

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**"ATENCIÓN HOSPITALARIA DEL PARTO Y ABORTO
EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS ANTES DE LOS 14 AÑOS"**

Estudio descriptivo realizado en 23 hospitales nacionales de pacientes atendidas de
enero del 2012 a junio del 2013

TESIS

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

Médico y Cirujano

Guatemala, octubre de 2013



USAC
TRICENTENARIA
Universidad de San Carlos de Guatemala



APROBACION /2013

El infrascrito Coordinador de la Unidad de Trabajos de Graduación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, hace constar que los estudiantes:

- Henry Armando Tacam Alvarez 200417816
- Arlendy Damaris Vásquez Escobar 200310639
- Amanda Lizeth Alvarado Sánchez 200210044
- Emilio Benedin Aragon Pretdesaba 199912730
- Luis Enrique Corzantes Vásquez 200610098
- Arnoldo Isaías Saquec Tzay 200011909
- Mabilia Dámaris Yizzel Hernández Vicente 200310128
- María del Carmen Velásquez Fuentes 200110588
- Francis Anita Herrera Arias 200717766
- María Gudelia Ajsivinac Sian 200310222
- Andrea Eloisa Alemán González 200614477
- Lourdes Virginia Hernández Estrada 200216295
- Sonia Patricia Choguix Otoy 200310143
- Kendy Susell Nufio Sosa 200310890
- Juan Antonio Álvarez Caal 199213333
- Randy Williams Fuentes Tumax 200510213
- Josué Armando Hurtarte Jerónimo 200310832



USAC
TRICENTENARIA
Universidad de San Carlos de Guatemala



Han presentaron el informe final del trabajo de Graduación titulado:

**“ATENCION HOSPITALARIA DEL PARTO Y ABORTO
EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS ANTES DE LOS 14 AÑOS”**

Estudio descriptivo realizado en 23 hospitales nacionales de pacientes atendidas de
enero del 2012 a junio del 2013.

El cual ha sido revisado, corregido y aprobado por el Dr. Edgar Rodolfo de León Barillas por lo que se establece que cumple con los requisitos exigidos por esta Unidad, se le autoriza a continuar con los trámites correspondientes para someterse al Examen General Público. Dado en la Ciudad de Guatemala, el once de octubre del dos mil trece.

“ID Y ENSEÑANZA A TODOS”

Dr. Edgar Rodolfo de León Barillas
Coordinador



USAC
TRICENTENARIA
Universidad de San Carlos de Guatemala



Facultad de Ciencias Médicas
Coordinación de Trabajos de Graduación
COORDINADOR



USAC
TRICENTENARIA
Universidad de San Carlos de Guatemala



Guatemala 11 de octubre de 2013

Doctor

Edgar Rodolfo de León Barillas

Universidad de Trabajos de Graduación

Facultad de Ciencias Médicas

Universidad de San Carlos de Guatemala

Presente

Dr. De León:

Le informo que los estudiantes abajo firmantes:

- Amanda Lizeth Alvarado Sánchez
- Andrea Eloisa Alemán González
- Arlendy Damaris Vásquez Escobar
- Arnoldo Isaías Saquec Tzay
- Emilio Benedin Aragon Pratdesaba
- Francis Anita Herrera Arias
- Henry Armando Tacam Álvarez
- Josué Armando Hurtarte Jerónimo
- Juan Antonio Álvarez Caal
- Kendy Susell Nufio Sosa
- Lourdes Virginia Hernández Estrada
- Luis Enrique Corzantes Vásquez
- Mabilia Dámaris Yizzel Hernández Vicente
- María del Carmen Velásquez Fuentes
- María Gudelia Ajsivinac Sian
- Randy Williams Fuentes Tumax
- Sonia Patricia Choguix Otzoy



USAC
TRICENTENARIA
Universidad de San Carlos de Guatemala



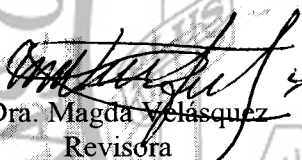
Presentaron el informe final del trabajo de Graduación titulado:

**“ATENCIÓN HOSPITALARIA DEL PARTO Y ABORTO EN ADOLESCENTES
EMBARAZADAS ANTES DE LOS 14 AÑOS”**

Estudio descriptivo en 23 hospitales nacionales de casos atendidos del 1 de enero del
2012 al 30 de junio del 2013.

Del cual como asesor y revisora nos responsabilizamos por la metodología,
confiabilidad y validez de los datos, así como de los resultados obtenidos y de la
pertinencia de las conclusiones y recomendaciones propuestas.

Atentamente,


Dra. Magda Velásquez
Revisora
Firma y Sello

Dra. Magda Francisca Velásquez I.
MEDICO Y CIRUJANO
COLEGADO 6720


Dr. Antonio Petzey
MEDICO Y CIRUJANO
Colegiado 6720

Dr. Antonio Petzey Reanda
Asesor
Firma y Sello



USAC
TRICENTENARIA
Universidad de San Carlos de Guatemala



El infrascrito Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, hace constar que:

Los estudiantes:

- Juan Antonio Álvarez Caal	199213333
- Emilio Benedito Aragon Pradesaba	199912730
- Arnoldo Isaías Saquec Tzay	200011909
- María del Carmen Velásquez Fuentes	200110588
- Amanda Lizeth Alvarado Sánchez	200210044
- Lourdes Virginia Hernández Estrada	200216295
- Mabilia Damaris Yizzel Hernández Vicente	200310128
- Sonia Patricia Choguix Otzoy	200310143
- María Gudelia Ajsivinac Sian	200310222
- Arlendy Damaris Vásquez Escobar	200310639
- Josué Armando Hurtarte Jerónimo	200310832
- Kendy Susell Nufio Sosa	200310890
- Henry Armando Tacam Álvarez	200417816
- Randy Williams Fuentes Tumax	200510213
- Luis Enrique Corzantes Vásquez	200610098
- Andrea Eloisa Alemán González	200614477
- Francis Anita Herrera Arias	200717766



USAC
TRICENTENARIA
Universidad de San Carlos de Guatemala



Han cumplido con los requisitos solicitados por esta Facultad, previo a optar al Título de Médico y Cirujano, en el grado de Licenciatura y habiendo presentado el trabajo de graduación titulado:

**“ATENCION HOSPITALARIA DEL PARTO Y ABORTO EN ADOLESCENTES
EMBARAZADAS ANTES DE LOS 14 AÑOS”**

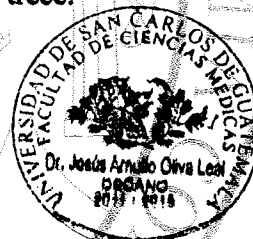
Estudio descriptivo en 23 hospitales nacionales de casos atendidos del 1 de enero del 2012 al 30 de junio del 2013.

Trabajo asesorado por el Dr. Antonio Petzey Reanda y revisado por la Dra. Magda Velásquez quienes avalan y firman conformes, por lo anterior, se emite, firma y sella la presente:

ORDEN DE IMPRESIÓN

En la Ciudad de Guatemala, Once de octubre de dos mil trece.


DR. JESUS ARNULFO OLIVA LEAL
DECANO



RESUMEN

OBJETIVO: Caracterizar clínica y epidemiológicamente a las adolescentes que fueron embarazadas antes de los 14 años y atendidas por parto y aborto en los hospitales nacionales de la república de Guatemala. **POBLACIÓN Y**

MÉTODOS: Estudio descriptivo que se realizó en el área de Gineco-Obstetricia de los Hospitales Nacionales de Uspantán, Roosevelt, Alta Verapaz, Baja Verapaz, Chimaltenango, Escuintla, Huehuetenango, Antigua Guatemala, San Marcos, El Progreso, Mazatenango, Retalhuleu, Zacapa, Cuilapa, Amatitlán, Jutiapa, Jalapa, Quiché, Sololá, Izabal, Tiquisate, Chiquimula y Quetzaltenango acerca de la atención hospitalaria del parto y el aborto en pacientes embarazadas antes de los 14 años durante el período de 1 de enero del 2012 al 30 de junio del 2013. Se tomó una muestra por conveniencia obteniendo un total de 1276 expedientes.

RESULTADOS: de los expedientes anteriores 144 casos corresponden a aborto y 1132 a parto distribuidos de la siguiente forma: 786 partos eutócicos simples solo al 2.4% se les administró analgesia en el trabajo de parto y fueron 346 partos distócicos; del total de partos el 85.9% fueron atendidos por médicos colegiados. Solo el 15.9% de las pacientes presenta complicaciones post parto. No se reportó mortalidad materna. El 2.8% de casos totales presenta embarazos previos. **CONCLUSIONES:** No todas las pacientes llevaron control prenatal, y en el momento de la atención del parto o aborto fueron tratadas como pacientes adultas, en su mayoría atendidas por médicos no especialistas. La hemorragia post-parto fue la complicación más frecuente. En relación a los abortos El tipo de aborto más común reportado fue el incompleto y el procedimiento quirúrgico realizado fue la aspiración manual endo-uterina.

PALABRAS CLAVE: Adolescente, parto, aborto, AMEU, LIU.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. OBJETIVOS	5
2.1 Objetivo General:	5
2.2 Objetivo Específico:	5
3. MARCO TEÓRICO	7
3.1 Características generales del país	7
3.1.1 Geográficas	7
3.1.2 Demográficas	7
3.2 Adolescencia	10
3.2.1 Adolescencia Temprana (10 a 13 años)	11
3.2.2 Adolescencia Media (14 a 16 años)	12
3.2.3 Adolescencia Tardía (17 a 19 años)	12
3.3 Embarazo en la Adolescencia	13
3.3.1 Factores de riesgo asociado al embarazo en adolescentes:	16
3.3.2 Complicaciones de la madre	17
3.3.3 Complicaciones del recién nacido	18
3.3.4 Aspectos legales del embarazo en adolescentes	18
3.4 Atención del parto:	19
3.4.1 Trabajo de parto	19
3.5 Aborto en adolescentes	22
3.5.1 Aborto espontáneo	22
3.5.2 Aspectos legales del aborto	22
3.5.3 Aborto inducido	24
3.6 Embarazo no planeado causa de aborto	25
3.7 Métodos de aborto usados en Guatemala	25
3.8 Red nacional hospitalaria	26
3.8.1 Hospital de área	26
3.8.2 Hospital de región	27
3.8.3 Hospitales de referencia nacional	27
3.8.4 Red nacional hospitalaria de tercer nivel de atención	28
3.8.5 Cobertura y sesgo:	31
3.8.6 Atención prenatal por trimestre	31

3.8.7	Cobertura de la red hospitalaria nacional a embarazadas	32
	adolescentes comprendidas entre las edades de 10 a 19 años.....	32
3.8.8	Atención del control prenatal	32
3.8.9	Atención del tipo de parto	32
3.8.10	Personal de atención en la red hospitalaria	33
4.	POBLACIÓN Y MÉTODOS.....	35
4.1	Tipo y diseño de la investigación	35
4.2	Unidad de análisis	35
4.3	Población y muestra.....	35
4.3.1	Población o universo:	35
4.3.2	Marco muestral	35
4.3.3	Tamaño de la muestra.....	35
4.3.4	Métodos y técnicas de muestreo:	35
4.4	Selección de los sujetos a estudio.....	36
	Se tomaron los expedientes clínicos con letra legible, completos y en buen estado.....	36
4.5	Medición de las variables.....	37
4.6	Técnicas, procesos e instrumentos utilizados en la recolección de datos.	43
4.6.1	Técnica de recolección de datos.	43
4.6.2	Procesos.....	43
4.6.3	Instrumento de medición.....	43
4.7	Procesamiento de datos	44
4.7.1	Procesamiento.....	44
4.7.2	Análisis de datos.....	44
4.8	Límites de la investigación	44
4.8.1	Obstáculos	44
4.8.2	Alcance de la investigación	45
4.9	Aspectos éticos de la investigación.....	45
4.9.1	Principios éticos generales	45
5.	RESULTADOS	47
6.	DISCUSIÓN.....	69
7.	CONCLUSIONES	75
8.	RECOMENDACIONES	77
9.	APORTES.....	79

10.	REFERENCIAS BIBLIOGRÀFICAS.....	81
11.	ANEXOS.	85
		85

1. INTRODUCCIÓN

Este estudio se realizó con el objetivo de caracterizar clínica y epidemiológicamente a las adolescentes que fueron embarazadas antes de los 14 años y atendidas por parto y aborto en los hospitales nacionales de la república de Guatemala en el área de Gineco-Obstetricia de los Hospitales Nacionales de Uspantán, Roosevelt, Alta Verapaz, Baja Verapaz, Chimaltenango, Escuintla, Huehuetenango, Antigua Guatemala, San Marcos, El Progreso, Mazatenango, Retalhuleu, Zacapa, Cuilapa, Amatitlán, Jutiapa, Jalapa, Quiché, Sololá, Izabal, Tiquisate, Chiquimula y Quetzaltenango acerca de la atención hospitalaria del parto y el aborto en pacientes embarazadas antes de los 14 años durante el periodo de 1 de enero del 2012 al 30 de junio del 2013, debido a que actualmente el embarazo en adolescentes constituye una causa frecuente de consultas en los hospitales y un problema en salud pública. Guatemala se encuentra ubicada entre los 17 países con alto riesgo reproductivo a nivel mundial, siendo el tercer país con más alta tasa de fecundidad en mujeres adolescentes de 15 a 19 años en América Latina. (1) La población guatemalteca asciende a los 14.7 millones de habitantes, siendo el 41.5% la población adolescente menor de 14 años. (2)

La Encuesta Nacional de Salud Materno-Infantil 2002 (ENSMI), encontró que del total de nacidos vivos registrados en Guatemala, 362,372 (17%) correspondieron a partos de adolescentes. (3)

En Guatemala, la Encuesta Nacional de Salud Materno infantil 2008-2009 reporta que en el grupo de mujeres de 15-19 años, el 28% ha tenido experiencia sexual, el 12% vive en unión libre y 7.8% se encuentra casada. También muestra que el 14.1% ya tiene por lo menos un hijo, por otro lado, las estadísticas proporcionadas por el SIGSA evidencian que para el año 2010, los embarazos en edades de 10-19 años representaron el 51.9% del total de partos atendidos en el hogar, seguido de un 42.7% de partos atendidos en los hospitales, el porcentaje de partos en adolescentes fue de 19.9% del total de partos. (1)

Los resultados de la ENSMI-2008/09 muestran que casi la mitad de los partos son atendidos en la casa de las embarazadas o de la comadrona (48.3 por ciento), en segundo lugar son atendidos en la red de servicios de salud del Ministerio de Salud (35 por ciento), el IGSS solo atiende el 8.4%. (1)

De las mujeres que resuelven los partos en los hospitales nacionales, sólo una cuarta parte recibe atención posparto, datos muestran que el 80.1% de las mujeres indígenas no regresa al control posparto, además que el 81.9 % de las mujeres sin escolaridad tampoco regresa. Los departamentos con los menores porcentajes de atención posparto son San Marcos y Huehuetenango (15.7 y 17.3% respectivamente). (1)

El Observatorio en Salud Reproductiva (OSAR) y la Asociación de Ginecología y Obstetricia de Guatemala con apoyo de UNFPA y OACNUDH presentaron los datos sobre embarazos en niñas y adolescentes de 10 a 19 años, de los cuales destacan que en el 2009 el 20% del total de partos en el país ocurrieron en mujeres de estas edades.(4)

La atención del parto en adolescentes necesita cuidados especiales cuando se trata de menores de 15 años, porque las características biológicas de estas conlleva la probabilidad de complicaciones tanto para ellas como para el neonato, las cuales desencadenan cuadros clínicos que ponen en riesgo la vida de ambos.

El aborto, es un problema complejo que tiene múltiples explicaciones, es una de las complicaciones de los embarazos en adolescentes, en Guatemala existe muy poca información sobre este problema.

El marcado aumento del número de embarazos en adolescentes diferenciado por área geográfica, así como, las complicaciones que estos casos significan, merece atención para identificar las características que rodean a la atención del parto y el aborto antes de los 14 años, en los hospitales nacionales de Guatemala.

Por ello se plantearon las siguientes preguntas:

¿Cuáles son las características clínicas y epidemiológicas de las pacientes que fueron embarazadas antes de los 14 años que son atendidas en hospitales nacionales para resolución del parto o un aborto?

¿Cuáles son las características que se presentan en la atención del parto y aborto en pacientes que fueron embarazadas antes de los 14 años cuando estos son atendidos en hospitales nacionales?

¿Cuál es la vía de resolución del embarazo más frecuente en pacientes que fueron embarazadas antes de los 14 años, atendidas en los hospitales nacionales?

¿Qué complicaciones se presentan en la resolución del embarazo y atención del aborto en pacientes que fueron embarazadas antes de los 14 años?

¿Qué proporción de adolescentes atendidas recibe atención posnatal?

¿Qué proporción de los casos de pacientes menores de 14 años es informada al Ministerio Público e Instituto Nacional de Ciencias Forenses -INACIF?

En este estudio se evidenció que la atención hospitalaria del parto o aborto en pacientes embarazadas antes de los 14 años de edad, es igual a la de una paciente adulta, lo que se considera inapropiado debido a la falta de desarrollo físico y psicológico de la paciente menor.

Los embarazos en adolescentes se relacionan a una deficiencia en materia de salud reproductiva y educación sexual. También es importante el problema social que esta representa, debido a que el sistema educativo y económico de nuestro país no está adaptado para atender a esta población.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo General:

Caracterizar clínica y epidemiológicamente a las adolescentes que fueron embarazadas antes o a los 14 años y atendidas por parto y aborto en los hospitales nacionales de la república de Guatemala.

2.2 Objetivo Específico:

- 2.2.1 Identificar los antecedentes gineco-obstétricos de las pacientes a estudio.
- 2.2.2 Describir las características de la atención del parto.
- 2.2.3 Identificar las complicaciones maternas más frecuentes en la atención del Parto.
- 2.2.4 Identificar las complicaciones neonatales más frecuentes.
- 2.2.5 Identificar el tipo de aborto más frecuente en las adolescentes.
- 2.2.6 Identificar el procedimiento quirúrgico más utilizado en la atención del Aborto.
- 2.2.7 Identificar las complicaciones maternas más frecuentes durante la atención del aborto.
- 2.2.8 Describir la atención posparto de pacientes en consulta externa.
- 2.2.9 Cuantificar el número de casos reportados de partos al Ministerio Público e Instituto Nacional de Ciencias Forenses –INACIF-.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 Características generales del país

3.1.1 Geográficas

Guatemala forma parte de la región centroamericana. Está ubicado entre las latitudes 13 °44´ y 18 °30´ norte y las longitudes 87 °24´ y 92° 14´ al oeste del meridiano de Greenwich. Limita al norte y al oeste con México, al sur con el océano Pacífico y al este con Belice, Honduras y El Salvador. (1)

La extensión territorial es de 108,889 kilómetros cuadrados, aproximadamente. El país está dividido en 8 regiones, 22 departamentos y 332 municipios. La sociedad guatemalteca es notablemente rural. Para el año de 1994 el 35% de la población residía en centros urbanos, mientras en el 2002 esta cifra llegó a 46% de la población total, aunque a medida que el país se va desarrollando el porcentaje de población urbana va creciendo. (5)

Guatemala posee gran riqueza cultural, étnica y lingüística. Los grupos indígenas constituyen 41% de la población total y se reconocen como pertenecientes a las siguientes etnias: los pueblos mayas, con 21 grupos, los xincas y los garífunas. Los tres grupos mayas de mayor población son: k'iche' (28,8%), q'eqchi' (19,3%) y kaqchikel (18,9%). Según el Informe Nacional de Desarrollo Humano 2005, 43,4% de la población maya es monolingüe y habla únicamente uno de 21 idiomas mayas (no español). (5)

3.1.2 Demográficas

En 1980 la población del país era de 7.013.435 habitantes, con una tasa de masculinidad de 50,5%; 45,3% eran menores de 15 años, 40,1% tenían entre 15 y 44 años, 10,8% entre 45 y 64 años, y 2,9% 65 años y más. En el año 2002, Guatemala contaba con 11.237.196 habitantes, de los cuales 2.541.581 (22,6%) residían en la ciudad capital. La población llegó a 12.700.611 habitantes en 2005, con una densidad media de 103 habitantes por km² y extremos departamentales que oscilan entre un máximo de 1.196 habitantes por km² en la ciudad capital y un mínimo de 10 habitantes por km² en el departamento de Petén. (5)

Según las proyecciones de población del INE, para el 2010 la población de Guatemala sería de 14, 361,666, aunque para el año 2011 alcanzó los 14.7 millones de habitantes, con una densidad poblacional de 135 habitantes por km². (4)

En la pirámide poblacional muestra que la mayoría de los habitantes son jóvenes, pues tiene una base muy ancha, y los grupos etarios se reducen según aumenta la edad. Guatemala es un país con alto porcentaje de población joven en su mayoría entre las edades de 14-21 años de los cuales se calcula un porcentaje de aproximadamente 25% de la población total el cual se mantiene en crecimiento. Esta distribución es comprensible si se tiene en cuenta que Guatemala tiene el mayor crecimiento poblacional de Centroamérica, con una tasa de 2.4%. De ahí que la edad promedio de los guatemaltecos sea de apenas 20 años, de nuevo la más baja de toda Centroamérica. Las proyecciones indican que Guatemala tendría 16.2 millones en 2015, 20.0 millones en 2025 y 25.2 millones en 2040. (4)

Figura No. 2 (4)



Fuente: CEPAL

Comisión Económica Para América Latina.

La distribución de la población por área de residencia muestra que el 42.8% habita en el área rural, mientras el 57.2% lo hace en áreas urbanas. El 68,3% de la población maya y 44,3% del grupo no indígena residen en la zona rural. La mayor proporción de la población se encuentra en la región Metropolitana; 3 regiones también representan un alto porcentaje, las regiones Norte, Sur-Occidente y Nor-Occidente. Guatemala es el país de Centroamérica con el mayor porcentaje de población indígena; se estima que la distribución es la siguiente según etnia: 59.4% ladinos, 40.3% mayas, 0.2% garífunas y xlnkas, 0.1% otros. La relación de dependencia es la más elevada de Centroamérica y alcanza el 85%, pero no por contar con un porcentaje elevado de personas mayores de 65 años, que solo llegan al 4.4%, sino que por la fuerte presencia de niños y adolescentes menores de 14 años, 41.5%. (4)

La esperanza de vida al nacer es 71.4 años —la menor de Centroamérica— y abarca un rango amplio que fluctúa desde 67.9 años para hombres y 75.0 para mujeres. La migración es alta y llega a -2.1 por mil habitantes. (4)

La población guatemalteca es la más numerosa de la región Centroamericana; el elevado crecimiento es el resultado de la relación de una alta fecundidad y la reducción de la mortalidad general. Las causas que se le atribuyen a la alta fecundidad es la combinación de la influencia determinante de patrones culturales tradicionales, limitado acceso a la educación de grupos postergados y limitaciones en el acceso a la información, especialmente en temas relacionados con la sexualidad y la reproducción. Ante esas condiciones socioeconómicas, cada año ingresa al círculo de la pobreza un número significativo de guatemaltecos y guatemaltecas, con todas las implicaciones que afectan su calidad de vida. La pobreza en condiciones tan adversas se convierte en hereditaria de generación en generación, porque las causas que la producen no se transforman. (1)

En los últimos años se ha observado una tendencia a la reducción de los niveles de la mortalidad en la niñez, a excepción de la mortalidad

neonatal, la cual se asocia a la escasa cobertura de atención institucional del embarazo y el parto por personal competente. Los cambios en la fecundidad, aunque ha descendido, son menos notables que los observados en la mortalidad, lo que se relaciona con los bajos niveles de escolaridad de la población, el alto grado de deserción escolar y el mayor porcentaje de ruralidad, además de las influencias sociales para estigmatizar lo relacionado con la reproducción y la sexualidad.(1)

En Guatemala, según las proyecciones basadas en el Censo de Población 2002, la tasa de alfabetismo de la población de 15 años o más es de 69,1%; el aumento más marcado del alfabetismo se registra en el grupo de 15 a 24 años de edad. En 1994 este grupo de población presentaba una tasa de alfabetización de 76% y en 2002 había aumentado a 82,2%. Destaca el incremento de casi nueve puntos en la tasa de alfabetización de las mujeres de la zona rural, que pasó de 59,8% en 1994 a 68,2% en 2002; y la de la población joven indígena donde el incremento fue aún mayor —11 puntos en el período— pasando de 60,4% a 71,5%. (5)

La tasa de analfabetismo global de la población mayor de 15 años, fue de 39.9 %. Este indicador presenta diferencias entre hombres y mujeres: 21,9% y 34.36%, respectivamente. El análisis según sexo y grupo étnico revela que los hombres no indígenas presentaron las mejores tasas de escolaridad en 2002 (8,2 años en promedio), mientras que las tasas más bajas (4,4 años en promedio) correspondieron a las mujeres indígenas. (5)

3.2 Adolescencia

Según la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2008/2009, la juventud/adolescencia es un concepto poco claro, porque engloba un conjunto social heterogéneo en cada país, y en el caso de Guatemala, varía de acuerdo a la procedencia de cada uno de ellos, si es de la ciudad capital o del área rural de algún departamento distante. “la adolescencia es aquella etapa de la vida en la cual se enfrenten a cambios biológicos, psicológicos, se asuman nuevos roles sociales, culturales y demográficos, los cuales influirán en el comportamiento reproductivo de ellos y ellas”. En el aspecto demográfico Guatemala presenta

un mayor crecimiento de la población adolescente, los cuales están dentro de un gran grupo de menores de 15 años (dependencia temprana); la principal demanda de este grupo se enfoca a los servicios de salud y educación.(2)

La Adolescencia es un período crítico del crecimiento en el que se experimentan cambios físicos, sexuales, psíquicos, cognoscitivos y hormonales que pudieran poner en peligro el equilibrio psicofísico del adolescente. Es una etapa de búsqueda de la propia identidad, inseguridad y frecuentes frustraciones en el cual la joven trata de hallar su lugar en el mundo.(4)

La OMS define como adolescencia al "período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socioeconómica" y fija sus límites entre los 10 y 20 años. (6)

Para comprender la etapa de la adolescencia, se ha segmentado en tres periodos temprana, media y tardía, cada cual con tres aspectos básicos que son el componente biológico, social y psicológico. (7)

3.2.1 Adolescencia Temprana (10 a 13 años)

Biológicamente, es el periodo peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarquía. (7)

En este estado los niveles de esteroides sexuales circulantes están disminuidos por retroalimentación negativa al nivel del hipotálamo. El hipotálamo desde la hipófisis anterior libera durante el sueño gonadotropina y hormona del crecimiento. Los cambios somáticos y fisiológicos dan lugar a la madurez sexual. (8) Solo el 3% de las niñas tienen un desarrollo mamario antes de los 8.9 años y el 97% alcanzan este estadio a los 12.9 años. (10) Por la influencia de la hormona estimulante de los folículos y los estrógenos, los ovarios, el útero y el clítoris aumentan de tamaño, el endometrio y la mucosa vaginal aumentan de grosor; los labios mayores se vascularizan. La menarquía tiene lugar en el 10% de las niñas. Se inicia la aceleración del crecimiento de las manos y pies, seguido de los brazos y piernas y finalmente el

tronco y tórax. En ambos sexos, los andrógenos suprarrenales estimulan las glándulas sebáceas y promueven la aparición del acné; la elongación del globo ocular causa miopía. (7)

Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Intellectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales. (7) Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física. (7)

3.2.2 **Adolescencia Media (14 a 16 años)**

Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. (7) En las niñas el crecimiento alcanza su máximo a los 11.5 años, y luego disminuye hasta detenerse a los 16 años. (3)

La comunicación con los padres es más sólida, se comunican abiertamente, buscan receptores de esta comunicación. Tienen más relaciones sociales con personas del sexo opuesto. Sienten curiosidad por temas sobre su sexualidad como inquietud natural, no precisamente por haber iniciado una actividad sexual. Cuestionan los valores que transmiten los padres, si reciben una actitud responsable y abierta por los padres comunican sus vivencias. Poseen una conducta "omnipotente", que genera conductas de alto riesgo. Es la etapa en que mayormente inician experiencias sexuales. (7)

3.2.3 **Adolescencia Tardía (17 a 19 años)**

Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales. (7)

Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, "una adolescente que se embaraza se comportará como

corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes". (7)

3.3 Embarazo en la Adolescencia

Se define como "la gestación ocurrida durante los primeros 2 años ginecológicos, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarquía y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen". Ha sido llamado también el síndrome del fracaso o la puerta de entrada al ciclo de la pobreza. (8)

El embarazo en una pareja de jóvenes, en general es un evento inesperado, sorpresivo, se desarrollan reacciones de angustia propias del momento y trastornos en el proceso normal del desarrollo de la personalidad, fenómenos que condicionan la aparición de patologías orgánicas propias del embarazo. (7)

Psicológicamente la carencia afectiva sin una adecuada educación sexual, además de la erotización ambiental y la pseudo valoración de la sexualidad sin compromiso podrá conducir a la joven a una relación sexual inmadura con el riesgo de un embarazo inesperado. "Muchas mujeres llegan al embarazo como una manera de llenar sus múltiples carencias. El ser requeridas sexualmente, las hace sentirse valoradas. Entregan ese cariño no tanto por satisfacción personal, sino por satisfacer a la persona que quieren mantener a su lado." (3)

Las mujeres que comienzan la maternidad a una corta edad tienden a tener familias más numerosas que aquellas que posponen la maternidad, y las madres muy jóvenes y sus hijos que inician sus vidas en la pobreza son a menudo incapaces de salir de esa pobreza. Además, la maternidad temprana puede restringir seriamente las oportunidades educativas de las jóvenes y, por consiguiente, limitar sus perspectivas de empleo. (1)

Además, la maternidad temprana puede empeorar las condiciones de salud de la madre y el hijo cuando éstas son ya deficientes. Por ejemplo, dar a luz antes de la completa madurez física (es decir, a la edad de 16 años o menos) puede poner en peligro la salud de la joven y aumentar el riesgo de que su hijo

contraiga una enfermedad o muera en la infancia; estos riesgos se agravan en las adolescentes pobres, quienes tienen pocas probabilidades de tener una adecuada nutrición y acceso a la atención médica. (1)

Los vínculos entre maternidad temprana y pobreza deben considerarse en dos sentidos. Por una parte, la maternidad en la adolescencia obstaculiza la continuidad escolar de las mujeres y reduce las oportunidades de inserción laboral en condiciones que permitan generar los recursos necesarios para su desarrollo y el de su familia; de ahí que la reproducción durante la adolescencia esté considerada entre los eslabones de la reproducción intergeneracional de la pobreza. Por otra parte, la condición de pobreza suele significar ausencia de oportunidades y limitaciones para la construcción de proyectos de vida distintos a la maternidad, como destino único de la mujer.

La magnitud de esta problemática es evidente ya que según la OMS cada minuto en el mundo 300 mujeres conciben sin haberlo deseado o planeado y 200 adquieren alguna enfermedad transmitida sexualmente y una fallece a consecuencia de complicaciones en el embarazo. Se estima que cada año en el mundo, alrededor de 585,000 mujeres, mueren como consecuencia de complicaciones del embarazo y la mayoría son adolescentes. En los países en vías de desarrollo mueren 480 madres por cada 100,000 bebés nacidos vivos y 27 en los desarrollados, cifras que pueden ser hasta cuatro veces mayores en las adolescentes. (9)

El embarazo en adolescentes repercute en los servicios, la madre, la familia y la sociedad. Para los servicios, ha originado más demandas en los mismos, lo que conlleva a una posible atención deficiente por falta de recursos y sobrepoblación en los servicios de salud materno-infantil. (14) La OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) reconocen la problemática del embarazo adolescente como prioridad debido a falta de información epidemiológica y la poca efectividad de las medidas de atención, consecuentemente a ello en Guatemala se considera una línea de investigación importante. (6)

Según el Observatorio en Salud Sexual y Reproductiva–OSAR- Guatemala en el año 2011 se atendieron 49,231 partos en adolescentes de los cuales 9 casos eran niñas de 10 años, pero se puede observar que a partir de los 14 años el

aumento de los casos es muy marcado, presentándose la mayoría de casos (12,512 casos) a los 19 años, representando el 25% del total de partos atendidos en adolescentes. Entre los departamentos con mayor incidencia de partos en adolescentes podemos mencionar a Huehuetenango con 5,481 de todos los casos, seguido por San Marcos con 5,321 casos, el Quiché con 4,199 casos. (5)

El OSAR y la Asociación Guatemalteca de Mujeres Medicas –AGMM- reportan que en los primeros 7 meses del presente año se van atendiendo 22,067 partos en adolescentes entre los 10 – 19 años, representando el 25% del total de partos atendidos, también 26 muertes maternas en adolescentes de (13 – 19 años).(5)

Según datos de la Encuesta Materno Infantil 2008-2009 el 67% de las mujeres de 15 a 24 años, tuvieron su primera relación sexual antes de los 18 años, el acceso a educación sexual es limitado especialmente para las adolescentes sin educación. El 67% de las mujeres entre 10-19 años unidas, no utiliza métodos de planificación familiar. El grupo de mujeres de 15 a 24 años que tuvieron su primera relación sexual antes de los 13 años, el 41% vivían en unión o estaban casadas con la pareja con la que tuvieron su primera relación sexual. En el 30% de los casos su pareja era un familiar, en un 31%, la pareja de la adolescente tenía 20 o más años de edad. (2)

Las mujeres de 15 a 24 años sin educación, solamente 3.5% habían recibido charlas o cursos de educación sexual. Entre las mujeres con educación primaria y secundaria fueron de 34% y 92% respectivamente. (2)

Entre el grupo de mujeres de 15 a 19 años el 6.8% de las mujeres entre 15 y 19 años ha usado condón masculino, el 6.8% inyección, el 3.6% ha usado algún método natural, el 2.9% ha píldora, el 0.4% DIU, el 0.3% MELA y el 0.2% Norplant. Mientras que en las mujeres de este grupo etario unidas el método más utilizado fue la inyección con un 31.2% de usuarias, en las adolescentes sexualmente activas no unidas el método más utilizado fue el condón con un 33.5%. (2)

3.3.1 Factores de riesgo asociado al embarazo en adolescentes:

Biológicos

Menarquia temprana: Otorga madurez reproductiva cuando aún no maneja las situaciones de riesgo. (3) La edad de la pubertad ha declinado desde 17 años, en el siglo XIX, alrededor de 12-13 años actualmente. Los adolescentes son fértiles a una edad menor. Las adolescentes con una edad de menarquia precoz están más expuestas al riesgo de embarazo. (8,10)

Psicosociales

Familia disfuncional: Uniparentales o con conductas promiscuas que ponen de manifiesto la necesidad de protección de una familia continente, con buen diálogo padres– hijos. Su ausencia genera carencias afectivas que la joven no sabe resolver, impulsándola a relaciones sexuales que tiene mucho más de sometimiento para recibir afecto, que genuino vínculo de amor. (8, 11,12)

Un mal funcionamiento familiar puede predisponer a una relación sexual prematura, una adolescente con baja autoestima que sufre discriminación afectiva, recibe atención y cuidado a través de la relación sexual, y además puede encontrar alivio a la soledad y abandono a través de un embarazo, que le permite huir de un hogar patológico amenazado por la violencia, el alcoholismo y la amenaza de incesto. (8, 11,13)

Culturales

Pensamiento mágico: Propios en esta etapa de la vida, que las lleva a creer que no se embarazarán porque no lo desean. Fantasías de esterilidad. Comienzan sus relaciones sexuales sin cuidados y, como no se embarazan por casualidad, piensan que son estériles.(7)

Falta o distorsión de la información: Es común que entre adolescentes circulen "mitos" como: sólo se embaraza si tiene orgasmo, o cuando se es más grande, o cuando lo hace con la menstruación, o cuando no hay penetración completa, etc. (7)

Psicológicos

Los adolescentes no son capaces de entender todas las consecuencias de la iniciación de la actividad sexual precoz. En la adolescencia media el egocentrismo de la etapa, las hace asumir que a ellas eso no les va a pasar pues solamente, les ocurre a otras. (7)

Sociales

Las zonas de pobreza, con hacinamiento, estrés, delincuencia y alcoholismo, tendrán mayor cantidad de familias disfuncionales, falta de recursos y de acceso a los sistemas de atención en salud, con el consecuente mayor riesgo. (11,14)

Bajo nivel educativo: Con desinterés general. Cuando hay un proyecto de vida que prioriza alcanzar un determinado nivel educativo y posponer la maternidad para la edad adulta, es más probable que la joven, aun teniendo relaciones sexuales, adopte una prevención efectiva del embarazo. En un ambiente de pobreza y subdesarrollo, donde la movilidad social es escasa o nula, es frecuente el fatalismo y el locus de control externo. Bajo esas circunstancias, la adolescente es incapaz de concebir la alternativa de evitar un embarazo.(7)

Migraciones recientes: Con pérdida del vínculo familiar. Ocurre con el traslado de las jóvenes a las ciudades en busca de trabajo y aún con motivo de estudios superiores. (7)

3.3.2 Complicaciones de la madre

Primer Trimestre:

- Metrorragias
- Aborto espontáneo
- Emésis de hiperémesis
- Embarazos extrauterinos

Segundo Trimestre:

- Infección del tracto urinario
- Anemia
- Tercer Trimestre:
- Infección del tracto urinario
- Amenaza de parto pre término
- Hipertensión arterial gravídica
- Desprendimiento placentario

En el trabajo de parto:

- Desproporción cefalopélvica
- Trabajo de parto prolongado
- 3 de cada 10 partos terminan en cesárea

3.3.3 **Complicaciones del recién nacido**

- Bajo peso al nacer
- Nacimiento prematuro
- Malformaciones congénitas (7)

3.3.4 **Aspectos legales del embarazo en adolescentes**

Para abordar el tema del embarazo en adolescentes es importante definirlo según el código de la niñez y la juventud en su Artículo 2° se considera niña o niño para los efectos de la ley a toda persona desde su nacimiento hasta los 12 años y desde los 12 años a 18 años cumplidos jóvenes. Así mismo según el artículo 192 determina que es el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social el Obligado en la atención médica de los adolescentes embarazadas y asesoría prenatal y post natal, sin embargo decreto 87-2005 de la Ley de acceso universal de servicios de planificación familiar en el Artículo 9. Estrategia especial para adolescentes. El Ministerio de Educación, el MSPAS y el IGSS, en coordinación con otras organizaciones públicas y privadas, diseñarán una estrategia que asegure la provisión de servicios integrales y diferenciados

para los y las adolescentes, estableciendo mecanismos que faciliten la articulación e integración con otros sectores entre ellos: el Ministerio de Educación y el Vice-Ministerio de Cultura y Deportes, promoviendo el enfoque de derechos y responsabilidades. (15,16)

3.4 Atención del parto:

Según la Norma Técnica para Atención del Parto lo refiere como el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones, para la asistencia de las mujeres gestantes en los procesos fisiológicos y dinámicos del trabajo de parto, expulsión del feto vivo o muerto, con 20 o más semanas de gestación, alumbramiento y puerperio inmediato. (17)

3.4.1 Trabajo de parto

Se conoce como trabajo de parto normal desde el inicio de las contracciones uterinas regulares hasta la expulsión de la placenta. (17,18)

Por definición, el comienzo del trabajo de parto normal es espontáneo, por lo tanto se inicia en la casa, y es la propia mujer y su familia quienes controlan sus condiciones y evolución durante las primeras etapas. (18)

En 1996 la OMS definió el parto como aquel de comienzo espontáneo, desde el inicio del trabajo de parto, hasta la finalización del nacimiento. El niño nace en forma espontánea, en presentación cefálica, entre las 37 y 41 semanas completas de edad gestacional. (19,20)

Según la literatura se presentan diferentes definiciones relacionadas con el parto: (17)

- **Parto:** es la expulsión de un feto con un peso igual a mayor de 500 g, igual o mayor a las 22 semanas completas (para otros 20 semanas) contadas desde el primer día de la última menstruación.
- **Parto de término:** es el que acontece en condiciones normales cuando el embarazo tiene entre 37 y 41 semanas completas desde el primer día de la última menstruación.

- **Parto pretérmino o parto prematuro:** es el que acontece cuando el embarazo tiene entre 22 y 36 semanas completas contadas desde el primer día de la menstruación.
- **Parto inmaduro:** esta denominación es una subdivisión del parto prematuro. Se refiere al que acontece entre las 22 y 27 semanas completas contadas desde el primer día de la última menstruación.
- **Aborto:** es la terminación del embarazo por expulsión o extracción del embrión/feto muerto antes de las 22 semanas completas contadas desde el primer día de la última menstruación y/o con un peso menor a 500 gramos.
- **Nacido muerto o mortinato:** si el feto se expulsa muerto y tiene 22 semanas completas o más y/o 500 gramos o más, no es considerado aborto sino nacido muerto o mortinato.
- **Nacido vivo:** es el recién nacido que independientemente de la duración del embarazo o del peso, respira o da cualquier otra señal de vida, aunque fallezca segundos después.
- **Parto de postérmino o posmaduro:** es el que acontece cuando el embarazo se prolonga y alcanza las 42 semanas o más.
- **Parto de comienzo espontaneo:** es el que se inicia sin que hayan intervenido agentes externos.
- **Parto inducido o provocado:** es el que se inicia por la intervención deliberada de agentes externos.
- **Parto normal o eutócico:** es el que evoluciona con todos sus parámetros dentro de los límites fisiológicos (con un sentido estricto de la definición la mayoría de los partos son paraeutócicos porque no reúnen todas las condiciones de la normalidad)
- **Parto distócico:** es el que presenta alguna alteración de su evolución (distocia contráctil del útero, del mecanismo de parto, parto prolongado evaluado porque en el partograma sobrepasa el percentil 90 de la curva de dilatación cervical en función del tiempo, etc.).
- **Parto de terminación espontanea o natural:** es el que finaliza por acción de sus fuerzas naturales.
- **Parto de terminación artificial:** es el que finaliza con alguna intervención manual o instrumental.

- **Parto médico, dirigido o corregido:** es el que se inició espontáneamente pero durante su evolución se le practicó amniotomía precoz y/o se le administraron a la madre oxitócicos, analgésicos, anestésicos, o tranquilizantes.

La Región Europea de la OMS, la Oficina Regional de América y la Organización Panamericana de la Salud en 1996 elaboró una guía práctica sobre los cuidados en el parto normal. (17,21)

La atención institucional del parto es una medida de primer orden para disminuir de manera significativa la morbilidad materna y perinatal. La Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI) 2008-2009, registró un porcentaje mayor de parto prolongado cuando la madre era menor de 15 años que cuando era mayor de esta edad. Así mismo, encontró que aumentaba en forma significativa los niños de bajo peso al nacer (menos de 2.5Kg.).(17)

El trabajo de parto prolongado y la resolución del parto por cesárea (3 de cada 10) son las complicaciones del parto más frecuentes en las adolescentes. Según indica el OSAR en Guatemala la segunda causa de muerte materna en adolescentes es la hemorragia, consecuencia de complicaciones del embarazo o parto. Esto se relaciona con la falta de atención prenatal y la falta de acceso a la atención institucional del parto por personal profesional. (4)

La Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI) 2012 indica que el 9.5% de las jóvenes de 15-24 años relató haber tenido su primer embarazo antes de los 15 años, el 48.5% entre los 15 y 17 años. Según el Estudio Nacional de Muerte Materna, publicado en 2011, la razón de mortalidad materna se incrementa en ambos extremos de la edad reproductiva: tiene un alto nivel en adolescentes de 10-14 años y luego alcanza su máximo grupo de 40 a 44 años. Entre las primeras causas de muerte materna en adolescentes de 10-19 años están la hipertensión, las hemorragias y la sepsis. (1)

3.5 Aborto en adolescentes

Se considera aborto la expulsión o extracción de su madre de un embrión o de un feto de menos de 500 gramos de peso (aproximadamente 22 semanas completas de embarazo) o de otro producto de gestación de cualquier peso o edad gestacional absolutamente no viable (por ejemplo, huevo no embrionado, mola hidatidiforme, etc), independientemente de si hay o no evidencia de vida o si el aborto fue espontáneo o provocado. Sin embargo, esta definición debe tener en cuenta que en ocasiones el recién nacido que presenta al nacer un peso <500 gramos puede ser reanimado y sobrevivir. Si el recién nacido ingresa en la unidad neonatal y fallece posteriormente, su caso debe registrarse como mortalidad neonatal con independencia de que el peso haya sido inferior a 500gramos. (22)

El aborto espontáneo clínico se produce entre el 10-20% de los embarazos. La mayoría de los abortos son preclínicos (60%) y por lo general el 85% acontecen antes de la duodécima semana de embarazo. Si una gestación llega a la séptima semana con una ecografía normal, la probabilidad de aborto espontáneo es muy baja, inferior al 5% de todos los abortos. El riesgo de aborto espontáneo aumenta con la edad materna: 11.1% entre 20-24 años, 11.9% de 25-29 años, 15% de 30-34 años, 24.6% de 35-39 años, 51% de 40-44 años y del 93.4% a partir de los 45 años. (23)

3.5.1 Aborto espontáneo

El aborto espontáneo es la interrupción del embarazo sin ninguna intervención externa deliberada, que puede ser causado por defectos genéticos del embrión o por enfermedades de la madre. Es un problema de salud de la mujer el cual, al igual que el aborto inducido, puede tener consecuencias sociales, económicas y psicológicas para ella, su familia y su comunidad. (24)

3.5.2 Aspectos legales del aborto

El aborto en Guatemala está severamente restringido por la ley y se permite solamente en casos en los que está en peligro la vida de la mujer embarazada. Según el código penal de la república de Guatemala en el artículo 133 y 134 respectivamente del decreto 17-73 capítulo III Aborto:es la muerte del producto de la concepción en cualquier momento

de la preñez. Aborto procurado: La mujer que causare su aborto o consintiere que otra persona se lo cause, será sancionada con prisión de uno a tres años. Si lo hiciere impulsada por motivos que, ligados íntimamente a su estado, le produzcan indudable alteración síquica, la sanción será de seis meses a dos años de prisión. (25)

Así mismo la legislación de Guatemala indica que los actos punibles están determinados por la edad de manera relativa, como lo explica El Código Civil Decreto Ley 106, en el Artículo 8° indica que “La capacidad para el ejercicio de derechos civiles se adquiere con las mayoría de edad. Son mayores de edad los que han cumplido 18 años. Los menores que han cumplido 14 años son capaces para algunos actos determinados por la ley. Es incapacidad absoluta la de los menores hasta los 14 años, relativa de los 14 a los 18 años.(26)

Sin embargo, más de un tercio de las 180,000 guatemaltecas que enfrentan un embarazo no planeado buscan un aborto, con frecuencia arriesgando su salud al recurrir a proveedores inadecuadamente capacitados. Debido al estigma generalizado en torno al aborto, las guatemaltecas hacen todo lo que está a su alcance para mantener en secreto sus abortos. Esta situación de clandestinidad impide una medición precisa de la práctica y permite que la mayoría de los guatemaltecos eviten reconocer un tema para el cual no existen estadísticas. Sin embargo, el solo hecho de que algo no sea medido no significa que no esté sucediendo. El aborto inseguro conduce con frecuencia a complicaciones graves de salud que imponen una pesada carga sobre el sistema de salud de Guatemala y sobre las mujeres y sus familias. Hasta hace poco, no había información disponible acerca del contexto y causas del aborto clandestino en el país. Actualmente, nuevos esfuerzos de investigación posibilitan llenar muchos de los vacíos para nuestra comprensión del tema.

Con datos de morbilidad hospitalaria, se ha podido determinar que alrededor de 1990-95, el riesgo de abortos (incluyendo tanto los espontáneos como provocados) en los grupos de adolescentes de 10-14 años y 15-19 años fue 1,5 veces mayor que el de mujeres de 20-29 años;

sin embargo, en las mujeres de más de 30 años el riesgo era al menos dos veces superior (UNFPA Panamá, 1999). (27)

3.5.3 **Aborto inducido**

Se estima que unos 65,000 abortos inducidos ocurren cada año en Guatemala, lo que se traduce en una tasa anual de 24 abortos por 1,000 mujeres en edad reproductiva (15–49 años). Esta tasa, que se calcula mediante una metodología ampliamente utilizada, es más alta que las tasas en muchos otros países en donde el procedimiento está mucho menos restringido. Cada año, más de un tercio (36%) de los embarazos no planeados en Guatemala se resuelven a través del aborto inducido. Las dos regiones de Guatemala que tienen las tasas más altas de aborto Metropolitana y Suroccidente (30 y 29 abortos por 1,000 mujeres, respectivamente) son las dos más populosas del país. Las composiciones étnicas tan diferentes de estas regiones sugieren que las mujeres tanto indígenas como no indígenas recurren al aborto en el caso de un embarazo no planeado. La región de Guatemala con la mayor proporción de embarazos que termina en abortos es la Metropolitana (19%), mientras que la proporción en la región Suroccidente (13%) es cercana al promedio nacional de 12%.(24)

Usualmente, los abortos realizados por personal médico bajo condiciones higiénicas son bastante seguros. Sin embargo, la mayor parte de los abortos en Guatemala no son practicados por profesionales capacitados. Se cree que las comadronas tradicionales proveen casi la mitad (49%) de los abortos en el país, mientras que una fracción mucho más pequeña (16%) es provista por médicos. El mayor riesgo de padecer complicaciones ocurre cuando el procedimiento es practicado por un proveedor no capacitado. Se estima que la probabilidad de que un aborto clandestino resulte en complicaciones que requieran hospitalización varía entre 15% en mujeres que recurren a un médico y al menos 70% en aquellas que se auto inducen el aborto o usan los servicios de una comadrona tradicional. (24)

Se considera que las mujeres indígenas y las que viven en el medio rural, la mayoría de las cuales son pobres, tienen tres veces más probabilidades que las mujeres urbanas no pobres de usar los servicios

particularmente inseguros de una comadrona tradicional. Resulta elocuente que la proporción de abortos que son autoinducidos varía relativamente poco en función del origen étnico o de área de residencia y situación de pobreza. (4)

3.6 Embarazo no planeado causa de aborto

En 2002, las mujeres guatemaltecas reportaron que aproximadamente uno de cada tres de sus nacimientos recientes fueron imprevistos o no deseados. Aunque la proporción general de nacimientos no planeados se ha mantenido relativamente estable, la proporción de los que fueron no deseados ha aumentado en un tercio en las pasadas décadas, de tal forma que actualmente uno de cada siete nacimientos es no deseado. (24)

En 2002, más de una cuarta parte de las mujeres en unión (28%) no querían tener un hijo en el futuro próximo y, sin embargo, no estaban usando un método anticonceptivo para evitar el embarazo. El nivel de la necesidad insatisfecha de anticoncepción es especialmente alto, cuatro de cada 10 mujeres entre la población indígena. En la actualidad, las mujeres tienen cerca de un hijo más de lo que desearían tener. Si los deseos por tener familias más pequeñas continúan creciendo a un ritmo mayor que el aumento en el uso de anticonceptivos, dos consecuencias son probables: las mujeres pueden tener aún más nacimientos no planeados que los que ahora tienen, o pueden recurrir al aborto de manera creciente.(24)

3.7 Métodos de aborto usados en Guatemala

Esta lista de métodos que son utilizados para inducir abortos en Guatemala se basa en las respuestas de entrevistas con profesionales de la salud (la Encuesta a Profesionales de la Salud), así como en entrevistas y discusiones de grupos focales con residentes de la comunidad (el estudio de morbilidad por aborto en comunidad). (24)

En países en donde el aborto voluntario está prohibido, se utilizan diferentes métodos y entre estos se encuentran los métodos quirúrgicos como Aspiración eléctrica endouterina, Aspiración manual endouterina, Dilatación y curetaje (legrado) e Instilación de líquidos en el útero.

Pero para la población con bajos recursos económicos las sustancias basadas en plantas son métodos que han llegado a ser utilizados por estos, por las ventajas que presentan por el bajo costo, además que se pueden llevar a cabo sin la intervención de otras personas, no son invasivos. Por lo que entre las sustancias más utilizadas son: Aguacate (semillas), apazote (punta), cilantro con aguardiente, clavo, coco (agua de, sola o con Aralén), Flor inmortal (flor seca), Frijol (caldo de), granada (cáscara o semillas), limón (jugo, solo o con Aralén disuelto), mirto, orégano y ajenojo, pimienta y Salvia silvestre. (24)

Y en muchas ocasiones también recurren a utilizar métodos físicos como: caídas intencionales, inserción de un catéter (sonda), inserción de un objeto (gancho de ropa, lápiz), saltos y cargas objetos pesados, con la intención de provocar el aborto. (24)

3.8 Red nacional hospitalaria

3.8.1 Hospital de área

Estos son establecimientos que se encuentran ubicados en la cabecera departamental de un área de salud. Cuentan con un equipo multidisciplinario que desarrolla programas de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación. (28)

Cuenta con todos los servicios de apoyo y con una dotación de 100 a 150 camas, atienden servicios ambulatorios, emergencias y encamamiento. Son centros de referencia para puestos de salud y centros de salud tipo A y B y hospitales de distrito de una jurisdicción definida. (28)

Recursos humanos: cuenta con recurso humano capacitado a nivel profesional, técnico y operativo. (28)

Programas y servicios: Medicina general, consulta externa, cirugía, maternidad, pediatría, traumatología, anestesia y emergencia. Servicios generales de apoyo, como: quirófano, cocina, lavandería, laboratorio, radiología, banco de sangre, etc. (28)

3.8.2 Hospital de región

Establecimientos localizados en la cabecera departamental, por su convergencia con otros hospitales de menor complejidad tienen bajo su responsabilidad las referencias de puestos, centros de salud tipo A y B y hospitales de distrito y área de una región definida. Centraliza la atención en la patología más compleja. Se encuentran distribuidos equitativamente en el país en las 8 regiones del país. (28)

Cuentan con una dotación de 150 a 300 camas desarrollando programas de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación. (28)

Recursos humanos: cuenta con recurso humano capacitado a nivel profesional, técnico y operativo. El número de personal depende de la dimensión del hospital. (28)

Programas y servicios: Medicina general, cirugía, ginecología, pediatría, obstetricia, traumatología y ortopedia, anestesia, oftalmología, odontología, consulta externa y emergencia, servicios generales de apoyo: cocina, lavandería, quirófano, laboratorio, radiología, banco de sangre, registros médicos, etc. (28)

3.8.3 Hospitales de referencia nacional

Son establecimientos ubicados en la ciudad capital de referencia nacional por su capacidad tecnológica y resolutive. Atienden cualquier complejidad patológica tanto en el interior del país como región metropolitana. Desarrollan programas similares a otros hospitales. Cuenta con una dotación entre 300 y 900 camas. (28)

Recursos humanos: Cuenta con recurso humano capacitado a nivel profesional, técnico y operativo. El número de personal depende de la dimensión y programas del hospital. (28)

Programas y servicios: Medicina interna, cardiología, gastroenterología, neurología, nefrología, neumología, hematología, oncología, pediatría, cirugía, ginecología, obstetricia, químico-biólogos, farmacéuticos, odontología, consulta externa y emergencia. Servicios generales de apoyo: cocina, lavandería, central de gases médicos, central de equipos,

quirófano, laboratorio, radiología, banco de sangre, farmacia, servicios internos, información, archivo, registros médicos, etc. (28)

3.8.4 **Red nacional hospitalaria de tercer nivel de atención**

Se podría caracterizar que actualmente el sector salud es de naturaleza mixta, conformado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), el Sector Privado, la Sanidad Militar y un significativo sector de medicina comunitaria tradicional, sobreviviente de la cultura Maya. (23)

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social tiene el mandato de ser “La rectoría del Sector Salud, entendida como la conducción, regulación, vigilancia, coordinación y evaluación de las acciones e instituciones de salud a nivel nacional” (MSPAS, Código de salud Decreto 90-97, Artículo 9º), este opera por medio de sus dependencias públicas: hospitales, centros de salud y puestos de salud. (23)

Con la estructura del Sector Salud; mencionada anteriormente se tiene la siguiente cobertura de servicios: Sector Público 48% (MSPAS 32% y Seguro Social 16%) y el Sector Privado 10%, Sanidad Militar 0.21% lo cual demuestra que el 41.79% de la población no fue atendido por dicho sistema y que únicamente el 54% restante accedió a los servicios de salud. (23)

No se ha cuantificado estadísticamente, pero la mayoría de la población ha utilizado por muchos años incluso desde la época precolombina, las prácticas y medicinas tradicionales para la recuperación de su salud, lo cual todavía es una práctica cotidiana ante la falta de servicios y ante el abuso de los costos para acceder a las formas occidentales de curación. Así también no existen registros estadísticos de la cobertura dada por las OMS, considerándose por parte del MSPAS, que estas tienen una cobertura aproximada del 18% de la población, pero que con frecuencia atienden a grupos que también reciben atención de otras instituciones. (23)

Según el código de salud, el artículo 154º menciona que los Hospitales Nacionales son del Tercer Nivel, tanto del Ministerio de Salud como del

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, deberán convertirse en hospitales nacionales de referencia para tratar únicamente casos de alta especialidad, que por su naturaleza requieren de tecnologías de alta complejidad. La atención general de los pacientes que en la actualidad cubren, deberá paulatinamente ser desconcentrada a hospitales periféricos regionales y locales. (23)

Cuadro No. 1

Cobertura de Población por las distintas Instituciones del Sector Salud

Cifras Relativas

INSTITUCIÓN	% COBERTURA
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social	32
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social	16
Sector Privado	10
Sanidad Militar	0.21
Total	58.21
Población no Cubierta	41.79

Fuente: OPS "Estudio sobre la Red de los Servicios de Salud". Agosto 1997

La Red Hospitalaria del tercer nivel de atención se compone de 22 Hospitales Nacionales, 3 Hospitales Regionales, 1 Hospital General y el Hospital Roosevelt, los cuales se listan a continuación: (28)

- Hospital Nacional Cobán, Alta Verapaz
- Hospital Nacional de Amatitlán, Guatemala
- Hospital Nacional de Salamá, Baja Verapaz
- Hospital Nacional de Chimaltenango
- Hospital Nacional de Chiquimula
- Hospital Nacional de El Quiché
- Hospital Nacional de Tiquisate, Escuintla
- Hospital Nacional de Escuintla
- Hospital General "San Juan de Dios", Guatemala
- Hospital Nacional "Jorge Von Ahn", Guatemala
- Hospital Roosevelt de Guatemala
- Hospital Nacional de Huehuetenango
- Hospital Nacional de Izabal
- Hospital Nacional de Jalapa "Nicolasa Cruz"
- Hospital Nacional de Jutiapa "Ernestina vda. de R."
- Hospital Nacional de San Benito, Petén
- Hospital Nacional de Melchor de Mencos, Petén
- Hospital Regional "San Juan de Dios de Occidente", Quetzaltenango
- Hospital Regional de Coatepeque, Quetzaltenango
- Hospital Nacional de Retalhuleu
- Hospital Nacional "Pedro de Bethancourt", Antigua Guatemala
- Hospital Nacional de San Marcos
- Hospital Nacional de Malacatán, San Marcos
- Hospital Regional de Cuilapa, Santa Rosa
- Hospital Nacional de Mazatenango, Suchitepéquez
- Hospital Nacional de Totonicapán
- Hospital Nacional de Zacapa

3.8.5 Cobertura y sesgo:

En la actualidad se observa que persisten brechas, desigualdades y disparidades con respecto a la atención materno infantil en regiones y departamentos del país, que son más pronunciadas en el grupo indígena, las poblaciones que residen en el área rural y en aquellas mujeres que no cuentan con ningún nivel de educación, como consecuencia que aún persisten condiciones limitadas en el acceso a servicios, en infraestructura y en las condiciones socioeconómicas de estos grupos de población. (24)

Según la encuesta nacional de salud materno infantil 2008-2009, la cobertura de la atención del parto por parte de la red hospitalaria nacional para los nacidos vivos en los 60 meses anteriores a la entrevista en el área urbana un 25.8% fue por cesárea y un 74.2 por parto vaginal mientras que en el área rural el 10.8% fue por cesárea y un 89.2% fue por parto vaginal. (24)

Los embarazos de las mujeres con educación superior, la mitad de ellos se atienden en centros privados, mientras que las mujeres que no tienen ningún nivel de educación y que son indígenas, 7 de cada 10 partos se resuelven en sus casas o en la casa de la comadrona. (24)

Según el orden de nacimiento, el primer nacimiento es el que recibe el más alto porcentaje de partos atendidos en alguna institución de salud pública o privada, con 68.4%; a partir del sexto esta proporción disminuye. (24)

3.8.6 Atención prenatal por trimestre

Las complicaciones del embarazo y el parto son las principales causas de muerte y morbilidad en las mujeres en edad reproductiva. Es innegable la importancia de la atención prenatal brindado por personal calificado. La atención deficiente y retardada en los servicios de salud durante el embarazo, provoca que las mujeres prefieran no acudir al control de su embarazo. (24)

En los departamentos con mayor proporción de población indígena, las mujeres durante su embarazo acuden en menor porcentaje durante el

primer trimestre del embarazo a los servicios de salud, tales como Sololá (44.2%), Quiché (50.7%), Huehuetenango (52%) y San Marcos con un (54.7%) (24)

3.8.7 Cobertura de la red hospitalaria nacional a embarazadas adolescentes comprendidas entre las edades de 10 a 19 años

Los embarazos de las mujeres con educación superior, la mitad de ellos se atienden en centros privados, mientras que las mujeres que no tienen ningún nivel de educación y que son indígenas, 7 de cada 10 partos se resuelven en sus casas o en la casa de la comadrona; esto demuestra la diferencia en la oportunidad de atención médica, la inequidad para la mujer en edad reproductiva. La ENSMI 2008-2009 reporta que para dicho censo el 80.9% de la población femenina sin ningún nivel de educación fue atendida en un hospital público; versus el 22% de las pacientes con nivel de educación superior. (24)

Según el orden de nacimiento, el primer nacimiento es el que recibe el más alto porcentaje de partos atendidos en alguna institución de salud pública o privada, con 68.4 por ciento, a partir de la sexta gestación esta proporción disminuye. (24)

3.8.8 Atención del control prenatal

Los porcentajes de mujeres que no recibieron atención prenatal han disminuido al comparar los resultados con la ENSMI-2002. En el área rural de 18.5 por ciento disminuyó a 8.3 por ciento; en el área urbana de 10.2 pasó a 4.1 por ciento. Se ha mejorado la cobertura, en casi todas las regiones y departamentos, pero aún falta identificar los problemas que provocan las ausencias de embarazadas conforme aumenta la edad gestacional. Obliga a indagar en la calidad de atención brindada a la embarazada, especialmente durante la primera visita, que será determinante para que regrese a los servicios. (24)

3.8.9 Atención del tipo de parto

Según la ENSMI 2008-2009 las embarazadas adolescentes con atención del parto a nivel hospitalario nacional comprendidas entre las edades de

10 a 19 años fue de 74.3%, y las adolescentes con atención del parto por cesárea es del 73.4%. (24)

3.8.10 Personal de atención en la red hospitalaria

La OMS, define como personal calificado a todo profesional de la salud (médicos, enfermeras, ginecólogos, comadronas, etc.) con formación en las disciplinas necesarias para manejar embarazos y partos sin complicaciones y para brindar atención en el periodo inmediato de posparto y para identificar, administrar y remitir casos a instancias especializadas en caso de que la madre o el recién nacido sufran complicaciones. (24)

3.8.10.1 Médicos:

Durante el periodo de 2008-2009 el 72.5% de los partos fueron atendidos por médicos, en comparación con el 32% del área rural. Los departamentos en donde se observa una baja atención por parte de médicos es en Sololá con un 22%, Totonicapán con un 22.9% y Quiché con un 20.3%. (24)

El grupo etario de embarazadas adolescentes atendidas por medico se dividen de la siguiente forma. En menores de 15 años con un 47% y de 15 a 19 años 50.7%. (24)

Muchas de las pacientes embarazadas adolescentes llevan control prenatal con la comadrona en el caso del área rural; mientras que en el área urbana prefieren el centro de salud; sin embargo para la atención del parto se dirigen a una atención de tercer nivel. (24)

4. POBLACIÓN Y MÉTODOS

4.1 Tipo y diseño de la investigación

Estudio descriptivo (15)

4.2 Unidad de análisis

Expediente clínico de pacientes embarazadas antes de los 14 años atendido por parto o aborto, registrados en los archivos de registro y estadístico de la red hospitalaria a estudio, durante el periodo del 1 de enero de 2012 al 30 de junio de 2013.

4.3 Población y muestra

4.3.1 Población o universo:

POBLACIÓN DE ESTUDIO: Todo expediente clínico de pacientes atendidas por parto o aborto antes de los 15 años, existente en los archivos de registro y estadística de los hospitales nacionales del estudio durante el periodo del 1 de enero de 2012 al 30 de junio de 2013.

4.3.2 Marco muestral

Lista de expedientes clínicos de parto o aborto atendido a pacientes antes de los 15 años, registrado en los archivos de registro y estadística de la red de hospitales nacionales de Guatemala, durante el periodo del 1 de enero de 2012 al 30 de junio de 2013.

4.3.3 Tamaño de la muestra

Se incluyó a toda la población del período de estudio

4.3.4 Métodos y técnicas de muestreo:

Los hospitales que se incluyeron en el estudio se escogieron por conveniencia, de distancia y accesibilidad geográfica.

4.4 Selección de los sujetos a estudio

Se tomaron los expedientes clínicos con letra legible, completos y en buen estado.

4.5 Medición de las variables

VARIABLE GENERAL	DEFINICIÓN	SUB VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
Características epidemiológicas	Es una serie de información que engloba los datos generales de la paciente al momento del interrogatorio de la historia clínica	Residencia	Lugar donde vive la paciente	Región o lugar geográfico en donde reside la persona; aldea, municipio o cabecera municipal, tomado del expediente clínico.	Cualitativa	Nominal
		Etnia	Conjunto de personas que comparten rasgos culturales, dialecto, religión, celebración de ciertas festividades, música, vestimenta, alimentación, historia y comúnmente un territorio.	Grupo étnico que indicó la paciente en el momento de elaborar expediente clínico.	Cualitativa	Nominal
		Escolaridad	Conjunto de cursos que el estudiante aprueba en un establecimiento docente.	Ninguna, primaria incompleta o completa, secundaria incompleta o completa tomado de la historia clínica.	Cualitativa	Ordinal
		Inicio de vida sexual	Inicio de la actividad sexual especialmente inicio de relaciones sexuales.	Se obtiene de la historia clínica, edad en la cual la paciente inicia las relaciones sexuales.	Cuantitativa Discreta	De razón
		No. De cesáreas	Cirugía en la cual se extrae el bebé del útero realizando incisión por planos.	Se obtiene el número de cesáreas realizadas a la paciente, de la historia clínica.	Cuantitativa discreta	De razón
		Embarazos previos	Número de gestas previas.	Número de embarazos previos obtenido de la	Cuantitativa discreta	De razón

VARIABLE GENERAL	DEFINICIÓN	SUB VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
				historia clínica		
		No. De abortos	La OMS define el aborto como la interrupción del embarazo cuando el feto aún no es viable fuera del vientre materno.	Número de abortos previos anotados en historia clínica.	Cuantitativa discreta	De razón
		Hijos vivos	Número de hijos con vida de la paciente al momento de la historia clínica.	Número de hijos con vida anotados en historia clínica	Cuantitativa discreta	De razón
		Hijos muertos	Hijos que la paciente dio a luz pero posteriormente murieron.	Número de hijos muertos anotados en historia clínica	Cuantitativa discreta	De razón
Características clínicas	Se refiere a todos los antecedentes ginecológicos y obstétricos de la paciente al momento de la entrevista para realizar la historia clínica	Control prenatal	Acción de monitoreo durante el período de gestación con personal calificado para asegurar el bienestar materno fetal	Se refiere a si la paciente llevó control prenatal en: Hospital, puesto o centro de salud, médico particular, comadrona anotado en historia clínica.	Cualitativa	Nominal
		Laboratorios infecciosos	Realizar exámenes en sangre para diagnosticar enfermedades infecciosas durante el período de gestación	Se refiere a exámenes como: VIH, TORCH, VDRL anotados en la historia clínica	Cualitativa	Nominal
		Inmunizaciones	Acción de hacer inmune a la paciente por medio de vacunación	Imunizaciones reportadas en la historia clínica; Toxide tetánico, hepatitis b.	Cualitativa	Nominal

VARIABLE GENERAL	DEFINICIÓN	SUB VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
Características de la atención del parto.	Se refiere a todos los eventos relacionados a la atención del parto.	Tipo de parto	Expulsión o extracción de uno o más fetos y la placenta desde el interior de la cavidad uterina al exterior	Tipo de parto anotado en la historia clínica: Eutócico simple, gemelar, triple, tipo de distocia, episiotomía, analgesia.	Cualitativa	Nominal
		Personal de atención del parto	Persona capacitada en atención del parto	Personal calificado incluyendo a los médicos especialistas, médico general, médico residente, estudiantes de medicina (interno y externo) y personal paramédico anotado en historia clínica.	Cualitativa	Nominal
Complicaciones maternas y neonatales	Se engloban todas las complicaciones que pueden suceder durante y después del parto tanto en la madre como en el recién nacido.	Complicaciones maternas	Son todas aquellas complicaciones que puede afectar el estado de salud de la madre como consecuencia del parto.	Complicaciones encontradas en la historia clínica tales como: hemorragia, pre-eclampsia, eclampsia, infección de herida operatoria, infección respiratoria.	Cualitativa	Nominal
		Complicaciones neonatales	Complicaciones que puede presentar el recién nacido en sus primeros minutos de vida.	Complicaciones de recién nacido tales como: asfixia, bajo peso al nacer, aspiración de meconio, otros.	Cualitativa	Nominal
Características del aborto	Son todos los eventos relacionados a la atención del aborto.	Personal que atendió el aborto	Se refiere al personal médico, jefe especialista, médico residente, estudiantes de medicina (interno o externo), enfermera, que atendió a	Datos anotados en historia clínica de la paciente.	Cualitativa	Nominal

VARIABLE GENERAL	DEFINICIÓN	SUB VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
Características de atención en consulta externa	Se refiere a toda la atención que se le brinda a la paciente luego del egreso.		la paciente.			
		Semanas de gestación	Semanas transcurridas desde la última fecha de menstruación hasta la interrupción del embarazo.	Se obtendrá datos de la historia clínica.	Cuantitativa continua	De razón
		Procedimientos quirúrgicos utilizados	Se refiere a los procedimientos realizados para atender a las pacientes que cursan con un aborto.	Se obtendrá de la historia clínica, tales como: AMEU, LIU.	Cualitativa	Nominal
		Complicaciones después del aborto	Son todas las complicaciones médicas en las pacientes derivadas del aborto.	Cualquier complicación médica anotada en la historia clínica después del aborto.	Cualitativa	Nominal
		Métodos de planificación asignados.	Métodos hormonales o de barrera ofrecidos a la paciente para evitar embarazos.	Métodos recomendado al momento del egreso o en consulta externa, entre ellos: pastillas anticonceptivas, inyecciones de depósito (depo-provera, Ioriginon), métodos de barrera, DIU, anotados en expediente.	Cualitativa	Nominal
		Control en consulta externa	Atención de pacientes en consulta externa después del egreso para	Asistencia a consulta externa y hallazgos obtenidos por medio de la	Cualitativa	Nominal

VARIABLE GENERAL	DEFINICIÓN	SUB VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
			seguimiento de caso.	misma anotados en expediente.		
		Número de días postparto	Días que pasaron al momento de llegar a consulta externa después de su egreso.	Dato obtenido de expediente.	Cuantitativa discreto	Razón
		Número de visitas	Visitas realizadas a consulta externa después de su egreso.	Visitas realizadas a consulta externa registradas en expediente.	Cuantitativa discreto.	Razón
	Casos reportados al ministerio público o INACIF		Son todas aquellas notas que aparecen dentro de la historia clínica como evidencia de que el caso fue conocido por el ministerio público o INACIF.	Nota de caso reportado al ministerio público o INACIF registrado en expediente.	Cualitativa	Nominal

4.6 Técnicas, procesos e instrumentos utilizados en la recolección de datos.

4.6.1 Técnica de recolección de datos.

Técnica de transcripción informática.

4.6.2 Procesos

- 4.6.2.1** Autorización de cada hospital para revisión de libros de ingresos, egresos y fichas clínicas de los servicios del área de maternidad y obstetricia los cuales fueron por medio de cartas que fueron presentadas a los directores de los hospitales a estudios, realizados durante el mes de agosto.
- 4.6.2.2** Anotación del número de registros clínicos de los casos de interés.
- 4.6.2.3** Búsqueda de los expedientes.
- 4.6.2.4** Lectura del contenido de los expedientes en busca la información necesaria.
- 4.6.2.5** Traslado de la información a las boletas diseñadas para el estudio.
- 4.6.2.6** Se llenó una boleta para cada caso.
- 4.6.2.7** De cada hospital se registró el número total de partos y abortos atendidos en pacientes embarazadas antes de los 14 años durante el periodo mencionado anteriormente.

4.6.3 Instrumento de medición

Se empleó una boleta de recolección de datos, la cual cuenta con 39 preguntas, distribuidas en 6 apartados: características epidemiológicas, características clínicas, complicaciones maternas y neonatales, características del aborto, características de atención en consulta

externa, casos reportados al Ministerio Público e INACIF, obteniendo la información pertinente para la creación del análisis.

4.7 Procesamiento de datos

4.7.1 Procesamiento

Los datos recolectados en las boletas, se trasladaron a una hoja electrónica en archivo .xl., seguidamente se trasladó la información al programa EPIINFO donde fue analizado por medio de frecuencia corrigiendo errores encontrados.

4.7.2 Análisis de datos

El plan de análisis de los datos se basó en el cumplimiento de los objetivos propuestos para este estudio, siguiendo la categoría de las variables mostradas en la tabla de “definición de variables”, donde se escogió la medida estadística correspondiente.

Se elaboraron cuadros comparando y analizando los datos obtenidos con ayuda de EPIINFO.

4.8 Límites de la investigación

4.8.1 Obstáculos

Durante el periodo de recolección de datos se encontraron dificultades a la hora de solicitar los expedientes clínicos entre los cuales se mencionan:

- Expedientes con letra ilegible
- Historias clínicas que no correspondían a este estudio
- Duplicación de historias clínicas
- Pérdida de expedientes secundario a terremoto en el caso de San Marcos
- Expedientes no archivados

Los hospitales de Totonicapán y San Juan de Dios fueron sustituidos por otros hospitales debido a tiempo excesivo en la autorización del estudio.

4.8.2 Alcance de la investigación

El estudio informa los eventos y las características que se presentan en la atención del parto y aborto de adolescentes cuando estos son atendidos en hospitales nacionales, diferenciándolos según departamento y etnia. Se describen las vías de resolución del parto y las complicaciones más frecuentes, así como la atención del aborto, sus complicaciones y el seguimiento por consulta externa para ambos casos.

4.9 Aspectos éticos de la investigación

4.9.1 Principios éticos generales

Se informó al director, subdirector y/o personal administrativo acerca del trabajo de campo a través de una hoja de autorización de la Universidad acerca del propósito de la investigación, sus riesgos y beneficios potenciales y las alternativas del estudio. La información obtenida del expediente y registros médicos se manejó con discreción ya que en dichos documentos legales se exponen la privacidad de las pacientes.

Todo lo anteriormente mencionado se cumplió con los principios éticos en la investigación Descriptiva cumpliendo las recomendaciones del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMSI) y los cuatro principios fundamentales de ética: Respeto de las personas, Beneficencia, no maleficencia y justicia (27)

Estudio de categoría I (Sin Riesgo). En este estudio no hubo contacto con pacientes únicamente con las historias clínicas, libros de archivo.

5. RESULTADOS

Tabla 1. Número de partos en menores de 15 años, atendidos en 23 hospitales nacionales

HOSPITAL	f	%
Puerto Barrios	294	25.97
Roosevelt	99	8.75
Cuilapa	93	8.22
Chiquimula	77	6.80
Jutiapa	52	4.59
Escuintla	50	4.42
Jalapa	48	4.24
Mazatenango	48	4.24
Cobán	42	3.71
Retalhuleu	40	3.53
San Marcos	39	3.45
Antigua	37	3.27
Huehuetenango	31	2.74
Chimaltenango	30	2.65
Zacapa	30	2.65
Tiquisate	27	2.39
Quetzaltenango	27	2.39
Salamá	25	2.21
El Progreso	13	1.15
Uspantán	10	0.88
Quiché	8	0.71
Amatitlán	6	0.53
Sololá	6	0.53
Total	1132	100

Fuente: Archivos hospitalarios

Tabla 2. Características generales de las adolescentes atendidas por parto en los hospitales nacionales.

Característica		f	%
Escolaridad			
	Primaria incompleta	379	33.5
	Primaria completa	401	35.4
	Secundaria incompleta	170	15
	Secundaria completa	12	1.1
	Sin información	163	14.4
	Ninguno	7	0.6
Etnia			
	Ladina	914	80.7
	Maya	215	19
	Sin información	2	0.2
	Otros	1	0.1
Residencia			
	Municipio	526	46.5
	Aldea	472	41.7
	Cabecera departamental	134	11.8
Edad en años			
	10	2	0.2
	11	9	0.8
	12	72	6.4
	13	322	28.4
	14	727	64.2
	Mediana	14 años	

Fuente: Archivos hospitalarios.

Tabla 3. Hospitales con mayor número de partos y edad de la adolescente

Edad	Puerto Barrios	Roosevelt	Cuilapa	Chiquimula	Jutiapa	Escuintla	Jalapa	Mazatenango	Total	%
10	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0.18
11	7	0	0	0	0	0	0	1	8	0.71
12	31	8	1	3	0	6	0	3	52	4.59
13	109	19	34	11	28	15	20	5	241	21.29
14	147	72	58	63	24	29	26	39	458	40.46
Total	294	99	93	77	52	50	48	48	761	67.23
Mediana	13.5	14	14	14	13	14	14	14		

Fuente: Archivos hospitalarios.

Tabla 4. Antecedentes ginecoobstétricos de las pacientes atendidas por parto en 23 hospitales nacionales.

Antecedente	f	%
Aborto	13	1.1
Cesárea	7	0.6
Embarazos previos		
1	21	1.9
2	3	0.3
3	1	0.1
0	1107	97.8
Hijos vivos		
1	13	1.1
2	2	0.2
Hijos muertos		
Ninguno	1132	100
Edad de inicio de la vida sexual		
9	1	0.1
10	9	0.8
11	83	7.3
12	240	21.2
13	715	63.2
Sin información	84	7.4

Fuente: Archivos hospitalarios.

Tabla 5. Control prenatal de las pacientes atendidas por parto en 23 hospitales nacionales.

Quien llevó el control prenatal	f	%
Centro o Puesto de salud	462	40.8
Hospital	177	15.6
Médico Particular	103	9.1
Comadrona	83	7.3
No llevó	299	26.4
No hay datos	8	0.7
Total	1132	100

Fuente: Archivos hospitalarios.

Tabla 6. Inmunizaciones y pruebas de enfermedades infecciosas en pacientes atendidas por parto en 23 hospitales nacionales.

Exámenes de laboratorios por enfermedades infecciosas	f	%
TORCH		
Si	137	12.1
No	679	60
Sin información	316	27.9
VDRL		
Si	532	47
No	284	25.1
Sin información	316	27.9
VIH		
Si	603	53.3
No	213	18.8
Sin información	316	27.9
Inmunizaciones		
Vacuna antitetánica		
Si	491	43.4
No	133	11.7
Sin información	508	44.9
Vacuna contra la hepatitis		
Si	129	11.4
No	270	23.9
Sin información	733	64.8

Fuente: Archivos hospitalarios

Tabla 7. Características del tipo de parto atendido en 23 hospitales nacionales.

Tipo de parto		f	%
Eutócico simple		786	69.5
Episiotomía	Si	681	60.2
	No	105	9.3
Distócico		346	30.5
	Desproporción céfalo pélvica	170	15
	Sufrimiento fetal agudo*	58	5.1
	Estrechez pélvica	41	3.6
	Podálico	30	2.7
	Situación transversa	11	1
	Oligohidramnios	7	0.6
	Pre-eclampsia*	4	0.4
	Gemelar	3	0.3
	Otros	22	1.7
	No datos	1	0.1

*Estas fueron indicaciones de cesárea.

Fuente: Archivos hospitalarios.

Tabla 8. Vía de resolución del parto por hospital nacional.

HOSPITAL	Cesárea		Vaginal		TOTAL
	f	%	f	%	
Puerto Barrios	56	4,95	238	21,02	294
Roosevelt	45	3,98	54	4,77	99
Cuilapa	13	1,15	80	7,07	93
Chiquimula	34	3,00	43	3,80	77
Jutiapa	21	1,86	31	2,74	52
Escuintla	10	0,88	40	3,53	50
Jalapa	16	1,41	32	2,83	48
Mazatenango	22	1,94	26	2,30	48
Cobán	8	0,71	34	3,00	42
Retalhuleu	18	1,59	22	1,94	40
San Marcos	23	2,03	16	1,41	39
Antigua	22	1,94	15	1,33	37
Huehuetenango	6	0,53	25	2,21	31
Chimaltenango	9	0,80	21	1,86	30
Zacapa	3	0,27	27	2,39	30
Tiquisate	10	0,88	17	1,50	27
Quetzaltenango	2	0,18	25	2,21	27
Salamá	9	0,80	16	1,41	25
El Progreso	9	0,80	4	0,35	13
Uspantán	3	0,27	7	0,62	10
Quiché	1	0,09	7	0,62	8
Amatitlán	5	0,44	1	0,09	6
Sololá	1	0,09	5	0,44	6
Total	346	30,57	786	69,43	1132

Fuente: Archivos hospitalarios.

Tabla 9. Tipo de parto y personal que atendió en los hospitales nacionales.

Personal que atendió el parto	Distócico (n=346)		Eutócico simple (n=786)		Total (n=1132)
	f	%	f	%	
Médico general	31	9	327	41.6	358
Médico especialista	211	61	110	14	321
Médico residente	101	29.2	223	28.4	324
Personal paramédico	0	0	37	4.7	37
Estudiante interno	0	0	44	5.6	44
Estudiante externo	0	0	34	4.3	34
Sin información	3	0.9	11	1.4	14

Fuente: Archivos hospitalarios.

Tabla 10. Características de la resolución del parto en pacientes atendidas en 23 hospitales nacionales.

Edad	Cesárea (n=345)	Vaginal (n=787)	TOTAL
10	2	0	2
11	0	9	9
12	34	38	72
13	84	238	322
14	226	501	727
Embarazos previos			
0	335	772	1107
1	9	12	21
2	2	1	3
3	0	1	1
Analgesia en el parto	Embarazos previos	Total	%
Huehuetenango	0	12	63.16
Chimaltenango	0	5	26.32
San Marcos	0	1	5.26
Quetzaltenango	0	1	5.26
Total		19	100

Fuente: Archivos hospitalarios

Tabla 11. Complicaciones maternas y neonatales de los partos atendidos en hospitales nacionales en adolescentes menores de 15 años.

De la madre	f	%
Hemorragia Posparto	106	9.4
Pre-eclampsia	30	2.7
Infección herida operatoria	20	1.8
Eclampsia	12	1.1
Rasgadura grado III	5	0.4
Otros	7	0.7
Sin complicaciones	952	84.1
Del neonato		
Aspiración de meconio	26	2.3
Asfixia Perinatal	26	2.3
Bajo peso al nacer	136	12
Óbito fetal	3	0.3
Restricción del crecimiento	2	0.2
Sin complicaciones	939	83

Fuente: Archivos hospitalarios

Tabla 12. Características de la atención post parto en consulta externa de pacientes atendidas en hospitales nacionales.

	f	%
Atención en consulta externa		
Hallazgos		
Anemia	92	8.1
Infección del tracto urinario	8	0.7
Hipertensión arterial	3	0.3
Examen físico normal	361	31.9
Otros	12	1
No reconsultó	656	58
Método planificación familiar		
Pastillas anticonceptivas	123	10.9
Depo-provera	285	25.2
Preservativos	2	0.2
Ninguno	722	63.8
Días transcurridos desde el egreso hasta la primera consulta		
1 – 7	14	2.9
8 – 14	242	50.8
15 – 21	202	42.4
22 – 30	16	3.4
31 – 40	2	0.4

Fuente: Archivos hospitalarios

Tabla 13. Notificación de denuncia al Ministerio Público o al INACIF en el expediente de pacientes atendidas por parto en hospitales nacionales.

Se notificó al MP* o INACIF**	f	%	
Si	783	69.2	
No	349	30.8	
HOSPITAL	SI	NO	TOTAL
Puerto Barrios	268	26	294
Roosevelt	54	45	99
Cuilapa	39	54	93
Chiquimula	33	44	77
Jutiapa	32	20	52
Escuintla	20	30	50
Jalapa	30	18	48
Mazatenango	48	0	48
Cobán	20	22	42
Retalhuleu	40	0	40
San Marcos	24	15	39
Antigua	28	9	37
Huehuetenango	22	9	31
Chimaltenango	6	24	30
Zacapa	28	2	30
Tiquisate	10	17	27
Quetzaltenango	27	0	27
Salamá	24	1	25
El Progreso	11	2	13
Uspantán	10	0	10
Quiché	0	8	8
Amatitlán	3	3	6
Sololá	6	0	6
TOTAL	783	349	1132

*MP= Ministerio Público

** INACIF= Instituto Nacional de Ciencias Forenses

Fuente: Archivos hospitalarios

Tabla 14. Número de abortos en menores de 15 años, atendidos en 23 hospitales nacionales.

HOSPITAL	f	%
Puerto Barrios	30	20.83
Jutiapa	15	10.42
Cuilapa	11	7.64
Jalapa	9	6.25
Salamá	9	6.25
Chiquimula	8	5.56
Mazatenango	8	5.56
Roosevelt	8	5.56
El Progreso	7	4.86
Retalhuleu	7	4.86
Huehuetenango	6	4.17
Escuintla	5	3.47
San marcos	5	3.47
Tiquisate	4	2.78
Zacapa	4	2.78
Cobán	3	2.08
Antigua	2	1.39
Chimaltenango	2	1.39
Uspantán	1	0.69
Amatitlán	0	0.00
Quiché	0	0.00
Sololá	0	0.00
Quetzaltenango	0	0.00
Total	144	100

Fuente: Archivos hospitalarios.

Tabla 15. Características generales de las adolescentes atendidas por aborto en los hospitales nacionales

Característica		f	%
Escolaridad		144	100
	Primaria incompleta	55	38.2
	Primaria completa	39	27.1
	Secundaria incompleta	24	16.7
	Secundaria completa	0	0
	Sin información	26	18.1
	Ninguno		
Etnia			
	Ladina	121	84,0
	Maya	22	15,3
	Sin información	1	0,7
	Otros	0	0
Residencia			
	Municipio	67	46.5
	Aldea	60	41,7
	Cabecera departamental	17	11,8
Edad			
	11	1	0.7
	12	8	5.6
	13	38	26.4
	14	97	67.4
	Mediana	14	

Fuente: Archivos hospitalarios

Tabla 16. Hospitales con mayor número de abortos y edad de la adolescente.

Edad	Puerto Barrios	Jutiapa	Cuilaapa	Jalapa	Salamá	Chiquimula	Mazatenango	Roosevelt	El Progreso	Retalhuleu	Total	%
11	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0.69
12	3	0	0	0	1	1	0	1	0	0	6	4.17
13	11	4	3	2	2	3	1	2	2	1	31	21.53
14	15	11	8	7	6	4	6	5	5	6	73	50.69
Total	30	15	11	9	9	8	8	8	7	7	122	84.72
Mediana	13.5	14	14	14	14	14	13.5	14	14	14		

Fuente: Archivos hospitalarios.

Tabla 17. Antecedentes ginecoobstétricos de las pacientes atendidas por aborto en los 23 hospitales nacionales.

Antecedente	f (n=144)	%
Aborto	9	6.2
Cesárea	0	0
Embarazos previos		
1	11	7.6
0	133	92.4
Hijos vivos		
1	2	1.4
0	142	98.6
Hijos muertos		
Ninguno	144	100
Edad de inicio de la vida sexual activa		
10	1	0.7
11	14	9.7
12	19	13,2
13	93	64,6
Sin información	17	11.8

Fuente: Archivos hospitalarios

Tabla 18. Control prenatal de pacientes atendidas por aborto en hospitales nacionales.

Quien llevó el control prenatal	f	%
No llevó control prenatal	78	54.2
Centro o puesto de Salud	28	19.4
Comadrona	9	6.3
Hospital	5	3,5
Médico Particular	1	0,7
No hay dato	23	16
Total	144	100

Fuente: Archivos hospitalarios

Tabla 19. Laboratorios infecciosos e inmunizaciones en pacientes atendidas por aborto en hospitales nacionales.

Exámenes de laboratorios por enfermedades infecciosas	f (n=144)	%
TORCH		
Si	11	7.6
No	71	49.3
Sin información	62	43.1
VDRL		
Si	29	20,1
No	53	36,8
Sin información	62	43,1
VIH		
Si	43	29,9
No	39	27,1
Sin información	62	43,1
Inmunizaciones		
Vacuna antitetánica		
Si	19	13,2
No	20	13,9
Sin información	105	72,9
Vacuna contra la hepatitis		
Si	9	6,3
No	30	20,8
Sin información	105	72,9

Fuente: Archivos hospitalarios

Tabla 20. Características del tipo de aborto en pacientes atendidas en hospitales nacionales.

Tipo de aborto	f	%
Incompleto	83	57.6
Completo	31	21.5
Sin dato	30	20.8
TOTAL	144	100

Fuente: Archivos hospitalarios

Tabla 21. Procedimiento utilizado para la atención del aborto en hospitales nacionales.

Hospital	AMEU* f	LIU** f	Total
Puerto Barrios	8	22	30
Jutiapa	11	4	15
Cuilapa	6	5	11
Jalapa	8	1	9
Salamá	9	0	9
Chiquimula	3	5	8
Mazatenango	4	4	8
Roosevelt	8	0	8
El Progreso	6	1	7
Retalhuleu	6	1	7
Huehuetenango	5	1	6
Escuintla	5	0	5
San Marcos	5	0	5
Tiquisate	4	0	4
Zacapa	3	1	4
Cobán	3	0	3
Antigua	2	0	2
Chimaltenango	2	0	2
Uspantán	1	0	1
Total	99	45	144

*AMEU= Aspiración manual endo-uterina.

**LIU= Legrado intrauterino.

Fuente: Archivos hospitalarios

Tabla 22. Procedimiento realizado en la atención del aborto y personal que lo atendió, en los hospitales nacionales.

Personal que atendió el aborto	AMEU*		LIU**		Total
	f	%	f	%	
Médico general	11	7.64	8	5.55	19
Médico especialista	51	35.42	28	19.45	79
Médico residente	36	25	9	6.25	45
Sin información	1	0.69	0	0	1

Fuente: Archivos hospitalarios

*AMEU= Aspiración manual endo-uterina.

**LIU= Legrado intrauterino.

Tabla 23. Tipo de procedimiento y edad de las pacientes atendidas por aborto en 23 hospitales nacionales.

Edad	AMEU (n=99)	%	LIU (n=45)	%	TOTAL (n=144)	%
11	0	0	1	0.69	1	0.69
12	4	2.78	4	2.78	8	5.56
13	25	17.36	13*	9.03	38	26.39
14	70	48.61	27*	18.75	97	67.36

*Únicamente 2 pacientes presentaron hemorragia vaginal como complicación.

Fuente: Archivos hospitalarios.

Tabla 24. Características de la atención post aborto en consulta externa en hospitales nacionales.

Hallazgos	f	%
No reconsultaron	94	65,3
Examen físico normal	46	31,9
Infección del tracto urinario	2	1,4
Anemia	1	0,7
Sepsis	1	0,7
Total	144	100

Fuente: Archivos hospitalarios.

Tabla 25. Notificación de denuncia al Ministerio Público o al INACIF en pacientes atendidos por aborto en los hospitales nacionales.

Se notificó al MP o al INACIF	f	%
Si	37	25.7
No	107	74.3
Hospital		
Cuilapa	7	4.87
Chiquimula	5	3.47
Roosevelt	5	3.47
Jutiapa	5	3.47
Cobán	3	2.08
San Marcos	3	2.08
Chimaltenango	2	1.39
Escuintla	2	1.39
El Progreso	2	1.39
Puerto Barrios	2	1.39
Antigua	1	0.7
Total	37	25.7

Fuente: Archivos hospitalarios.

6. DISCUSIÓN

Para este estudio descriptivo se tomaron datos de papeletas de las pacientes que se embarazaron antes de los 14 años y fueron atendidas por parto o aborto en 23 hospitales nacionales entre el 1 de enero 2012 y el 30 de junio 2013. Los datos se anotaron en una boleta diseñada para este estudio. Se recolectó información de un total de 1276 casos de los cuales 1132 corresponden a partos y 144 a abortos. (Tablas 1,14)

El área nororiente del país es la que reporta mayor número de casos (Puerto Barrios, Jutiapa y Chiquimula) y el área de occidente es la que presenta menor número de casos. Vale la pena mencionar que el hospital de Puerto Barrios presenta mayor número de casos que el hospital Roosevelt a pesar que este último es de referencia nacional, hay que tomar en cuenta la ubicación geográfica del hospital de Puerto Barrios, ya que los pacientes migrantes de territorios vecinos buscan atención en este centro, en este estudio no se buscó información sobre la nacionalidad de las pacientes atendidas en el hospital de Puerto Barrios, pero habrá que buscar las posibles explicaciones para este comportamiento de los datos.

Los datos sobre el inicio de vida sexual de las pacientes incluidas en este estudio muestran que se encuentran entre los 9-13 años de edad, la mediana se encuentra en los 13 años. El 80.7% de pacientes son ladinas, solo el 51.1% tiene educación primaria completa y la mayor parte corresponde a la región de Oriente. En Guatemala, la Encuesta Nacional de Salud Materno infantil 2008-2009 reporta que en el grupo de mujeres de 15-19 años, el 28% ha tenido experiencia sexual, el 12% vive en unión libre y 7.8% se encuentra casada. También muestra que el 14.1% ya tiene por lo menos un hijo, desconociéndose los datos de pacientes menores de 14 años.(1) Del total de los casos encontrados en este estudio el 2.8% presentó embarazo previo, 1.7% aborto previo y 1.3% por lo menos un hijo vivo (tablas 4,17). Como dato relevante en los hallazgos encontrados en este estudio se captó el caso de una paciente de 14 años de edad atendida en el hospital de Puerto Barrios, quien presentaba antecedente de 3 gestas. Las mujeres que comienzan la maternidad a una corta edad tienden a tener familias más numerosas que aquellas que posponen la maternidad, y las madres muy jóvenes y sus hijos que inician sus vidas en la pobreza son a menudo incapaces de salir de esa pobreza. Además, la

maternidad temprana puede restringir seriamente las oportunidades educativas de las jóvenes y, por consiguiente, limitar sus perspectivas de empleo. (1)

El 40.8% de pacientes llevó control prenatal en centro o puesto de salud, solo 15.6% acudió al hospital, y 26.4% no llevó control prenatal. Es interesante analizar esta información con la de la residencia de las pacientes (tabla 2), en donde se observa que la mayoría residía en aldeas o municipios, un porcentaje muy bajo provenía de la cabecera departamental. Esto evidencia la necesidad de reforzar la capacitación del personal de salud sobre la atención de pacientes menores de 14 años, ya que todos los casos deben ser referidos al hospital para una mejor atención puesto que estos son casos considerados de alto riesgo obstétrico.

Con relación a las pruebas infecciosas se encontró información sobre que a las pacientes únicamente se les realizaron: TORCH (Toxoplasmosis, rubeola, citomegalovirus, herpes) 12.1%, VIH (virus de inmunodeficiencia humana) 53.3% y VDRL (sífilis) 47%. Más de una cuarta parte de los expedientes no contenía información sobre estos exámenes y tampoco se encontraban anotados en las órdenes médicas, y al resto no se les realizó las pruebas. Siendo estas de importancia ya que se puede evitar la transmisión vertical de dichas enfermedades (Tabla6). En la mayoría de hospitales existen formularios específicos sobre el control prenatal que llevó la paciente, sin embargo en varios expedientes no se llenó adecuadamente esta información, o bien no se encuentra.

El embarazo en adolescentes repercute en los servicios de salud, la madre, la familia y la sociedad.(14) por un lado, para los servicios de salud, ha originado más demandas en los mismos, lo que conlleva a una posible atención deficiente por falta de recursos y sobrepoblación en los servicios de salud materno-infantil. La Organización Mundial de la salud y la Organización Panamericana de la Salud reconocen la problemática del embarazo adolescente como prioridad debido a falta de información epidemiológica y la poca efectividad de las medidas de atención.(6)

Respecto a las características de la atención del parto se evidenció que la mayoría corresponde a eutócicos simples (tabla 7) de los cuales al 60.2% se le realizó episiotomía (tabla 7) y tan solo al 2.4% se le administró analgesia (tabla10).Se ha documentado que la adolescencia es un período crítico del crecimiento en el que se

experimentan cambios físicos, sexuales, psíquicos, cognoscitivos y hormonales que pudieran poner en peligro el equilibrio psicofísico del adolescente (4), es por eso que el Ministerio de Educación, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, en coordinación con otras organizaciones públicas y privadas, diseñarán una estrategia que asegure la provisión de servicios integrales y diferenciados para los y las adolescentes.(15,16) En los casos encontrados se evidenció que la atención del parto y aborto de la paciente menor de 15 años fue igual a la de una paciente adulta, aunque no era objetivo del estudio constatar la aplicación de una guía de práctica clínica específica para estos casos.

Las causas de la clasificación de los partos distócicos reportados fueron: desproporción céfalo-pélvica (15%), presentación en podálica del niño (2.8%) y estrechez pélvica 3.6%) (tabla 11). Al igual que en estudios anteriores la desproporción céfalo-pélvica, el trabajo de parto prolongado y la resolución del parto por cesárea (3 de cada 10) son las complicaciones del parto más frecuentes en las adolescentes.(4) Esto debido a que aun se encuentran en período de crecimiento y la pelvis no presenta las dimensiones adecuadas en algunos casos. Es interesante observar que en ciertos hospitales, la proporción de cesáreas realizadas para resolver el embarazo en este grupo de pacientes, sobrepasó el 50% o desde otro punto de vista, se observa que en la mayoría de los hospitales incluidos en el estudio, el parto de las adolescentes menores de 15 años, se resolvió por vía vaginal. Quedan estos datos para análisis y estudios posteriores.

La OMS, define como personal calificado a todo profesional de la salud (médicos, enfermeras, ginecólogos, comadronas, etc.) con formación en las disciplinas necesarias para manejar embarazos y partos sin complicaciones y para brindar atención en el periodo inmediato de posparto y para identificar, administrar y remitir casos a instancias especializadas en caso de que la madre o el recién nacido sufran complicaciones. (24) Del total de partos, 31.6% fue atendido por médico general, 28.6% por médico residente y 25.7% fue atendido por médico especialista, sin embargo, llama la atención el porcentaje de partos en menores de 15 años que fue atendido por personal paramédico y por estudiantes (tabla 9), incluyendo 4 casos en los que hubo complicación materna (hemorragia post parto y pre-eclampsia).

En cuanto a las complicaciones maternas de las adolescentes se observó que las más frecuentes fueron, hemorragia postparto, infección de herida operatoria y pre-eclampsia, coincidiendo estas patologías en otros estudios como causa de morbilidad. Entre las primeras causas de muerte materna en adolescentes de 10-19 años están las hemorragias, la hipertensión y la sepsis.(1) Se estima que cada año en el mundo, alrededor de 585,000 mujeres, mueren como consecuencia de complicaciones del embarazo y la mayoría son adolescentes.(9) En nuestro estudio no se reportó ninguna muerte materna(tabla 11). Hay que tomar en cuenta que no se incluyeron en el estudio pacientes menores de 15 años a quienes les atendieron el parto en otro lugar y que luego fueron referidas al hospital.

Respecto a los neonatos, 12% presentó bajo peso al nacer, 2.3% asfixia perinatal y el 2.3% síndrome de aspiración meconial (tabla 11), coincidiendo así con estudios anteriores que muestran también como las principales complicaciones neonatales el bajo peso al nacer y nacimiento prematuro.(7) Esto se relaciona con la falta de atención prenatal y la falta de acceso a la atención institucional del parto por personal profesional. (4).

Dentro de las características de la atención post parto se evidenció que menos del 50% de las pacientes acudió a la consulta externa (tabla 12), la mayoría presentó examen físico normal, y un mínimo porcentaje complicaciones, como anemia, infección urinaria e hipertensión arterial. Otros estudios han mostrado que de las mujeres que resuelven los partos en los hospitales nacionales, sólo una cuarta parte recibe atención postparto (1), probablemente debido a la edad de las pacientes en este estudio esta cifra es mayor.

Según datos de la Encuesta Materno Infantil 2008-2009 el 67% de las mujeres entre 10-19 años, no utiliza métodos de planificación familiar(2). El estudio evidenció que no existen notas en expediente sobre educación sexual a la paciente. Mientras que en los datos de pacientes que acudieron a consulta externa al 36.3% se le recomendó algún tipo de planificación familiar. La mayoría re-consultó en la segunda y tercera semana después del egreso (tabla 12). La educación sexual a esta edad es de importancia para evitar embarazos con periodos intergenésicos cortos y familias numerosas.

Respecto a los 144 casos de aborto 31% fue completo y 83% incompleto (tabla 20), nuevamente se concentra la mayor cantidad de casos en Puerto Barrios. El procedimiento más utilizado fue la Aspiración Manual Endo-Uterina–AMEU- (tabla 22); se encontró que solamente dos casos reportaron complicaciones post-aborto, fueron atendidos por personal calificado y no hubo muertes maternas. Se tiene poca información respecto al aborto en Guatemala pero se calcula que en 2008 se registraron tres millones de abortos entre las adolescentes de 15 a 19 años en los países en desarrollo.(5)

Respecto a la denuncia de los casos ante el Instituto Nacional de Ciencias Forenses (INACIF) Y al Ministerio Público (MP), se encontró que solo 30.25% fue reportado (tablas 13, 25). La ley establece que “la capacidad para el ejercicio de derechos civiles se adquiere con la mayoría de edad, son mayores de edad las personas que han cumplido 18 años. Los menores que han cumplido 14 años son capaces para algunos actos determinados. Es incapacidad absoluta la de los menores hasta los 14 años”(26). Por lo tanto se considera un delito tener cualquier tipo de relación genito-sexual con menores de 14 años, por lo que el embarazo, parto o aborto en pacientes de esta edad debe notificarse a las autoridades competentes para su investigación y seguimiento, dejando evidencia de ello en la historia clínica.

Los embarazos en adolescentes se relacionan a una deficiencia en materia de salud reproductiva y educación sexual. También es importante el problema social que esta representa, debido a que el sistema educativo y económico de nuestro país no está adaptado para atender a esta población.

7. CONCLUSIONES

- 7.1 Los datos de este trabajo demuestran que existe un número significativo de adolescentes que inician su vida sexual antes de los 14 años, tienen escolaridad baja y residen fuera de la cabecera departamental. El área nororiente fue la que presentó mayor número de casos, sobresaliendo el departamento de Puerto Barrios.
- 7.2 Los casos encontrados reportaron que no todas las pacientes llevaron control prenatal, y en el momento de la atención del parto o aborto fueron tratadas como pacientes adultas, en su mayoría atendidas por médicos no especialistas. La hemorragia post-parto, infección de herida operatoria y pre-eclampsia fueron las complicaciones maternas con mayor frecuencia y las neonatales fueron bajo peso al nacer, asfixia perinatal y síndrome de aspiración meconial.
- 7.3 La estancia hospitalaria, egreso y seguimiento en consulta externa fueron oportunidades perdidas con relación a la recomendación de uso de métodos de planificación familiar, puesto que no se encontraron estos datos en los expedientes clínicos.
- 7.4 El tipo de aborto más común reportado fue el incompleto y el procedimiento quirúrgico realizado fue el AMEU debido a que el aborto se presentó durante las primeras 12 semanas de embarazo. Dentro de las complicaciones solo se encontraron dos pacientes que presentaron hemorragia post-aborto debido que todos los casos fueron tratados por médicos graduados.
- 7.5 Solo una tercera parte de los casos de partos y abortos fueron reportados al Ministerio Público e Instituto Nacional de Ciencias Forenses, dejando evidencia en la historia clínica, para la respectiva investigación posterior. Poniendo al descubierto la falta de información del personal médico y paramédico de los hospitales nacionales sobre las leyes que obligan a reportar a estos pacientes, ya que al no reportarlos también se incurre en delito.

8. RECOMENDACIONES

Se recomienda a:

8.1 Al Ministerio de Educación:

Que en coordinación con el Ministerio de Salud Pública, implementen planes de educación sexual en escuelas, puestos, centros de Salud, hospitales nacionales y comadronas a fin de disminuir el índice de embarazos en adolescentes.

8.2 A los hospitales nacionales:

Proporcionar orientación a pacientes menores de edad que acuden a dicha institución para control prenatal y atención de parto o aborto, con el fin de evitar embarazos con período intergenésico corto y así mismo prevenir las complicaciones que esto conlleva.

Dejar constancia escrita de forma legible y completa de la atención del parto y aborto en pacientes menores de 15 años la cual incluye: ingreso, evolución, egreso y atención en consulta externa.

A los hospitales nacionales se recomienda hacer la respectiva notificación a INACIF o MP para seguimiento de caso dejando constancia en la historia clínica.

8.3 Al Ministerio de Salud Pública:

Analizar la conveniencia de elaborar un protocolo específico, dirigido a la atención del embarazo, parto o aborto para pacientes menores de 15 años el cual debe incluir seguimiento en consulta externa y planificación familiar al egreso con el fin de evitar complicaciones en la salud de la paciente.

9. APORTES

Este es el primer estudio específico sobre atención hospitalaria de embarazo y aborto en pacientes embarazadas antes de los 14 años, el cual se realizó en 23 hospitales nacionales durante el periodo enero 2012 a junio 2013.

Sirve como base para poder realizar nuevos estudios sobre atención de parto a nivel rural.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. V Encuesta nacional de salud materno infantil 2008 – 2009. Guatemala: MSPAS, INE, UVG; 2010.
2. Banco Centroamericano de Integración Económica (BCIE). Ficha estadística de Guatemala. [en línea]. Guatemala: BCIE; 2011 [accesado Sep 2013] Disponible en: www.bcie.org/uploaded/content/article/1285334126.pdf
3. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Encuesta nacional de salud materno infantil: embarazo precoz. Guatemala: MSPAS, INE; 2008.
4. Observatorio en Salud Sexual y Reproductiva. Partos en niñas y adolescentes en Guatemala. Monitoreo del primer semestre 2012. Guatemala: OSAR; 2012.
5. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap LC, Wenstrom KD. Obstetricia de Williams. 22 ed. México: Mc Graw Hill Interamericana; 2006.
6. Galdo Muñoz G. Embarazo en la adolescencia. En: Rendón Figueroa C, García Fuentes M, Atención al Adolescente. España: Ediciones de La Universidad de Cantabria; 2008: p. 335-345.
7. Dominguez Menchu AL, Caracterización obstétrica y epidemiológica del embarazo en pacientes adolescentes: estudio descriptivo retrospectivo en pacientes adolescentes de 12 a 18 años de edad con diagnóstico de embarazo atendidas en la unidad de control prenatal del departamento de Obstetricia del Hospital Pedro de Betancourt de Antigua Guatemala durante el período de 1996 al 2000 [tesis Médico y Cirujano]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2001.
8. Mejía Cruz LF. Embarazo en la adolescente. Guatemala: Centro de Educación e información APROFAM; 1994.
9. Schwarcz R, Fescina R, Duverges R, editores. Obstetricia. 6 ed. Buenos Aires Argentina: El Ateneo; 2008.

10. Moya C. La salud sexual y reproductiva de los jóvenes en América latina y el Caribe. Chile: OPS; 2,000.
11. Jiménez Ma., Vargas A, Miranda M, Lizano M, Morales A, Morena F. Manual para la atención integral de la adolescente embarazada. Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social. San José, Costa Rica: Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social (EDNASSS); 1,999.
12. Department of Health and Human Services. Preventing teenage pregnancy. [en línea]. Georgia: AOH; 2,002 [accesado 16 Feb 2,008]. Disponible en: <http://mchb.hrsa.gov/programs/adolescents/abstinence.htm>
13. Torres C. Factores de riesgo en adolescentes embarazadas: un estudio epidemiológico en dos hospitales de Lima, Perú. La Ventana. (Perú). 2002; 16(1): 97 - 129
14. Guatemala. Congreso de la Republica. Decreto numero 78-1996. Código de la niñez y la juventud. [en línea] Guatemala. 1996.[accesado 10 Sept 2013] Disponible en:<http://medicina.usac.edu.gt/adolec/codigo-1996.pdf>
15. Guatemala. Congreso de la Republica. Decreto número 87-2005. Ley de acceso universal y equitativo de servicios de planificación familiar y su integración en el programa nacional de salud reproductiva. Guatemala: El Congreso; 2005
16. Ministerio de Sanidad y Política social. Guía de práctica clínica sobre la atención de parto normal. [en línea]. Donostia, San Sebastian: Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2010 [accesado 7 Sept 2012] Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_472_Parto_Normal_Osteba_resum.pdf
17. Schwarcz RL, Duverges CA, Díaz AG, Fescina RH. Obstetricia. 5ª ed. Buenos Aires: El Ateneo; 2003.

18. Ministerio de Salud de la Nación. Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia. [en línea]. Argentina: Dirección Nacional de Salud Materno Infantil; 2004 [accesado 5 Sept 2012]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/htm/Site/promin/UCMISALUD/publicaciones/pdf/Guia%20Parto.pdf>
19. Organización Mundial de la Salud. Cuidados en el parto normal. [en línea] España: OMS; 2006 [accesado 5 Sept 2013]. Disponible en: <http://www.holistika.net/busqueda/articulo.asp?artid=290&s=estrategia%20parto%20normal#22>
20. Centro legal para derechos reproductivos y política pública Garantizando los derechos reproductivos de los adolescentes. Boletín Informativo CRLP. 1999 Mar pp. 1-2.
21. Faúndes A, Barzelatto J. *El drama del aborto: en busca de un consens*. Bogotá, Colombia: Tercer Mundo Editores del Grupo; 2005.
22. Guatemala. FUNCEDE-Fundación SORO. La salud en los municipios de Guatemala [en línea]. Guatemala: FUNCEDE; 2006. [accesado 05 Sept 2013] Disponible en : www.funcede.org.gt/joomla/attachments/073_Estudio15.pdf
23. Prada E, Remez L, Kestler E, Sáenz S, Singh S, Bankole. *Embarazo no planeado y aborto inseguro en Guatemala: causas y consecuencias*. Nueva York: Guttmacher Institute; 2006.
24. Guatemala. Congreso de la República. Decreto No. 17-73. Código Penal de Guatemala. [en línea]. Guatemala: Congreso de la Republica:1973. [accesado 10 Sept 2013] Disponible en: <http://www.oj.gob.gt/es/QueEsOJ/EstructuraOJ/UnidadesAdministrativas/CentroAnalisisDocumentacionJudicial/lex/CodigoPenal.htm>

25. Guatemala. Jefe de Gobierno de la Republica. Decreto – ley número 106.Código Civil. Guatemala: Jefe de Gobierno: 1973; Sept. [accesado 10 Sept 2013] Disponible en: <http://derecholeyes.com/2013/05/codigo-civil-guatemala-decreto-ley-106/>
26. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Dirección General del Sistema Integral de Atención en Salud. Hospitales. [en línea]. Guatemala: SIGSA ; 1999. [accesado 19 Jul 2013]. Disponible en: <http://mspas-sias.gob.gt/>
27. Cottom HL. Análisis crítico del sistema nacional de salud en Guatemala. [tesis de Maestría]. Guatemala: Universidad Rafael Landívar, Facultad de Medicina; 2004.
28. Hernández Sampieri. Fundamentos de metodología de la investigación. México D.F.: McGraw-Hill Interamericana; 1991.
29. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas. Pautas Internacionales para la evaluación ética de los estudios epidemiológicos. [en línea]. Ginebra: CIOMS; 1991. [accesado 10 Sept 2013]. Disponible en: <http://www.uchile.cl/portal/investigacion/centro-interdisciplinario-de-estudios-en-bioetica/documentos/76252/pautas-internacionales-para-la-evaluacion-etica>

Universidad de San Carlos de Guatemala
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
OPCA, UNIDAD DE DOCUMENTACIÓN



11. ANEXOS.



Boleta de recolección de información

Proyecto: Atención hospitalaria del parto y aborto en adolescentes

embarazadas antes de los 14 años

Identificación

Hospital:

Código de hospital:

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS

1. Residencia

- ☐ Aldea
☐ Municipio
☐ Cabecera municipal

2. Etnia.

- ☐ Maya
☐ Ladino
☐ Otro:

3. Escolaridad

- ☐ Primaria incompleta
☐ Primaria completa
☐ Secundaria Incompleta
☐ Secundaria Completa

4. Inicio de vida sexual

_____ años

5. No.

Cesáreas _____

6. No. de embarazos previos _____

7. No. de abortos _____

CARACTERISTICAS CLINICAS

8. No. hijos vivos: _____

9. No. hijos muertos: _____

11. Quien le llevaba el control prenatal?

☐ Médico particular

☐ Comadrona

☐ Centro o puesto de salud

☐ Hospital nacional

10. Control prenatal

☐ Si

☐ No

☐ No hay dato

12. Laboratorios

Infecciosos:

☐ Si

☐ No

☐ No hay dato

13. Especificar los laboratorios

☐ HIV

☐ VDRL

☐ TORCH

☐ Ig.M

☐ No hay dato

a) Inmunizaciones

14. ATT

☐ No

☐ Si

☐ No hay dato

No. De dosis _____

15. Hepatitis B

☐ No

☐ Si

☐ No hay dato

No. de dosis _____

b) Tipo de Parto:

16. Eutócico Simple ☐ Si ☐ No
17. Gemelar ☐ Si ☐ No
18. Triple ☐ Si ☐ No
19. Analgesia de Parto ☐ Si ☐ No
20. Episiotomía ☐ Si ☐ No
21. Distócico Simple : ☐ SI ☐ NO
22. Especifique la distocia : _____

23. Personal que atendió el Parto:

- ☐ Médico Especialista
- ☐ Médico General
- ☐ Médico Residente
- ☐ Médico Interno
- ☐ Medico Externo
- ☐ Personal Paramédico

COMPLICACIONES MATERNAS Y NEONATALES

24. Maternas ☐ Infección
☐ Preeclampsia respiratoria
☐ Eclampsia ☐ Otras: ____
☐ Hemorragia
- Postparto
- ☐ Infección herida
operatoria

25. Neonatales ☐ Aspiración de Meconio
☐ Asfixia perinatal ☐ Otros
☐ Bajo peso al
nacer

CARACTERISTICAS DEL ABORTO

26. Personal que atendió el Aborto:
☐ Médico Jefe
☐ Médico Especialista
☐ Médico Residente
☐ Médico Interno
☐ Médico Externo
☐ Personal de Enfermería
☐ Otros (especificar) _____
27. Semanas de gestación: _____
28. Procedimiento Quirúrgico:
☐ AMEU
☐ LIU
29. Complicación Post aborto
☐ Si
☐ No
30. Especificar la complicación.

31. Planificación familiar post aborto
☐ Si
☐ No
32. Método de planificación elegido (especificar)

33. Control en consulta externa:

☐ Si

☐ No

CARACTERISTICAS DE ATENCIÓN EN CONSULTA EXTERNA

34. métodos de planificación familiar recomendados al egreso del hospital

35. No de días post parto al momento de la reconsulta

36. Hallazgos en el/los seguimientos controles realizados.

37. En el expediente se encuentran notas de seguimiento post parto en consulta externa?

☐ Si

☐ No

38. Número de visitas en consulta externa posparto

CASOS REPORTADOS AL MINISTERIO PÚBLICO O INACIF

39. Existe en el expediente, nota sobre la denuncia del caso ante el Ministerio Público o INACIF?

☐ Si

☐ No