSTIFICACIÓN	05
IV. OBJETIVOS	08
V. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	09
A. ADOLESCENCIA	09
B. EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA	16
VI. MATERIAL Y MÉTODOS	30
A. METODOLOGÍA	30
B. RECURSOS	39
VII. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	40
VIII. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	59
IX. CONCLUSIONES	65
X. RECOMENDACIONES	66
XI. RESUMEN	67
XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	68
XIII. ANEXOS	72

I. INTRODUCCIÓN

La gestación durante la adolescencia es catalogada como un problema de salud de este período, razón por la cual se realizó el presente estudio con el objetivo de conocer las características de esta situación en el Hospital Nacional de Chimaltenango y de esta manera implementar acciones dirigidas a lograr una atención adecuada de dicho problema. Este es un estudio descriptivo, realizado en 123 adolescentes entre 12 y 19 años cuyo parto fue atendido en el mencionado centro asistencial, durante los meses de junio y julio de 2 002.

La mayor incidencia de embarazos (67.48%) ocurrió al final de la adolescencia y esta disminuye con la edad, el 86.18% vive una relación de pareja, el 61.79% es indígena, 60.98% vive en municipios, 91.87% son amas de casa y el 100% dependen económicamente de otra persona. La escolaridad es principalmente primaria incompleta (43.09%), solo el 29.27% recibió orientación sobre educación sexual. En lo relacionado a antecedentes obstétricos, el 72.4% fue primigesta, el 4.88% tenía un aborto previo, el 56.10% refirió no haber planificado y deseado el embarazo, el 52.03% no recibió control prenatal. La resolución del embarazo fue principalmente parto eutócico simple, las complicaciones obstétricas ascienden a 5.69%. El 85.37% de los recién nacidos tuvo un peso adecuado, es escaso el registro de la talla, APGAR y edad gestacional en las hojas de recién nacidos, las complicaciones y anomalías congénitas fueron de 10.66% y 2.44% respectivamente.

Por estos resultados, se recomienda reconocer el embarazo en la adolescencia como uno de los problemas principales a abordar, además la implementación de una clínica o días específicos de consulta a adolescentes con un equipo multidisciplinario para brindar una mejor atención. Así también se recomienda una mayor utilización de las hojas de registro de características del recién nacido, capacitando al personal de atención de partos para lograr una mejor medida y registro de los datos.

II. DEFINICIÓN Y ANÁLISIS DEL PROBLEMA

La adolescencia se refiere al período que transcurre entre la infancia y la vida adulta, la OMS define al grupo adolescente como la población comprendida entre los 10 y los 19 años de edad y como jóvenes el grupo comprendido entre 15 y 24 años, lo que constituye en América latina aproximadamente un 30% de la población; (32) además define este tiempo, como el período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad de reproducirse, transita de los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida su independencia económica. (4,14)

Este período se caracteriza por ser un estadio de integración y elaboración de experiencias vividas, en el cual se inicia la transformación corporal hacia la madurez física y ocurren una serie de cambios a nivel intelectual, emocional y social. (1)

La adolescencia puede dividirse en tres períodos: a) adolescencia temprana, en la que ocurren la mayoría de los cambios biológicos, el interés sexual normalmente sobrepasa la actividad sexual, se preocupa por el cambio corporal, existe timidez, inician los intentos de aumentar la independencia familiar y generalmente se prefieren los grupos del mismo sexo; b) la adolescencia media, en el que se dan los máximos de crecimiento en altura, apareamiento del acné, aparece el impulso y la experimentación sexual, aparece el pensamiento abstracto, los grupos de compañeros pierden importancia y empiezan las relaciones de pareja y c) la adolescencia tardía, en el cual el crecimiento es mas lento, se da la consolidación de la identidad sexual y predomina la interrelación social. Del óptimo desarrollo de cada uno de estos períodos va a depender el estado integral adecuado del adolescente. (4,32)

Como puede deducirse, la adolescencia constituye un período muy importante en la vida de todo ser humano y a pesar de que se considera un grupo relativamente sano, el mismo presenta problemas de morbilidad y mortalidad que merecen

particular atención. Además, debido al crecimiento de la población de adolescentes y jóvenes, esto representa una demanda creciente para los sistemas de salud, educación y trabajo.(22)

El grupo adolescente presenta características como los sentimientos de omnipotencia, invulnerabilidad, inmortalidad, curiosidad, interés hacia lo prohibido, rebeldía y la emoción de correr riesgos, lo cual los conduce a conductas que ponen en peligro su salud. (23)

Dentro de los problemas de salud del adolescente se encuentran: los accidentes, las adicciones, las enfermedades de transmisión sexual, la depresión, el suicidio, trastornos del sueño, trastornos del apetito, maltrato, violaciones, el embarazo y otros; este último (embarazo) el problema a tratar en el presente estudio.

El embarazo en la adolescencia se define como aquella gestación que ocurre antes de los 20 años de edad, y se considera que es un fenómeno en donde intervienen factores individuales como abandono escolar, dificultad para planear proyectos de vida, baja autoestima, falta de actitud preventiva, abuso en el uso de sustancias, bajo nivel educativo; factores familiares como tensión y conflicto familiar, pérdida de un miembro de la familia, madre con embarazo en la adolescencia, hermana adolescente embarazada, padre ausente; y factores sociales como condición económica desfavorable, migración reciente, vivir en área rural, marginación social, lo cual conduce en la mayoría de los casos, a un embarazo no deseado. (2,15,22,37)

Esta condición en la adolescente se considera de riesgo debido a los efectos adversos que pueden darse tanto en la madre como en los hijos. Dentro de estos efectos, se describen para la madre: aborto, toxemia, anemia, desproporción cefalopélvica, amenaza de parto prematuro, deserción escolar, desempleo, divorcio, abandono, condena, rechazo social y otros menos frecuentes. Dentro de los efectos

adversos del hijo se mencionan: mayor riesgo de morbi-mortalidad, bajo peso al nacer, prematuridad, alto riesgo de abuso físico, desnutrición, retardo del desarrollo físico y emocional, etc. (8,10,27,37) Debido a lo descrito anteriormente, en la actualidad se considera muy importante tener políticas de salud dirigidas al grupo adolescente para garantizar así la salud integral y bienestar del mismo.

En este estudio se describen las características del control prenatal que se les efectúa a las adolescentes, las complicaciones obstétricas que se presentaron, la resolución del embarazo, el estado del recién nacido, además se describen las principales características socioeconómicas de las adolescentes y el personal destinado al área de obstetricia* y recién nacidos para tener una visión general de la situación del embarazo en la adolescencia, en el Hospital Nacional de Chimaltenango.

* En este hospital el área de obstetricia está unida al área de ginecología por lo que no es posible realizar una distinción adecuada.

III. JUSTIFICACIÓN

El embarazo en el período de la adolescencia forma parte del patrón cultural de algunas regiones del país y de determinados grupos sociales, sin embargo en otras regiones o grupos, el embarazo en la adolescencia generalmente es no deseado, pero independientemente de las condiciones antes descritas, se considera que el embarazo en la adolescencia es un problema de salud de reconocida importancia debido a las complicaciones que pueden darse para la salud de la madre y el hijo, estas son más frecuentes en las madres menores de 16 años, además debido a los efectos adversos económicos y sociales. (2,8) Por lo cual es importante considerar el embarazo en la adolescencia como un embarazo de riesgo.

La tasa de fecundidad adolescente ha disminuido en la mayoría de los países de América latina, sin embargo en los países pobres esta tasa se mantiene con ninguna o poca variación, en Guatemala la tendencia de la fecundidad para los quinquenios 84-89, 89-94, 94-99 en el grupo de 15 a 19 años no ha disminuido. Se considera que entre el total de las adolescentes guatemaltecas menores de 20 años el 17% ya son madres y 4% se encuentran embarazadas con el primer hijo, el porcentaje que ya son madres aumenta con la edad y son las mujeres de 19 años quienes mayor porcentaje presentan. En relación al grupo étnico y adolescentes que ya son madres, existe un mayor porcentaje en el grupo indígena con relación al grupo ladino, 19% y 16.5% respectivamente, también existen diferencias en el lugar de residencia, en el área urbana se tiene un 13.4% a diferencia del área rural en la que el valor es de 20.1%. Estas diferencias también se expresan en las diferentes regiones administrativas del país, corresponde a la región metropolitana el menor porcentaje que equivale a 11.8% y a la región central 20%. (8)

La tasa promedio de fecundidad de adolescentes entre 15 y 19 años para el año 2,000 se encontraba alrededor de 119 x 1000, esto significa que nacen 119 niños por cada mil mujeres del grupo de edad entre 15 y 19 años. (8)

En el departamento de Chimaltenango, se reportan para el año 2,001 16,213 nacimientos, de ellos 965 con menos de 5.8 libras de peso al nacer, los partos en menores de 20 años ascienden a 2,184 lo que corresponde un 13% del total de partos atendidos.(24) En el Hospital Nacional de Chimaltenango durante el año 2,001 se atendieron un total de 3,419 partos y de estos 674 corresponden a menores de 20 años lo que equivale un 19.71%. En promedio se atienden 56 partos mensualmente en menores de 20 años¹.

El desarrollo de los servicios de atención de salud del adolescente es todavía restringido y a pesar de que en los lugares en que ya se cuenta con este servicio la población joven que concurre es todavía escasa, debe reconocerse la importancia de estos servicios como centros de docencia y como pioneros en el desarrollo de una atención especializada en este grupo de edad. En Guatemala existen organizaciones gubernamentales y no gubernamentales que brindan servicios a adolescentes, de estas se menciona que son 14 las organizaciones que tienen un modelo de atención con una orientación integral, la mayoría de estas localizadas en la capital. (7,22)

Tomando en cuenta la información antes descrita, es decir, que la cantidad de partos atendidos en adolescentes en el Hospital Nacional de Chimaltenango es considerable, además que en la región central se registra uno de los mayores porcentajes de embarazos en la adolescencia, que en el grupo indígena es mayor este problema así como en el área rural y que no se cuenta en este hospital con una clínica de atención a la adolescente embarazada, se realizó este estudio para tener una visión amplia del problema y con ello promover la implementación de una clínica de

¹ Fuente: Libro de registro de egresos, Hospital Nacional de Chimaltenango.

atención al adolescente, para que este grupo reciba un control prenatal constante, la mayor información posible sobre el problema y para que la atención del parto y el recién nacido sean adecuadas por considerarse la gestación en la adolescencia un embarazo de riesgo, además que conforme el desarrollo de la clínica, esta pueda en un futuro llegar a constituirse en un servicio de atención de salud integral del adolescente.

IV. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Evaluar el control prenatal, parto y post-parto en la adolescente, para proponer la implementación de la clínica del adolescente.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Determinar el porcentaje de adolescentes que recibieron control prenatal así como la frecuencia y las principales características del mismo.
- Describir las características socio-económicas de las adolescentes.
- Indagar sobre la escolaridad de las adolescentes del estudio así como la educación sexual recibida.
- Determinar los antecedentes obstétricos de las adolescentes e indagar si el embarazo actual es deseado.
- Determinar vía de resolución del embarazo y en el caso de cesárea, describir la indicación de la misma.
- Describir las complicaciones obstétricas que presenten las adolescentes.
- Describir el peso y talla al nacer, APGAR, edad gestacional y las complicaciones o anomalías congénitas que presente el producto del embarazo de la madre adolescente .
- Describir el personal médico y paramédico destinado al área de obstetricia y recién nacidos así como el recurso físico de estas áreas.

V. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

A. ADOLESCENCIA.

La adolescencia se refiere a un período de la vida de todo ser humano en el cual se presentan un conjunto de cambios, los cuáles se describirán mas adelante, que conducen a la transformación del niño en un adulto.

1. Definición.

La adolescencia constituye un período en el cual los niños sufren rápidos cambios en lo que respecta al tamaño, forma y fisiología corporales, así también a nivel psicológico y social, previo a, o durante el segundo decenio de la vida y que generalmente termina antes de los veinte años de edad. (4,14)

La Organización Mundial de la Salud define la adolescencia como el período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad de reproducirse, transita de los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida su independencia económica. (1) Así mismo, define al grupo adolescente como la población comprendida entre los 10 y los 19 años de edad y como jóvenes el grupo comprendido entre 15 y 24 años. El inicio de este período se define con el comienzo de la pubertad que es el conjunto de procesos biológicos que finalmente conducen a la adquisición de la capacidad de reproducción en tanto que la definición de la finalización es “sociológica”, es decir que el adolescente pasa a ser adulto en el momento en el que consigue su independencia del grupo familiar, básicamente definido por una independencia de tipo económica. (14,32)

Al tomar en cuenta la definición anterior, es importante mencionar que existen factores sociales y ambientales que influyen en el comienzo, duración y finalización de la adolescencia, esto conduce a analizar que este período puede ser muy corto en aquellas áreas donde el joven comienza a trabajar a edad temprana lo cual es común

en las áreas rurales o urbano-marginales y por otro lado este se prolonga en las regiones mas desarrolladas, debido a que la pubertad se inicia cada vez mas tempranamente y la independencia va siendo postergada, debido al mayor tiempo que se emplea para preparar la inserción socio-laboral del adolescente, lo anterior lleva a considerar que la adolescencia no es un proceso meramente biológico sino también psicológico y social, que asume características diferentes en las estructuras sociales y culturales. (32)

2. Crecimiento y desarrollo.

Se considera que los cambios del crecimiento y desarrollo de la adolescencia tienen lugar dentro de tres períodos, los cuales son:

- adolescencia temprana
- adolescencia media y
- adolescencia tardía

aunque se describe que la duración del primero de estos períodos comprende de los 10 a los 13 años, el segundo de los 14 a los 16 años y el tercero de los 17 a los 20 años, esto no constituye una descripción precisa de la realidad ya que la variación individual es grande, sin considerarse esto anormal, ya que el sexo y la cultura afectan el curso del desarrollo de estos períodos al igual que algunos factores físicos y sociales. (4,14)

a) Adolescencia temprana.

Se considera el inicio de la adolescencia con el comienzo de la pubertad, en donde las variaciones de los sistemas de regulación hormonal del sistema nervioso central, gónadas y suprarrenales permiten cambios biológicos, los mecanismos a través de los cuales da inicio la pubertad por medio de la activación del eje hipotálamo-hipófisis-gónadas, que en el estado prepuberal se encuentra inhibido por retroalimentación negativa a nivel del hipotálamo, aún no se han definido por completo. Se ha descrito que el hipotálamo estimula la liberación durante el sueño de

pulsos de gonadotropinas y hormona del crecimiento desde la hipófisis, iniciando así una serie de cambios que dan lugar a las categorías de madurez sexual o estadios de Tanner, los cuales permiten seguir el desarrollo de la pubertad a través de los caracteres secundarios que se consideran las manifestaciones somáticas de la actividad suprarrenal y gonadal; estos índices tienen una mayor correlación con la edad ósea que con la edad cronológica, los estadios femeninos se basan en el desarrollo de la mama y del vello pubiano y los masculinos en el desarrollo genital y del vello púbico, cada uno en cinco estadios. (4,14) Ver anexos.

El primer signo que puede observarse de la pubertad en las niñas es el desarrollo de los botones mamarios que puede empezar ya a los 8 años, la edad media de inicio de esta etapa (pubertad) es de 11.2 más-menos 1.6 años, mientras el primer signo en los varones lo constituye el aumento testicular, la edad media de inicio es de 11.6 más-menos 1.1 años; el promedio de duración de la pubertad en las niñas es de 4 años con límites entre 1.5 y 8 años, mientras que en los varones es de 3 años con límites entre 2 y 5 años. (4,14)

En las mujeres debido a la influencia de la hormona estimulante del folículo y los estrógenos, los ovarios, el útero y el clítoris aumentan de tamaño, el endometrio y la mucosa vaginal aumentan de grosor y el aumento de glucógeno vaginal induce el crecimiento de las bacterias productoras de ácido lo cual predispone a las infecciones causadas por hongos. Debido a la influencia de la hormona luteinizante y la testosterona, en los varones los túbulos seminíferos, el epidídimo, las vesículas seminales y la próstata aumentan de tamaño, en un 40 a 65% de los varones puede existir cierto grado de crecimiento mamario como resultado de estimulación estrogénica, sin embargo en alrededor del 90% suele resolverse sin ningún tratamiento en un plazo de 3 años. Tanto en las mujeres como en los varones, los andrógenos suprarrenales estimulan las glándulas sebáceas y con ello la aparición del acné; el crecimiento esquelético comienza en este estadio, este inicia en las manos y

los pies continúa con los brazos y las piernas, y finaliza con el tronco, además presentan crecimiento de la mandíbula, pérdida de los últimos dientes de leche, salida de los caninos, premolares y molares permanentes. La ganancia de peso durante el período puberal es responsable del 40% del peso corporal ideal, la masa corporal magra aumenta en los varones desde 80 a 90% y disminuye en las mujeres desde 80 a 75%, la grasa corporal aumenta de 4.3 a 11.2% en los varones como promedio, distribuyéndose principalmente en el tronco, mientras en las mujeres aumenta como promedio de 15.7 a 26.7% principalmente en las áreas pelviana, mamaria, espalda y brazos. (4,14)

En la pubertad, el interés por el sexo aumenta, la eyaculación aparece por primera vez generalmente durante la masturbación y posteriormente durante el sueño, otros comportamientos que no sean la masturbación son poco comunes. En la teoría de Piaget, la adolescencia marca la transición desde el pensamiento de operaciones concretas a las operaciones lógicas formales, algunos adolescentes precoces presentan pensamiento formal, otros adquieren la capacidad más tarde y otros no la llegan a adquirir del todo. Algunos expertos opinan que la transición de este pensamiento se debe a aumentos cuantitativos en los conocimientos, en la experiencia y en el rendimiento cognitivo más que a una reorganización cualitativa del pensamiento. Otras características que se dan en este estadio corresponden a lo relacionado con la preocupación por el cambio corporal, existe también mayor timidez, además cada vez mas existe un intento por buscar la independencia familiar y por último, los adolescentes en este estadio buscan preferentemente grupos del mismo sexo. (4,14,28)

b) Adolescencia media.

En este estadio, el crecimiento esquelético alcanza su máximo, en las mujeres este estirón ocurre como promedio a los 12 años, con un crecimiento de 9 más-menos 1.03 cm por año, este cada vez se hace más lento hasta terminar a los 16 años

generalmente; en los varones este estirón empieza mas tarde, como promedio a los 14 años, crecen 10.3 más-menos 1.54 cm al año, al igual que en las mujeres este se hace cada vez más lento y termina generalmente a los 18 años. Otros cambios que se dan corresponden a la duplicación del tamaño del corazón, aumento de la capacidad vital pulmonar, la tensión arterial, el volumen sanguíneo y el hematocrito se elevan, especialmente en los varones, además existe un aumento fisiológico de la somnolencia. Es generalmente en el transcurso de este estadio que aparece la menarquia, se considera que esto se encuentra influido por factores genéticos, la adiposidad, las enfermedades crónicas y el ejercicio, aunque aún no es totalmente comprendido, así mismo se ha visto que la edad promedio de la menarquia ha disminuido, principalmente en los países desarrollados; la edad de la espermaquia también se presenta como promedio en este estadio. (4,14,28)

En este período, el adolescente explora la capacidad de atraer al sexo opuesto, aparece el impulso sexual y la experimentación, además aumenta la masturbación. La maduración biológica y las presiones sociales se combinan para determinar la actividad sexual y una de las dos fuerzas suele ser predominante. Con la transición al pensamiento de operaciones formales, los adolescentes cuestionan y analizan, el grupo ejerce menos influencia sobre él, se interesa por las salidas en pareja y por lo regular empiezan a analizar seriamente sobre su futuro y actividad como adulto. (4,14,28)

c) Adolescencia tardía.

A diferencia de los constantes y grandes cambios biológicos en los estadios anteriores, en este los mismos son escasos y principalmente se presentan en la mama, el pene y el vello pubiano, es en este período en donde se da la maduración física completa. Se asegura la imagen corporal, se adopta una identidad sexual mas estable con lo que la experimentación sexual disminuye. Así también las relaciones de pareja cada vez son menos superficiales, el amor y el compromiso son cada vez mayores, es

también en este estadio en el que se logra una independencia práctica y el adolescente piensa seriamente las decisiones sobre el futuro profesional. (4,14,28)

Como puede observarse la adolescencia constituye un período de reconocida importancia y merece atención constante debido a los grandes cambios biológicos, psicológicos y sociales que se presentan, para así garantizar la formación de un adulto capaz, siempre sin olvidar las grandes variaciones que pueden presentarse individualmente.

3. Aspectos demográficos.

La población de adolescentes y jóvenes de América Latina y el Caribe, se encuentra alrededor del 31% de la población total de esta área, la cifra estimada para el año 2,000 ascendía a 172 millones, es de mencionar que América Latina cuenta con dos tercios de la población adolescente de todo el continente Americano, de esta manera se tiene que la mediana de edad de la mayoría de los países (América Latina) está por debajo de los 20 años. El total de la población adolescente se mantiene sin cambios en los países en vías de desarrollo, lo cual provoca una demanda creciente para los sistemas de salud, educación y trabajo, con lo anterior existe el peligro de caer en una trampa demográfica en la que debido al alto número de población adolescente, no se podrá cubrir adecuadamente la demanda de los mismos. (22)

En Guatemala el grupo de población menor de 15 años representa el 44.2% de la población total, lo que equivale a 4.8 millones de personas, la población de 10 a 19 años asciende a una cifra de 2,752,924 lo que corresponde a 24.22% de la población total, de estos, el 51% pertenece al área rural y el 49% al área urbana y según la proyecciones elaboradas, la proporción de adolescentes continuará en aumento. (8)

La pobreza en este grupo es un punto importante, los niveles de esta en los adolescentes guatemaltecos se consideran críticos ya que 82% son pobres, a nivel de

grupo étnico los indígenas son mas pobres que los no indígenas, lo anterior coloca en desventaja al grupo adolescente en cuanto al desarrollo y potencialmente lo limita para poder integrarse a la población económicamente activa y contribuir al desarrollo del país. En el tema de educación, se ha determinado que el nivel educativo de primaria es en el que tanto hombres como mujeres adolescentes tienen una mayor frecuencia de participación, se conoce también que existe predominio de las mujeres sin educación respecto a los hombres; por área geográfica, existe una mayor cantidad de alfabetos en el área urbana, así también se ha descrito que la deserción por sexo para el área urbana del grupo adolescente equivale a 8.5% al sexo masculino y 7.9% al femenino, esta misma distribución se mantiene en al área rural en la que se tiene 11.8% y 9.4% respectivamente. En lo que respecta al trabajo, se estima que de la población económicamente activa en el grupo de 7 a 18 años, el 65.5% trabajan en la agricultura, 13.09% se ubican en servicios comunales, sociales y personales, 8.64% trabajan en la industria manufacturera textil y alimenticia, 4.03% en el ramo del comercio por mayor y el 4.9% en la construcción, en todos los casos se exponen a riesgos físicos, mentales y sociales. (8,22)

4. Salud.

El grupo adolescente se ha considerado como un grupo relativamente sano, sin embargo a pesar de las bajas tasas de morbilidad y mortalidad, este grupo presenta problemas de salud que pueden tener serias repercusiones en su vida, por lo que es muy importante la atención en ellos ya que muchos de estos problemas pueden ser prevenibles.

El estilo de vida adolescente puede definirse de dos maneras, uno al que se le denomina de bajo riesgo y el otro al que por el contrario, se le denomina de alto riesgo. Los adolescentes con estilo de vida de alto riesgo tienen mayor probabilidad de sufrir un daño a la salud, contrariamente los que tienen un estilo de vida de bajo riesgo no desarrollan actividades que los exponen a presentar estos daños, sin

embargo esto no está garantizado ya que un adolescente con conducta de bajo riesgo puede cambiar a conducta de alto riesgo de acuerdo al acontecer durante el transcurso de su vida, esto remarca una vez mas la importancia de la atención frecuente al adolescente. (22,32)

La salud del adolescente es influida no solo por el estilo de vida sino por otros factores como la educación, acceso a los servicios básicos, a los servicios de salud y los aspectos ambientales entre otros. Dentro de los principales problemas de salud del adolescente se encuentran los siguientes: los accidentes, la depresión, que se da principalmente en los adolescentes con baja autoestima, con desesperanza, quienes carecen de momentos de alegría y el desamparo entre otras características, este trastorno a su vez puede conducir al suicidio; las adicciones son otro problema importante de salud además de constituir un problema social y económico para el país; en Guatemala, el consumo de alcohol y tabaco son las principales. (8,32) Otros problemas lo constituyen los trastornos del sueño, del apetito, tales como la anorexia nerviosa y la bulimia, el embarazo, además las enfermedades de transmisión sexual, merece particular mención el VIH/SIDA, de esto se conoce que en Guatemala para el grupo de 10 a 19 años se han notificado durante el período de 1,984 al 2,000 un total de 153 casos lo que corresponde un 4.07% del total de casos notificados en todo el país, pero si se consolida el grupo de 10 a 24 años el porcentaje se incrementa a 21.06%. Los otros problemas se refieren a las violaciones, maltrato físico o mental, la prostitución y otros menos frecuentes. (4,8,22,28)

B. EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA.

1. Definición.

Existen varias definiciones de embarazo en la adolescencia, sin embargo la mayoría coincide en que esto se refiere a aquel embarazo que ocurre entre los 10 y los 20 años de edad. (2,10,13)

Otra definición de embarazo en la adolescencia es la que lo describe como aquella gestación que ocurre durante los dos primeros años ginecológicos de la mujer siendo la edad ginecológica 0 = edad de la menarquia y/o cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de la familia parental. Este proceso ha sido denominado también el síndrome del fracaso o la puerta de entrada al ciclo de la pobreza. (37)

2. Epidemiología.

La fecundidad de los adolescentes de América Latina y el Caribe ha disminuido principalmente en los países mas desarrollados, sin embargo en los países pobres, esta se mantiene sin variaciones significativas, en Guatemala la tendencia de la fecundidad en el grupo de 15 a 19 años desde el año 1,984 no ha disminuido. (8)

Actualmente el embarazo en adolescentes representa poco más de 10% de todos los nacimientos en el mundo. (41) Se ha descrito que alrededor de 35% de las jóvenes latinoamericanas tienen su primer hijo antes de los 20 años y aproximadamente el 8% de las adolescentes entre 15 y 19 años da a luz cada año en América Latina, esta cifra varía entre 6 y 15%, además según cálculos realizados, se ha encontrado que las mujeres que comienzan la procreación en la adolescencia tienen dos a tres veces mas hijos que las que retrasan el primer nacimiento luego de los veinte años, además las adolescentes que posponen la procreación luego de los 20 años tienen cinco veces mas probabilidades de terminar su educación secundaria en comparación a aquellas que no lo hacen, así también en América Latina las madres adolescentes tienen siete veces mas probabilidad de ser pobres que las madres de mayor edad. (18,20)

En Colombia, Guatemala y Paraguay , actualmente las mujeres tienen mas probabilidades de tener un hijo durante la adolescencia, en Guatemala 28% de las mujeres tienen su primer hijo antes de los 18 años, en México alrededor de 400,000

nacimientos anuales corresponden a madres que no han cumplido los 20 años de edad, lo que equivale a un 20% del total de embarazos. (20,40,41)

En Guatemala, del total de adolescentes menores de 20 años el 17% ya son madres y 4% se encuentran embarazadas con el primer hijo, el porcentaje que ya son madres aumenta con la edad hasta alcanzar el 41% en las mujeres de 19 años, además se encuentra que la cantidad de madres adolescentes disminuye con el nivel de educación, corresponde el 28% a las madres adolescentes sin educación y el 7% a aquellas con educación secundaria o superior, así también el porcentaje de madres adolescentes es menor en el área urbana en relación al área rural y es mayor en el grupo indígena comparado al grupo ladino. La tasa promedio de fecundidad en adolescentes guatemaltecas de 15 a 19 años se estima en 119 x 1,000, lo que significa que nacen 119 niños por cada mil mujeres del grupo de edad de 15 a 19 años.(8)

Existen datos que sugieren que la mayoría de embarazos en la adolescencia son no deseados, en Brasil 50% de los nacimientos de mujeres entre 15 y 19 años no son planificados, en un estudio realizado en Jamaica en el año de 1,993 el 77% de los embarazos se produjeron en el momento menos apropiado o no fueron deseados. (20) En Guatemala, en un estudio realizado en el hospital nacional de Coatepeque, se informa que 81% de las madres adolescentes respondieron que el embarazo no fue deseado. (23)

3. Causas y Factores de riesgo.

Se considera que el embarazo en la adolescencia es debido a múltiples causas, en el estudio de ellas se deben examinar varios factores, además de la causa fundamental que es el hecho de que los adolescentes mantienen relaciones sexuales sin las medidas de contracepción adecuadas. El embarazo en la adolescencia puede ser una respuesta a situaciones y presiones sociales, puede considerarse un fenómeno natural en una sociedad agrícola y un problema social en una sociedad

industrializada. (15) Los factores que se presentan en los adolescentes y que favorecen el embarazo, pueden agruparse en tres grupos:

a) Factores individuales.

Dentro de estos se mencionan el abandono escolar con la consiguiente falta de educación; como se describió anteriormente las adolescentes con bajos niveles de logros educacionales a menudo tienen una capacidad limitada además de escasa motivación para regular su fecundidad, dando como resultado mayor cantidad de embarazos, además la educación se asocia favorablemente con el uso de anticonceptivos al aumentar el conocimiento, la aceptabilidad y la utilización de los servicios de planificación familiar. (20,22)

Dentro de estos mismos factores se mencionan la dificultad para planear proyectos de vida, una personalidad inestable, baja autoestima, poca confianza, la falta de actitud preventiva, la menarquia precoz, esta última asociada probablemente al mejoramiento nutricional y a la menor actividad física de las adolescentes, se cree que la edad de la pubertad ha descendido en los últimos años y con esto también ha descendido el promedio de edad de inicio de las relaciones sexuales, hay datos que sugieren que el 18% de los adolescentes americanos han experimentado el sexo con anterioridad a los 15 años de edad, también diferentes estudios han demostrado que a la edad de 20 años el 75% de las mujeres y el 86% de los varones estadounidenses son sexualmente activos. (13,29)

Aunque existe una variación entre los países en cuanto al inicio de la actividad sexual, la tendencia parece ser que la mayoría de la gente joven empieza la actividad sexual durante la adolescencia, por ejemplo, el promedio de edad para la primera experiencia sexual en once países de América Latina y el Caribe es de 19.4 años, la edad media al contraer matrimonio es de 20.5 años. (15) En un estudio realizado en Chile, el 44.2% de los alumnos encuestados se encontraba sexualmente activo, esta

cifra asciende a 57.8% en los hombres y es de 30.9% en las mujeres. (5) En Guatemala la edad mediana a la primera unión se estima en 19 años, el 6.8% de las mujeres entre 15 y 19 años tuvieron su primera unión conyugal a los 15 años, además de estos datos, se describe que el porcentaje de mujeres que tienen su primera relación antes de los 20 años es de casi el 70%, el 8.3% ha tenido su primera relación antes de los 15 años, la edad media de la primera relación en el área urbana es de 19.8 años y en el área rural de 17.9 años.(8) Es importante mencionar que en la mayoría de las primeras relaciones no se utiliza algún medio de anticoncepción con lo que el riesgo de quedar embarazada aumenta significativamente. (29)

En el estudio efectuado por Villanueva y col. en el año 2,001 se demostró que en la mitad de los casos de adolescentes embarazadas, no se realizaron prácticas anticonceptivas en su primera relación sexual por ignorar los tipos de métodos o su forma de uso, en este mismo estudio, solo un tercio de las adolescentes embarazadas demostraron conocer el uso de al menos un método anticonceptivo. (42)

Otro estudio realizado en 1,997 por Barreno Maldonado, indica que del grupo estudiado, la edad promedio del primer contacto sexual fue de 13 años, en este mismo estudio se menciona que de los adolescentes con vida sexual activa solo el 29.4% utiliza el condón como método de protección.(3)

La falta de educación sexual es otro factor, aunque existen estudios como el realizado en 1,995 por Ramírez Guzmán, en el cual se reporta que el nivel de conocimiento que presentaron las adolescentes es bueno, la orientación en el 54.64% de los casos fue recibida dentro de la familia. (31)

A diferencia de lo anterior, solo el 26.6% de los adolescentes reciben educación sexual con los padres, según el estudio efectuado por Zúñiga Argueta en 1,991, en este mismo estudio se menciona que el 32.8% de los varones ya ha tenido relaciones sexuales, en contraste solo 5.6% de las mujeres refirió haber tenido relaciones

sexuales. (43) Como puede observarse, existen variaciones en la edad de inicio de las relaciones sexuales y esto depende en gran medida del grupo estudiado.

Otros factores contenidos en este grupo se refieren a una conducta antisocial, abuso de sustancias, sentimiento de desesperanza y la ignorancia de su propia fisiología.

b) Factores familiares.

Un mal funcionamiento familiar puede predisponer a una relación sexual prematura, dentro de los factores familiares se menciona una familia disfuncional, tensión y conflicto familiar, según Padila de Gil en un estudio realizado en 1,998 únicamente el 34% de las adolescentes embarazadas provenía de hogares estables con la presencia de padre y madre.(27)

Otros factores familiares que contribuyen a este fenómeno lo constituyen una familia en crisis, pérdida de un familiar, enfermedad crónica de algún familiar, madre con embarazo en la adolescencia, hermana adolescente embarazada, madre aislada y emocionalmente poco accesible, vínculo más estrecho con el padre, padre ausente y vínculo mas estrecho con la madre pero ambivalente.(15,22)

c) Factores sociales.

En un ambiente de pobreza y subdesarrollo, donde la movilidad social es escasa o nula, asociado a que los adolescentes no son capaces de entender todas las consecuencias de la iniciación de la actividad sexual precoz, es muy probable que ocurra el embarazo. Se mencionan dentro de los factores sociales una condición económica desfavorable, migración reciente, trabajo no calificado, vivir en el área rural, ingreso precoz a la fuerza de trabajo, mitos y tabúes sobre la sexualidad, marginación social, presión por parte de la pareja, mensajes contradictorios con respecto a la sexualidad, en la familia, en la sociedad y en los medios masivos de

comunicación, además la violencia, el abuso y el machismo como valor cultural. La pérdida de la religiosidad es otro factor que afecta las barreras para el ejercicio de la sexualidad adolescente. (15,22,37) Como puede observarse , el embarazo en la adolescencia puede deberse a una gran cantidad de causas lo cual hace difícil el control y la reducción de este fenómeno, considerado como un importante problema de salud principalmente por su incremento, su contribución al crecimiento acelerado de la población, sus efectos adversos a la salud de la madre y el hijo en condiciones desfavorables y su contribución a la persistencia de la pobreza. (34)

4. Motivo de consulta.

A menudo no se sospecha el embarazo de la adolescente hasta que este se vuelve obvio, lo cual puede incrementar la morbi-mortalidad de la adolescente embarazada debido a la demora en el inicio del control prenatal. Los principales motivos de consulta de las adolescentes son la ausencia de la menstruación, la congestión y aumento de volumen mamario, náusea matinal y aumento de peso, por lo regular las jóvenes sospechan su embarazo y acuden al médico para obtener una confirmación. Otras adolescentes en cambio tienen motivos de consulta distractores, dentro de estos se encuentran la solicitud de un examen médico de rutina, solicitud de métodos anticonceptivos, fatiga, desmayos, vómitos, dolor abdominal, constipación, cefalea, depresión, dolor de espalda, calambres y obesidad entre otros, y debido a estos, en algunas ocasiones puede darse un diagnóstico equivocado. (17,37)

5. Actitud con respecto al embarazo.

En general, las adolescentes embarazadas en la adolescencia temprana presentan una incidencia más elevada de trastornos emocionales, es más común la negación del embarazo, en este período la adolescente se encuentra psicológicamente atada a la madre, se preocupa por sus propias necesidades y no es capaz de pensar en el embarazo como un hecho que va a culminar transformándola en madre, debido a su relación estrecha con la madre, puede llegar a experimentar celos con respecto a los

sentimientos que su hijo podría despertar en su madre, además el hombre por lo regular esta ausente de los planes de la futura madre. (22,28)

En la adolescencia media es característica la marcada competencia con la madre, es común una gran variación del estado anímico y es frecuente que la adolescente se encuentre muy confundida, la joven se siente posesiva del feto, además en este período la mayoría de las madres desarrollan fantasías ambivalentes acerca de la maternidad, el hombre es considerado importante pero principalmente por ser una esperanza en el futuro. En la adolescencia tardía a menudo el embarazo es un intento de consolidar la intimidad, esta es la etapa de la consolidación de la identidad y para algunas esto se logra con el papel de madre, constituye además una etapa de planificación y muchas se dedican a los placeres de la gestación, en esta etapa también es mas frecuente que la adolescente desarrolle sentimientos maternales y protectores, otra actitud que se presenta es la búsqueda de afecto y compromiso por parte del hombre. (22,28,37)

6. Control prenatal.

Se considera que en condiciones adecuadas de nutrición, de salud y de control prenatal, además de un contexto familiar y social favorable, un embarazo o parto en la adolescencia no conlleva mayores riesgos de salud materna y neonatal que un embarazo o parto a edades mas tardías y solo a edades menores de 14 años se constituye en un riesgo. (25,34)

Por lo anterior se deduce que el control prenatal es sumamente importante para garantizar a la adolescente embarazada la disminución de los riesgos tanto para ella como para el producto de la concepción.

El tipo de atención que se debe dar a la adolescente embarazada durante el control prenatal, en términos generales no difiere de la atención que reciben la

mujeres mayores, es muy importante iniciar los controles en el primer trimestre del embarazo, con visitas mensuales hasta su terminación e incluso posterior a el, en cada consulta debe brindarse información para lograr una mejor educación de la paciente. (22)

A pesar de la importancia del control prenatal, existe principalmente en los lugares mas pobres una baja afluencia al mismo, sin embargo los datos varían, en el estudio realizado por Padila de Gil en 1,998 refiere que el 88% de las adolescentes embarazadas había llevado al menos un control prenatal (27), De la Garza Quintanilla y col. reportan en un estudio en 1,997 que de las madres adolescentes de 12 a 15 añosque acudieron a mas de cinco consultas prenatales, el porcentaje correspondía a 48% y en las madres de 16 a 18 años la cifra era de 51%, las de menos de cinco consultas prenatales en el primer grupo era de 31.6% y en el segundo de 23.3%, además las madres con cero consultas prenatales correspondían un 20.3% al primer grupo y 26.2% al segundo. (11) En el estudio realizado por Ruiz Linares y col., publicado en 1,998 se menciona que la mayoría de las adolescentes encuestadas, que equivale a 80%, acudieron al médico para control prenatal. (33)

7. Complicaciones del embarazo en la adolescencia.

La falta de atención y cuidados prenatales así como condiciones de vida adversas, incrementa durante el embarazo en la adolescencia las complicaciones de salud tanto para la madre como para el recién nacido, así como complicaciones socio-económicas para ambos.

Algunos factores que se asocian a una probabilidad mayor de tener complicaciones del embarazo son los siguientes: edad menor de 15 años, estatura menor de 1.50 m, soltera o sin compañero estable, peso inicial al embarazo menor de 45 Kg, aumento de peso menor de 8 Kg durante el embarazo, analfabetismo, consumo de alcohol o drogas, ingreso familiar bajo, embarazo producto de abuso sexual, poca accesibilidad a los servicios, ausencia de control prenatal, trastornos del

embarazo y enfermedades crónicas, por lo que es importante tener presente estas características y reconocerlas para tener así un mejor cuidado de la adolescente embarazada. (22)

Dentro de las consecuencias para la madre adolescente se mencionan un aumento de la mortalidad materna, esto probablemente debido a que su organismo no está lo suficientemente maduro, además puede ocurrir que no reconozcan los síntomas del embarazo o no deseen reconocer esta situación, demorando el inicio del control prenatal. En Paraguay por ejemplo, el riesgo que una adolescente tiene de morir es 52 veces mas elevado que en Estados Unidos; casi 20% de las muertes de mujeres adolescentes en Paraguay son atribuibles a complicaciones del embarazo o el parto, las cifras correspondientes son de 13% en Ecuador, 8.2% en República Dominicana y 7.2% en El Salvador. (20)

La toxemia constituye otra complicación en la adolescente embarazada, debido a que este trastorno puede presentarse más frecuentemente en nulíparas y en los extremos de la edad reproductiva. (10,26) Villanueva y col. en un estudio efectuado en 1,997 reporta que del total de enfermedad hipertensiva del embarazo, el 25.88% correspondió al grupo menor de 20 años (40), De la Garza Quintanilla y col. reportan la presencia de este trastorno en la población de estudio con un porcentaje de 7.6% (11), una cifra menor menciona Morales Fajardo quien reporta la presencia de esta entidad en 5% de las adolescentes estudiadas. (23)

Una complicación más en este grupo es el parto prematuro, ya que este trastorno es más frecuente en menores de 21 años o mayores de 36, existe mayor riesgo en mujeres con estatura menor de 1.52 m, que sean solteras y en aquellas en condiciones socio-económicas bajas entre otras, por lo que esto a conducido a considerar que el parto prematuro es una enfermedad social; a pesar de que en los últimos años se ha logrado una mejoría extraordinaria en el pronóstico de productos

que nacen prematuramente, este problema se considera la causa mas importante de morbilidad y mortalidad perinatal. (6,16,21)

La frecuencia de parto prematuro es variable, De la Garza Quintanilla y col. reportan 2.5% de amenaza de parto pretérmino (11), Padila de Gil reporta un porcentaje mas alto, cifra que equivale a 11% y de esta manera los resultados pueden variar de acuerdo a las diferentes características y factores de riesgo que se presenten en la población de estudio.

La ruptura prematura de membranas también se menciona como complicación en la adolescente embarazada, la prevalencia es variable, sin embargo diferentes estudios reportan la frecuencia de esta entre el 6% y el 11%. (11,23,27) La anemia es considerada una complicación frecuente en este grupo, además de esta se mencionan como complicaciones del embarazo en la adolescencia las infecciones, principalmente de vías urinarias, la desproporción céfalo-pélvica y otras menos frecuentes como placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta y embarazo prolongado. (10,11)

Se ha descrito que en los embarazos adolescentes la cirugía obstétrica se incrementa debido a la mayor patología que acompaña al embarazo así como a la menor vigilancia prenatal sin embargo esta información en la actualidad es discutible y existen estudios como el realizado por Torres Ramírez y col. en el que se reporta que la edad adolescente no constituye un factor causante de mayor frecuencia de resolución obstétrica de tipo quirúrgico. (30)

Los trastornos afectivos también pueden considerarse como una complicación principalmente porque la adolescente embarazada muestra frecuentemente bajos niveles de control afectivo con inmadurez para planear el futuro. Dentro de estos la depresión se considera frecuente, Villanueva y col. identificaron este problema en

39% de las adolescentes embarazadas que estudiaron (41), en este estudio se recomienda el apoyo psicológico para identificar y tratar oportunamente patrones de riesgo en el vínculo materno-infantil durante el embarazo, así como para evitar las repercusiones en el desarrollo psicológico de la adolescente y de su hijo.

El aborto es otra complicación, muchas veces el mismo es solicitado por la propia adolescente en condiciones peligrosas con lo cual pone en riesgo incluso su vida. Sin embargo existen estudios que indican que la frecuencia de aborto en adolescentes no es significativa. (9,15)

Dentro de las consecuencias socio-económicas para la madre adolescente se encuentran el riesgo de deserción escolar con la consiguiente baja escolaridad, desempleo mas frecuente, ingreso económico reducido, además de presentar mayor riesgo de separación, divorcio y abandono, con lo cual se restringen los derechos que como mujeres tienen. (12,27,37)

El embarazo en la adolescencia también trae consecuencias negativas al hijo, dentro de estas se mencionan un mayor riesgo de morbi-mortalidad principalmente en el primer año de vida, y son las infecciones una de las principales causas de mortalidad. (19,33,37).

La prematurez constituye un problema importante y se describe como una de las principales causas de morbilidad en diferentes estudios (10,23,27). El bajo peso al nacer es otro problema de morbilidad bastante frecuente, y hay estudios que sugieren que existe mayor riesgo de mortalidad infantil para los hijos de madres adolescentes que fueron de bajo peso al nacer. (19)

Otras complicaciones del recién nacido incluyen la asfixia perinatal, aspiración meconial, óbito, malformaciones congénitas y otras menos frecuentes. (11, 27,40)

Además de estas complicaciones, el hijo de la madre adolescente puede presentar una capacidad mental probablemente inferior, así también alto riesgo de abuso físico, negligencia en los cuidados de salud, desnutrición, retardo del desarrollo físico y emocional. (22,37)

8. Prevención y servicios de salud al adolescente.

Debido a los múltiples factores que intervienen en el embarazo adolescente es difícil lograr una prevención del mismo, sin embargo existen modelos para la prevención de este fenómeno, los programas tienden a enfocarlos en particular o usar una combinación de enfoques, en el que debe de tomarse en cuenta los ambientes familiares y sociales donde se desenvuelve la adolescente, para lograr así un mayor impacto de dichos programas. Tradicionalmente el modelo utilizado ha sido el modelo médico el cual enfatiza el problema como si su etiología fuera única por lo que es considerado un modelo incompleto, de aquí que en la actualidad se trata de integrar en un programa todos los factores relacionados no solo en lo que respecta al embarazo sino a todos los problemas de salud que pueda presentar el adolescente, para lograr así un completo bienestar y desarrollo óptimo de este.(36,38,39)

Aunque en la actualidad el desarrollo de los servicios de atención de salud de los adolescentes es restringido y en las unidades de atención ya organizadas la demanda de atención es baja, debe reconocerse la importancia de estos centros como lugares de docencia y como pioneros en el desarrollo de una atención especializada para este grupo de edad. (22) En la actualidad, cada vez se le da mas importancia a la salud del grupo adolescente, la mayoría de los programas o políticas que se formulan, van dirigidos a buscar la mejora integral de la salud. (35,38)

La salud integral del adolescente debe ser entendida desde el punto de vista de su trascendencia, como un elemento básico para el desarrollo social de los países y del mundo en general, y es en los países en desarrollo en donde las exigencias y manifestaciones psicosociales de salud integral son probablemente mas evidentes. En relación a la atención integral del adolescente, deben considerarse por lo menos cinco dimensiones; la primera de estas relacionada con el concepto de integralidad de la salud en general, las tres siguientes hacen referencia a estrategias de programación y la última que se refiere a estrategias y requisitos operacionales de los servicios de salud y bienestar de los adolescentes. (37)

Para facilitar el desarrollo de ámbitos o servicios de salud al adolescente, se han reunido un conjunto de características en el denominado esquema de condiciones de eficiencia de los servicios ambulatorios de salud del adolescente, definiendo condiciones de eficiencia según la OPS/OMS como el conjunto de características que deben reunir los recursos de un servicio para atender adecuadamente las necesidades de salud de una población. (22,37) El esquema se divide en ocho áreas y cada una de estas se subdivide, lo que constituye al final un total de 144 características. (ver anexos) Las normas en el cumplimiento de este esquema deben ser flexibles y deben revisarse y ajustarse según se considere necesario. (22,37)

VI. MATERIAL Y MÉTODOS

A. METODOLOGÍA.

1. TIPO DE ESTUDIO.

Descriptivo.

2. SUJETO DE ESTUDIO.

Adolescente en su post-parto inmediato, historia clínica, registro de personal.

3. POBLACIÓN O MUESTRA DEL ESTUDIO.

Adolescentes comprendidas entre 12 y 19 años, 11 meses y 29 días que asistan al Hospital Nacional de Chimaltenango para atención del parto durante los meses de junio y julio del año 2,002.

4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- Mujeres entre 12 y 19 años, 11 meses y 29 días que asistan al Hospital Nacional de Chimaltenango para atención del parto.

4.1 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- Que la paciente se niegue a participar en el estudio.
- Pacientes en quienes exista una barrera de comunicación que imposibilite la recolección de la información.

5. VARIABLES A ESTUDIAR.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	UNIDAD DE MEDIDA
Características generales	Atributos de una persona e incluyen:			
	Edad: tiempo que una persona ha vivido, a contar desde que nació.	Lo anotado en la historia clínica.	Numérica	Años
	Estado Civil: situación en la que convive una persona en la sociedad, con relación a una pareja.	Lo que responda la paciente, a través de pregunta directa.	Nominal	Soltera Casada Unida Viuda Divorciada
	Grupo étnico: agrupación natural de individuos de igual cultura.	Lo que responda la paciente, a través de pregunta directa.	Nominal	Ladino Indígena
	Municipio de procedencia: lugar de donde una persona proviene.	Lo que responda la paciente, a través de pregunta directa.	Nominal	Nombre del municipio
	Ocupación: actividad a la cual se dedica una persona.	Lo que responda la paciente, a través de pregunta directa.	Nominal	Estudiante Ama de casa Agricultora Profesional Otro
	Religión: conjunto de creencias, mitos o dogmas acerca de la divinidad.	Lo que responda la paciente, a través de pregunta directa.	Nominal	Católica Evangélica Otra

	Escolaridad: conjunto de cursos que un estudiante aprueba en un establecimiento docente. Educación sexual: enseñanza del conjunto de condiciones, anatómicas fisiológicas y psicológicas que caracterizan a cada sexo.	Se preguntará cual es el último grado aprobado al momento de la entrevista. Lo que la paciente responda de si ha recibido o no orientación sobre educación sexual.	Numérica Nominal	Primaria Secundaria Universitaria Ninguno Si No ¿Quién le ha informado?
Características socio-económicas	Elementos propios de una persona e incluye ingresos económicos que es la cantidad de dinero que se percibe con regularidad.	Únicamente se preguntará cual es la fuente de la cual recibe dinero regularmente.	Nominal	Padres Pareja Ella misma Otra
Antecedentes obstétricos	Resumen general de la historia de la función del sistema reproductor de la mujer. Incluyen: Menarquia: edad de la primera menstruación. Gestas: embarazos que una mujer ha tenido. Partos: procesos comprendidos entre el comienzo de la dilatación del cuello uterino y la expulsión de la placenta.	Lo que responda la paciente, a través de pregunta directa. Lo que responda la paciente, a través de pregunta directa. Lo que responda la paciente, a través de pregunta directa.	Numérica Numérica Numérica	Años Total de gestas Total de partos

	Abortos: interrupciones del embarazo antes de que el feto pueda sobrevivir fuera del útero.	Lo que responda la paciente, a través de pregunta directa.	Numérica	Total de abortos
	Cesáreas: cirugías para extraer al feto por vía abdominal.	Lo que responda la paciente, a través de pregunta directa.	Numérica	Total de cesáreas
	Hijos vivos: personas descendientes que tienen vida.	Lo que responda la paciente, a través de pregunta directa.	Numérica	Total de hijos vivos
	Hijos muertos: personas descendientes en quienes ha cesado la vida.	Lo que responda la paciente, a través de pregunta directa.	Numérica	Total de hijos muertos
	Embarazo deseado: aquella gestación que se planifica y anhela que acontezca.	Lo que responda la paciente, a través de pregunta directa.	Nominal	Si No
Características del control prenatal	Conjunto de actividades médicas dirigidas a asegurar que el embarazo culmine en el parto de un niño sano sin deteriorar la salud de la madre e incluyen:	Lo que responda sobre la asistencia a un servicio médico, público o privado para recibir cuidado del embarazo. (Solo se describirán las características de las pacientes con control en este hospital.)	Nominal	En este hospital Otro centro No recibió

	Edad gestacional en el primer control: tiempo del embarazo al momento de la primera consulta.	Lo anotado en la historia clínica según fecha de última regla.	Numérica	Semanas de gestación
	Consultas prenatales: cantidad de asistencias al médico para control del embarazo.	Se tomará lo anotado en la historia clínica.	Numérica	Total de consultas prenatales
	Peso: medida de valor variable indicada por una balanza.	Se verificará en la historia clínica si se registra en cada consulta.	Nominal	Si No
	Talla: la estatura de una persona.	Se verificará en la historia clínica si se registra en cada consulta.	Nominal	Si No
	Presión arterial: la fuerza ejercida por la sangre sobre las paredes de las arterias.	Se verificará en la historia clínica si se registra en cada consulta.	Nominal	Si No
	Maniobras de Leopold: examen para conocer el estado del feto dentro del útero.	Se verificará en la historia clínica si se registra en cada consulta.	Nominal	Si No
	Altura uterina: medida tomada de la sínfisis pubiana al fondo uterino.	Se verificará en la historia clínica si se registra en cada consulta.	Nominal	Si No
	Frecuencia cardiaca fetal: auscultación de los latidos del corazón del feto.	Se verificará en la historia clínica si se registra en cada consulta.	Nominal	Si No

	Pruebas de sangre: exámenes de laboratorio del fluido que circula por el sistema vascular.	Se anotará de la historia clínica cuales fueron realizadas.	Nominal	Hematocrito Grupo y Rh VDRL Glicemia Otra Ninguna
	Pruebas de orina: exámenes de laboratorio del líquido excretado por los riñones.	Se anotará de la historia clínica cuales fueron realizadas.	Nominal	Orina simple Urocultivo Otra Ninguna
Vía de resolución del embarazo	Medio o conducto a través del cual el producto de la concepción nace.	Se tomará lo anotado en la historia clínica.	Nominal	Parto eutócico simple Cesárea
Complicaciones obstétricas	Dificultad o adversidad a la salud de la mujer durante el embarazo, parto y/o puerperio.	Se tomará lo anotado en la historia clínica.	Nominal	Si No ¿Cuál?
Características del recién nacido	Elementos o atributos presentes en el producto de la gestación, que incluyen:			
	Peso: medida de valor variable indicada por una balanza. Talla: medida que expresa la longitud del recién nacido.	Se tomará lo anotado en la historia clínica. Se tomará lo anotado en la historia clínica.	Numérica Numérica	Peso en gramos Talla en centímetros

	APGAR: método práctico para valorar el estado del recién nacido inmediatamente después del parto, permite identificar la necesidad de reanimación.	Se tomará lo anotado en la historia clínica al minuto y a los cinco minutos.	Ordinal	0 – 10
	Edad gestacional por Capurro: tiempo expresado en semanas y calculado en base a características físicas del recién nacido.	Se tomará lo anotado en la historia clínica.	Numérica	Semanas calculadas
	Complicaciones: dificultad o adversidad a la salud del producto de la gestación.	Se tomará lo anotado en la historia clínica.	Nominal	Si No ¿Cuál?
	Anomalía congénita: malformación generalmente estructural presente en el momento del nacimiento.	Se tomará lo anotado en la historia clínica.	Nominal	Si No ¿Cuál?
Personal médico y paramédico	Conjunto de médicos y enfermeras o enfermeros que laboran en una institución.	La cantidad de médicos y enfermeras (os) anotados en el registro de personal, destinados al área de obstetricia y recién nacidos al realizar el estudio.	Numérica	Cantidad médicos Cantidad enfermeras (os)

Recurso físico	Bienes, elementos o medios materiales de que uno dispone.	La cantidad registrada de clínicas para control prenatal, salas de atención de parto y camas en sala de obstetricia y recién nacidos, disponibles en el hospital al momento del estudio.	Numérica	Cantidad: Clínicas de control prenatal Salas de parto Camas sala de obstetricia Camas sala de recién nacidos
----------------	---	--	----------	--

6. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Fue elaborado un instrumento para recolectar la información necesaria, el cual se presenta en anexos.

7. EJECUCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.

- En la primera etapa se realizará la presentación del protocolo ya aprobado al director del Hospital Nacional de Chimaltenango, esto se llevará a cabo verbalmente por el estudiante, luego con el apoyo de él, se hará la presentación del estudio al personal médico y paramédico del área de obstetricia y recién nacidos una semana antes del inicio del trabajo de campo en las instalaciones del centro hospitalario.
- La recolección de los datos contenidos en el instrumento constituye la siguiente etapa, esto se realizará a través de una entrevista del estudiante a la madre adolescente en su puerperio inmediato además de la revisión de la historia clínica, durante los meses de junio y julio del año 2,002 en el Hospital Nacional de Chimaltenango.

- Se visitará diariamente el hospital por las mañanas para búsqueda de las adolescentes y realizar la entrevista, se toma en consideración que las pacientes egresan al día siguiente de la atención del parto, por lo que, aquellas que ingresen durante la tarde o noche pueden ser entrevistadas la mañana siguiente.
- Para la información del recurso médico, paramédico y físico, se visitará al inicio del trabajo de campo la oficina de personal para conocer dicha información, lo realizará el estudiante, con la autorización previa de la autoridad respectiva.
- Luego de concluido el trabajo de campo, se procederá a la tabulación de la información para su posterior presentación en el informe final, lo efectuará el estudiante con la ayuda de asesor y revisor.

8. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.

Los resultados serán presentados en tablas con su gráfica respectiva.

9. ASPECTOS ÉTICOS.

- Se realizará antes de la entrevista la presentación personal con la paciente
- Se informará a la paciente acerca del estudio, los objetivos y el propósito del mismo, además de indicarle la importancia de su participación.
- Se informará que la forma de participar en el estudio será por medio de responder verbalmente las preguntas contenidas en el instrumento y que personas ajenas al estudio no tendrán acceso a la información proporcionada.
- Se indicará que la participación en el estudio es voluntaria.

B. RECURSOS.

1. MATERIALES FÍSICOS.

- Cuaderno y útiles de escritura (lapicero, lápiz, borrador)
- Hojas de papel en blanco.
- Computadora e impresora.
- Vehículo de transporte hacia el hospital.
- Instalaciones del Hospital Nacional de Chimaltenango
- Registro de historia clínica.
- Registro de personal.

2. HUMANOS.

- Médicos y enfermeras del área de obstetricia del Hospital Nacional de Chimaltenango.
- Pacientes.

3. ECONÓMICOS.

- Fotocopias.
- Combustible o pasaje de transporte.
- Impresión de tesis.

VII. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

CONTROL PRENATAL, PARTO Y POST-PARTO EN LA ADOLESCENTE

CUADRO No. 1

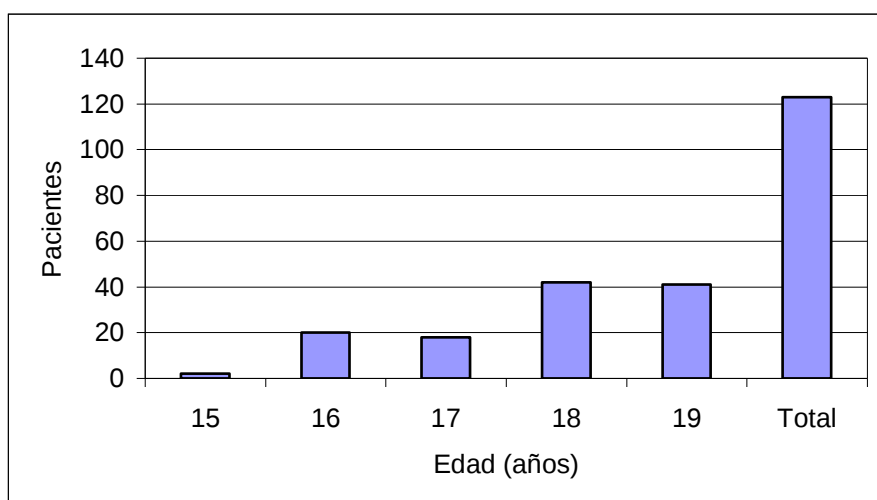
Distribución de pacientes post-parto según edad, atendidas en el Hospital Nacional de Chimaltenango, durante los meses de junio y julio de 2,002.

Edad (años)	No.	%
15	2	1.63
16	20	16.26
17	18	14.63
18	42	34.15
19	41	33.33
Total	123	100.00

Fuente: Boleta de recolección de datos, pregunta No. 1.

GRAFICA No. 1

Distribución de pacientes post-parto según edad, atendidas en el Hospital Nacional de Chimaltenango, durante los meses de junio y julio de 2,002.



CUADRO No. 2

Distribución de pacientes post-parto según estado civil, grupo étnico y religión, atendidas en el Hospital Nacional de Chimaltenango, durante los meses de junio y julio de 2,002.

	Estado Civil					Grupo Étnico			Religión			
	S	C	U	V/D	Total	L	I	Total	C	E	O	Total
No.	17	61	45	0	123	47	76	123	67	43	13	123
%	13.82	49.59	36.59	0.00	100.00	38.21	61.79	100.00	54.47	34.96	10.57	100.00

Estado civil: S = soltera, C = casada, U = unida, V/D = viuda/ divorciada.

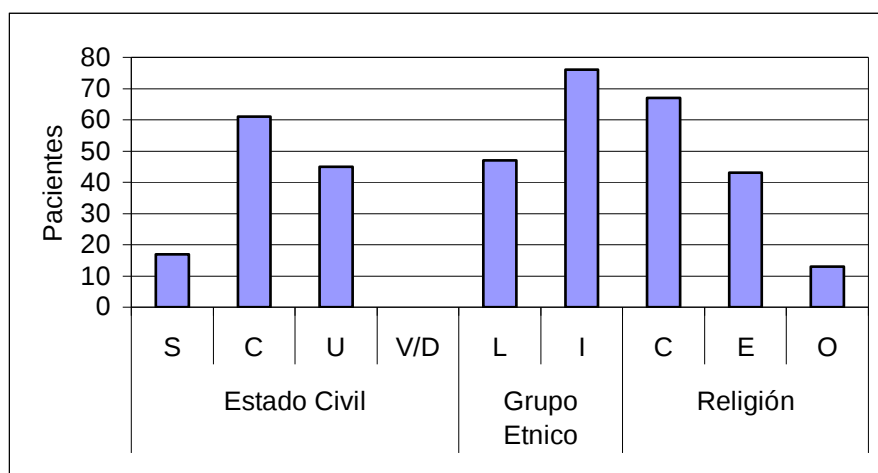
Grupo étnico: L = ladino, I = indígena.

Religión: C = católica, E = evangélica, O = otra (mormona 2, ninguna 11).

Fuente: Boleta de recolección de datos, preguntas No. 2, 3 y 6.

GRAFICA No. 2

Distribución de pacientes post-parto según estado civil, grupo étnico y religión, atendidas en el Hospital Nacional de Chimaltenango, durante los meses de junio y julio de 2,002.



CUADRO No. 3

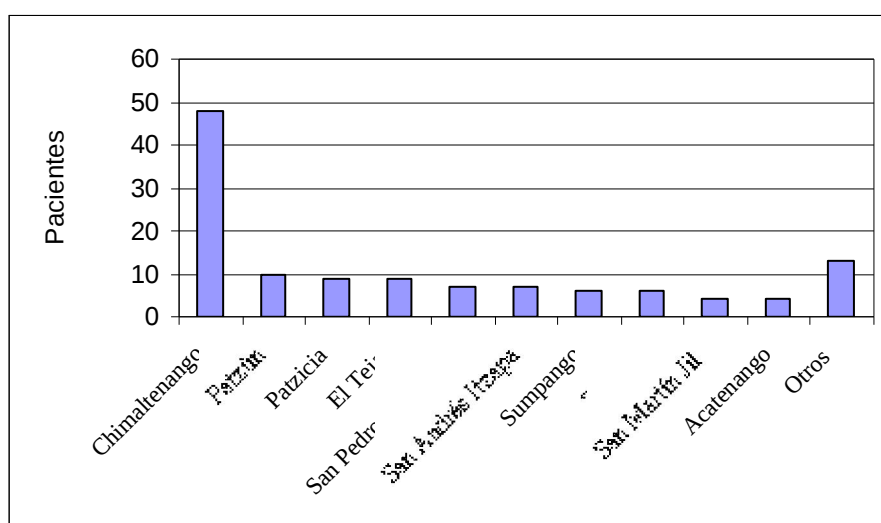
Distribución de pacientes post-parto según municipio de procedencia, atendidas en el Hospital Nacional de Chimaltenango, durante los meses de junio y julio de 2,002.

Municipio	No.	%
Chimaltenango	48	39.02
Patzún	10	8.13
Patzicia	9	7.32
El Tejar	9	7.32
San Pedro Yepocapa	7	5.69
San Andrés Itzapa	7	5.69
Sumpango	6	4.88
Tecpán	6	4.88
San Martín Jilotepeque.	4	3.25
Acatenango	4	3.25
Otros	13	10.57
Total	123	100.00

Fuente: Boleta de recolección de datos, pregunta No. 4.

GRAFICA No. 3

Distribución de pacientes post-parto según municipio de procedencia, atendidas en el Hospital Nacional de Chimaltenango, durante los meses de junio y julio de 2,002.



CUADRO No. 4

Distribución de pacientes post-parto según ocupación, atendidas en el Hospital Nacional de Chimaltenango, durante los meses de junio y julio de 2,002.

Antes del Embarazo			Después del Embarazo	
Ocupación	No.	%	No.	%
Estudiante	15	12.20	4	3.25
Ama de casa	88	71.54	113	91.87
Agricultora	1	0.81	1	0.81
Profesional	0	0.00	0	0.00
Otras	19	15.45	5	4.07
Total	123	100.00	123	100.00

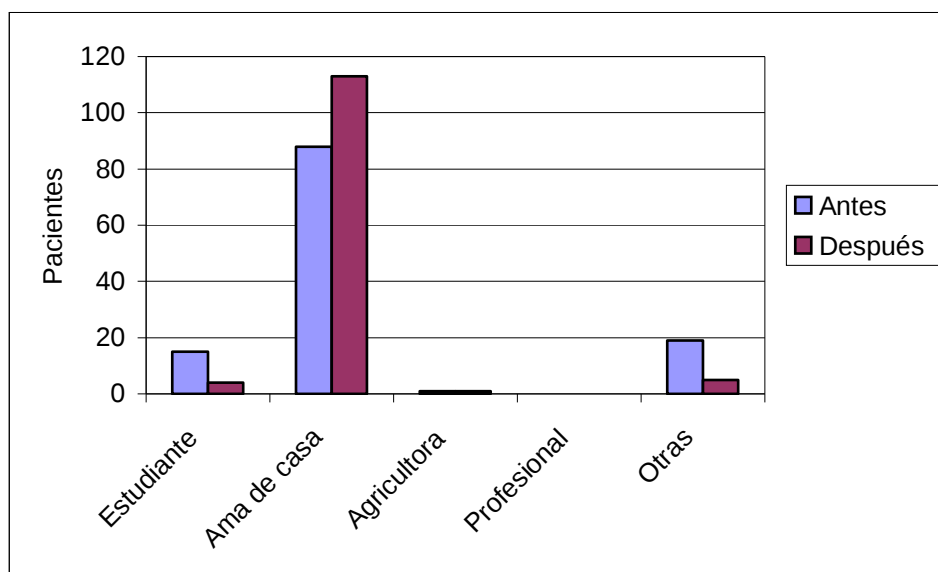
Otras (antes): Maquila 13, oficios domésticos 4, cocinera 2.

Otras (después): Maquila 3, cocinera 2.

Fuente: Boleta de recolección de datos, pregunta No. 5.

GRAFICA No. 4

Distribución de pacientes post-parto según ocupación, atendidas en el Hospital Nacional de Chimaltenango, durante los meses de junio y julio de 2,002.



CUADRO No. 5

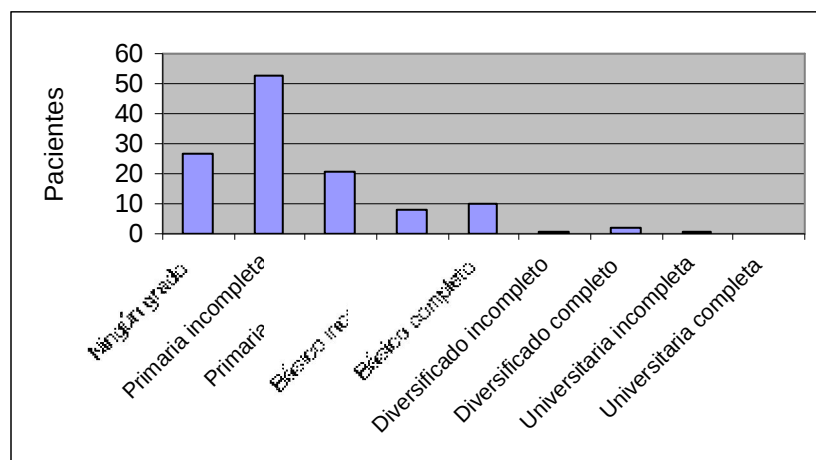
Distribución de pacientes post-parto según escolaridad, atendidas en el Hospital Nacional de Chimaltenango, durante los meses de junio y julio de 2,002.

Escolaridad	No.	%
Ningún grado	27	21.95
Primaria incompleta	53	43.09
Primaria completa	21	17.07
Básico incompleto	8	6.50
Básico completo	10	8.13
Diversificado incompleto	1	0.81
Diversificado completo	2	1.63
Universitaria incompleta	1	0.81
Universitaria completa	0	0.00
Total	96	78.05

Fuente: Boleta de recolección de datos, pregunta No. 7.

GRAFICA No. 5

Distribución de pacientes post-parto según escolaridad, atendidas en el Hospital Nacional de Chimaltenango, durante los meses de junio y julio de 2,002.



CUADRO No. 6

Distribución de pacientes post-parto según orientación sobre educación sexual, atendidas en el Hospital Nacional de Chimaltenango, durante los meses de junio y julio de 2,002.

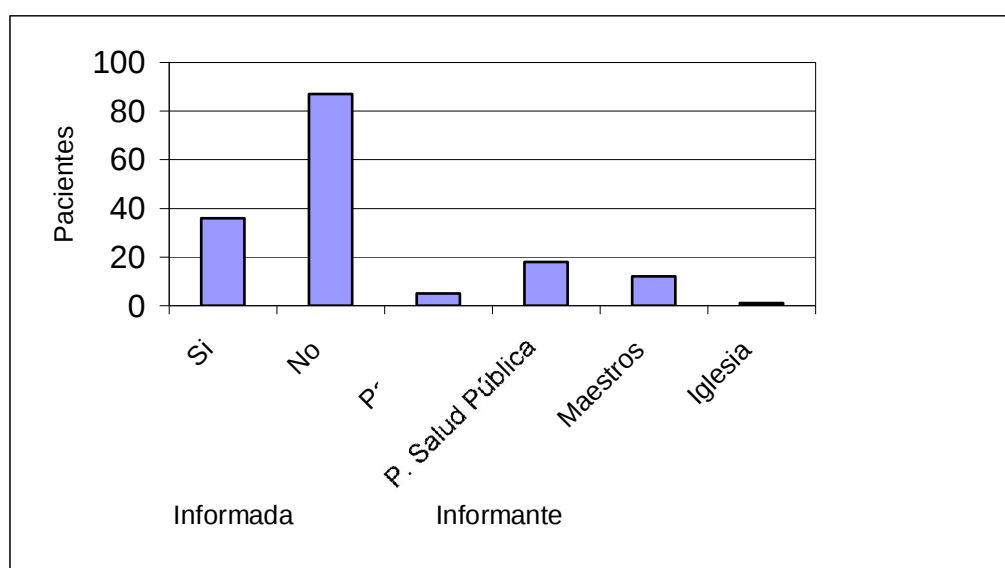
Recibió orientación	No.	%
Si	36	29.27
No	87	70.73
Total	123	100.00
Quien le informó		
Padres	5	4.07
P. Salud Pública	18	14.63
Maestros	12	9.76
Iglesia	1	0.81
Total	36	29.27

P. Salud Pública= personal de salud pública.

Fuente: Boleta de recolección de datos, pregunta No. 8.

GRAFICA No. 6

Distribución de pacientes post-parto según orientación sobre educación sexual, atendidas en el Hospital Nacional de Chimaltenango, durante los meses de junio y julio de 2,002.



CUADRO No. 7

Distribución de pacientes post-parto según fuente de ingreso económico, atendidas en el Hospital Nacional de Chimaltenango, durante los meses de junio y julio de 2,002.

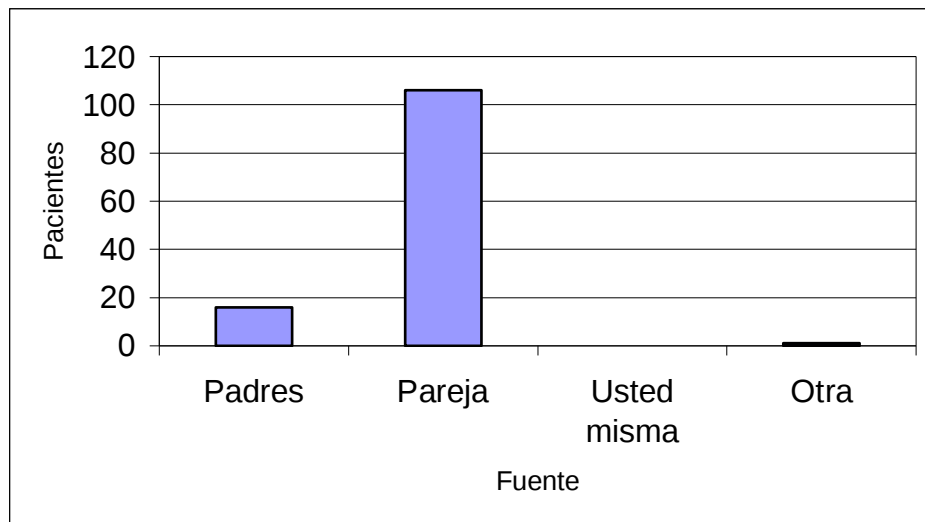
Fuente	No.	%
Padres	16	13.01
Pareja	106	86.18
Usted misma	0	0.00
Otra	1	0.81
Total	123	100.00

Otra: hermanos 1.

Fuente: Boleta de recolección de datos, pregunta No. 9.

GRAFICA No. 7

Distribución de pacientes post-parto según fuente de ingreso económico, atendidas en el Hospital Nacional de Chimaltenango, durante los meses de junio y julio de 2,002.



CUADRO No. 8

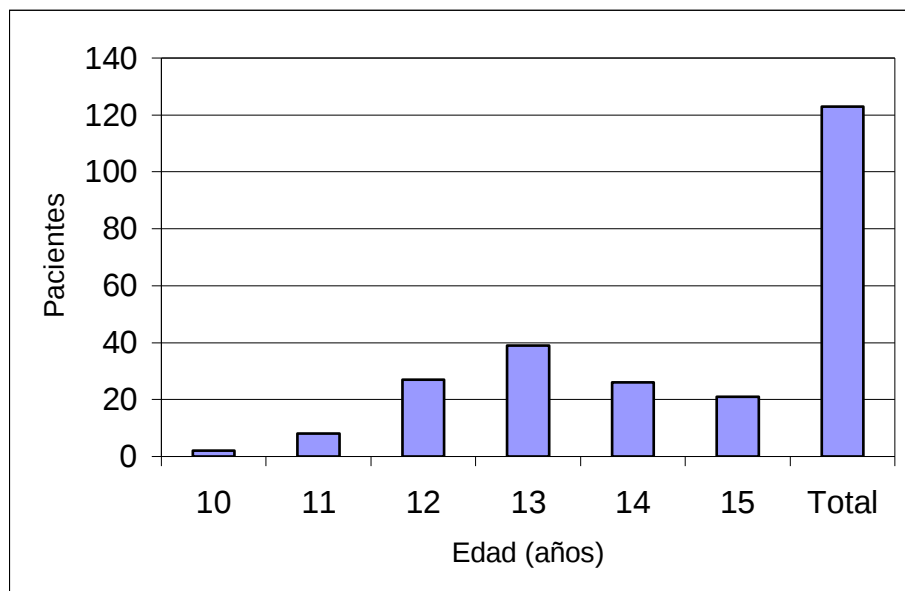
Distribución de pacientes post-parto según edad de menarquia, atendidas en el Hospital Nacional de Chimaltenango, durante los meses de junio y julio de 2,002.

Edad (años)	No.	%
10	2	1.63
11	8	6.50
12	27	21.95
13	39	31.71
14	26	21.14
15	21	17.07
Total	123	100.00

Fuente: Boleta de recolección de datos, pregunta No. 10.

GRAFICA No. 8

Distribución de pacientes post-parto según edad de menarquia, atendidas en el Hospital Nacional de Chimaltenango, durante los meses de junio y julio de 2,002.



CUADRO No. 9

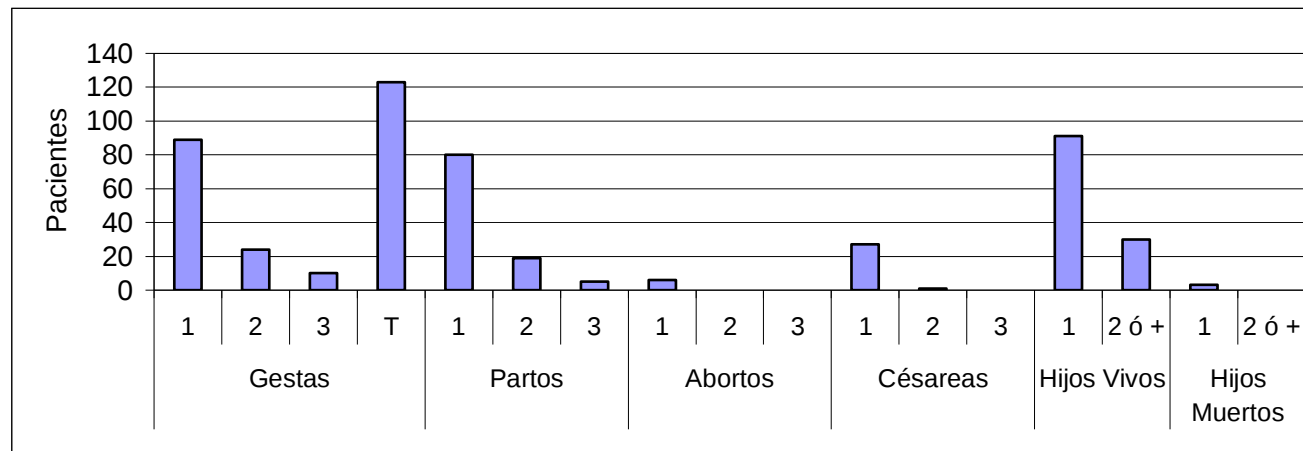
Distribución de pacientes post-parto según antecedentes obstétricos, atendidas en el Hospital Nacional de Chimaltenango, durante los meses de junio y julio de 2,002.

	Gestas				Partos			Abortos			Cesáreas			Hijos Vivos		Hijos Muertos	
	1	2	3	Total	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2 ó +	1	2 ó +
No.	89	24	10	123	80	19	5	6	0	0	27	1	0	91	30	3	0
%	72.4	19.5	8.13	100	65	15.4	4.07	4.88	0	0	21.95	0.81	0	74	24.4	2.44	0

Fuente: Boleta de recolección de datos, preguntas No. 11, 12, 13, 14, 15 y 16.

GRAFICA No. 9

Distribución de pacientes post-parto según antecedentes obstétricos, atendidas en el Hospital Nacional de Chimaltenango, durante los meses de junio y julio de 2,002.



CUADRO No. 10

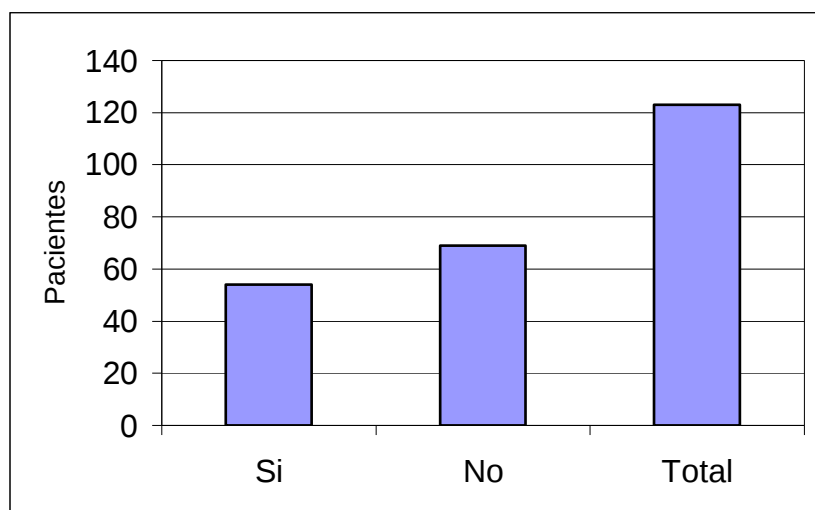
Distribución de pacientes post-parto según si el embarazo fue planificado y deseado, atendidas en el Hospital Nacional de Chimaltenango, durante los meses de junio y julio de 2,002.

	No.	%
Si	54	43.90
No	69	56.10
Total	123	100.00

Fuente: Boleta de recolección de datos, pregunta No. 17.

GRAFICA No. 10

Distribución de pacientes post-parto según si el embarazo fue planificado y deseado, atendidas en el Hospital Nacional de Chimaltenango, durante los meses de junio y julio de 2,002.



CUADRO No. 11

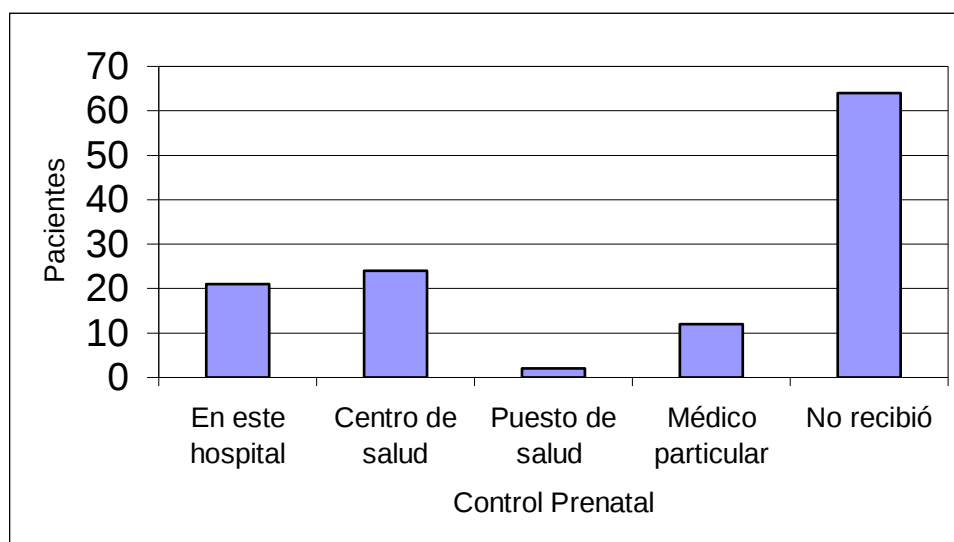
Distribución de pacientes post-parto según asistencia a control prenatal, atendidas en el Hospital Nacional de Chimaltenango, durante los meses de junio y julio de 2,002.

Control prenatal	No.	%
En este hospital	21	17.07
Otro centro:		
Centro de salud	24	19.51
Puesto de salud	2	1.63
Médico particular	12	9.76
No recibió	64	52.03
Total	123	100.00

Fuente: Boleta de recolección de datos, pregunta No. 18.

GRAFICA No. 11

Distribución de pacientes post-parto según asistencia a control prenatal, atendidas en el Hospital Nacional de Chimaltenango, durante los meses de junio y julio de 2,002.



CUADRO No. 12

Distribución de pacientes post-parto que recibieron control prenatal en el Hospital Nacional de Chimaltenango, según las características del mismo.

E.G. Primer control				Consultas recibidas				Reg. Peso		Reg. Talla		Reg. P/A		Reg. M. Leopold		Reg. A.U.		Reg. F.C.F.	
1 T.	2 T.	3 T.	Total	1	2	3	4 ó +	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
2	12	7	21	6	2	4	9	21	0	0	21	21	0	13	8	21	0	21	0
9.52	57.1	33.3	100	28.6	9.52	19	42.9	100	0	0	100	100	0	61.9	38.1	100	0	100	0

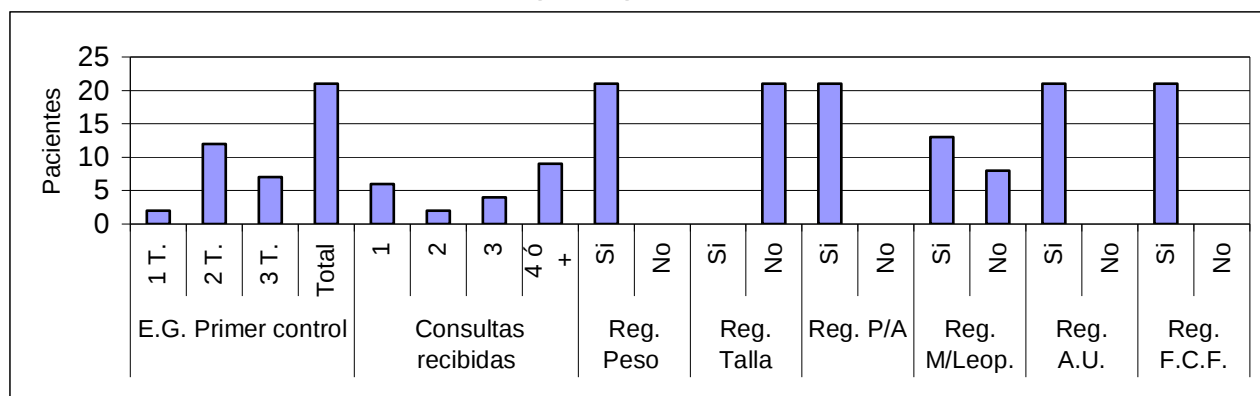
E.G. Primer control = edad gestacional en la primera consulta, 1 T.= primer trimestre, 2 T.= segundo trimestre, 3 T.= tercer trimestre.

Reg. Peso = registro de peso, Reg. Talla = registro de talla, Reg. P/A = registro de presión arterial, Reg. M. Leopold = registro de maniobras de Leopold, Reg. A.U. = registro de altura uterina, Reg. F.C.F. = registro de frecuencia cardiaca fetal.

Fuente: Boleta de recolección de datos, preguntas No. 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25 y 26.

GRAFICA No. 12

Distribución de pacientes post-parto que recibieron control prenatal en el Hospital Nacional de Chimaltenango, según las características del mismo.



CUADRO No. 13

Distribución de pacientes post-parto que recibieron control prenatal en el Hospital Nacional de Chimaltenango (No.= 21), según exámenes de laboratorio realizados durante el mismo.

Sangre	No.	%
Hematocrito	9	42.86
Grupo y Rh	6	28.57
V.D.R.L.	6	28.57
Glicemia	0	0.00
Otro	0	0.00
Ninguna	11	52.38
Orina		
Orina simple	7	33.33
Urocultivo	0	0.00
Otro	0	0.00
Ninguna	14	66.67

Fuente: Boleta de recolección de datos, preguntas No. 27 y 28.

GRAFICA No. 13

Distribución de pacientes post-parto que recibieron control prenatal en el Hospital Nacional de Chimaltenango (No.= 21), según exámenes de laboratorio realizados durante el mismo.

CUADRO No. 14

Distribución de pacientes post-parto según vía de resolución del embarazo e indicaciones de cesárea, atendidas en el Hospital Nacional de Chimaltenango, durante los meses de junio y julio de 2,002.

Resolución	No.	%
PES	98	79.67
CST	25	20.33
Total	123	100.00
Indicaciones CST		
S.F.A.	11	44.00
P. Podálica	7	28.00
S. Transversa	2	8.00
Oligohidramnios	2	8.00
Otras	3	12.00
Total	25	100.00

Resolución: PES = parto eutócico simple, PDS= parto distócico simple, CST = cesárea segmentaria transperitoneal.

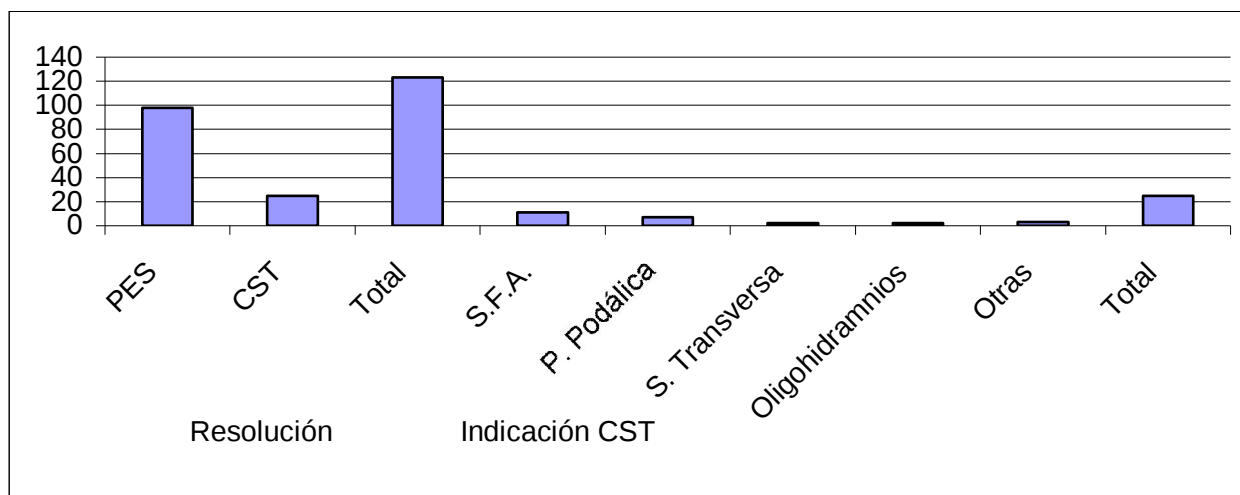
Indicaciones CST: S.F.A.= sufrimiento fetal agudo,

P. Podálica= presentación podálica, S. Transversa= situación transversa.

Fuente: Boleta de recolección de datos, preguntas No. 29 y 30.

GRAFICA No. 14

Distribución de pacientes post-parto según vía de resolución del embarazo e indicaciones de cesárea, atendidas en el Hospital Nacional de Chimaltenango, durante los meses de junio y julio de 2,002.



CUADRO No. 15

Distribución de pacientes post-parto según complicaciones obstétricas, atendidas en el Hospital Nacional de Chimaltenango, durante los meses de junio y julio de 2,002.

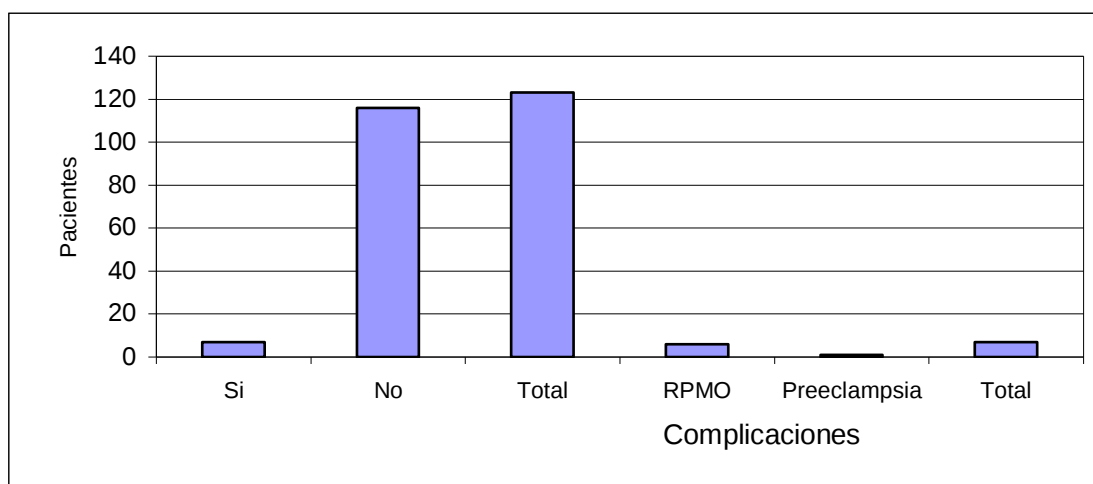
Complicación	No.	%
Si	7	5.69
No	116	94.31
Total	123	100.00
Cuál?		
RPMO	6	85.71
Preeclampsia	1	14.29
Total	7	100.00

RPMO= ruptura prematura de membranas ovulares.

Fuente: Boleta de recolección de datos, pregunta No. 31.

GRAFICA No. 15

Distribución de pacientes post-parto según complicaciones obstétricas, atendidas en el Hospital Nacional de Chimaltenango, durante los meses de junio y julio de 2,002.



CUADRO No. 16

Distribución de recién nacidos según peso y talla, atendidos en el Hospital Nacional de Chimaltenango, durante los meses de junio y julio de 2,002.

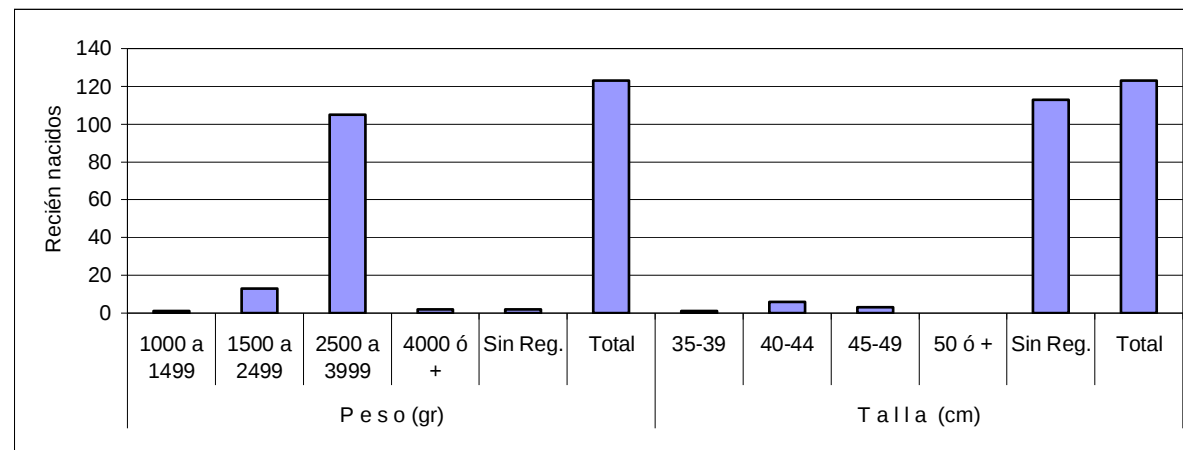
	P e s o (gr.)						T a l l a (cm.)					
	1000 a 1499	1500 a 2499	2500 a 3999	4000 ó +	Sin Reg.	Total	35 a 39	40 a 44	45 a 49	50 ó +	Sin Reg.	Total
No.	1	13	105	2	2	123	1	6	3	0	113	123
%	0.81	10.57	85.37	1.63	1.63	100.00	0.81	4.88	2.44	0.00	91.87	100.00

Sin Reg.= sin registro

Fuente: Boleta de recolección de datos, preguntas No. 32 y 33.

GRAFICA No. 16

Distribución de recién nacidos según peso y talla, atendidos en el Hospital Nacional de Chimaltenango, durante los meses de junio y julio de 2,002.



CUADRO No. 17

Distribución de recién nacidos según APGAR y edad gestacional, atendidos en el Hospital Nacional de Chimaltenango, durante los meses de junio y julio de 2,002.

	A P G A R						Edad Gestacional				
	< 5 (1')	5 ó + (1')	< 5 (5')	5 ó + (5')	Sin Reg.	Total	< 37 S	37-40 S	> 40 S	Sin Reg.	Total
No.	4	34	0	38	83	121*	4	15	0	102	121*
%	3.31	28.10	0.00	31.40	68.60	100.00	3.31	12.40	0.00	84.30	100.00

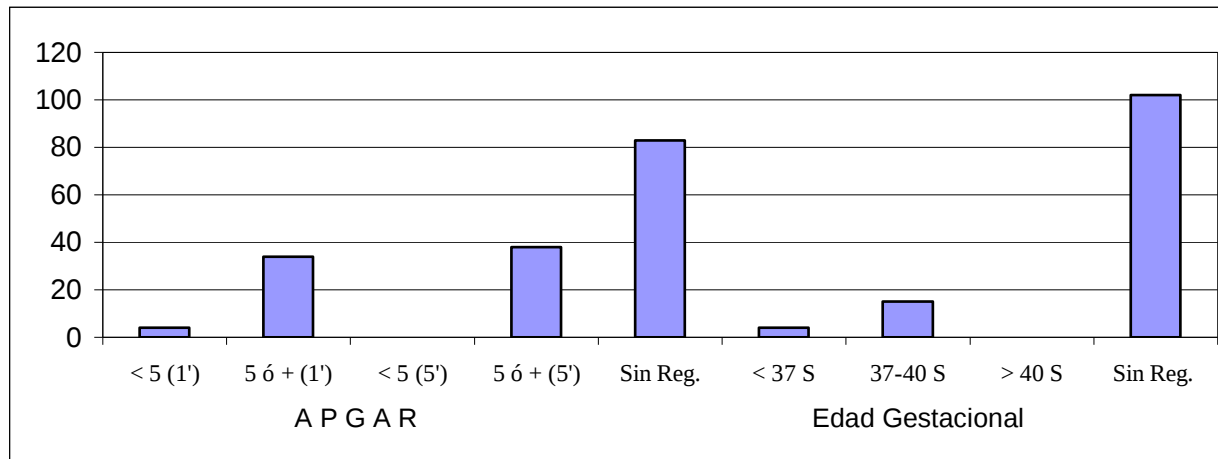
Sin Reg.= sin registro

121*: En el presente cuadro no se incluyen 2 productos, (1: óbito fetal y 1: anencefalia).

Fuente: Boleta de recolección de datos, preguntas No. 34 y 35.

GRAFICA No. 17

Distribución de recién nacidos según APGAR y edad gestacional, atendidos en el Hospital Nacional de Chimaltenango, durante los meses de junio y julio de 2,002.



CUADRO No. 18

Distribución de recién nacidos según complicaciones y anomalías congénitas, atendidos en el Hospital Nacional de Chimaltenango, durante los meses de junio y julio de 2,002.

Complicaciones:	No.	%	Anomalías Congénitas	No.	%
Si	13	10.66	Si	3	2.44
No	109	89.34	No	120	97.56
Total	122*	100.00	Total	123	100.00
Cuál?			Cuál?		
Prematurez	4	30.77	Anencefalia	1	33.33
Riesgo de sepsis	4	30.77	Agnesia de genitales	1	33.33
SDR II	4	30.77	Obstrucción nasal	1	33.33
Óbito fetal	1	7.69	Otros	0	0.00
Total	13	100.00	Total	3	100.00

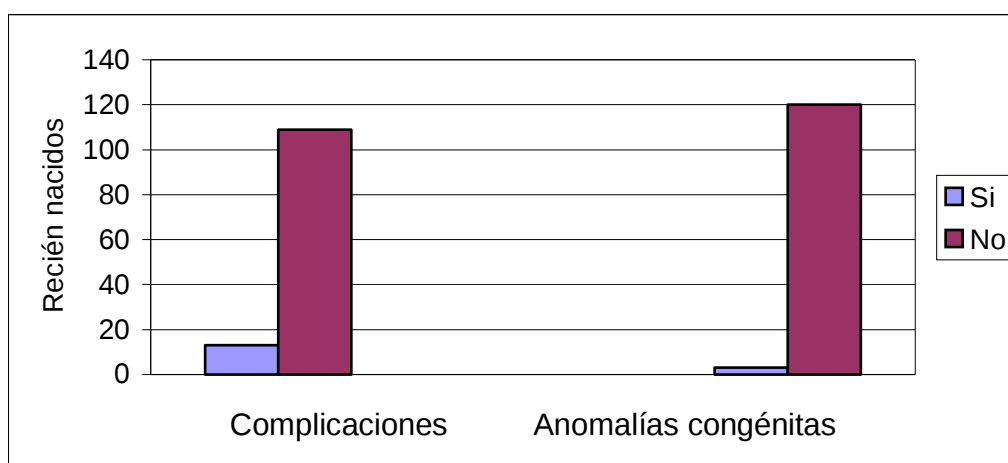
SDR II = síndrome de distrés respiratorio tipo II.

122*: En el total de complicaciones no se incluyó a un recién nacido, (1 anencefalia).

Fuente: Boleta de recolección de datos, preguntas No. 36 y 37.

GRAFICA No. 18

Distribución de recién nacidos según presencia de complicaciones y anomalías congénitas, atendidos en el Hospital Nacional de Chimaltenango, durante los meses de junio y julio de 2,002.



CUADRO No. 19

Personal médico, de enfermería y recurso físico, de las áreas de obstetricia y recién nacidos del Hospital Nacional de Chimaltenango.

Obstetricia	No.
Médicos (gineco-obstetras)	3
Enfermería (graduada)	1
Enfermería (auxiliar)	10
Clinicas de Control Prenatal	1
Salas de Parto	1
Salas de Cesárea	1
Camas Postparto	14
Recién Nacidos	
Médicos (pediatras)	2
Enfermería (graduada)	1
Enfermería (auxiliar)	4
Cunas Recién Nacidos (normales)	0

Fuente: Boleta de recolección de datos.

VIII. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En el capítulo anterior (VII), se presentan los resultados obtenidos del estudio realizado en 123 pacientes cuyo parto fue atendido en el Hospital Nacional de Chimaltenango, durante los meses de junio y julio de 2002, con el objetivo de conocer mas certeramente la situación del embarazo en la adolescente en dicho centro asistencial.

Se observa según el cuadro No. 1, que la mayor incidencia de embarazos se presenta al final del período de la adolescencia, en este estudio el 34.15% de las pacientes tenía 18 años y el 33.33% 19 años, la incidencia disminuye directamente con la edad; con lo anterior puede decirse que este patrón es constante en este país, ya que según la bibliografía consultada, en Guatemala el porcentaje de adolescentes que ya son madres aumenta con la edad hasta alcanzar el 41% en las mujeres de 19 años (8), resultados similares reporta en su estudio Morales Fajardo (23).

En el cuadro No. 2 se observa que el 49.59% de las pacientes está casada y el 36.59% unida, con lo que se deduce que la mayoría (86.18%) ya se encuentra viviendo una relación estable de pareja, lo cual es frecuente en nuestro país a diferencia de otros países desarrollados en donde las uniones maritales y los nacimientos se dan a edades mayores; aunque con un bajo porcentaje se encontró que 13.82% se encuentran solteras (sin pareja), probablemente estas pacientes necesitan mayor atención debido a los mayores riesgos principalmente sociales que pueden presentar. El 61.79% de las pacientes pertenece al grupo étnico indígena y el 38.21% al grupo ladino, estos resultados concuerdan con la bibliografía consultada, la cual indica que el porcentaje de madres adolescentes es mayor en el grupo indígena comparado con el ladino (8), lo anterior sugiere que probablemente las uniones y el embarazo durante la adolescencia forman parte de la cultura principalmente del grupo indígena y estas situaciones son vistas como algo normal. El 39.02% vive en la

cabecera departamental, la mayoría de pacientes reside en los municipios (cuadro No. 3), lo cual nuevamente concuerda con la bibliografía que indica que el porcentaje de madres adolescentes es mayor en el área rural (8), en donde la población es mayoritariamente indígena.

Respecto a la ocupación, el 88% antes del embarazo y el 91.87% después de quedar embarazadas son amas de casa (cuadro No. 4), lo que indica que no devengan un salario, debido a esta situación la mayoría de pacientes en este estudio (86.18%) dependen económicamente de su pareja como puede observarse en el cuadro No. 7, un 13.01% dependen de sus padres, estas pacientes son quienes indicaron estar solteras, en conjunto, la totalidad de ellas dependen económicamente de otra persona. En el cuadro No. 4 además se aprecia que 12.20% y 15.45% indicó ser estudiante o dedicarse a otra ocupación respectivamente antes del embarazo, sin embargo después del mismo únicamente 3.25% y 4.07% respectivamente continuó con su ocupación, lo cual sugiere que el embarazo en la adolescencia tiene además consecuencias sociales como la deserción escolar y el abandono laboral, condiciones que pueden limitar y afectar la calidad de vida tanto personal como familiar.

La escolaridad de la mayoría de las pacientes se encuentra en primaria incompleta (43.09%) como se indica en el cuadro No. 5, el porcentaje disminuye en relación a los grados superiores, el 21.95% no había cursado un solo grado, de las pacientes que habían estudiado, puede deducirse que lo hicieron durante su niñez ya que antes del embarazo la mayoría de ellas únicamente se dedicaba a los oficios del hogar. La falta de continuidad en la educación escolar y la falta de orientación sobre educación sexual son factores que se presentaron en las pacientes de este estudio y que se consideran importantes en la incidencia del embarazo en la adolescencia como lo menciona la bibliografía (22, 42). El 29.27% recibió orientación sobre educación sexual (cuadro No. 6), la mayoría de ellas había asistido a estudiar y no existe predominancia según el lugar de procedencia; llama la atención que del total de

pacientes únicamente 4.07% recibió orientación de sus padres, el resto de pacientes que recibieron orientación la obtuvieron por personal de salud pública (14.63%) o maestros (9.76%), lo que sugiere que los padres no le dan la importancia que merece la educación sexual explicada a los hijos; si se toma en consideración que el mayor porcentaje de la población de este estudio es indígena y residente en los municipios, puede explicarse que la falta de orientación sexual es debida al pensamiento de que el sexo es un tema prohibido.

En relación a los antecedentes obstétricos de las pacientes, el 31.71% de las pacientes tuvo su menarquia a los 13 años, el 21.95% a los 12, el 21.14% a los 14, el 17.07% a los 15 y el resto de 10 a 11 años (cuadro No. 8), puede decirse que las edades se encuentran dentro del promedio y que las variaciones se deben a los distintos factores que intervienen en este proceso (menarquia). El 72.4% fue primigesta, el 19.5% secundigesta y el 8.13% trigesta como se presenta en el cuadro No. 9, el 65% del total de pacientes fue primipara, el 15.4% era su segundo parto y el 4.07% su tercer parto, 4.88% había tenido 1 aborto previo, la edad mas frecuente de las pacientes con un aborto previo fue de 18 años, el 21.95% era primera cesárea y 0.81% segunda cesárea, es de mencionar a las pacientes con 2 o mas embarazos ya que ellas tienen mayor probabilidad de sufrir efectos adversos tanto físicos como sociales, quizá luego del primer embarazo no recibieron la información necesaria para posponer hasta después de la adolescencia el siguiente embarazo, de aquí la importancia de brindar orientación en la primera gestación para posponer la siguiente durante un tiempo adecuado. En relación a la planificación y deseo del embarazo, el 56.10% de las pacientes respondió que no había planificado o deseado el mismo (cuadro No. 10), ellas contestaban que hubieran preferido esperar mas tiempo para la primera gestación, este resultado es similar al reportado en otros estudios en donde se indica que la mayoría de embarazos en la adolescencia son no deseados (20, 23), es importante mencionar que a pesar de que la mayoría de pacientes se encuentra casada o unida, más de la mitad de ellas indicó que el embarazo no fue deseado,

probablemente la unión ocurrió a consecuencia del embarazo y por ello se encontraron estas respuestas. Las pacientes que respondieron que si deseaban quedar embarazadas constituyen el 43.9%, ellas son principalmente casadas e indígenas en su mayoría, además aproximadamente el 65% de ellas no recibió orientación sobre educación sexual, lo que probablemente concuerda con lo citado anteriormente en relación a que el embarazo en la adolescencia forma parte de la cultura de algunos grupos sociales, en este caso del grupo indígena, sin embargo es necesario un estudio mas detallado sobre este punto para lograr una mejor apreciación.

Del total de pacientes el 52.03% (cuadro No. 11) no recibió control prenatal, lo cual es frecuente en nuestro país en la población de mujeres embarazadas independientemente de la edad, este es un aspecto muy importante ya que estas pacientes (adolescentes) necesitan con mas importancia un control prenatal adecuado para garantizar el bienestar de la madre y del hijo. El resto de pacientes asistió a consulta principalmente a dependencias del ministerio de salud pública. De las pacientes con control prenatal en el Hospital Nacional de Chimaltenango (17.07%, cuadro No. 11), el 57.1% y el 33.3% (cuadro No. 12) consultó por primera vez en el segundo trimestre y tercer trimestre del embarazo respectivamente, lo que indica que las pacientes están consultando muy tarde ya que idealmente deberían consultar en el primer trimestre y esto solo ocurrió en el 9.52%. En la consulta prenatal, según la historia clínica los datos básicos registrados son adecuados (peso, presión arterial, altura uterina, frecuencia cardiaca fetal) a excepción de la talla que no se encuentra registrada en ninguna historia y las maniobras de Leopold cuyo registro es irregular. Así mismo los laboratorios efectuados son escasos (cuadro No. 13) esto probablemente debido a que muchas de las pacientes únicamente asistieron una sola vez a consulta o a la no realización voluntaria de los exámenes ya que en las historias se encuentra registrada la solicitud de los mismos.

El 79.67% fue parto eutocico simple y el 20.33% cesárea (cuadro No. 14), las indicaciones de cesárea no varían de las que con mayor frecuencia se registran a

cualquier edad (23), siendo el sufrimiento fetal agudo la principal indicación en este estudio con 44% del total de cesáreas, esto sugiere que a pesar de que se ha descrito que existe mayor probabilidad de cesárea en adolescentes embarazadas, no es una constante ya que existen otros estudios en donde esta situación no se ha presentado(23, 30). El porcentaje de pacientes sin complicaciones asciende a 94.31% y con complicaciones 5.69% (cuadro No. 15), de ellas el 85.71% corresponden a ruptura prematura de membranas y 14.29% a preeclampsia, según la literatura esta última es mas frecuente, sin embargo en este estudio fue la RPMO la que con mayor frecuencia se presentó. La edad mas frecuente en la que se presentaron las complicaciones fue entre 18 y 19 años, principalmente en las que no recibieron control prenatal ni orientación sexual.

En relación al estado del recién nacido, el 85.37% tuvo un peso adecuado, el 10.57% presentó bajo peso al nacer, 0.81% peso extremadamente bajo al nacer y 1.63% peso mayor de 4 000 gr. (cuadro No. 16), se puede apreciar que estos recién nacidos presentaron una de las complicaciones mas frecuentes que indica la literatura y que corresponde a bajo peso al nacer, lo cual puede repercutir en la salud del recién nacido si no se le brinda a la madre la información necesaria para los cuidados del niño en los siguientes años de vida. Los datos relacionados a la talla (cuadro No.16), APGAR y edad gestacional (cuadro No. 17) no son concluyentes debido al escaso registro de estos datos en las historias clínicas; estos datos generalmente solo están presentes en los registros de recién nacidos con patología, ingresados en el servicio de RN y en aquellos que nacen por cesárea. El 10.66% de los recién nacidos presentó complicaciones y el 89.34% no (cuadro No. 18), dentro de las complicaciones presentadas, las mas frecuentes son prematurez, riesgo de sepsis, síndrome de distrés respiratorio todas con 30.77% del total de complicaciones, en esta sección además se incluyó 1 óbito fetal (7.69%), nuevamente las edades maternas mas frecuentes en que se presentaron estas complicaciones fueron 18 y 19 años, mas del 50% no asistió a control prenatal, con escolaridad baja y la mayoría sin orientación sexual. El 2.44%

presentaron anomalías congénitas, la edad materna mas frecuente fue 16 años, el 60% de ellas no asistió a control prenatal, el 97.56% no las presentaron, por lo que puede decirse que el estado del recién nacido hijo de madre adolescente es adecuado.

En el cuadro No. 19 puede observarse que existen tres médicos gineco-obstetras, una enfermera graduada y diez auxiliares en el área de obstetricia quienes se distribuyen en los diferentes servicios del departamento; en promedio el servicio de post-parto cuenta con 14 camas sin embargo en ocasiones se utilizan camillas cuando la cantidad de pacientes es alta. El hospital cuenta con dos pediatras quienes atienden el departamento, incluyendo el área de recién nacidos (recién nacidos con patología), hay en recién nacidos 1 enfermera graduada y 4 auxiliares; no hay cunas para recién nacidos normales, estos últimos permanecen al lado de la madre.

IX. CONCLUSIONES

1. En el presente estudio la mayor incidencia de embarazos (67.78%) ocurrió al final del período de la adolescencia, a las edades de 18 y 19 años.
2. La mayoría de pacientes se encuentra viviendo en una relación de pareja, solo el 13.82% se encuentra soltera, así también la mayoría pertenece al grupo étnico indígena, a la religión católica y el mayor porcentaje reside en los municipios. La ocupación principal es ser ama de casa, además, respecto a la ocupación aproximadamente el 75% de las pacientes que estudiaba, dejó de estudiar y de las que trabajaban, el mismo porcentaje dejó de trabajar luego del embarazo; todas dependen económicamente de su pareja u otra persona.
3. Se encontró que la escolaridad es baja y el mayor porcentaje únicamente ha asistido a la educación primaria; además, la mayoría de pacientes no recibió orientación sobre educación sexual.
4. La edad mas frecuente de menarquia fue entre 12 y 14 años, se encontraron pacientes con 2 y 3 gestaciones, pero el mayor porcentaje fueron primigestas, el 4.88% había tenido un aborto, la edad mas frecuente de aborto previo fue de 18 años y solo el 2.44% del total de pacientes tenía un hijo muerto. Mas de la mitad de las pacientes refirió que no quería quedar embarazada.
5. La mayoría de pacientes no recibió control prenatal; las que asistieron a control al hospital de Chimaltenango lo hicieron principalmente durante el segundo trimestre, las historias clínicas cuentan con el registro apropiado de los datos mas importantes a excepción de la talla y mas de la mitad no cuenta con exámenes de laboratorio.
6. La resolución del embarazo fue principalmente PES, el 5.69% presentó complicaciones siendo la RPMO la mas frecuente, la edad en que con mayor frecuencia se presentaron estas complicaciones fue entre 18 y 19 años, principalmente en quienes no recibieron orientación sobre educación sexual y mas del 50% de ellas no asistió a control prenatal.
7. El peso de los recién nacidos es normal en la mayoría de ellos; existe escaso registro de talla, APGAR y edad gestacional. Las complicaciones y anomalías congénitas fueron poco frecuentes, la edad materna mas frecuente de complicaciones del recién nacido fue entre 18 y 19 años y de anomalías congénitas fue de 16 años, en ambas situaciones mas del 50% de madres no asistió a control prenatal y presentaban un nivel bajo de escolaridad.

X. RECOMENDACIONES

1. Reconocer (en el hospital Nacional de Chimaltenango) la gestación en la adolescencia como un embarazo de riesgo e incluir este problema dentro de los principales a trabajar para que a través de la formulación de políticas dirigidas al mismo, se logre un control adecuado de esta situación.
2. Implementar una clínica de atención a adolescentes o días específicos de consulta a este grupo, para lograr una mayor comodidad y confianza de las adolescentes embarazadas, y formar previamente un equipo multidisciplinario (gineco-obstetras, pediatras, trabajadora social, nutricionista, psicólogo, otros) que utilice los días de consulta para brindar a las pacientes información adecuada respecto al embarazo actual, los cuidados del recién nacido, las opciones para espaciar el siguiente embarazo y otros temas relacionados ya que como se observó en este estudio, la mayoría de pacientes carece de orientación.
3. Que a través de la implementación de la clínica del adolescente, no solo se brinde atención a las adolescentes embarazadas sino que por medio del equipo multidisciplinario se atiendan otros problemas que pueden presentarse en este período de la vida y que además se constituya en un centro a donde los adolescentes puedan acercarse para recibir información y orientación principalmente sobre educación sexual, a pesar de que no presenten ninguna patología.
4. Utilizar con mayor frecuencia la hoja de registro de datos del recién nacido, capacitando al personal de atención de partos sobre los aspectos ahí descritos y así lograr una mejor medida de los mismos.
5. Promover la realización de un estudio comparativo entre mujeres adolescentes y adultas embarazadas para obtener información que permita identificar la magnitud de las diferencias en ambos grupos.

XI. RESUMEN

El presente es un estudio descriptivo realizado en el Hospital Nacional de Chimaltenango, en 123 adolescentes cuyo parto fue atendido en este centro asistencial durante los meses de junio y julio de 2 002, con el objetivo de conocer las características de este problema y así implementar acciones que mejoren la atención del mismo.

Se encontró que la mayor incidencia de embarazos (67.48%) ocurrió al final de la adolescencia, el 86.18% vive una relación de pareja, el 61.79% es indígena, 60.98% vive en municipios, 91.87% son amas de casa y el 100% dependen económicamente de otra persona. La escolaridad es principalmente primaria incompleta (43.09%), solo el 29.27% recibió orientación sobre educación sexual. En lo relacionado a antecedentes obstétricos, el 72.4% fue primigesta, el 4.88% tenía un aborto previo, el 56.10% refirió no haber planificado y deseado el embarazo, además el 52.03% no recibió control prenatal. La resolución del embarazo fue principalmente parto eutócico simple, las complicaciones obstétricas ascienden a 5.69%. El 85.37% de los recién nacidos tuvo un peso adecuado, es escaso el registro de la talla, APGAR y edad gestacional, las complicaciones y anomalías congénitas fueron de 10.66% y 2.44% respectivamente. Se recomienda la formación de un equipo multidisciplinario en el hospital para la implementación de una clínica o días específicos de consulta a adolescentes y así brindar una mejor atención a este grupo, además se recomienda una mayor utilización de las hojas de registro de datos del recién nacido.

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Adolescencia.
<http://www.embarazada.com/etapas016.asp>
2. Adolescencia y Embarazo.
<http://www.delbebe.com/embarazo.asp?seccion=7¬a=191>
3. Barreno Maldonado, Erick Fabricio. Incidencia de enfermedades de transmisión sexual en adolescentes. Tesis (Médico y cirujano)- Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1997. 60p.
4. Behrman, R. et al. Nelson Tratado de Pediatría. 15 ed. México: Interamericana, 1 997. 2t.
5. Bernal, J. et al. Conocimientos y actitudes acerca del SIDA y conducta sexual de escolares y universitarios de las principales ciudades urbanas del país. Rev Chil Obstet Ginecol 1 994; 59(2):135-145.
6. Bottoms, S. Nacimiento del prematuro. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas 1 995; 4:751-759.
7. Camey de A., E. Modelos de atención dirigidos a adolescentes y jóvenes en Guatemala. Guatemala: OPS, MSPAS, 2 001. 50p.
8. Camey de A., E. Situación de los y las adolescentes en Guatemala. Guatemala: OPS, MSPAS, 2 000. 46p.
9. Cascante E., J.F. et al. Morbilidad materna en Centroamérica: el aborto. REVCOG 1 995 ene-abr; 5(1):8-12.
10. Cunningham , F.G. et al. Williams Obstetricia. 20ed. Buenos Aires: Panamericana, 1 998. 1 352p.
11. De la Garza Quintanilla, C. et al. Primigesta adolescente. Ginecología y Obstetricia de México 1 997 dic; 65:533-537.
12. Derechos de las niñas y las mujeres (parte IV). REVCOG 2 000 ene-abr; 10(1):16-30.

13. Embarazo en la adolescencia.
<http://www.tuotromedico.com/temas/embarazo-adolescencia.htm>
14. Fauci, A.S. et al. Harrison Principios de Medicina Interna. 14ed. México: Interamericana, 1 998. 2t.
15. Figueroa A., R. Embarazo en adolescentes. REVCOG 1 998 ene-abr; 8(1):1-23.
16. Germain A., A. y E. Oyarzún. Parto prematuro. Rev Chil Obstet Ginecol 1 996; 61(3):189-203.
17. Herriot Emans, S.J. y D.P. Goldstein. Pediatric & Adolescent Gynecology. 3ed. Little, Brown and company, 1 990. 605p.
18. Hirsch, J. Embarazo y enfermedades de transmisión sexual (ETS) entre los adolescentes en América Latina. Center for Population Options 1 990 agos.
19. Kestler J., E.E. et al. Mortalidad infantil por peso específico al nacer de madres adolescentes de la región metropolitana de Guatemala. REVCOG 1 995 sept-dic; 5(3): 83-89.
20. Las repercusiones del embarazo y la procreación prematuros en las madres adolescentes y sus hijos en América Latina y el Caribe.
http://www.advocatesforyouth.org/publications/factsheet/fsimpact_sp.htm
21. Lockwood, C.J. The Diagnosis of Preterm Labor and the Prediction of Preterm Delivery. Clinical Obstetrics and Gynecology 1 995 dic; 38(4):675-687.
22. Maddaleno, M. La Salud del Adolescente y el Joven. Washington: OPS, 1 995. (Publicación científica No. 552)
23. Morales Fajardo, Eddie Stuardo. Complicaciones Obstétricas, Neonatales y Sociales del embarazo en la adolescencia. Tesis

(Médico y Cirujano)-Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 2 001. 60p.

24. Reporte mensual de nacimientos. Consolidado anual, Área de Salud de Chimaltenango. Chimaltenango 2 001. 2p.
25. Nutrición y embarazo.
http://www.deguate.com/infocentros/mujer/maternidad/nutricion_alimentacion.htm
26. O'brien, W.F. The Prediction of Preeclampsia. Clinical Obstetrics and Gynecology 1 992 jun; 35(2); 351-355
27. Padila de Gil, M. Aspectos médicos y sociales de la maternidad en la adolescencia. REVCOG 1 999 ene-abr; 9(1); 1-10.
28. Papalia, D.E. y S. Wendkos Olds. Psicología del desarrollo; de la infancia a la adolescencia. 5ed. Santa Fe de Bogotá: McGraw-Hill, 1 992.
29. Raeymaekers Anna. Adolescencia y embarazo.
<http://www.babyespana.com/reference/art906.htm>
30. Ramírez, A. et al. La resolución obstétrica de las adolescentes en comparación con la de las adultas. Ginecología y Obstetricia de México 1 999 agos; 67: 377-384.
31. Ramírez Guzmán, Mario Alfredo. Conocimientos y actitudes de la adolescente sobre sexualidad y enfermedades de transmisión sexual. Tesis (Médico y Cirujano)-Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1995. 33p.
32. Rojas Breed, A.L. y S.D. Burak. Adolescencia y Juventud; aportes para una discusión. San José, Costa Rica: OPS, 1 995. 227p.

33. Ruiz Linares, J. et al. Factores de riesgo de salud maternoinfantil en madres adolescentes de Colombia. Rev Panam Salud Publica 1 998 agos; 4(2): 80-86.
34. Stern, C. El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica. Salud Pública Mex 1 997; 39: 137-143.
35. Salud del adolescente.
<http://165.158.1.110/spanish/hpp/hppactn.htm>
36. Salud reproductiva y derechos reproductivos.
<http://www.unfpa.org/swp/1999/spanish/capitulo3d.htm>
37. Silber, T.J. et al. Manual de medicina de la adolescencia. OPS, 1 992. 630p.
38. Sub-programa de salud integral del adolescente.
<http://www.fmed.uba.ar/mspba/diradol/subprog.htm>
39. Subprograma de salud mental, infancia y adolescencia.
<http://www.papps.org/prevencion/salud-mental/p127.htm>
40. Villanueva, L.A. et al. Características obstétricas de la adolescente embarazada. Ginecología y Obstetricia de México 1 999 agos; 67:356-360.
41. Villanueva, L.A. et al. Factores sociodemográficos asociados a depresión en adolescentes embarazadas. Ginecología y Obstetricia de México 2 000 abr; 68: 143-148.
42. Villanueva, L.A. et al. Conocimientos y prácticas anticonceptivas en adolescentes embarazadas. Ginecología y Obstetricia de México 2 001 jun; 69: 239-242.
43. Zúñiga Argueta, Marco Antonio. Sexualidad precoz en adolescentes.

Tesis (Médico y Cirujano)-Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala 1 991. 57p.

XIII. ANEXOS

CONTROL PRENATAL, PARTO Y POST-PARTO EN LA ADOLESCENTE

Registro hospitalario:_____ fecha:_____

DATOS GENERALES.

1. Edad (años): ☐☐
2. Estado civil: Soltera ☐ Casada ☐ Unida ☐ Viuda ☐ Divorciada ☐
3. Grupo étnico: Ladino ☐ Indígena ☐
4. Municipio de procedencia:_____
5. Ocupación:
antes del embarazo: Estudiante ☐ Ama de casa ☐ Agricultora ☐ Profesional ☐
Otra_____
- después del embarazo: Estudiante ☐ Ama de casa ☐ Agricultora ☐ Profesional ☐
Otra_____
6. Religión: Católica ☐ Evangélica ☐ Otra_____
7. Último grado cursado: Primaria ☐☐ Secundaria ☐☐ Universitaria ☐☐ Ninguno ☐
8. ¿Ha recibido orientación sobre educación sexual?
Si ☐ No ☐ ¿Quién le ha informado?_____
9. El ingreso económico que recibe, proviene principalmente de:
Padres ☐ Pareja ☐ Usted misma ☐ Otra_____

ANTECEDENTES OBSTETRICOS.

- | | | | |
|---|--|----------------------------|---|
| 10. Menarquia | ☐ ☐ años | 14. Total de cesáreas | ☐ ☐ |
| 11. Total de gestas: | ☐ ☐ | 15. Total de hijos vivos | ☐ ☐ |
| 12. Total de partos: | ☐ ☐ | 16. Total de hijos muertos | ☐ ☐ |
| 13. Total de abortos: | ☐ ☐ | | |
| 17. El embarazo actual, ¿fue deseado? Si ☐ No ☐ | | | |

CONTROL PRENATAL.

18. ¿Recibió control prenatal durante su embarazo?

En este hospital ☐ Otro centro _____ No recibió ☐

19. Edad gestacional en el primer control prenatal: _____

20. Total de consultas prenatales recibidas: _____

21. En cada consulta prenatal, ¿fue registrado el peso? Si ☐ No ☐

22. En cada consulta prenatal, ¿fue registrada la talla? Si ☐ No ☐

23. En cada consulta prenatal, ¿fue registrada la presión arterial? Si ☐ No ☐

24. En cada consulta prenatal, ¿fueron registradas las maniobras de Leopold?

Si ☐ No ☐

25. En cada consulta prenatal, ¿fue registrada la altura uterina? Si ☐ No ☐

26. En cada consulta prenatal, ¿fue registrada la frecuencia cardíaca fetal? Si ☐ No ☐

27. Pruebas de laboratorio de sangre realizadas:

Hematocrito ☐ Grupo y Rh ☐ VDRL ☐ Glicemia ☐ Otra _____ Ninguna ☐

28. Pruebas de laboratorio de orina realizadas:

Orina simple ☐ Urocultivo ☐ Otra _____ Ninguna ☐

RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO.

29. Vía de resolución del embarazo: PES ☐ PDS ☐ CST ☐

30. Indicación de cesárea: _____

COMPLICACIONES.

31. Complicaciones obstétricas: Si ☐ No ☐ ¿Cuál? _____

CARACTERÍSTICAS DEL RECIEN NACIDO.

32. Peso: _____ gramos

33. Talla: _____ centímetros

34. APGAR: _____ 1 minuto ☐ 5 minutos ☐

35. Edad gestacional por Capurro: _____ semanas

36. Complicaciones: Si ☐ No ☐ ¿Cuál? _____

37. Anomalías congénitas: Si ☐ No ☐ ¿Cuál? _____

CONTROL PRENATAL, PARTO Y POST-PARTO EN LA ADOLESCENTE

Área de obstetricia

Médicos _____

Enfermería (graduada) _____

Enfermería (auxiliar) _____

Clínicas de control prenatal _____

Salas de atención del parto _____

Salas de operación cesárea _____

Camas para pacientes post-parto _____

Área de recién nacidos

Médicos _____

Enfermería (graduada) _____

Enfermería (auxiliar) _____

Cunas para recién nacidos (normales) _____

INDICES DE MADUREZ SEXUAL O ESTADIOS DE TANNER*

MUJERES

Estadio	Vello pubiano	Mamas
1	Preadolescente, no hay vello.	Preadolescente, solo elevación del pezón.
2	Escaso, poco pigmentado, liso, en el borde interno de los labios.	La mama y el pezón se elevan formando una pequeña prominencia. Aumenta el diámetro areolar.
3	Más oscuro, comienza a rizarse, mayor cantidad.	La mama y la areola crecen sin límite definido entre ambas
4	Grueso, rizado, abundante pero en menor cantidad que en la mujer adulta.	La areola y el pezón forman una prominencia secundaria.
5	Triángulo de la mujer adulta, se extiende a la cara interna de los muslos.	Mama madura; el pezón sobresale y la areola está incluida en el contorno general de la mama.

* Tomado de: Nelson Tratado de Pediatría.

INDICES DE MADUREZ SEXUAL O ESTADIOS DE TANNER*

HOMBRES

Estadio	Vello pubiano	Pene	Testículos
1	Inexistente.	Preadolescente. Tamaño infantil.	Preadolescente. Tamaño infantil.
2	Escaso, largo, poco pigmentado.	Ligero aumento de tamaño.	Escroto aumentado de tamaño, la coloración se modifica.
3	Más oscuro, empieza a rizarse, poca cantidad.	Mayor longitud.	Mayor tamaño.
4	Se asemeja al del adulto pero en menor cantidad, grueso rizado.	Mayor tamaño, el grosor y el glande aumentan.	Mayor tamaño, el escroto se hace oscuro.
5	Distribución del adulto, se extiende a la cara interna de los muslos.	Tamaño del adulto.	Tamaño del adulto.

* Tomado de: Nelson Tratado de Pediatría.

ESQUEMA DE CONDICIONES DE EFICIENCIA DE LOS SERVICIOS AMBULATORIOS DE SALUD DEL ADOLESCENTE.*

PLANTA FÍSICA

1. Se dispone de consultorios aislados para la atención individual de pacientes.
2. Cada consultorio mide por lo menos 9 m².
3. Existe en cada consultorio un biombo o cortina que divide el ambiente para vestuario del adolescente.
4. Hay una sala de espera exclusiva para adolescentes.
5. Hay espacio o sala para pesar, medir, etc. Separada por un biombo o una cortina.
6. Hay sala de procedimientos.
7. Hay instalaciones para actividades docentes y/o reuniones de educación para la salud.
8. La iluminación natural es suficiente para las actividades diurnas corrientes.
9. Los pisos y paredes son de material lavable.
10. Existen servicios sanitarios para el público y para el personal.
11. Existen carteleras para colocar material educativo o anuncios.

RECURSOS MATERIALES

12. Cada consultorio cuenta con una mesa de examen, dos sillas, un escritorio y un biombo o cortina.
13. El servicio dispone de una mesa de examen ginecológico con escalera, lámpara, mesa de curaciones y taburete para cada cuatro consultorios.
14. Hay balanza de pie con tallímetro.
15. Hay bajalenguas desechables o esterilizables.
16. Hay estetoscopio (1 por cada consultorio)
17. Hay tensiómetro (1 por cada consultorio)
18. Hay otoscopio y oftalmoscopio.
19. Se cuenta con medios para evaluar agudeza visual.
20. Hay espéculos de varios tamaños, desechables o esterilizables.
21. Hay un juego de espéculos de Pederson y Huffman.
22. Hay recipientes adecuados para desechos.
23. Dispone de archivos para documentos o historias clínicas.

RECUROS HUMANOS

24. Existe jefe del servicio ambulatorio.
25. Permanece el jefe durante todo el horario de atención del servicio.

* Tomado de: Manual de Medicina de la Adolescencia.

26. Dispone de un supervisor médico que se ha desempeñado por mas de tres años en servicios de adolescentes o tiene cursos de adolescencia de por lo menos 600 horas.
 27. Hay una enfermera durante todas las horas de atención.
 28. Todo el personal de enfermería tiene curso y certificado reconocido.
 29. Todo el personal de supervisión de enfermería tiene capacitación en atención del adolescente.
 30. Hay trabajadora social disponible.
 31. Se dispone de psicólogo para la interconsulta.
 32. Se dispone de psiquiatra para la interconsulta.
 33. Se dispone de una nutricionista para la interconsulta.
 34. Hay un funcionario de estadística y registro.
 35. Hay personal para aseo y limpieza.
 36. Se dispone de normas escritas para la atención del adolescente en general (historia clínica, examen físico, etc.)
 37. Se asigna para la atención del paciente de primera vez un mínimo de media hora.
 38. Se aplica criterio de riesgo en la prevención y tratamiento de la patología mas frecuente.
 39. Cada paciente tiene su historia clínica y anotaciones en cada consulta.
 40. Se dispone de tablas estandarizadas para evaluar el crecimiento del adolescente.
 41. Hay normas escritas para evaluar el desarrollo del adolescente.
 42. Se utilizan los estadios de Tañer para determinar la madurez sexual del adolescente.
 43. Hay normas escritas para el examen ginecológico.
 44. Hay normas escritas de planificación familiar.
- En cada consulta se toma, revisa y registra:
45. Peso y talla (en gráfica normatizada), presión sanguínea y pulso.
 46. Motivo de consulta.
 47. Patología encontrada si la hay.
 48. Plan de diagnóstico y tratamiento.
 49. Cita de rutina cuando es necesario.
 50. Hay procedimientos escritos de internación.
 51. Hay normas escritas para la derivación de la emergencia.
 52. Hay normas escritas sobre procedimientos a seguir cuando un adolescente ha sido víctima de abusos sexuales y/o físicos.
 53. Hay normas escritas para el tratamiento de las principales patologías regionales.
 54. Hay normas específicas para el tratamiento de las patologías mas comunes del adolescente.
 55. Existen normas escritas para la consulta de salud mental.
 56. Existen normas escritas para la consulta con otros servicios y especialidades.

- 57. Existen normas sobre los aspectos éticos de la confidencialidad de la consulta.
- 58. Existen normas escritas para el trabajo de enfermería.
- 59. Se lleva registro diario de las actividades de enfermería.
- 60. Existen normas escritas para la consulta con el servicio social.
- 61. Se provee a cada paciente con hojas de instrucción según el tratamiento indicado.
- 62. Se realizan informes estadísticos diarios.
- 63. Se realizan informes estadísticos mensuales.

PROGRAMACIÓN Y ADMINISTRACIÓN

- 64. Hay programa escrito con metas cuantitativas de las actividades de la atención ambulatoria de los adolescentes.
- 65. Dicho programa es conocido por el personal.
- 66. Se efectúa la evaluación periódica del cumplimiento del programa.
- 67. Hay reuniones periódicas del personal para discutir aspectos administrativos.
- Hay reuniones científicas periódicas:
- 68. De actualización.
- 69. Bibliográficas.
- 70. Discusión de casos.
- 71. Interdisciplinarias.
- 72. Para determinar los criterios de riesgo en la atención y prevención de las patologías mas frecuentes.
- 73. Las consultas de control son fijadas en agenda.
- 74. Existen mecanismos que permiten asegurar el seguimiento del paciente que necesita atención clínica ulterior.
- 75. Hay sistema organizado de referencia y contrarreferencia con los niveles de mayor complejidad.
- 76. Hay posibilidad de interconsulta especializada.
- El consultorio atiende al público:
- 77. En horario matutino.
- 78. En horario vespertino.

SUMINISTROS Y SERVICIOS DE APOYO

- 79. Dispone de medicamentos en calidad, tipo y presentación adecuada.
- 80. Dispone de material de enfermería en cantidad suficiente y regular.
- 81. Dispone de guantes esterilizados para uso individual.
- 82. Dispone regularmente de elementos de limpieza.
- 83. Dispone de material de registro y estadística.
- 84. Dispone de escritorio.
- 85. Dispone de material educativo.
- 86. Tiene provisión regular de ropa limpia y desechable.

- 87. Hay elementos para secarse las manos.
- 88. En los últimos 3 meses estos elementos citados (80-88) han estado disponibles.
- 89. Se dispone de un libro para citas.
Se dispone de un mecanismo expedito para realizar los siguientes exámenes:
- 90. Análisis de rutina en orina.
- 91. Análisis de rutina en sangre.
- 92. Análisis químico en sangre.
- 93. Análisis para la detección de faringitis estreptocócica.
- 94. Prueba para la detección de embarazo.
- 95. Prueba para detección de mononucleosis.
- 96. Prueba para detectar clamidias.
- 97. Prueba para detectar gonorrea.
- 98. Prueba para detectar herpes simple.
- 99. Prueba para detectar sífilis.
- 100. Prueba para la detección de SIDA.
- 101. Prueba de papanicolau.
- 102. Análisis parasitológico y bacteriológico en heces.
- 103. Se dispone de un mecanismo expedito para el uso de rayos X.

EDUCACIÓN PARA LA SALUD

- 104. Se realizan actividades de educación para la salud en cada una de las consultas.
- 105. Se programan y se ofrecen regularmente reuniones de grupo para educación para la salud con temas fijos
Se orienta al adolescente respecto a:
- 106. Como mantener su propia salud.
- 107. Compartir con sus pares los conocimientos respecto a salud.
Se enseña al adolescente mediante charlas o distribución de material escrito conceptos preventivos sobre:
- 108. Crecimiento y desarrollo durante de la adolescencia.
- 109. Prevención de ETS.
- 110. Educación sexual y uso de anticonceptivos.
- 111. Aspectos adversos del uso de drogas.
- 112. Prevención de accidentes.
Se orienta al adolescente, con el propósito de facilitar su mejor comprensión respecto a:
- 113. Las características de la adolescencia que él está viviendo.
- 114. Las características de la interacción con su familia.
- 115. Las características de la interacción con sus pares.
Se enseña al adolescente como utilizar los servicios y actividades ofrecidas por:
- 116. La escuela.
- 117. Los servicios de salud.

118. La comunidad.

Se le enseña al adolescente como conectarse con:

119. Los servicios de salud.

120. Los servicios de protección legal.

Se orienta a la familia del adolescente mediante charlas o entrega de material escrito sobre:

121. Como actuar con un adolescente sano.

122. Los cuidados a desarrollar con un adolescente enfermo.

123. Se consulta periódicamente al adolescente sobre los temas de salud que desea conocer.

124. Se revisa periódicamente el material educativo en cuanto a su oportunidad y adecuación.

125. Realiza el servicio actividades de educación para la salud en las escuelas del área.

SERVICIOS DE LA COMUNIDAD Y PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

126. Existe una interrelación con las escuelas del área para la referencia y contrarreferencia de los adolescentes con problemas de salud.

127. Existen mecanismos establecidos que permiten al servicio solicitar información a los institutos educacionales sobre el rendimiento escolar de los pacientes adolescentes.

Se brinda orientación a los profesores de las escuelas del área sobre:

128. Cuidados primarios de salud.

129. Como detectar patología mínima.

Está conectado el servicio mediante un sistema de referencia y contrarreferencia con servicios o grupos de la comunidad de apoyo y/o tratamiento de determinados problemas de salud del adolescente.

130. Antialcohólicos.

131. Para combatir la farmacodependencia.

132. Para el tratamiento de los problemas nutricionales.

133. De rehabilitación física.

134. De apoyo psicológico al adolescente y su familia.

135. De terapia psiquiátrica.

136. De atención prenatal.

137. De medicina escolar.

138. Está el servicio conectado con las organizaciones locales de la comunidad.

139. El servicio está conectado con organizaciones no gubernamentales dedicadas a la adolescencia.

140. El servicio está conectado con los servicios de protección legal del adolescente y el menor.

141. Existen mecanismos que permiten la incorporación del adolescente como voluntario a algunas actividades del servicio.
142. El adolescente puede participar en el diagnóstico y programación de algunas actividades del servicio.
143. Existe alguna forma establecida de evaluación periódica del servicio por la comunidad.
144. Si como resultados de la evaluación del servicio por la comunidad se solicitan cambios, éstos se incorporan.