

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

**“CARACTERIZACIÓN DE LA SALUD REPRODUCTIVA EN MUJERES
EN EDAD FÉRTIL DE LA REGIÓN CENTRAL DE QUICHÉ”**

Estudio descriptivo transversal realizado en los servicios de salud de los municipios de Santa Cruz del Quiché, San Pedro Jocopilas, Santo Tomás Chiché y San Antonio Ilotenango, 2019.

Tesis

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

**Mario Alejandro Pérez Acifuina
Reina Daniela García González
Eugenia del Carmen Mendizabal Pérez**

Médico y Cirujano

Guatemala, septiembre de 2019

El infrascrito Decano y el Coordinador de la Coordinación de Trabajos de Graduación –COTRAG–, de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, hacen constar que:

Las bachilleres:

- | | | |
|--|-----------|---------------|
| 1. MARIO ALEJANDRO PÉREZ ACIFUINA | 201310184 | 3476534050101 |
| 2. REINA DANIELA GARCIA GONZÁLEZ | 201310224 | 2729100661202 |
| 3. EUGENIA DEL CARMEN MENDIZABAL PÉREZ | 201310416 | 2703688680115 |

Cumplieron 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:

**“CARACTERIZACIÓN DE LA SALUD REPRODUCTIVA EN MUJERES
EN EDAD FÉRTIL DE LA REGIÓN CENTRAL DE QUICHÉ”**

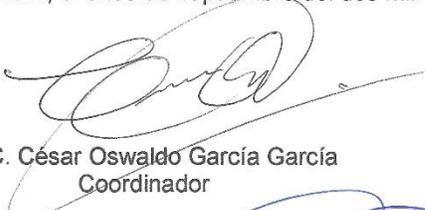
Estudio descriptivo transversal realizado en los servicios de salud de los municipios de Santa Cruz del Quiché, San Pedro Jocopilas, Santo Tomás Chiché y San Antonio Ilotenango, 2019

Trabajo asesorado por el Dr. Melvin Fabricio López Santizo y revisado por el Dr. Josué Fernando Martínez Morales, quienes avalan y firman conformes. Por lo anterior, se emite, firman y sellan la presente:

ORDEN DE IMPRESIÓN

En la Ciudad de Guatemala, el once de septiembre del dos mil diecinueve

*César O. García G.
Doctor en Salud Pública
Colegiado 5,950*


Dr. C. César Oswaldo García García
Coordinador


Vo.Bo.
Dr. Jorge Fernando Orellana Oliva
Decano



UNIVERSIDAD DE
SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE
CIENCIAS MÉDICAS
Dr. Jorge Fernando Orellana Oliva
DECANO

El infrascrito Coordinador de la COTRAG de la Facultad de Ciencias Médicas, de la Universidad de San Carlos de Guatemala, HACE CONSTAR que las estudiantes:

- | | | |
|--|-----------|---------------|
| 1. MARIO ALEJANDRO PÉREZ ACIFUINA | 201310184 | 3476534050101 |
| 2. REINA DANIELA GARCIA GONZÁLEZ | 201310224 | 2729100661202 |
| 3. EUGENIA DEL CARMEN MENDIZABAL PÉREZ | 201310416 | 2703688680115 |

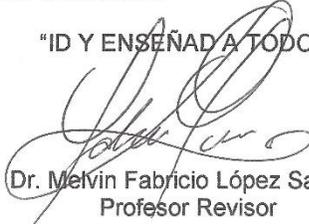
Presentaron el trabajo de graduación titulado:

**"CARACTERIZACIÓN DE LA SALUD REPRODUCTIVA EN MUJERES
EN EDAD FÉRTIL DE LA REGIÓN CENTRAL DE QUICHÉ"**

Estudio descriptivo transversal realizado en los servicios de salud de los municipios de Santa Cruz del Quiché, San Pedro Jocopilas, Santo Tomás Chiché y San Antonio Hutenango, 2019

El cual ha sido revisado por el Dr. Melvin Fabricio López Santizo, y al establecer que cumple con los requisitos establecidos por esta Coordinación, se les AUTORIZA continuar con los trámites correspondientes para someterse al Examen General Público. Dado en la Ciudad de Guatemala, a los once días de septiembre del año dos mil diecinueve.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Dr. Melvin Fabricio López Santizo
Profesor Revisor



César O. García G.
Doctor en Salud Pública
Colegiado 5,950


Vo.Bo.
Dr. César Oswaldo García García
Coordinador

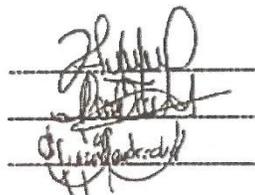
Guatemala, 11 de septiembre del 2019

Doctor
César Oswaldo García García
Coordinador de la COTRAG
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala
Presente

Dr. García:

Le informamos que nosotras:

1. MARIO ALEJANDRO PÉREZ ACIFUINA
2. REINA DANIELA GARCIA GONZÁLEZ
3. EUGENIA DEL CARMEN MENDIZABAL PÉREZ



Presentamos el trabajo de graduación titulado:

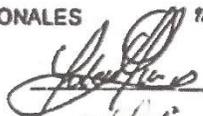
**"CARACTERIZACIÓN DE LA SALUD REPRODUCTIVA EN MUJERES
EN EDAD FÉRTIL DE LA REGIÓN CENTRAL DE QUICHÉ"**

Estudio descriptivo transversal realizado en los servicios de salud de los municipios de Santa Cruz del Quiché, San Pedro Jocopilas, Santo Tomás Chiché y San Antonio Itotenango, 2019

Del cual la asesora y el revisor se responsabilizan de la metodología, confiabilidad y validez de los datos, así como de los resultados obtenidos y de la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones propuestas.

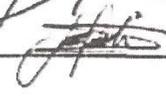
FIRMAS Y SELLOS PROFESIONALES

Asesor: Dr. Melvin Fabricio López Santizo



Melvin Fabricio López Santizo
Médico y Cirujano
Colegiado 11021

Revisora: Dr. Josué Fernando Martínez Morales
Reg. de personal 12150349



Dr. Josué Fernando Martínez Morales
Médico y Cirujano
Colegiado 18,340

Vo.Bo.
Dr. César Oswaldo García García
Coordinador

AGRADECIMIENTOS GENERALES

A la Universidad de San Carlos de Guatemala: Llevamos en el corazón cada una de las lecciones, que permitieron alcanzar el conocimiento para servir a la población guatemalteca primordialmente y, a la humanidad. También, estamos conscientes de la responsabilidad social de compartir todo lo aprendido, tal y como lo indica nuestro lema, “Id y enseñad a todos”.

A los profesionales:

Dr. Melvin Fabricio López Santizo, por su invaluable labor y apoyo brindado como revisor, durante el proceso de elaboración de tesis. Tiene nuestra admiración y agradecimiento por ser, además de un revisor honesto y capaz, un gran profesional y amigo que siempre nos supo guiar.

Dr. Josué Fernando Martínez, por su asesoría con profesionalismo y la colaboración brindada a lo largo del desarrollo de la tesis. Gracias por acompañarlos desde el Ejercicio Profesional Supervisado en Quiché, hasta el día de hoy.

Dr. Cesar Oswaldo García García, por su orientación, disposición y apoyo durante la última fase de este sueño.

Al Área de salud del departamento de Quiché:

Por su accesibilidad y apoyo durante la elaboración de nuestro trabajo d

ACTO QUE DEDICO

A Dios: Por darme la vida y estar siempre a mí lado. Por darme la sabiduría, fortaleza e inteligencia durante todo el proceso de la carrera y permitirme lograr este sueño.

A mis padres: Virginia Acifuina y Mario Pérez por ser los pilares y ejemplo a seguir en mi vida, gracias por siempre apoyarme y estar a mi lado durante toda la carrera, por darme amor y cariño, por estar conmigo en las buenas y en las malas a pesar de las dificultades y adversidades de la vida, por los desvelos y las visitas que siempre me hacían a la Capital. Gracias por ser mis padres, este logro es para ustedes.

A mis hermanos: Annahí y Valentín, por siempre apoyarme y estar conmigo. Por cada palabra alentadora y cada muestra de afecto. Por toda la felicidad que siempre me brindan y todas las experiencias que vivimos juntos.

A mis abuelos: Mamá Lipa, Mamá Luz, Papá German por ser buenos ejemplos de vida a seguir. A mi Papá Tín (Q.E.P.D.) gracias por todos los buenos consejos que me brindó, por todos los agradables momentos que viví con usted, que sé que desde el cielo me cuida y guía siempre.

A mis instituciones formadoras: Gloriosa Universidad de San Carlos de Guatemala y Hospital Roosevelt por fomentar mi educación médica.

A mis amigos: Por formar parte de mi vida, por todas las risas y buenos momentos y hacer de la carrera algo más fácil.

Mario Alejandro Pérez Acifuina

A Dios: Porque todas las cosas proceden de él, y existen por él y para él. ¡A él sea la gloria por siempre! (Romanos 11:36) Me has mostrado tu amor, tu fidelidad y tu misericordia, gracias por sostenerme y permitirme llegar a este momento soñado.

A mi Mamá: Marleni González, por llenarme de amor y cuidados siempre. Gracias por su amor y su apoyo incondicional, le pido a Dios que me alcance la vida para poder regresarle un poco de todo lo que ha hecho por mi y mis hermanos Es una mujer maravillosa y no me alcanzan las palabras para agradecerle a Dios el regalo y la bendición de poder llamarla mamá. Gracias por hacer de mi la mujer que soy hoy, somos dos gotas de agua, la amo.

A mi Papá: Yuvini García, por siempre haber visto en mí a una doctora, lo amo.

A mis Hermanos: Luisa, José, Loyda, David y Pedrito. Han sido uno de los pilares más importantes de mi sueño; les deseo toda la felicidad del mundo, se la merecen. Me encanta que seamos tan unidos, los amo para siempre.

A mi Mejor Amigo y Amor: José Pablo, por hacer turnos conmigo y cumplir mi deseo de ver a un ingeniero llevar pacientes a rayos x. Y por ver esa serie de doctores, solo para poder entenderme mejor. Desde nuestra primera conversación en las gradas del colegio hasta hoy, tu presencia ha sido una bendición en mi vida; te amo.

A la familia Pérez Mérida: Me han hecho sentir como una hija. Gracias por sus oraciones y apoyo. Los quiero mucho.

A los Amigos que la carrera me regaló: ¡El sueño apenas comienza amigos!

Reina Daniela García González

A Dios: Por cuidar de mí, por concederme sabiduría, salud y fortaleza necesaria para cumplir este sueño.

A mis padres: Lilian Pérez y Marvin Mendizabal, por brindarme su apoyo incondicional, por enseñarme que con esfuerzo, perseverancia y amor, los grandes sueños se cumplen, gracias por tanto, este triunfo es nuestro.

A mis hermanos y sobrinos: Ale, José, Humberto, Valentina y Sebastián por brindarme siempre una palabra de aliento y convertir con su sonrisa mis días malos en días buenos.

A mis abuelos: Braulia Chávez, Luis Figueroa, por ser las personas que después de mis padres se preocuparon por mí, sus canas son sinónimo de sabiduría. A mis Abuelos Carlos Mendizabal y Alma Cardona (Q.E.P.D.) que desde el cielo cuidan de mí.

A la: Gloriosa Universidad de San Carlos de Guatemala por fomentar mi educación médica.

A mis amigos: Karla, Daniela, Migdalia, Abner, Jimmy, que hicieron de este largo camino, un camino lleno de recuerdos gratos y lleno de aprendizaje.

A: Familia García Garnica, Familia Monterroso, tíos y tías y demás familia y amigos por su cariño, comprensión y consejos durante mi formación.

Eugenia del Carmen Mendizabal Pérez

Responsabilidad del trabajo de graduación

El autor o autores es o son los únicos responsables de la originalidad, validez científica, de los conceptos y de las opiniones expresadas en el contenido del trabajo de graduación. Su aprobación en manera alguna implica responsabilidad para la Coordinación de Trabajos de Graduación, la Facultad de Ciencias Médicas y para la Universidad de San Carlos de Guatemala. Si se llegará a determinar y comprobar que se incurrió en el delito de plagio u otro tipo de fraude, el trabajo de graduación será anulado y el autor o autores deberá o deberán someterse a las medidas legales y disciplinarias correspondientes, tanto de la Facultad, de la Universidad y otras instancias competentes.

RESUMEN

OBJETIVO: Describir las características de la salud reproductiva de mujeres en edad fértil que asistan a los servicios de salud de la región central de Quiché durante el mes de agosto, 2019.

POBLACIÓN Y MÉTODOS: Estudio descriptivo, transversal en una muestra de 500 mujeres en edad fértil; se utilizó un instrumento de recolección de datos, con variables sociodemográficas, epidemiológicas y clínicas respecto a salud reproductiva. Se utilizó estadística descriptiva para la interpretación de variables.

RESULTADOS: Características sociodemográficas: edad media 28 años, estado civil: casada 58 % (290), ocupación: ama de casa 84.4 % (422), alfabeta: si 61.6 % (308), nivel de escolaridad: primaria 45.2 % (226), etnia: indígena 92.4 % (462); características epidemiológicas y clínicas: planificación familiar: si 52.6 % (263), métodos anticonceptivos: inyección de 3 meses 76.0 % (200), tamizaje: ninguno 68.0 % (344), resultado de tamizaje: normal 66.0 % (103), gestas media de 3 ± 2 , resolución: parto eutócico simple media de 2 ± 2 , hijos vivos media de 2 ± 2 , control prenatal media de 1 ± 1 , satisfactorio 90.0 % (191).

CONCLUSIONES: El programa de salud reproductiva más utilizado es control prenatal, 4 de 10 mujeres asiste. De las entrevistadas, 6 de 10 mujeres es alfabeta, en su mayoría de etnia indígena, 9 de 10 mujeres. La mitad de la población utiliza métodos de planificación familiar, el método hormonal de inyección de tres meses es utilizado por 7 de 10 mujeres. El control prenatal es satisfactorio en 9 de 10 mujeres.

Palabras clave: Salud reproductiva, periodo fértil, servicios de salud.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. MARCO DE REFERENCIA	3
2.1. Marco de antecedentes	3
2.2. Marco referencial	5
2.3. Marco teórico	26
2.4. Marco conceptual	28
2.5. Marco geográfico e institucional.....	30
2.6. Marco legal	32
3. OBJETIVOS	35
3.1. Objetivo general.....	35
3.2. Objetivos específicos	35
4. POBLACIÓN Y MÉTODOS	37
4.1. Enfoque y diseño de investigación.....	37
4.2. Unidad de análisis y de información.....	37
4.3. Población y muestra	37
4.4. Selección de sujetos de estudio.....	39
4.5. Definición y operacionalización de variables.....	41
4.6. Instrumento.....	44
4.7. Procesamiento y análisis de datos.....	45
4.8. Alcances y límites de la investigación	47
4.9. Aspectos éticos de la investigación.....	48
5. RESULTADOS	51
6. DISCUSIÓN	53
7. CONCLUSIONES	57

8. RECOMENDACIONES	59
9. APORTES	61
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63
11. ANEXOS	69

1. INTRODUCCIÓN

La salud reproductiva es un estado donde el ser humano goza plenamente de un bienestar físico, psicológico y social respecto a su sexualidad, donde los hombres y las mujeres pueden optar por métodos de planificación para tener una sexualidad responsable y tener la libertad de procrear cuando lo deseen. También implica la detección y prevención de enfermedades ginecológicas, utilizando técnicas como el Papanicolaou e IVAA y garantizar el acceso a la salud para tener un control apropiado y completo durante el embarazo. La salud reproductiva ha tomado importancia desde 1994 en la conferencia de El Cairo, en donde la salud sexual y reproductiva pasó a ser considerada como un derecho. ^{1, 2, 3}

Anteriormente se realizaron estudios sobre los distintos componentes de la SR, sin embargo, hay pocos estudios que brinden un panorama global de todos los componentes, añadido a esto, la mayoría de estos estudios se han realizado en el área urbana, dejando a la población rural al margen, siendo esta el objetivo principal de diversos programas que manejan las diferentes áreas de salud departamentales. ^{1, 4}

A pesar que existen leyes nacionales sobre las prácticas de salud reproductiva, la realidad en las comunidades es que no se cumplen, por falta de conocimiento en la población sobre este tema, lo cual se evidencia en la baja cobertura de dicho programa, lo que implica que exista una violación de los derechos de la mujer. ^{1, 5, 6}

El Área de salud de Quiché cuenta con el programa de salud reproductiva para las mujeres en edad fértil (MEF), quienes representan el 44.5 % del total de la población, las cuales se encuentran distribuidas en los 17 distritos de salud que lo conforman; En la región central del departamento, la población de MEF representa el 26.43 % de la población total. ¹

Debido a lo anteriormente expuesto, nos planteamos la interrogante ¿Cuáles son las características de la salud reproductiva en mujeres de edad fértil que asistan a los servicios de salud de la región central de Quiché en el periodo de agosto de 2019?, por lo que se realizó un estudio descriptivo prospectivo de corte transversal, donde la muestra fue de 500 mujeres en edad fértil de 15 a 49 años que asistieron a los servicios de salud.

2. MARCO DE REFERENCIA

2.1. Marco de antecedentes

La salud reproductiva ha tomado importancia desde 1994 en la conferencia de El Cairo, en donde la salud sexual y reproductiva paso a ser considerada como un derecho, por lo que 179 representantes tomaron prioridad sobre el empoderamiento de la mujer y el bienestar de las niñas, conjuntamente con el derecho de gozar de salud sexual y salud reproductiva; Estos representantes junto a otros participantes de diferentes movimientos sociales y culturales realizaron conferencias para debatir los temas y para implementar un plan de acción, el cual abarco capítulos como: derechos reproductivos, término que fue ampliamente debatido pero aceptado, y salud reproductiva; salud, morbilidad y mortalidad, entre otros. ⁶

En las conferencias realizadas también quedaron definidos términos como el de salud reproductiva, en consecuencia, se planteó que la atención a la salud reproductiva es un conjunto de métodos, técnicas y servicios que se enfoque en tener un bienestar tanto para hombres y para mujeres, con el paso de los años se han realizado evaluaciones de los objetivos e incorporación de nuevos elementos en el plan de acción propuesto. ⁶

En etiofia se realizó un estudio sobre las determinantes de la salud reproductiva en el área rural al norte de este país, de 844 participantes el 95 % escucho sobre servicios de salud reproductiva y el 69.7 % utilizaron algún servicio de salud en los últimos 12 meses, entre las determinantes se encontró sobre la discusión de la salud reproductiva en familia, la ocupación al ser comerciante, desempleado y estudiante, los cuales fueron factores predictivos independientes de la utilización de los servicios de salud. ⁷

Desde la conferencia del El Cairo, las definiciones propuestas y el plan de acción puesto en marcha, se han realizados diferentes estudios tanto de evaluación como de conocimiento sobre la salud reproductiva en América Latina. Tal es el caso del proyecto de Atención a la Salud Reproductiva para Adolescentes CERCA, por sus siglas en inglés. En 2016 se realizó en Nicaragua, Bolivia y Ecuador un estudio sobre las lecciones aprendidas del proyecto CERCA, se estableció un estudio cuasi-experimental. Se realizaron dos encuestas transversales entre adolescentes antes y después de la intervención con 20 meses de diferencias, los resultados fueron los siguientes: En Ecuador, se encontró una leve mejoría en el uso del condón y un mejor conocimiento y uso de los servicios de atención médica en comparación con el grupo de control,

mientras que en Bolivia se informaron cambios positivos en la comunicación sobre temas de SSR. No se encontraron cambios significativos en Nicaragua. ^{7,8}

Es por ello que la creación de ambientes amigables para los adolescentes es un enfoque que se ha utilizado para poder brindar atención en salud al grupo poblacional.

En Chile en el año 2016, se presentó un estudio cualitativo sobre la salud reproductiva en hombres jóvenes, el objetivo de este estudio era describir las percepciones de adolescentes y del personal de salud sobre la relación que tiene el hombre con los temas de salud reproductiva; el resultado fue un desinterés de la población masculina en la atención de salud reproductiva ya que se percibe que es un tema más relacionado con la población femenina. ⁹

En 2017 México analizó la cobertura de educación sexual y sobre la integralidad de temas como salud sexual y reproductiva y derechos sobre este tema, el estudio se realizó en una institución de nivel medio de educación, como resultados se obtuvo que el porcentaje de adolescentes que reportan recibir educación sexual integral varía dependiendo de los temas y el nivel escolar. ¹⁰

En Guatemala se han realizado diferentes estudios de conocimiento y actitudes sobre los diferentes elementos que abarca la salud reproductiva, como en el caso de los adolescentes en diferentes instituciones a nivel básico en Huehuetenango, sobre los métodos de planificación familiar; o la satisfacción de los servicios de planificación familiar en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social en el año 2017. Así como también abarcando los subtemas de violencia hacia las mujeres, embarazos en adolescentes, estudio realizado en 2014 en Alta Verapaz, donde ese encontró que un nivel educativo bajo y la pobreza eran las principales características epidemiológicas. ^{11, 12, 13}

En el departamento de Quiché el estudio con más relación a salud reproductiva como tal, fue realizado en 2006 sobre las consideraciones de factores que favorecen el uso de métodos de planificación familiar en población femenina en edad reproductiva en 12 municipios del área de Salud del Quiché, los resultados fueron los siguientes: ser ladina, soltera, alfabeta, tener creencia religiosa, conocer métodos de planificación familiar y vivir a menos de una hora de un servicio de salud, son factores que favorecen el uso de los métodos de planificación. ¹⁴

2.2. Marco referencial

2.2.1. Salud Reproductiva

La salud reproductiva se define como “un estado general de bienestar físico, psíquico, personal y social en todos los aspectos relacionados con la sexualidad humana, con las funciones y procesos del sistema reproductivo, con una vida sexual coherente con la propia dignidad personal y las propias opciones de vida que conduzcan a disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, así como con la libertad de procrear o no, y de decidir cuándo y con qué frecuencia, de una forma responsable” (Artículo 25, Ley de Desarrollo Social).^{1,15}

El concepto y abordaje de salud sexual y reproductiva ha ido en constante evolución a lo largo del tiempo, al principio únicamente era asociada al rol reproductivo que la mujer ha venido desempeñando en la sociedad, sin embargo, en la actualidad la salud reproductiva influye enormemente en las tácticas que se llevan a cabo para lograr el empoderamiento de las mujeres y así lograr la igualdad de género por la que tanto se ha luchado.¹⁶

En la actualidad la salud reproductiva es considerada una parte inseparable, integral e irrenunciable de los derechos humanos universales de cada uno de los ciudadanos. Sin embargo, el bajo cumplimiento de este derecho persiste, especialmente en las áreas rurales y sectores más vulnerables de la población. Estos derechos se basan en la libertad, dignidad e igualdad que cada ser humano posee.¹⁶

En el año 2015, la OMS y OPS crearon diferentes guías, normas y protocolos para asegurar el acceso universal a la salud reproductiva; En América Latina y el Caribe se han logrado avances significativos en varios aspectos respecto a dicho tema, sin embargo, aún hay puntos débiles que deben reforzarse para asegurar el acceso a la salud sexual y reproductiva.¹

La salud sexual y la salud reproductiva, específicamente la salud materna, para el año 2015 fue considerada una meta y prioridad a nivel mundial, y se planteó en el quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio, con la cual se pretende reducir la mortalidad materna y asegurar el acceso universal a la salud reproductiva.¹⁷

En el año 2015, en Colombia se realizó un estudio donde se realizó un análisis de la utilización de servicios de salud reproductiva según la etnia de las mujeres, dicho estudio concluyó que existe inequidad social en la utilización de dichos servicios en las mujeres de

pueblos indígenas y afrodescendientes, por lo que recomiendan tomar las decisiones y acciones correspondientes para acortar esta brecha social que repercute a nivel nacional. ¹⁷

Debido al impacto que ha tenido la problemática social en la salud de las mujeres de Latinoamérica, incluyendo la salud sexual y reproductiva, en el año 2017 en México se realizó un estudio epidemiológico, retrospectivo con el fin de identificar factores asociados a la salud sexual y reproductiva. Se encontró que las mujeres indígenas tienen doce veces mayor probabilidad de una inadecuada salud sexual y reproductiva en comparación a las no indígenas. Y si hablamos de mortalidad materna, el riesgo incrementa para las mujeres indígenas hasta nueve veces más. Se describen factores como el analfabetismo, que no haya planificación familiar, inicio de vida sexual precoz, controles prenatales menores a los estipulados y que el parto no sea atendido en una unidad de salud, los cuales también influyen. ¹⁸

En Guatemala, la salud reproductiva es un derecho de la población, el cual está respaldado por un imponente marco legal, el cual asegura el “acceso efectivo de las personas y la familia a la información, orientación, educación, provisión y promoción de servicios de salud reproductiva, incluyendo servicios de planificación familiar, atención prenatal, atención del parto y puerperio, prevención del cáncer cérvico-uterino y el de mama, atención a la menopausia y climaterio, diagnóstico y tratamiento de enfermedades de próstata, diagnóstico y tratamiento de la infertilidad y esterilidad, diagnóstico, tratamiento y prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y atención a la población en edad adolescente”.

Es por eso que se trabaja lo que se conoce como el “Programa de salud reproductiva”, el cual tiene como objetivo esencial “reducir los índices de mortalidad materna e infantil, haciendo accesibles los servicios de salud reproductiva a mujeres y hombres educando sobre los mismos” (Artículo 26, Ley de Desarrollo Social). ¹

Según la Organización Mundial de la salud, las mujeres en edad fértil son aquellas que se encuentran entre los 15 y los 49 años de edad (OMS, 2009). Según la INDEC se considera edad fértil “el período en que una mujer es capaz de procrear”, periodo que comprende desde la menarquía hasta la menopausia.

2.2.2. Ciclo Menstrual

2.2.2.1. Ciclo menstrual normal

El ciclo menstrual constituye una serie de pasos o acontecimientos, el cual conlleva un proceso circular, ya que el momento de finalización de un ciclo, significa el inicio de otro. El ciclo menstrual normal tiene un intervalo de duración de 21 a 35 días, con un periodo menstrual que puede durar de 2 a 6 días y se estima una pérdida sanguínea alrededor de 20 a 60 ml. ¹⁹

Sin embargo, estudios demuestran que únicamente dos tercios de la población femenina tienen ciclos menstruales con la duración entre los rangos normales, ya que en los extremos de la vida tienden a sufrir de ciclos irregulares o anovulatorios. ¹⁹

El ciclo menstrual normal se puede dividir en dos partes: el ciclo ovárico y el ciclo uterino, en relación al órgano que se desee estudiar. El ciclo ovárico se subdivide en la fase folicular y lútea, mientras que el ciclo uterino se subdivide en la fase proliferativa y secretora. ¹⁹

La fase folicular, donde debido a la secreción hormonal se promueve el desarrollo de un folículo, el cual a la mitad del ciclo menstrual ya debe estar maduro y listo para la ovulación. La duración de esta fase tiene una variación de entre 10 y 14 días, y es responsable de la mayor variación del resto del ciclo. La fase lútea que comprende el periodo de tiempo entre la ovulación y el inicio de la menstruación, el cual tiene una media de duración de 14 días. ¹⁹

En ausencia de embarazo, el cuerpo lúteo sufre un retroceso. Las células luteínicas sufren apoptosis y fibrosis, proceso conocido como luteólisis; dando origen al cuerpo blanco. Por el contrario, si se da la fertilización, la gonadotropina coriónica humana (hCG) se une al receptor LH de las células luteínicas y lo activa, de manera que mantiene la estabilidad endometrial y la esteroidogénesis hasta que la placenta asuma esta función. ¹⁹

El ciclo uterino consta de dos fases; la fase proliferativa que tiene la característica de que la decidua funcional sufre de un crecimiento mitótico progresivo, preparándose para el evento en el que se llevara a cabo la implantación embrionaria, esto en respuesta a la secreción creciente de estrógenos. Al inicio de esta fase, el endometrio es de un grosor delgado. El mayor cambio que se da durante esta fase es la conversión de las glándulas endometriales rectas, estrechas y cortas a unas con estructura más grande y tortuosa. El primer día de la menstruación constituye lo que conocemos como primer día del ciclo menstrual. Y la fase secretora, donde en un ciclo con

una duración de 28 días, la ovulación ocurre en el día 14. Durante las siguientes 48 a 72 horas después de la ovulación, comienza la secreción de progesterona, la cual provoca un cambio histológico en el endometrio. Esta fase se caracteriza por los efectos celulares de la progesterona, que no son nada más que los efectos contrarios a los producidos por los estrógenos. ¹⁹

Durante la fase secretora, las glándulas del endometrio durante los días 6-7 después de la ovulación tienen su actividad secretora máxima, y el endometrio está listo para la implantación del blastocisto. ¹⁹

El estroma se conserva sin cambios histológicos hasta 7 días después de la ovulación, comenzando así entonces con el aumento progresivo del edema. A este nivel se da un engrosamiento del estroma perivascular, aproximadamente 2 días antes de la menstruación se da un aumento repentino en el número de linfocitos polimorfonucleares, anunciando así la caída del estroma endometrial y el inicio del flujo menstrual. ¹⁹

2.2.2.2. Menarquía y menstruación

Se conoce como menarquía la primera ovulación y menstruación en la vida de las mujeres, lo que marca el inicio del periodo de desarrollo y fertilidad. ¹⁹

Al final de cada ciclo, si no se da a cabo la implantación del blastocisto, la secreción glandular es interrumpida y se da una descomposición irregular de la decidua funcional. La destrucción del cuerpo lúteo, la producción de estrógenos y progesteronas dan como resultado la “descamación” de esta capa del endometrio que es el evento que conocemos como menstruación. ¹⁹

Se producen vasoconstricción de las arterias espirales lo cual conduce a una isquemia endometrial. Al mismo tiempo se produce la ruptura de los lisosomas, lo cual produce liberación de enzimas proteolíticas las cuales producen destrucción tisular local. Posteriormente se da la descamación de la decidua funcional del endometrio, quedando la decidua basal lista para el posterior crecimiento endometrial. A lo largo del ciclo menstrual hay producción de prostaglandinas (PGF_{2α}), alcanzando el mayor pico de producción durante la menstruación. ¹⁹

2.2.2.3. Variaciones hormonales

A lo largo del ciclo menstrual normal existen variaciones ováricas, uterinas y hormonales.¹⁹

Al inicio de cada ciclo menstrual, los niveles de esteroides sexuales son bajos, debido a su disminución durante la fase lútea del ciclo que le precede. Al desaparecer el cuerpo lúteo comienza el aumento de FSH (hormona folículo estimulante), la cual es la responsable de llevar a cabo el reclutamiento del grupo de folículos en crecimiento, y cada uno de estos se encarga de secretar estrógenos, según vayan creciendo durante la fase folicular. El incremento de estrógeno es al mismo tiempo el estímulo para la proliferación del endometrio.¹⁹

El nivel de elevación de estrógenos produce una retroalimentación negativa sobre la secreción de FSH en la hipófisis, la cual decae a la mitad de la fase folicular. Los folículos en crecimiento secretan inhibina-B, la cual contribuye a suprimir la secreción hipofisaria de FSH. Por otra parte, LH (hormona luteinizante) disminuye debido a la alta concentración del estrógeno, sin embargo en la fase folicular tardía aumenta exageradamente, por lo que se considera que LH tiene una respuesta bifásica. Justo antes de la ovulación, durante el final de la fase folicular la LH modula la secreción de progesterona.¹⁹

Después del estímulo correcto de los estrógenos, se produce un pico de secreción en la LH, lo cual constituye la causa directa de que la ovulación ocurra en las siguientes 24 a 26 horas. La ovulación constituye el “puente” entre la fase lútea y la fase secretora. Durante la fase lútea temprana los niveles de estrógenos disminuyen, antes de la ovulación hasta la mitad de la fase lútea, donde de nuevo vuelven a aumentar como resultado de su secreción por parte del cuerpo lúteo, quien también secreta inhibina-B. La progesterona aumenta rápidamente después de la ovulación, lo que permite que los niveles de progesterona puedan ser usados como presunto signo de la ovulación.¹⁹

La secreción de gonadotropinas y el nuevo crecimiento folicular es suprimida a nivel central por la progesterona, los estrógenos y la inhibina-A. Los niveles de estas hormonas permanecen elevados durante la vida del cuerpo lúteo y disminuyen cuando este desaparece, preparando así el escenario para el siguiente ciclo.¹⁹

El desarrollo de los folículos es un proceso activo que se da desde la menarquía hasta la menopausia. Durante el proceso se reúne mensualmente un grupo de folículos para producir finalmente un folículo dominante maduro durante la ovulación de cada mes.¹⁹

Desde la menarquia y a lo largo de los años “fértiles” de cada mujer, mes a mes un grupo de folículos primordiales son reclutados y siguen un proceso para llegar al desarrollo folicular.¹⁹

Folículo primordial: se les llama así a los ovocitos primarios rodeados por una sola capa de células aplanadas de la granulosa.¹⁹

Folículo primario: son las células de la granulosa que se transforman en cuboides y aumentan en número, formando una capa pseudoestratificada.¹⁹

Folículo secundario: es el aumento en número de células de la granulosa, crecimiento final del ovocito y diferenciación del estroma para formar lo que se conoce como la teca interna y una externa.¹⁹

Folículo terciario o De Graaf: líquido folicular se acumula entre las células de la granulosa formando el antro. Células de la granulosa alrededor del ovocito forman la corona radiada. Se considera un folículo maduro.¹⁹

Para que se de todo el proceso folicular, los estrógenos deben dominar, y en esto, la FSH juega un papel un papel fundamental debido a funciones como: que eleva la actividad de la aromatasa, aumenta el número de células de la granulosa, estimula la expresión de receptores de LH en las células de la granulosa y estimula la producción del factor de crecimiento parecido a la insulina (IGF-I), la cual evita que las células entren en apoptosis. Es por esto que el éxito depende de que los folículos tengan un número suficiente de receptores de FSH y de células de la granulosa. Lo contrario pasa si la aromatización en las células de la granulosa se retrasa más allá de la producción de andrógenos en las células de la teca, se favorece el ambiente androgénico y esto lleva a una inhibición de las funciones mencionadas anteriormente.¹⁹

La regulación del ciclo menstrual esta mediada por las variaciones hormonales, donde el proceso se resume de la siguiente forma: el hipotálamo produce la GnRH (hormona liberadora de gonadotropina) y se segrega de forma continua dirigiéndose a la hipófisis anterior. Para que el folículo se desarrolle pasa por dos fases, una que es independiente de gonadotropinas hasta la siguiente fase en la cual es dependiente de FSH. Cuando el cuerpo lúteo regresa, la producción lútea de inhibina-A y progesterona disminuye, lo cual produce una elevación en la concentración de la FSH.¹⁹

El aumento en los niveles de FSH produce que los folículos crezcan y se diferencien y a su vez secreten más FSH e inhibina-B. La decidua funcional crece y se diferencia, en preparación preparándose para que se lleve a cabo la implantación, esto en respuesta a la secreción de estrógenos. La concentración creciente de estrógenos e inhibinas hacen que exista una retroalimentación negativa sobre la hipófisis, produciendo una disminución en la secreción de FSH.¹⁹

El folículo dominante posee un mayor número de receptores FSH y produce mayor cantidad de estrógenos que el resto de folículos. Y tiene la capacidad de continuar su crecimiento a pesar de que los niveles de FSH disminuyan. El pico de secreción de LH, la cual desencadena la ovulación, la producción de progesterona y el cambio de fase secretora o lútea, se debe a los niveles de FSH que persisten elevados. El cuerpo lúteo secreta estrógenos, progesterona e inhibina-A, las cuales sirven para inhibir las gonadotropinas. Sin la secreción constante de LH, el cuerpo lúteo desaparecería a los 12 a 16 días. La pérdida de la secreción de progesterona es lo que produce la menstruación.

Si se da un embarazo, el embrión secreta hCG, el cual tomara el papel de la LH, manteniendo así el cuerpo lúteo. El cuerpo lúteo continúa segregando progesterona, lo que permite que el endometrio se mantenga secretor y así el embarazo continúa evolucionando.¹⁹

2.2.3. Planificación familiar

2.2.3.1. Definición

La planificación familiar permite establecer prácticas para ayudar a los hombres y mujeres a planificar el número de hijos que deseen y evitar embarazos no deseados. Así mismo contribuye a determinar el tiempo apropiado entre cada embarazo, para tener un adecuado intervalo de tiempo. Todo esto se cumple a través de la aplicación de métodos anticonceptivos y tratamiento de esterilidad, en los cuales se necesita de un asesoramiento de educación y sexualidad para poder optar por el mejor método anticonceptivo para cada pareja.^{20, 21}

La planificación familiar también se centra en la capacidad de la mujer de decidir si quedar embarazada o no, así como fomentar la maternidad consciente y responsable, como también la detección de patologías que puedan afectar a la fecundidad.^{20, 21}

Entre los tipos de planificación familiar se encuentran los siguientes:

2.2.3.2. Métodos naturales

Estos se basan en la regulación de las variaciones fisiológicas del ciclo menstrual de la mujer para evitar que el óvulo sea fecundado por el espermatozoide sin alterar las condiciones naturales, se evita la eyaculación dentro de la vagina cuando hay ovulación y se permite cuando la posibilidad del mismo es baja. No se utilizan métodos artificiales por lo que su coste es bajo, entre estas se encuentra: ²⁰

Método de la temperatura basal corporal: Esta se realiza mediante la toma de la temperatura basal corporal, la cual se debe de realizar a la misma hora por la mañana y antes de levantarse, así como después de un descanso de 6 a 8 horas. En donde se necesitan tres ciclos enteros para calcular la ovulación. Este método requiere una adecuada disciplina y constancia, por lo que casi no es utilizado. Hay factores que pueden intervenir en el cálculo como picos febriles, "síndrome del folículo luteinizado no roto". Con una tasa de embarazos por cada 100 mujeres al año entre 0.7 a 19.5. ^{20, 21}

Métodos basados en el moco cervical (método Billings): Hay cambios que ocurren antes de la ovulación tales como la secreción de moco en el cérvix del útero, los cuales permanecen unos días después (día 9 al 17 del ciclo en mujeres regulares). Si se evitan relaciones sexuales durante este periodo se puede evitar el embarazo. Con una tasa de fallo de 20 embarazos por 100 mujeres/año. ^{20, 21}

Método del ritmo o calendario (Ogino-Knaus): En este se realiza el cálculo de los periodos de fertilidad en la mujer. Se realiza mediante: primer día fértil, la resta de 19 a los días de duración del ciclo más corto; ultimo día fértil: se resta 10 a los días de duración del ciclo más largo. En donde se deberán de evitar las relaciones sexuales entre el primer y el último día fértil. Según este método los días fértiles serian entre los días 5 a 21 de cada ciclo. Es un método que se utiliza con frecuencia, pero tiene unas altas tasas de fracaso en mujeres que no tienen ciclos regulares. ^{20, 21}

Lactancia prolongada: El aumento de los niveles de la hormona prolactina producida durante el embarazo y la cual esta elevada durante la lactancia, tiene su acción sobre el eje hipotálamo-hipofisiario, la presencia elevada de la prolactina causa amenorrea y anovulación.

Cuando existe lactancia materna exclusiva aproximadamente el 70 % de las mujeres permanece con amenorrea en los primeros 6 meses y un 37 % el primer año. ^{20, 21}

Coito interrumpido: Consiste en retirar el pene de la vagina antes de que la eyaculación suceda, este método no tiene coste, su eficacia de anticoncepción es del 10 al 20 %, aunque hay riesgo de un posible embarazo, debido a la presencia de espermatozoides en el líquido preeyaculatorio. ^{20, 21}

2.2.3.3. Métodos barrera

Entre estos se encuentran los métodos mecánicos entre los que está el diafragma, preservativo masculino y femenino, y los químicos donde se encuentra los espermicidas.

Diafragma: Este es una semiesfera hecha de látex con un aro metálico con un borde el cual es flexible y elástico. La forma en la que se utiliza es colocándolo en el fondo de la vagina cubriendo el cérvix uterino por lo que impide el ascenso de los espermatozoides. Este método se utiliza junto con una crema espermicida la cual se debe de colocar antes de que suceda la penetración, la cual debe de permanecer dentro de la vagina durante aproximadamente 6 horas luego de que haya sucedido la eyaculación. Su tasa de fallos es de 3.8 al 18 %. ^{20, 21}

Preservativo masculino: Este método consta de una funda cuyo material es de látex, tiene un reservorio en su extremo ciego, el cual sirve como reservorio para la eyaculación. Su eficacia anticonceptiva es elevada, si este método se utilizada adecuadamente se asocia a una tasa de fallo del 2 % y si este no se utiliza correctamente su tasa de fallo es del 12 %. El preservativo masculino concede una adecuada protección en infecciones por virus del papiloma humano, virus del herpes simple, infecciones por Gonococo, Chlamydia, virus de Hepatitis B, virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), Trichomonas, Mycoplasma. ^{20, 21}

Preservativo femenino: Consiste en una funda hecha de poliuretano la cual esta lubricada con dimeticona, está cerrada por un extremo, consta de dos anillos, uno se fija en el extremo abierto y el otro libre sirve para cubrir al cérvix. Su tasa de fallo es del 2.6 al 12.4 %. Al igual que el preservativo femenino también protege contra enfermedades de transmisión sexual. Sin embargo, este método anticonceptivo no es muy utilizado debido a la necesidad de manipulación de genitales internos para su utilización y elevado coste. ^{20, 21}

Espermicidas: Estos se deben de colocar dentro de la vagina unos 10 minutos antes de tener relaciones sexuales, están disponibles en forma de cremas y óvulos pequeños de hexacloruro de benzalconio y nonoxinol-9. Estos tienen una acción lesiva sobre los espermatozoides. Este método se recomienda utilizarlo junto con otros métodos anticonceptivos como por ejemplo el diafragma, preservativos masculinos y femeninos. La tasa de fallo del espermicida es del 5.8 al 21 %.^{20, 21}

2.2.3.4. Dispositivo intrauterino (DIU)

El mecanismo de acción de estos dispositivos es a través de una reacción inflamatoria la cual sucede en el interior del útero, esta inflamación dificulta la implantación del blastocito. El tiempo de duración es de 3 a 5 años. Antes de hacer uso de este método anticonceptivo se debe de realizar una evaluación a la paciente para detectar posibles problemas. Existen contraindicaciones absolutas para no usar esta clase de dispositivos como el embarazo, hemorragia uterina, terapias anticoagulantes, infecciones genitales agudas. Entre las contraindicaciones relativas se encuentran: dismenorrea, estenosis cervical, hipermenorreas, coagulopatías, inmunodepresión, puerperio inmediato.²¹

2.2.3.5. Anticoncepción hormonal oral (AO)

El principal mecanismo de acción de estos anticonceptivos es a través del eje hipotálamo-hipófiso-gonadal y el aparato genital femenino, su principal acción es inhibir la ovulación a través de la supresión de la secreción de la hormona luteinizante y la supresión de la hormona folículo estimulante. Entre otros mecanismos de acción se encuentran la alteración del moco cervical lo que dificulta el ascenso de los espermatozoides. Inhibición de la implantación a través de la inactividad funcional del endometrio.²¹

2.2.3.6. Anticoncepción hormonal inyectable

Se realiza cada mes o cada tres meses, lo que se pretende mejorar con este método es la eficacia del cumplimiento, la que a veces no se cumple con certeza en la anticoncepción hormonal oral. El mecanismo de acción de los anticonceptivos hormonales inyectables es el mismo que los anticonceptivos hormonales orales. Entre los inconvenientes que pueden suceder con el uso de estos anticonceptivos es la irregularidad menstrual y la amenorrea la cual se presenta en la mayoría de paciente en un 70 %.²¹

2.2.3.7. Implantes Subdérmicos

Estos métodos anticonceptivos se insertan por debajo de la piel, los cuales son capsulas de plástico impregnadas con gestágenos, su mecanismo de acción es liberar cantidades constantes de los mismos que provocan cambios en el moco cervical y endometrio, con esto provocan una acción anticonceptiva. La ventaja de este método anticonceptivo es que se puede retirar cuando existan problemas asociados o cuando se desee tener nuevamente fertilidad. ²¹

2.2.3.8. Métodos Definitivos

Vasectomía: Este es una de las formas de métodos anticonceptivos en el que debe de existir una intervención quirúrgica, donde se realiza el corte y ligadura de los conductos deferentes por vía escrotal, para su realización se utiliza anestesia local. Este método anticonceptivo impide el paso de los espermatozoides debido a la sección y corte de los conductos deferentes, por lo que en la eyaculación solo abra líquido seminal. La vasectomía es un método considerado irreversible, sin embargo pueden reanastomosarse los conductos deferentes, pero la fertilidad posterior en el hombre no vuelve alcanzar el 100 %. La tasa de fallos es menor del 0.1 %. ^{20, 21}

Ligadura u oclusión tubárica.: Al igual que la vasectomía este es un método anticonceptivo quirúrgico irreversible, el cual se realiza en la mujer. Se realiza la oclusión o sección de las Trompas de Falopio, de esta manera se impide el paso de los espermatozoides para fecundar el ovulo. Para la realización de este método anticonceptivo se han descrito diversos abordajes como: laparotomías, laparoscópicas, transcervicales y ciclotómicas. Si se realiza un abordaje laparotómico existen diversas técnicas quirúrgicas como: Pomeroy, Irving, Uchida, Kroener. A diferencia de la vasectomía en esta intervención quirúrgica si se necesita anestesia general. La eficacia anticonceptiva es alta, con una tasa de fallos del 0.4 %. La unión de las trompas de Falopio se puede realizar mediante microcirugía, pero tiene el riesgo de asociarse a embarazos ectópicos. ^{20, 21}

2.2.4. Papanicolaou e Inspección con Ácido Acético

2.2.4.1. Virus

El virus del Papiloma Humano es un virus de doble cadena de ADN el cual es circular, contiene 8000 pares de bases. Pertenece a la familia de "Papovaviridae", este virus ataca a las células escamosas del epitelio genital bajo (vagina, vulva, cuello uterino y ano), también afecta al epitelio oral y nasal. ²²

Este virus es el causante de la enfermedad de transmisión sexual más común en el mundo. Su incidencia mundial es de 10 %, la exposición al virus durante la vida es alta, debido a que es de aproximadamente 50 a 80 %.²²

La transmisión del virus del papiloma humano es a través de contacto sexual con la piel genital, mucosas o líquido corporales de personas que tengan lesiones verrugosas o con infección subclínica.²²

Hay varios genotipos del virus del papiloma humano aproximadamente 200, pero son 30 los que son responsables de causar las infecciones anogenitales. Estos se dividen según su potencial de malignidad.²²

2.2.4.2. Procedimiento Papanicolaou

Este procedimiento se realiza para detectar signos de precáncer o cáncer en células obtenidas del cuello uterino, las cuales son observadas por medio de un microscopio.

Para la obtención de las células del cuello uterino, primero se debe de colocar un espéculo de plástico o metal dentro de la vagina para observar bien el cuello uterino. Luego se lleva a cabo un raspado ligero, para obtener células y mucosidad del ectocérvix con una pequeña espátula. Posteriormente se coloca un pequeño cepillo o una torunda de algodón en la abertura del cuello uterino para la obtención de células del endocérvix. Luego dichas muestras se colocan en un portaobjetos y se procede a fijarlas con alcohol.²³

Si en la paciente a quien se le realizará un papanicolaou no tiene cuello uterino debido a cervicectomía o histerectomía la obtención de células se tomará de la parte superior de la vagina.

²³

2.2.4.3. IVAA procedimiento

En la inspección visual con ácido acético se debe de hacer uso de un espéculo para la observación del cuello uterino y del orificio cervical. Con un aplicador de algodón se debe de impregnar el cuello uterino con ácido acético al 3-5 %, las lesiones precancerosas adquieren un color blanquecino luego de haber aplicado el ácido acético.²⁴

2.2.5. Embarazo

Este término hace referencia al proceso de reproducción humana que inicia cuando el espermatozoide de un hombre fecunda el ovulo de una mujer, y este ovulo fecundado se implanta en la pared del útero y el proceso finaliza con en el nacimiento. ²⁵

La definición legal del embarazo sigue a la definición médica: para la Organización Mundial de la Salud (OMS) el embarazo comienza cuando termina la implantación, que es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero, aproximadamente de 5 o 6 días después de la fecundación y finaliza con el nacimiento.

El embarazo se caracteriza por las diferentes adaptaciones anatómicas, fisiológicas y bioquímicas que se presentan, muchas de estas por respuesta a estímulos fetales y placentarios. En un embarazo normal todos los órganos experimentan estos cambios que vale la pena reconocerlos para diferenciarlos de patologías que pueden amenazar la vida de la mujer embarazada. ²⁶

Las principales adaptaciones anatómicas, fisiológicas y bioquímicas se describen a continuación.

2.2.5.1. Útero

En una mujer no gestante el útero tiene una forma pera y pesa aproximadamente 70 gramos con una capacidad de 10 mililitros o menos, durante el embarazo ocurren cambios anatómicos, ya que se convierte en un órgano de paredes musculares delgadas, con la capacidad de albergar al feto, la placenta y al líquido amniótico, con un volumen al término de la gestación de 5 litros y con un peso aproximado de 1.100 gramos. ²⁶

Los factores influyentes del crecimiento uterino son influenciados menor de 12 semanas por estrógenos y progesterona y después de las 12 semanas son causados por productos de la concepción. ²⁶

2.2.5.2. Cuello uterino

Existen cambios en el primer mes después de la concepción como: ablandamiento y cianosis, aumento de la vasculatura, edema del cuello e hipertrofia de las glándulas cervicales. Además de presentar cambios en el moco cervical al colocarse en un portaobjetos como la

formación de cuentas a causa de la progesterona o la formación de helechos por causa de fuga de líquido amniótico. ²⁶

2.2.5.3. Ovarios y trompas de Falopio

Los cambios más notorios son el cese de la menstruación durante el embarazo y se suspende la maduración de folículos nuevos, existe solo un cuerpo amarillo que ayuda a la producción de progesterona de seis a siete semanas; en las trompas de falopio solo existe aplanamiento del epitelio y la mucosa tubarica y poca hipertrofia durante el embarazo. ²⁶

2.2.5.4. Vagina y perineo

Los cambios en el embarazo hacen referencia al signo de Chadwick, que se describe como color violeta característico de la vagina debido al aumento de vascularidad en la piel. Además de una variante el pH ácido con una variación de 3.5 a 6; Las paredes vaginales sufren cambios marcados en la preparación a la distensión que acompaña el trabajo de parto y al parto propiamente. ²⁶

2.2.5.5. Piel

Existe un aumento en el flujo sanguíneo en la piel, ya que este aumento sirve para disipar el exceso de calor generado por el aumento metabólico, en la pared abdominal se pueden evidenciar estrías del embarazo o también conocidas como grávidas, estas suelen aparecer en la etapa intermedia del embarazo, son rojizas en las primigestas y plateadas y brillantes en la múltipara y se pueden encontrar en las mamas y muslos; Una de las complicaciones es la diástasis de los rectos, es decir que los músculos rectos abdominales se separan en la línea media y pueden dar origen a una Hernia Ventral. ²⁶

La Hiperpigmentación ocurre en el 90 % de los embarazos y aparece especialmente sobre la línea alba, en ocasiones aparecen como parches en el rostro y suele conocerse entonces como cloasma del embarazo. ²⁶

La pigmentación también ocurre a nivel de las areolas y la piel genital, se demostró que la hormona estimulante de melanocitos se incrementa considerablemente al final del segundo mes de embarazo y es la responsable de estos cambios. ²⁶

2.2.5.6. Mamas

En las primeras semanas existe aumento de la sensibilidad y parestesias mamarias, para el segundo mes aumentan de tamaño y aparecen venas delicadas visibles. Después de los primeros meses a menudo es posible la secreción de un líquido espeso amarillento conocido como calostro, también se pueden observar las glándulas de Montgomery. ²⁶

2.2.5.7. Cambios metabólicos

Los cambios más importantes ocurren en el tercer trimestre ya que el índice metabólico materno aumenta 10 - 20 % con respecto al estado previo, en embarazos gemelares hasta un 10 % más. Existe aumento de peso, debido al contenido uterino, mamas, volumen sanguíneo y líquido extracelular extravascular y las reservas maternas de Agua celular, depósito de grasa y proteínas nuevas el aumento de peso promedio es de 12.5 kg, la ingesta de 300 kcal/día es la recomendación para evitar el sobrepeso en este periodo. ²⁶

2.2.5.8. Cardiovasculares

Los cambios producidos en la función cardiaca se verán influenciados por el aumento del gasto cardiaco a partir de la quinta semana de edad gestacional debido al descenso de la resistencia vascular periférica y el aumento de la frecuencia cardiaca materna, hasta diez latidos más. El corazón tiene un Desplazamiento hacia la izquierda y arriba, girando sobre su eje longitudinal, lateralmente, lo que podría mostrar con estos cambios una silueta cardiaca más grande además el Índice de masa muscular ventricular izquierda aumenta un 34 % durante el embarazo avanzado. ²⁶

2.2.5.9. Circulación y presión arterial

La presión arterial disminuye a las 24 - 26 semanas y luego se eleva tanto la presión diastólica como la presión sistólica. Al encontrarse un útero grávido las venas pélvicas y vena cava inferior tienen una compresión a la circulación normal del flujo sanguíneo por lo que se presenta edema, varices en piernas y vulva y hemorroides. ²⁶

2.2.5.10. Respiratorios

El diafragma se eleva 4 cm, el ángulo subcostal es más amplio, el diámetro transversal aumenta 2 cm, la circunferencia total torácica aumenta 6 cm, son cambios anatómicos generados por el aumento de tamaño del útero grávido, a pesar de esos cambios la frecuencia respiratoria no cambia, únicamente cambia el volumen de ventilación pulmonar ya que aumenta (0.66 a 0.8

L/min), la ventilación por minuto en reposo aumenta (10.7 a 14.1 L/min) y el volumen de reserva espiratoria es bajo. ²⁶

2.2.5.11. Urinario

Riñones: Anatómicamente el tamaño renal aumenta poco pueden ser hasta 1.5 cm más grandes, el índice de filtración glomerular aumenta de un 25 % a 50 % por lo que el 60 % de las pacientes gestantes presenta poliaquiuria; En el embarazo avanzado, el flujo urinario y la excreción de sodio promedio son menos de la mitad de la excreción en posición supina que en decúbito lateral, la embarazada pierde aminoácidos y vitaminas hidrosolubles en cantidades mucho mayores, la Creatinina sérica disminuye 0.7 - 0.5 mg/dl y la depuración de creatinina es 30 % mayor que los 110 - 115 ml/min normales. ²⁶

Vejiga; menor a las 12 semanas sufre pocos cambios y mayor a las 12 semanas, se eleva el trigono de la vejiga y produce engrosamiento de su margen posterior, o intraureteral. Hay aumento de presión vesical, en primigestas hasta 8 - 20 cmH₂O al término de la gestación, es por ello que sufre traumatismos con facilidad y es más susceptible a la infección. ²⁶

2.2.5.12. Digestivo

Estómago: el tiempo de vaciamiento gástrico, no cambia en los trimestres en comparación con no embarazadas. Puede prolongarse, durante el trabajo de parto y por administración de analgésicos. La gestante puede presentar pirosis ya que el tono del esfínter esofágico inferior también disminuye y las Presiones intraesofágicas son más bajas y las intragástricas son más altas. ²⁶

2.2.5.13. Endocrino

La glándula hipófisis en el primer trimestre del embarazo la hormona del crecimiento tiene concentraciones que se encuentran dentro de los límites normales, en la Semana 17 la placenta se convierte en el principal generador de esta hormona ya que tiene cierta influencia en el crecimiento fetal; sin embargo, es una determinante en la resistencia a la insulina en la madre. ²⁶

En la glándula tiroides, aumenta la producción de hormonas hasta un 40 a 100 %, puede producirse Hiperplasia glandular y aumento de la vascularidad, en las glándulas suprarrenales es considerable el aumento del cortisol en el periodo de gestación. ²⁶

Las complicaciones del embarazo son diversas y entre ellas tenemos las hemorragias de primer (abortos), segundo (desprendimiento placentario) y tercer trimestre (desprendimiento de placenta normalmente insertada), trastornos hipertensivos, (preeclampsia, eclampsia, síndrome de HELLP) diabetes gestacional, ruptura prematura de membranas ovulares, sobrepeso y obesidad. ²⁶

2.2.6. Controles prenatales

Son los cuidados y las acciones que recibe la mujer durante el embarazo para identificar tempranamente las complicaciones, los signos de peligro, a través del auto cuidado y la participación de la familia para lograr un parto en las mejores condiciones de salud tanto para la madre como para el recién nacido. ²⁶

En cada control prenatal debe realizarse la medición de presión arterial, glucómetro, control de peso, revisión de esquema de vacunación contra el tétanos, medición de altura uterina y emitir a las pacientes el plan educacional adecuado en alimentación, signos de peligro y plan de emergencia con las comadronas en el caso del área rural. ²⁶

Según las normas de atención en salud integral los Controles prenatales deben realizarse el primero antes de las 12 semanas, segundo: alrededor de las 26 semanas, tercero: a las 32 semanas y cuarto: entre las 36 y 38 semanas.

2.2.7. Parto

2.2.7.1. Definición

El nacimiento corresponde al periodo comprendido entre el inicio de las contracciones uterinas regulares y la expulsión de la placenta. El proceso por el cual esto ocurre con normalidad se denomina trabajo de parto. ²⁶

En esta etapa se deben tener diferentes consideraciones como los mecanismos de trabajo de parto, aquí se toman en cuenta la situación, presentación, actitud y posición fetal. Por cuestiones de comprensión se describirán los periodos del trabajo de parto en posición occipitoanterior. ²⁶

2.2.7.2. Características del trabajo de parto normal

Trabajo de parto se define, como la presencia de contracciones uterinas que producen borramiento y dilatación demostrables del cuello uterino, el inicio del trabajo de parto se define

como la hora del reloj en que las contracciones dolorosas se vuelven regulares acompañadas de las siguientes circunstancias: rotura de membranas, expulsión del tapón mucoso y borramiento completo del cuello uterino. Las fases del trabajo de parto se describen a continuación.

2.2.7.3. Primera fase del trabajo de parto

Friedman creó el concepto de tres divisiones funcionales del trabajo de parto para describir los objetivos fisiológicos de cada una, las divisiones son:

Preparatorio: durante ese periodo, aunque el cuello se dilata poco, sus componentes de tejido conectivo se modifican en grado considerable por lo que la sedación puede detener este periodo, división de dilatación: En este periodo la dilatación avanza rápidamente y no se puede modificar por la sedación y división pélvica: esta inicia con la fase de desaceleración de las dilataciones, el movimiento cardinal fetal en presentación cefálica, encajamiento, flexión, descenso, rotación interna, extensión y rotación externa, ocurren durante este periodo. ²⁶

En la fase latente está definido por el momento en que la madre percibe contracciones regulares y termina entre los 3 y 5 cm de dilatación, tiene una duración de 14 horas en multíparas y un máximo de 20 horas en nulíparas después de este tiempo se considera una fase latente prolongada y fase activa: en esta fase las contracciones uterinas son dolorosas y dilatación cervical de 3 o 5 cm debe ser comprobable, la duración promedio de esta fase es 4.9 horas en nulíparas y en multíparas depende del ritmo de dilatación del cuello uterino. ²⁶

En esta fase pueden presentarse anomalías como trastornos del retraso en nulíparas en el avance de dilatación cervical menor de 1.2 cm y menor de 1 cm en descenso fetal por hora. ^(v) en multíparas: en el avance de dilatación cervical menor de 1.5 cm y menor de 2 cm en descenso fetal por hora. ²⁶

Los trastornos de detención haciendo referencia a la cesación completa de la dilatación o que no se obtengan cambios en 2 horas y la cesación completa del descenso fetal. ²⁶

2.2.7.4. Segunda fase del trabajo de parto

Esta fase comienza cuando se completa la dilatación del cuello uterino y termina en el nacimiento del feto, tiene una duración aproximada de 50 minutos en nulíparas y 20 minutos en multíparas; las contracciones uterinas se dan cada 3 a 5 minutos las cuales causan cambios en el cuello uterino. ²⁶

Debe identificarse el trabajo de parto, verificar la frecuencia cardíaca fetal y signos vitales maternos, también debe realizarse la exploración vaginal en busca de rotura de membranas, dilatación cervical, posición del cuello uterino y descenso fetal. ²⁶

2.2.7.5. Tercera fase del trabajo de parto

El alumbramiento de la placenta ocurre en esta etapa, la salida de la placenta nunca debe forzarse antes de que ocurra su separación, a menos que el útero se invierta. No debe recurrirse a la tracción sobre el cordón umbilical para extraer la placenta del útero. ²⁶

2.2.8. Puerperio

El puerperio es el periodo que incluye las primeras semanas que siguen al parto. Es comprensible que su duración sea imprecisa, pero la mayoría de los especialistas considera un lapso de cuatro a seis semanas. Aunque se trata de un periodo relativamente simple en comparación con el embarazo, el puerperio se caracteriza por muchos cambios fisiológicos. Algunos de ellos pueden representar sólo molestias menores para la nueva madre, pero es posible también que surjan complicaciones graves. ²⁶

2.2.8.1. Etapas del puerperio

El puerperio consta de 3 etapas que se clasifican como Inmediato que es desde el final del parto hasta 24 horas después; Mediato con una duración desde el segundo al décimo día y tardío desde el décimo día a 45 días posparto. ²⁶

El control del puerperio en el área rural se realiza en base a las normas de atención en salud integral donde refieren evaluar a la paciente puérpera en la siguiente semana después del parto por lo menos 2 visitas, se debe evaluar signos de peligro, como hemorragia vaginal, hipertermia mayor de 38 grados centígrados, descartar la posibilidad de restos placentarios y verificar la presión arterial. Además de brindar plan educacional para inmunizaciones, prevención de cáncer cérvico uterino, alimentación y cuidados del recién nacido. ²⁷

2.2.8.2 Las 4 Demoras

En la necesidad de promover el control prenatal y que tanto los pacientes como los familiares reconozcan los riesgos que se presentan durante el embarazo, se realizó el modelo de las 4 demoras, que se describen a continuación según las normas de atención en salud integral.

²⁷

La primera demora se realiza por la falta de reconocimiento de señales de peligro; La segunda demora por la falta de toma de decisiones para búsqueda de atención oportuna; y la tercera demora por falta de acceso a una atención oportuna y cuarta demora: Falta de atención oportuna y de calidad. ²⁷

2.2.9. Mortalidad Materna

El embarazo, parto y puerperio son periodos que comprenden diversos cambios fisiológicos, los cuales predisponen a distintas morbilidades que constituyen una amenaza para la vida de las mujeres. ^{17, 28}

El quinto objetivo de desarrollo del milenio tiene como meta reducir la mortalidad materna a menos de 70 por cada 100 000 nacidos vivos para el año 2030, a pesar de los diversos esfuerzos realizados, 830 mujeres mueren al día alrededor del mundo por complicaciones durante el embarazo, parto o puerperio, siendo el mayor porcentaje de las mismas en los países en vías de desarrollo, los cuales tiene razones de mortalidad materna más alta comparados a los países desarrollados (239 por 100 000 nacidos vivos en países en desarrollo comparado con 12 por 100 000 nacidos vivos en países prósperos). ²⁸

La prevención de la mortalidad materna exige un trabajo en equipo por parte del médico, la comunidad y el gobierno. El 95 % de las muertes maternas son prevenibles. La alta tasa de mortalidad materna es una violación contra los derechos de las mujeres, siendo la prevalencia más alta en las comunidades menos favorecidas y de más escasos recursos. ²⁹

La elevada tasa de morbilidad y mortalidad materna ocurre en los países pobres, en vías de desarrollo, y representa un grave problema de salud de un país, ya que la tasa de mortalidad es un indicador de desarrollo, y mientras más elevado este, la situación del país empeora. Y aunque la cantidad de muertes maternas no sea mucha, el país se ve afectado por el hecho de ser un indicador de salud, ya que cada muerte representa una falla en el sistema de salud del país. ³⁰

La OMS señala que entre 1990 y 2015 la mortalidad materna ha disminuido hasta en un 44 %, sin embargo, el 99 % de las muertes se produce en países en desarrollo, sobre todo en las zonas rurales de estos y en las comunidades más pobres que no cuentan con acceso a la salud. De igual forma señala que las adolescentes son el grupo más vulnerable y corren mayor riesgo de complicaciones y muerte. ³⁰

Durante el periodo comprendido entre 2010 a 2017 se ha presentado un avance tecnológico gigantesco y se ha tenido mejores enfoques de manejo, pero a pesar de esto se sigue considerando que la planificación familiar es una herramienta básica para enfrentar y reducir la morbilidad materna, sobre todo en los grupos poblacionales más vulnerables. Brindar un acceso de calidad a la salud sexual y reproductiva es la estrategia clave en la disminución de las muertes maternas.³⁰

Durante los últimos años se ha realizado un esfuerzo para construir sistemas de salud resilientes que garanticen el acceso a la atención y los usuarios puedan recibir una atención de calidad. Dentro de las principales causas de mortalidad materna se mencionan 1. Choque Hipovolémico 2. Infecciones y 3. Trastornos hipertensivos del embarazo.³¹

Conocer los niveles de mortalidad materna es de mucha importancia por múltiples razones: empezando porque el mayor porcentaje son prevenibles con los conocimientos que se tienen hoy en día. Por otro lado, está más que confirmado que son las poblaciones rurales las que sufren mayores inequidades en el servicio de salud, constituyendo así el mayor porcentaje de muertes maternas. La razón de mortalidad materna (RMM) constituye un indicador global de las condiciones globales de salud y puede entenderse como “un índice que sintetiza múltiples aspectos de las condiciones de vida de los conjuntos sociales, incluyendo el acceso a bienes y servicios básicos, las relaciones de género, el disfrute de los derechos humanos y el acceso a los servicios de atención médica”.³²

La RMM en países de Latinoamérica ha oscilado con el pasar de los años, en Cuba en el año 2015 fue de 40 por cada 100 000 nacidos vivos, en Brasil en el periodo entre 2009 - 2013 fue de 50 por cada 100 000 nacidos vivos, en México en el periodo entre 2014 - 2015 fue de 42 por cada 100 000 nacidos vivos.^{29, 31, 32}

En Guatemala la línea materna del 2000, es el punto de partida y constituyen la “línea base de monitoreo”, para las estrategias que se implementan con la finalidad de reducir la RMM. Existe una brecha entre mujeres indígenas (211 RMM), muerte materna durante el parto (53 %), muerte materna en atención por comadrona (43 %), muerte materna en el hogar (58 %) comparadas con las cifras nacionales del SIGSA del año 2008, reflejan que el sistema de salud, no ha logrado avanzar y reducir estos datos y continúan muriendo mujeres por causas maternas prevenibles.³³

La principal causa de mortalidad fue la hemorragia posparto (41.0 %). Casi la mitad de las defunciones ocurrieron en la casa o en camino al servicio de salud. Las características clínicas y sociodemográficas de mujeres guatemaltecas fallecidas por causas relacionadas con el embarazo, parto y posparto, indican que en su mayoría son indígenas (71.2 %); de 25 a 34 años (43.5 %); con uno a tres hijos (48.3 %); baja escolaridad (48.4 % analfabetas) y residentes en el área rural (66.3 %).³³

Analizando datos de enero a diciembre del 2015 en Guatemala, en SIGSA se registraron 4498 muertes en mujeres de 10 a 54 años. “Se notificaron preliminarmente 502 casos altamente sospechosos de muertes relacionadas con el embarazo parto y puerperio de los cuales se realizó la investigación y análisis de casos, identificando 426 casos de muertes maternas directas e indirectas”. La RMM en Guatemala para el año 2014 fue de 110 por 100 000 nacidos vivos.³³

Durante el periodo de enero a octubre 2014 - 2015, hubo un aumento de 24 casos con respecto al 2014, el comportamiento de las muertes maternas directas e indirectas es similar. Huehuetenango, San Marcos y Quiché son las áreas de salud que más casos de mortalidad materna presentan.³³

2.3. Marco teórico

2.3.1. Teorías del cambio y buenas prácticas en salud sexual y reproductiva en adolescentes.

En el año 2015, en Perú se llevó a cabo un proyecto, el cual tenía como propósito que las y los adolescentes de zonas afectadas por la pobreza y exclusión social pudieran “ejercer sus derechos sexuales y reproductivos como parte de su ciudadanía”.³⁴

El proyecto se realizó por medio de tres estrategias, las cuales no pretendían únicamente brindar conocimientos, sino que realizaron promoción a los valores democráticos, respeto, inequidades intergeneracionales y de género y tuvieron énfasis en desarrollar competencias sobre la percepción del cuerpo humano, las decisiones y las interacciones sexuales.³⁴

Las estrategias que utilizaron para lograrlo se enfatizaron tanto a expandir las capacidades individuales y colectivas de los adolescentes como a favorecer contextos institucionales, políticos y culturales para el ejercicio de estos derechos, lo que aportaría a que las intervenciones del proyecto pudieran ser más sostenibles; sin embargo el alcance del proyecto

fue limitado porque es difícil realizar un cambio en la mentalidad de las instituciones y la sociedad, la cual se ve influenciada por las políticas de la iglesia y el estado. ³⁴

El reto y lo que se propone en el artículo es que se construyan estrategias que intervengan en las desventajas que tienen los adolescentes del área rural, respetando contextos culturales específicos, y se les pueda dar el papel protagónico a los adolescentes en temas que se siguen considerando tabú en su entorno, como la sexualidad y los derechos de los adolescentes a información y servicios en salud sexual y reproductiva, cumpliendo así el estado con los acuerdos internacionales que se tienen sobre la promoción de la salud y los derechos sexuales y reproductivos. ³⁴

Todo esto con el objetivo de empoderar a los adolescentes y así poder reducir la vulnerabilidad de los mismos en lo que concierne al ámbito sexual, reduciendo así los abusos sexuales, laborales, embarazos en adolescentes y las consecuencias que conllevan las mismas. ³⁴

2.3.2. Los “escotomas” del campo médico que limitan su papel en la salud sexual y reproductiva de los adolescentes

El artículo revisa las intervenciones del campo médico en lo que respecta a la salud sexual y reproductiva, a partir de la rama de la medicina de adolescentes y la ginecología infanto-juvenil, tratando de identificar factores que limiten o entorpezcan el avance en la problemática de dicho campo. ³⁵

A lo largo de la historia y los avances de la medicina han existido múltiples enfoques sobre la salud sexual y reproductiva, lo cual en la actualidad son los escotomas que entorpecen el proceso de análisis, comprensión y acción en dicho ámbito de la medicina. En la actualidad se cuentan con estudios en países norteamericanos y europeos donde se evidencia beneficios en el acceso para los adolescentes a servicios médicos de especialistas en medicina de adolescentes y de la ginecología infanto-juvenil, viéndose reflejado en las bajas tasas de embarazos no deseados y en otras tasas de morbilidades asociadas a la salud sexual y reproductiva. ³⁵

La incorporación de dichos desarrollos técnicos representaría un avance y un giro enorme al papel del médico en la problemática de la salud sexual y reproductiva, guiado por un marco

conceptual distinto al que conocemos, revelando la “ciudadanía sexual” como un concepto novedoso.³⁵

Se plantea que un abordaje multidisciplinario, en el que haya participación de estos dos campos de la medicina puede ayudar a superar y eliminar los “escotomas” que hoy en día representan una amenaza a la vida y los derechos de los adolescentes.³⁵

2.3.3. Elementos del contexto que intervienen en el desarrollo de las políticas públicas de salud sexual y salud reproductiva

En el año 2015, en Colombia, se realizó una investigación cualitativa con enfoque hermenéutico y su diseño fue un estado del arte, la cual pretendía describir los factores que intervienen en el desarrollo de las políticas públicas de la salud sexual y reproductiva.⁴

La investigación concluyó que es un tema de discusión en diferentes grupos sociales y convoca la opinión pública, dicha temática a través de los años ha sufrido diversos cambios de enfoque tanto cultural como social, dentro de los cuales las políticas públicas y los medios de comunicación juegan el papel de actores importantes, transformando así la opinión pública.⁴

Tomando en cuenta que la política nacional de cada país acerca de la salud sexual y reproductiva es pauta para las entidades municipales, se propone que los lineamientos de dichas normativas se deben adaptar a las necesidades particulares de cada uno de los municipios, con la finalidad de poder brindar un servicio de calidad en el contexto de cada uno de los habitantes.

2.4. Marco conceptual

Aborto: Es la interrupción espontánea o inducida del embarazo, antes de la semana 20 de la gestación o con feto con un peso < 500 gramos”.³⁶

Atención prenatal: Es la atención médica que se le brinda a las mujeres antes de la concepción, la cual se prolonga durante el periodo prenatal y el periodo entre cada concepción”, en donde se realiza una evaluación continua de riesgos asociados para evitar complicaciones durante el embarazo y el parto.³⁶

Anticoncepción hormonal: Estas son hormonas sexuales femeninas, los estrógenos sintéticos combinados con progesterona sintética (gestágenos) o los gestágenos solos. Los

cuales pueden administrarse en forma de anticonceptivos orales combinados, parches, implantes o inyectables”.²¹

Coitus interruptus: Consiste en retirar del pene fuera de la vagina antes de que se lleve a cabo la eyaculación.²¹

Cesárea: Es el nacimiento de un feto a través de una laparotomía seguida de una histerotomía.³⁶

Diafragma: Es un método anticonceptivo que consiste en un resorte circular recubierto de una fina goma de látex, el cual se utiliza colocándolo en el fondo de la vagina cubriendo el cérvix uterino impidiendo así el ascenso de los espermatozoides.²¹

DIU: Este método anticonceptivo interviene creando una espuma biológica dentro de la cavidad uterina que contiene hebras de fibrina, células fagocíticas y enzimas proteolíticas, lo que estimula la producción de prostaglandinas dentro del útero, que provocan la contracción del musculo liso y la inflamación. El ambiente intrauterino alterado interfiere el paso de los espermatozoides a través del útero impidiendo la fecundación.²¹

Embarazo: Es una parte de la reproducción humana que comienza con la implantación del cigoto en el endometrio y termina con el nacimiento.²⁵

Escudo de Lea: Es un dispositivo de barrera vaginal hecho de goma de silicona. Tiene forma de un cuenco elíptico con una válvula de aire central.²⁵

Esponja anticonceptiva: Es un dispositivo de poliuretano con forma de cúpula que contiene nonoxinol-9. Se humedece con agua y se inserta profundo en la vagina para cubrir el cuello del útero.²⁵

Mujer Grávida: Una mujer que está embarazada o lo ha estado alguna vez, sin importar el resultado del embarazo.³⁶

Mujer Multigrávida: Establecimiento de embarazos sucesivos.³⁶

Mujer Multípara: Una mujer que ha completado uno o más embarazos hasta las 20 semanas o más. ³⁶

Mujer Nuligesta: Una mujer que no está embarazada ni lo ha estado nunca. ³⁶

Mujer Nulípara: Una mujer que nunca ha rebasado las 20 semanas de gestación. Pudo haber experimentado un aborto espontáneo o electivo, o un embarazo ectópico. ³⁶

Prueba de papanicolaou: Es un procedimiento que se utiliza para la obtención de células del cuello uterino con el fin de detectar si hay cáncer y precáncer. ²³

Planificación familiar: Permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos. Se logra mediante la aplicación de métodos anticonceptivos y el tratamiento de la esterilidad. ²

Mujer Primípara: Una mujer que ha dado a luz sólo una vez a uno o varios fetos vivos o muertos, con una duración calculada de la gestación de 20 semanas o más. ³⁶

Mujer Primigrávida: Es el primer embarazo de una mujer. ³⁶

Salud: Se define como el estado en el que la persona se encuentra en completo bienestar y no solo estar ausente de enfermedad, lo que involucra estar bien tanto física, social como mentalmente. ³⁷

Salud reproductiva: Aborda los mecanismos de la procreación y el funcionamiento del aparato reproductor en todas las etapas de la vida. Implica la posibilidad de tener una sexualidad responsable, satisfactoria y segura, así como la libertad de tener hijos si y cuando se desee. ³⁸

Tasa de mortalidad materna: Número de muertes maternas generadas por el proceso reproductivo por 100 000 nacido vivos. ³⁶

2.5. Marco geográfico e institucional

Guatemala tiene una superficie de 108 889 km², según INE para el año 2015 eran un total de 16 176 133 habitantes, de los cuales 7 903 664 son de sexo masculino (48.86 %) y 8 272 282

de sexo femenino (51.14 %). El país se integra por 24 grupos lingüísticos y 4 pueblos: Maya, Garífuna, Xinca y Mestizo o Ladino. Según los últimos tres censos de población (1981 – 2002), la población indígena constituye 43 % de la población total del país.³⁹

El departamento se encuentra ubicado en la Región Nor-Occidental de la República de Guatemala, Quiché es uno de los tres departamentos más grandes del país (8378 km²), el departamento está subdividido por el área de salud en cuatro regiones: norte, oriente, sur y central. La región central del departamento de Quiché, está conformada por los municipios de Santa cruz del Quiché, San Pedro Jocopilas, Santo Tomas Chiché y San Antonio Ilotenango.⁴⁰

La población total del departamento de Quiché asciende a 869 510 habitantes según censo poblacional 2018, siendo 448 151 de sexo masculino (48.10 %) y 451 358 de sexo femenino (48.10 %); la población de mujeres en edad fértil asciende a 207 901 (23.91 %).⁴⁰

Los datos demográficos importantes de mencionar según la región central y la problemática a estudiar son los siguientes: Santa cruz del Quiché tiene un total de 130 350 habitantes, de los cuales 64,030 son de sexo masculino (49.13 %) y 66 320 de sexo femenino (50.87 %), la población de mujeres en edad fértil asciende a 28 973 (22.23 %); San Pedro Jocopilas con un total de 33 131 habitantes, de los cuales 17 282 son de sexo masculino (52.16 %) y 15 849 de sexo femenino (47.84 %), la población de mujeres en edad fértil asciende a 12 802 (38.64 %); Santo Tomas Chiché con un total de 32 221 habitantes, de los cuales 17 588 son de sexo masculino (54.58 %) y 14 633 de sexo femenino (45.42 %), la población de mujeres en edad fértil asciende a 8538 (26.50 %) y San Antonio Ilotenango con un total de 22 926 habitantes, de los cuales 12 317 son de sexo masculino (53.72 %) y 10 609 de sexo femenino (46.28 %), la población de mujeres en edad fértil asciende a 4635 (20.22 %).⁴⁰

Los servicios de salud en el departamento de quiche están organizados por distritos, hay un total de 20 distritos, el departamento cuenta con 1 hospital regional, 3 hospitales distritales, 17 centros de atención permanente y 74 puestos de salud. Dentro del área que cubre la región central, Santa cruz del Quiché cuenta con 1 hospital regional, 1 centro de atención permanente y 5 puestos de salud; San Pedro Jocopilas cuenta con 1 centro de atención permanente y 3 puestos de salud; Santo Tomas Chiché cuenta con 1 centro de atención permanente y 2 puestos de salud y San Antonio Ilotenango cuenta con 1 centro de atención permanente y 2 puestos de salud.⁴⁰

En el departamento de Quiché, el área de salud trabaja por programas priorizados, dentro de los cuales se encuentra el programa de “Salud reproductiva”, el cual engloba la producción de planificación familiar, PAP (Papanicolaou) e IVAA (inspección visual con ácido acético), controles prenatales y mortalidad materna. ⁴⁰

2.6. Marco legal

En la Ley de desarrollo social: Decreto número 42-2001, De la política de desarrollo social y población, en el Capítulo 3 se indica que la política de desarrollo social y población será la encargada de velar por el derecho de la población de decidir libremente el número de hijos que deseen procrear. Por lo que es Estado se encargara de mejorar la asistencia social y salud pública, como también la educación gratuita.

En el Capítulo 5 se informa que la salud reproductiva es un estado de bienestar físico, social y personal en relación con la sexualidad humana. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social junto con el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social están encargados de reducir las tasas de mortalidad materna infantil, estas instituciones también se encargaran de velar por el acceso a los servicios de salud reproductiva, por lo que la población tendrá acceso a los servicios que involucren planificación familiar, atención prenatal, atención del parto y puerperio, prevención y seguimiento de enfermedades ginecológicas, diagnóstico y tratamiento de la infertilidad y esterilidad, así como el acceso a la atención por enfermedades de transmisión sexual. ¹

Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar: Decreto número 87-2005. El Capítulo 1 indica que se debe de asegurar el acceso a la población a los servicios de planificación familiar de una manera libre y equitativa. El Capítulo 2 se indica que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social debe de promover el acceso a los servicios de planificación familiar a la población en las áreas geográficas donde no existan establecimientos de salud, apoyándose de Organizaciones No Gubernamentales.

Así mismo Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social velara por asegurar que el programa de Salud Reproductiva se realice de una manera integral, incluyendo la planificación familiar, control prenatal, atención del parto y puerperio, detección y tratamiento de enfermedades ginecológicas. En el capítulo 3 de la presente ley indica que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social que la población puede optar por el método de planificación familiar que mejor

sea de su conveniencia, asegurando que el personal responsable brinde una adecuada consejería a la población antes de elegir un método de planificación familiar. ¹

Reglamento de la Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar: Acuerdo gubernativo número 279-2009. En el capítulo 2 se indica que el acceso a los servicios de planificación familiar deberá de ser universal sin excluir a nadie, además se indica que el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social junto con otras instituciones que se dediquen a la salud deberán de cumplir con las normas de planificación familiar establecidas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. ¹

Reglamento de la Ley de Maternidad Saludable y su integración en el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva: Acuerdo gubernativo número 65-2012. En el capítulo 4 se informa que las instituciones dedicadas a prestar servicios de salud deberán de llevar un control mediante una ficha clínica donde se puedan registrar los datos de la paciente, tales como: planificación familiar, embarazo, parto, puerperio. ¹

Decreto 90-97. Código de Salud. Guatemala, 1997. En el Artículo 41 se da a conocer que el Estado estará encargado de velar por una atención integral materno infantil y del grupo familiar, donde se deben de incluir aspectos sobre salud reproductiva. ¹

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo general

Describir las características de la salud reproductiva de mujeres en edad fértil que asistan a los servicios de salud de la región central de Quiché en el mes de agosto de 2019.

3.2. Objetivos específicos

- 3.2.1 Describir las características sociodemográficas de mujeres en edad fértil.
- 3.2.2 Describir las características epidemiológicas de la salud reproductiva de las mujeres en edad fértil.
- 3.2.3 Identificar las características clínicas sobre salud reproductiva de las mujeres en edad fértil.

4. POBLACIÓN Y MÉTODOS

4.1. Enfoque y diseño de investigación

Estudio descriptivo prospectivo de corte transversal.

4.2. Unidad de análisis y de información

4.2.1. Unidad de Análisis:

Datos sobre salud reproductiva, específicamente sociodemográficos, planificación familiar, control prenatal y tamizaje de cáncer cérvico uterino obtenidos mediante el instrumento de recolección de datos diseñado para el estudio.

4.2.2. Unidad de Información:

Mujeres de en edad fértil que asistan a los servicios de salud de la región central de Quiché.

4.3. Población y muestra

4.3.1. Población

4.3.1.1. Población Diana

Mujeres de la región central del departamento de Quiché

4.3.1.2. Población de estudio

La población a estudiar serán las mujeres en edad fértil de 15 a 49 años que asistan a los servicios de salud de la región central del departamento de Quiché en el mes de agosto del año 2019 que cumplan los criterios de inclusión.

4.3.1.3. Muestra

Se obtuvo la muestra a través de la siguiente ecuación

$$n = \frac{N z^2 pq}{d^2(N - 1) + z^2 pq}$$

N = Población total = 54 948

Z = Coeficiente de confiabilidad 1.96

p = Proporción esperada 0.3

q = 0.7

d = Error 0.04

Procedimiento

$$n = \frac{(54\,948)(1.96)^2(0.3)(0.7)}{0.04^2(54\,948 - 1) + 1.96^2(0.3)(0.7)}$$

$n \approx 500$ mujeres en edad fértil

4.3.1.4. Marco Muestral

Unidad Primaria: Red de servicios de salud de los municipios de la Región Central del departamento de Quiché.

Unidad Secundaria: Mujeres en edad fértil (15 a 49 años) que asistan a los servicios de salud de los municipios de la región central del departamento de Quiché.

4.3.1.5. Tipo y Técnica de muestreo

Para la selección de la muestra, se realizó un muestreo no probabilístico por cuotas en cuatro pasos:

Segmentación: La región central de Quiché está dividida en cuatro municipios según el área de salud, por lo que se utilizó esta información para formar los grupos.

Tamaño de las cuotas: Se realizó proporcional al tamaño de los grupos (municipios de la región central de Quiché) en la población. Para determinar la muestra individual para cada centro de salud se realizó asignación proporcional. Basado en la proporción de pacientes atendidas en cada centro de salud en los meses enero a diciembre de 2018, multiplicándose luego por el tamaño total de la muestra. El resultado se muestra en la tabla no. 5.1

Tabla 5.1 DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR MUNICIPIO DE QUICHÉ

Centro de salud	Población total	Proporción	Proporción de la muestra
Santa Cruz del Quiché	28 973	0.5272	264
San Pedro Jocopilas	12 802	0.2329	116
Santo Tomás Chiché	8538	0.1553	78
San Antonio Ilootenango	4635	0.0843	42
Total	54 948	1.0000	500

Durante los meses de enero, febrero y marzo de 2019, se evidencio que la frecuencia de consulta por día en los municipios es de, Santa Cruz del Quiché: 60 pacientes, San Pedro Jocopilas: 42 pacientes, Santo Tomás Chiché: 30 pacientes y San Antonio Ilotenango: 15 pacientes. ⁽¹⁾

Selección de los servicios de salud: Debido al recurso humano, económico y la oportunidad de captación de los sujetos de estudio se asistirá a los centros de atención permanente los días lunes, miércoles y viernes, ya que el área de salud implemento una nueva estrategia en el programa de salud reproductiva, que consiste en citar a MEF en los días anteriormente mencionados.

Para sistematizar las visitas a los CAP, se asignó un código a cada uno y se realizó aleatorización en el sistema web alazar.info para obtener el orden en el que se asistirá a los centros. Los resultados se muestran en la tabla 2.

Tabla 5.2 ALEATORIZACIÓN DE CENTROS DE ATENCIÓN PERMANENTE

CÓDIGO	CAP	ORDEN DE VISITA
C1SCQ	Santa Cruz de Quiché	4
C1SPJ	San Pedro Jocopilas	3
C3STC	Santo Tomás Chiché	1
C4SAI	San Antonio Ilotenango	2

Selección de los participantes y comprobación de la cuota: Por último, se buscarán a las participantes para cubrir cada una de las cuotas definidas en los servicios de salud de cada municipio. En cada CAP se entrevistará a la primera paciente que asista, continuando las entrevistas cada 1 paciente, es decir se entrevistara una paciente y a la siguiente no, de esa forma hasta llegar a lo que se conoce como una cuota-full según la proporción de cada municipio.

4.4. Selección de sujetos de estudio

4.4.1. Criterios de inclusión

- Mujeres de 15 a 49 años de edad que asistan a los servicios de salud de la región central de Quiché, que acepten participar voluntariamente en el estudio.

4.4.2. Criterios de exclusión

- Mujeres con deterioro neurocognitivo y/o discapacidad mental.
- Mujeres con discapacidad verbal.
- Mujeres menores de 18 años de las que no sea posible conseguir consentimiento informado de alguno de los padres para participar en el estudio.

4.5. Definición y operacionalización de variables

Macrovariable	Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable	Escala de Medición	Unidad de Medida
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	Edad	Tiempo que un individuo ha vivido desde su nacimiento hasta un momento determinado. ⁴¹	Edad cumplida según refiera la paciente al momento de la entrevista.	Numérica Discreta	Razón	Años
	Estado Civil	Condición de una persona en relación a filiación o matrimonio con su pareja, que se hacen constar en el registro civil y que delimitan responsabilidad y derecho a los ciudadanos. ⁴²	Estado civil en el que se encuentra actualmente y según lo indique la paciente.	Categórica Policotómica	Nominal	Soltera Unión de hecho (a) Casada Divorciada Viuda
	Municipio de Residencia	Sitio geográfico donde reside la persona. ⁴²	Municipio de la región central de Quiché donde refiera residir al momento de la entrevista.	Categórica Policotómica	Nominal	Santa Cruz del Quiché Santo Tomás Chiché San Pedro Jocopilas San Antonio Ilotenango
	Ocupación	Actividad con sentido en el que la persona participa cotidianamente y que puede ser nombrada por la cultura. ⁴³	Actividad en la que ocupa su tiempo indicado por la paciente el día de recolección de datos.	Categórica Policotómica	Nominal	Ama de Casa* Empleada Domestica Comerciante Otras
	Alfabetismo	Conocimiento básico de lectura y escritura. ⁴²	Dato obtenido según lo indique la paciente de saber leer y escribir.	Categórica Dicotómica	Nominal	Si No
	Nivel de Escolaridad	Periodo de tiempo que una persona asiste a la escuela para estudiar y aprender, especialmente durante el tiempo que dura la enseñanza obligatoria. ⁴²	Ultimo grado académico aprobado referido por la paciente y ubicado por el investigador en el nivel académico correspondiente.	Categórica Policotómica	Ordinal	Primaria Básicos Diversificado Universitario

*Las tres ocupaciones corresponden a las más frecuentes en mujeres en el departamento de Quiché o el área rural. ^{6,13}

	Etnia	Comunidad humana definida por afinidades raciales, lingüísticas, y culturales. ⁴²	Dato obtenido según lo indique la paciente al sentirse identificado como indígena.	Categoría Dicotómica	Nominal	Indígena No indígena
CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLOGICAS SALUD REPRODUCTIVA	Métodos de planificación familiar	Métodos y prácticas que ayudan a individuos o a parejas a evitar los nacimientos no deseados. ²¹	Se interrogará sobre si utilizó o utiliza un método de planificación familiar actualmente, si la respuesta es sí, se anotará el método indicado por la paciente.	Categoría Policotómica	Nominal	Hormonal Natural Barrera Mecánico Permanente Emergencia
	Tamizaje de Cáncer Cérvico uterino	Prueba de tamizaje para detección de cáncer. ²³	Prueba de Papanicolaou o inspección con ácido acético realizado en el último año según refiera la paciente.	Categoría Policotómica	Nominal	Papanicolaou IVAA Ninguno
	Resultado de tamizaje de cáncer cérvico uterino.	Resultado obtenido mediante un proceso de tinción y evaluación microscópica. ²⁴	Dato obtenido según lo indique la paciente del resultado de prueba de tamizaje.	Categoría Policotómica	Nominal	Normal Patológico No sabe
	Control prenatal	Es un conjunto de acciones llevadas a cabo durante la gestación y antes del parto, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo según las normas de atención es salud se recomienda cobertura de cuatro controles prenatales durante el embarazo. ²¹	Número de visitas por control prenatal que indique la mujer de llevar en el embarazo actual.	Numérica Discreta	Razón	Número de visitas por control prenatal en embarazo actual.
	Programa de salud reproductiva	Programa creado por MSPAS para brindar atención integral sobre salud reproductiva. ²⁷	Dato obtenido según la indique la paciente sobre el uso del programa de salud reproductiva utilizado en los últimos 3 meses.	Categoría Policotómica	Nominal	Control prenatal Tamizaje Planificación familiar

CARACTERISICAS CLINICAS DE LA SALUD REPRODUCTIVA	Antecedentes Obstétricos	Antecedentes personales no patológicos, interrogados a la paciente femenina. ²⁶	Número de Embarazos, partos, abortos, cesáreas y cantidad de hijos vivos y muertos según indique la paciente al momento de la entrevista.	Categórica Policotómica	Nominal	Gestas Partos Abortos Cesáreas Hijos vivos Hijos muertos
	Embarazo	Parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del cigoto en el endometrio y termina con el nacimiento. ²¹	Dato obtenido según lo refiera la paciente de estar embarazada actualmente.	Categórica Dicotómica	Nominal	Si No

4.6. Instrumento

Para la realización de esta investigación se utilizará un instrumento de recolección de datos de elaboración propia, el cual será completado por los investigadores.

El instrumento de recolección de datos tendrá tres secciones:

Primera sección: En esta sección se documentarán los datos generales tales como número de instrumento, edad, estado civil, residencia, ocupación, etnia, alfabetismo y escolaridad.

Segunda sección: En este apartado se registrarán los datos sobre, métodos de planificación familiar y pruebas de tamizaje cervicouterino.

Tercera sección: En este apartado se registrarán datos si la paciente está en estado de gestación y se documentarán datos sobre control prenatal.

4.6.1. Recolección de datos.

La entrevista se realizará en una clínica proporcionada por el Centro de Atención Permanente, la cual es un espacio cerrado con el mobiliario necesario para que los participantes de la entrevista gocen de un ambiente privado y cómodo. Durante la entrevista estará presente el investigador, el enfermero que será quien traduzca al idioma Quiché la información en caso de ser necesario y la mujer que será entrevistada. Si la participante es menor de edad, deberá estar uno de los padres presentes durante la entrevista.

El primer paso será que el investigador se presente con la participante, posteriormente deberá hacer la invitación a las mujeres para participar en la investigación y leer el consentimiento o asentimiento informado. Se deberá leer en español e idioma Quiché, según la necesidad de cada una de las participantes.

Se dará un tiempo prudente para que tanto las mujeres como los padres de las menores de edad puedan realizar preguntas sobre la investigación y así sus dudas puedan ser resueltas.

Después de leer el consentimiento informado y obtener las firmas correspondientes, se dará inicio con la entrevista, leyendo cada una de las preguntas del instrumento recolector de datos a la participante en el idioma que sea requerido. El instrumento será llenado por el investigador, de acorde a las respuestas de la participante.

Al finalizar la entrevista, se agradecerá a la participante y su familiar, según sea el caso.

4.7. Procesamiento y análisis de datos

4.7.1. Procesamiento de datos

Se ordenarán todos los instrumentos de recolección de datos de acuerdo al orden del número de boleta previamente establecido, posteriormente, serán tabulados en una tabla de datos diseñada en el paquete software Microsoft Office Excel 2016 mediante tres secciones que corresponden a la boleta de recolección de datos y finalmente se presentarán los resultados en tablas y posteriormente describir los resultados.

4.7.2. Análisis de datos

Se utilizará estadística descriptiva y el sistema Open-epi para llevar a cabo el análisis de los datos. El análisis de la caracterización del estudio será por medio de medidas de tendencia central para las variables numéricas, mientras las variables categóricas serán expresadas por porcentajes. En base a la información obtenida mediante el instrumento recolector de datos, se presentaran los resultados en tablas y porcentajes con la finalidad de presentar resultados de forma en la que sean de fácil comprensión y respondan a los objetivos de la investigación, planteados anteriormente.

Las variables categóricas de la macrovariable sociodemográfica serán representadas por frecuencias y porcentajes y las numéricas por medidas de tendencia central como la media, desviación estándar.

Las variables categóricas de la macrovariable epidemiológica serán representadas por frecuencias y porcentajes.

Las variables categóricas de la macrovariable clínica serán representadas por frecuencias y porcentajes y las numéricas por medidas de tendencia central como la media, desviación estándar.

4.7.3. Codificación de las variables

Cada variable se codificará con una palabra menor de 10 caracteres alfabéticos en minúsculas, mientras sus categorías se les asignarán un código numérico el cual será ingresado en una base de datos.

Tabla 4.7.3 CODIFICACION DE CODIFICACION DE VARIABLES

SERIE I			
VARIABLE	CODIFICACIÓN	CATEGORÍA	CÓDIGO
Programa de salud reproductiva	prosr	Planificación familiar	1
		Control prenatal	2
		Tamizaje	3
Edad	edad		Sin código
Estado Civil	estci	Soltero (a)	1
		Unión de hecho	2
		Casado (a)	3
		Divorciado (a)	4
		Viudo (a)	5
Residencia	resi	Santa Cruz del Quiché	1
		Santo Tomas Chiché	2
		San Pedro Jocopilas	3
		San Antonio Ilotenango	4
Ocupación	ocup	Ama de Casa	1
		Domestica	2
		Comerciante	3
		Otra	4
Alfabeta	alfa	Si	1
		No	2
Nivel de escolaridad	nescol		Sin código
Etnia	etnia	Indígena	1
		No indígena	2
SERIE II			
VARIABLE	CODIFICACIÓN	CATEGORÍA	CÓDIGO
Planificación familiar	pf	Si	1
		No	2
Método Anticonceptivo	Metoac	Inyección 1 mes	1
		Inyección 2 meses	2
		Inyección 3 meses	3
		Pastillas Anticonceptivas	4
		Preservativo	5
		T de Cobre	6
		Implantes subdermicos	7
		Natural	8

		Parche	9
		Cirugía esterilizante	10
		Coitus Interrumpus	11
		Otro	12
Tamizaje	Tami	PAP	1
		IVAA	2
		Ninguno	3
Resultado del tamizaje	Rtami	Normal	1
		Patológico	2
		No sabe	3
Antecedentes Obstétricos	Antobs	Gestas	Sin código
		Partos	Sin código
		Cesáreas	Sin código
		Abortos	Sin código
		Hijos vivos	Sin código
		Hijos muertos	Sin código
SERIE III			
VARIABLE	CODIFICACIÓN	CATEGORÍA	CÓDIGO
Número de controles prenatales	Nocp	Primero	1
		Segundo	2
		Tercero	3
		Cuarto	4
Clasificación	Clasi	Satisfactorio	1
		No satisfactorio	2

4.8. Alcances y límites de la investigación

4.8.1. Alcances

El estudio describirá las características clínicas y sociodemográficas de la salud reproductiva en la población de estudio, además de describir cual es el método de planificación familiar más usado, mediante un estudio descriptivo, prospectivo de corte transversal a realizarse en el mes de agosto de 2019 en la región central del área de salud del departamento de Quiché.

4.8.2. Límites

Los límites del estudio están dados por el diseño de la investigación, ya que no podremos describir factores de riesgo que limiten el acceso de la población a poder contar con una adecuada salud reproductiva.

Debido al número de investigadores y recurso económico, dentro del estudio únicamente se incluye la región central del área de salud del departamento de Quiché.

Los sujetos de estudio se encuentran en el área rural del país, donde en su mayoría únicamente hablan lenguas mayas; sin embargo, se contará con enfermero/a y/o educador en salud, quien nos apoyará con la traducción y así evitar que barrera lingüística sea un inconveniente para la investigación.

4.9. Aspectos éticos de la investigación

4.9.1. Principios éticos generales

Esta investigación se apega a los siguientes principios éticos:

Autonomía: Los sujetos de estudio tienen la capacidad de negarse a participar en el estudio sin temor a represalias, por lo que se extenderá un consentimiento informado para dejar plasmada su capacidad de autodeterminación.

Beneficencia: Esta investigación no tiene ningún beneficio directo para las participantes, al finalizar la investigación y se presenten los resultados, estos servirán para poder brindar una mejor atención a las mujeres en edad fértil, mejorando así las coberturas del programa de salud reproductiva, lo cual tiene un beneficio indirecto en las participantes.

No maleficencia: La investigación no representa ningún riesgo para los pacientes, ya que únicamente se les entrevistara para poder recabar la información solicitada en la boleta recolectora de datos. Previo a iniciar la entrevista se dejara claro que la participante tiene el derecho a decidir no continuar con la entrevista si se incomoda, siente vergüenza o miedo con las preguntas de la boleta recolectora, ya que se comprende que es un tema sensible y de difícil abordaje.

Confidencialidad: Los datos serán recabados de forma anónima y serán manejados de forma confidencial.

Equidad: La selección de la muestra será aleatoria, por la que cada persona tiene la misma oportunidad de ser elegida, sin realizar distinciones de ningún tipo.

4.9.2. Pautas éticas internacionales

En esta investigación se aplican las siguientes pautas:

Pauta 1, valor social y científico, y respeto de los derechos.

Pauta 2, investigación en entornos de escasos recursos.

Pauta 3, distribución equitativa de beneficios y cargas en la selección de individuos y grupos participantes en una investigación.

Pauta 4, posibles beneficios individuales y riesgo de participar en una investigación.

Pauta 7, involucramiento de la comunidad.

Pauta 8, asociaciones de colaboración y formación de capacidad para la investigación y revisión de la investigación.

Pauta 9, personas que tienen capacidad de dar consentimiento informado.

Pauta 17, investigación con niños y adolescentes.

Pauta 18, las mujeres como participantes en una investigación.

Pauta 18, las mujeres durante el embarazo y la lactancia como participantes en una investigación.

Pauta 23, requisitos para establecer comités de ética de la investigación y para la revisión de protocolos.

Pauta 24, rendición pública de cuentas sobre la investigación relacionada con la salud.

4.9.3. Categoría de riesgo

Categoría I (sin riesgo): el diseño del estudio es observacional, por lo que no se realizara ningún tipo de intervención o modificación con las personas que participaran en el estudio y no se invadirá la intimidad de los participantes.

5. RESULTADOS

Se presentan los resultados obtenidos de 500 mujeres en edad fértil que asistieron a los servicios de salud de los municipios de la región central de Quiché, que corresponden a Santa Cruz del Quiché, San Pedro Jocopilas, San Antonio Ilotenango y Santo Tomás Chiché, los datos fueron recolectados en un instrumento con 3 secciones de elaboración propia. La información fue almacenada en una base de datos en Microsoft Excel 2013, en donde también se realizó el análisis estadístico de los mismos.

Tabla 5.1 Caracteristas sociodemográficas de las mujeres en edad fértil.

	n=500	
	f	%
Edad (x, DE) (28,8)		
Estado Civil		
Soltera	53	10.6
Unida	147	29.4
Casada	290	58.0
Divorciada	5	1.0
Viuda	5	1.0
Ocupación		
Ama de casa	422	84.4
Domestica	23	4.6
Comerciante	37	7.4
Otro	18	3.6
Alfabeta		
Si	308	61.6
No	192	38.4
Nivel de escolaridad		
Primaria	226	45.2
Básico	61	12.2
Diversificado	61	10.0
Etnia		
Indígena	462	92.4
No indígena	38	7.6

Tabla 5.2 Características epidemiológicas y clínicas de salud reproductiva.

	f	%
n=500		
Planificación Familiar		
Si	263	52.6
No	237	47.4
Métodos Anticonceptivos		
Inyección 1 mes	20	7.6
Inyección 2 mes	9	3.4
Inyección 3 mes	200	76.0
ACOS	4	1.5
Barrera	7	2.6
T Cobre	7	2.6
Implante	8	3.0
Natural	8	3.0
Tamizaje		
PAP	156	31.6
IVAA	0	0
Ninguno	344	68.0
Resultado de Tamizaje		
Normal	103	66.0
Patológico	23	14.7
No sabe	30	19.2
Gestas (x, DE)		
(3, 2)		
Partos (2,2)		
Cesáreas (2.3,0.6)		
Abortos (0,0.3)		
Hijos vivos (2,2)		
Hijos muertos (0,0.3)		
Control Prenatal (x, DE)		
(1,1)		
Satisfactorio*	191	90.0
No Satisfactorio	21	9.9

*Según las normas de atención en salud del MSPAS, se describe como satisfactorio 4 controles prenatales durante el periodo de gestación.

6. DISCUSIÓN

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en las mujeres en edad fértil que asistieron a los servicios de salud de la región central de Quiché durante el mes de agosto. Con una población de 54 948 de mujeres en edad fértil. Se obtuvo una muestra de 500 MEF, por medio de proporciones se obtuvo la muestra para cada municipio, de esta forma se entrevistaron 264 MEF en Santa Cruz del Quiché, 116 MEF en San Pedro Jocopilas, 42 MEF en San Antonio Ilotenango y 78 MEF en Santo Tomás Chiché. En el año 2016, Quiché fue uno de los departamentos con mayor población de habitantes en Guatemala (1 124 964).⁴²

Respecto al uso del programa de salud reproductiva, de las entrevistadas el 42.40 % (212) consulto por control prenatal, un 36.80 % (184) por planificación familiar y únicamente el 9.4% (47) por tamizaje de cáncer cervicouterino. Hubo un 11.40 % (57) de mujeres entrevistadas, las cuales asistieron al servicio de salud, pero no son usuarias de ningún componente del programa de salud reproductiva.

En la edad, la media en 28, por lo que podemos inferir que es la edad promedio de las mujeres que visitan los centros de salud por algún componente del programa de salud reproductiva. Datos recientes del país, indican que Guatemala continúa con una pirámide de base ancha, donde se evidencia que la población mayor de 15 años ha aumentado con el pasar de los años, dato que respalda la edad encontrada en la investigación.⁴²

Con lo relacionado al estado civil de las mujeres entrevistadas, el 58 % (290) son casadas, 29.40 % (147) está en unión de hecho, 10.60 % (53) son solteras. En el año 2006, en el departamento de Quiché se realizó un estudio para saber cuáles eran los factores que favorecían el uso de métodos de métodos anticonceptivos por parte de las mujeres, evidenciando que un 75 % de la población incluida únicamente estaban bajo unión de hecho, lo cual vemos que a través de los años ha ido cambiando, ya que en nuestro estudio predominaron las mujeres casadas (58 %).¹⁴

La residencia fue la base que se utilizó para seleccionar la proporción de la muestra del estudio, por lo que se distribuyó en Santa Cruz del Quiché con un 52.80 % (264) del total de participantes, San Pedro Jocopilas un 23.20 % (116), Santo Tomas Chiche un 15.60% (78) y San Antonio Ilotenango un 8.40 % (42). Según el último Análisis de Situación en Salud (ASIS) del país, la población urbana y rural ha sufrido variaciones ostensibles a través de los años, encontrando recientemente que la brecha entre la población rural y urbana es mínima.⁴²

En ocupación, se encontró que el 84.40 % (422) son amas de casa, 4.60 % (23) son empleadas domésticas y un 7.40 % (37) son comerciantes. Del total de las participantes que refirieron ser comerciantes, 89.20% pertenecen al municipio de Santa Cruz del Quiché, infiriendo que esto se debe a la urbanización y por ende mayor oportunidad de comercializar, además de ser Santa Cruz del Quiché la cabecera departamental. En el resto de municipios, ama de casa fue la ocupación predominante.

Con respecto a la alfabetización, del total de mujeres entrevistadas un 61.60 % (308) son alfabetas. La tendencia de alfabetismo en Guatemala ha aumentado un 15 % durante los últimos 14 años, siendo el sexo masculino quienes tienen la tasa más alta, sin embargo, a nivel nacional el departamento de Quiché es quien tiene la tasa de alfabetismo más baja y se encuentra en el último estrato; por lo que es un hallazgo de importancia el porcentaje alto de alfabetización en las mujeres de la región central del departamento.⁴²

En lo que respecta a la escolaridad, del total de mujeres que refirieron ser alfabetas (308), un 45.20 % tiene de 1 - 6 años aprobados (primaria), 12.20 % (61) tiene 7 - 9 años aprobados (básicos) y únicamente el 10 % tiene escolaridad mayor o igual a 10 años aprobados (diversificado o educación superior), siendo Santa Cruz del Quiché el municipio que presenta mayor grado de escolaridad (96 %). Existe un pequeño porcentaje de mujeres que aunque no tengan escolaridad, saben leer o escribir (15.54 %).

En cuanto a la etnia, el 92.4 % (464) de las mujeres es indígena y únicamente un 7.6 % (38) es no indígena. En el último estudio realizado en mujeres en edad fértil, en el departamento de Quiché, la población fue de etnia indígena en un 77.3 %, siendo congruente con el resultado obtenido en nuestra investigación.¹⁴

El programa de planificación familiar es el segundo programa más utilizado con una frecuencia de uso del 47 %, de estas el 52.6 % refieren utilizar métodos de planificación familiar, comparado con un estudio realizado en 2006 en 12 municipios de Quiché donde, con el 47 % del uso del programa, concluyeron que las mujeres que utilizan dicho programa tienen la accesibilidad a los servicios de salud y esto facilita el uso del programa.¹⁴

Con respecto al método más utilizado, el 76 % de las MEF que asistieron por el programa de salud reproductiva prefieren utilizar el método hormonal de inyección cada 3 meses, que comparado con el estudio en Quiché en 2006, el uso de este método podría estar influenciado sobre el conocimiento de las pacientes de otros métodos de planificación y la decisión de la pareja sobre el tipo de método.¹⁴

El tamizaje para prevención de Cáncer Cervicouterino es de vital importancia ya que según el MSPAS en el año 2015 - 2017 el cáncer de cérvix presentó un patrón de morbilidad del 24 % en el país, en la región central de Quiché solamente el 31.28 % de las mujeres en edad fértil se realiza alguna prueba de tamizaje, de este el más utilizado un frote de papanicolaou en donde el 66% recibe un resultado normal, un 14 % resultado patológico y un 19 % desconoce dicho resultado; el uso de IVAA es totalmente nulo en la región Central de Quiché.

Con respecto al número de gestas en la región central de Quiché con una media 3 y desviación estándar de 2 embarazos por cada mujer, partos con una media y desviación estándar de 2, cesáreas con una media de 2.3 y desviación estándar de 0.6, comparándolo con los datos de la memoria de labores del departamento de Quiché, donde las mujeres tienen un aproximado de 4 embarazos en su vida, de los cuales la mayoría de ellas resuelve su embarazo por medio de parto eutócico simple. Cabe recalcar que de las mujeres entrevistadas es mínima la población que refiere abortos ya que la media y desviación estándar son de 0, 0.3 sucesivamente, datos que concuerdan con la memoria de labores de Quiché. ³

Con relación a hijos vivos, las mujeres tienen una media de 2 hijos vivos con una desviación estándar de 2, las mujeres de la región central de Quiché casi no tienen hijos muertos ya que su media es de 0 con una desviación estándar de 0.3, lo cual concuerda con los datos de la memoria de labores de Quiché, ya que la media de hijos muertos es de 1. ³

El control prenatal que se lleva a cabo en la embarazada es de importancia para prevenir y disminuir los factores de riesgo y complicaciones que se puedan presentar. Las mujeres que asisten a control prenatal en la región central de Quiché tienen una media de 1 control prenatal con una desviación estándar de 1. El número de controles prenatales que tienen las mujeres durante el transcurso de su gestación es el adecuado por lo que se clasifica satisfactorio, ya que siguiendo el lineamiento de las normas de atención en salud del MSPAS deben de tener 4 controles durante la gestación, según las semanas de embarazo. ²⁷

7. CONCLUSIONES

- 7.1. El programa de salud reproductiva más utilizado por las mujeres de la región central de Quiché es control prenatal, ya que 4 de cada 10 mujeres consultan por este programa.
- 7.2. De acuerdo a la información obtenida la media de edad para la muestra de la región central de Quiché es de 28 años.
- 7.3. De la muestra que utiliza los programas de salud reproductiva de la región central de Quiché, 6 de 10 mujeres es alfabeta, donde en su mayoría, 9 de 10 mujeres son etnia indígena.
- 7.4. La mitad de la muestra utiliza métodos de planificación familiar, siendo el método hormonal de inyección de tres meses el más utilizado por las mujeres en edad fértil, 7 de cada 10 mujeres utiliza este método.
- 7.5. La mayoría de mujeres asisten por control prenatal, siendo satisfactorio en 9 de 10 mujeres, según las normas de atención en salud.

8. RECOMENDACIONES

8.1. Al Área de salud de la región central de Quiché

- 8.1.1. Implementar estrategias para fomentar el uso de métodos de planificación familiar según las capacidades de acceso y entendimiento de la población.
- 8.1.2. Fomentar la asistencia para control prenatal y que sean atendidas de acuerdo a los lineamientos presentados en los protocolos y guías de atención en salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
- 8.1.3. Fomentar con actividades de promoción en salud la importancia del tamizaje cervicouterino y brindar seguimiento a las personas para que puedan obtener los resultados de dichas pruebas.

8.2. A los centros de atención permanente

- 8.2.1. Es necesario brindar plan educacional el cual se debe desarrollar en: consulta externa, centros de convergencia, establecimientos educativos del municipio, recalcando todos los temas relacionados a salud reproductiva.

8.3. A la Coordinadora de Trabajos de Graduación

- 8.3.1. Realizar propuestas de estudios poblacionales por región en el país sobre salud reproductiva en los aspectos sociodemográficos, clínicos y epidemiológicos.

9. APORTES

- 9.1. Estudio en el departamento de Quiché, que engloba más de un componente de salud reproductiva, el cual servirá de evidencia para identificar áreas que necesiten ser reforzadas en el programa de salud reproductiva y tomar acciones que ayuden a reforzarlo, con la finalidad de mejorar coberturas y brindar a la población de mujeres en edad fértil una mejor atención.
- 9.2. Creará una precedente para que la investigación pueda ser replicada en el resto de las regiones del departamento; para que posteriormente se pueda obtener un perfil sociodemográfico, epidemiológico y clínico de las mujeres en edad fértil a nivel departamental, lo que facilitará la toma de decisiones con lo relacionado al programa de salud reproductiva.
- 9.3. El estudio servirá de referencia para estudiantes que estén interesados en ampliar el tema de salud reproductiva en el departamento de Quiché.
- 9.4. Base de datos donde se digitó a cada una de las mujeres participantes en el estudio, para que pueda ser utilizada en investigaciones futuras y su contenido contribuya a ampliar el campo de la medicina en lo relacionado a la salud sexual y reproductiva de mujeres en edad fértil, quienes representan un grupo diana en los programas del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Compendio de Leyes para la acción salud reproductiva en Guatemala [en línea]. Guatemala: USAID; 2014 [citado 9 Mar 2019]. Disponible en: <http://www.alianmisar.org/userfiles/Compendio%20de%20leyes%20alta%20resolucion.pdf>
2. Organización Mundial de la Salud. Planificación familiar [en línea]. [actualizado 2019; citado 8 Mar 2019]. Temas de salud [aprox. 1 pant.]. Disponible en: https://www.who.int/topics/family_planning/es/
3. Galdos Silva S. La conferencia de El Cairo y la afirmación de los derechos sexuales y reproductivos, como la base para salud sexual y reproductiva. Rev Perú Med EXP Salud Pública [en línea]. 2013 [citado 10 Mar 2019]; 30 (3):455-60. Disponible en: <https://scielosp.org/pdf/rpmesp/2013.v30n3/455-460>
4. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Departamento de epidemiología y sistema de información de salud. Memoria anual del departamento de Quiché, año 2018. Área de salud de Quiché. Informe final. Guatemala: MSPAS; 2018.
5. Rodríguez F. Elementos del contexto que intervienen en el desarrollo de las políticas públicas de salud sexual y reproductiva elaboradas entre 2003 y el 2013. Rev Geren Polít Salud [en línea]. 2015 [citado 08 de Mar 2019]; 14(28): 10-29. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=zbh&AN=110263978&lang=es&site=ehost-live>
6. Salud y derechos sexuales y reproductivos: conceptos básicos. Intelligence Brief, EPF [en línea]. 2013 Jun [citado 13 Mar 2019]; 1-12. Disponible en: https://www.epfweb.org/sites/epfweb.org/files/epf_ib_1_srhr_basics_-_spanish_final.pdf
7. Gebreyesus H, Teweldemedhin M, Mamo A. Determinants of reproductive health services utilization among rural female adolescents in Asgede-Tsimbla district Northern Ethiopia: a community based cross-sectional study. Rev Med Reproductive Health [en línea]. 2019 [citado 10 Mar 2019]; 16:4. Disponible en: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12978-019-0664-2>.
8. Ivanova O, Cordova K , Segurac Z , Vegad B , Chandra V , Hindine M. Lessons learnt from the CERCA Project, a multicomponent intervention to promote adolescent sexual and reproductive health in three Latin America countries: a qualitative post-hoc evaluation. Eval

- Program Plann [en línea]. 2016 Oct [citado 10 Mar 2019]; 58 (1); 98-11. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0149718915300719#bibl0005>.
9. Obach, A. Salud sexual y reproductiva de hombres jóvenes en Chile: resultados de un estudio cualitativo. *Revista Panam Salud Pública* [en línea]. 2019 [citado 10 Mar 2019]; 49 (124) 1680-5348. Disponible en: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2018.v42/e124/es>.
 10. Rojas R, Castro F, Villalobos A, Allen-Leigh B, Romero M, Braverman-Bronstein A, et al. Educación sexual integral: cobertura, homogeneidad, integralidad y continuidad en escuelas de México. *Rev Med Salud pública* [en línea]. 2017 [citado 10 Mar 2019]; 59 (1): 19-27. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v59n1/0036-3634-spm-59-01-00019.pdf>.
 11. Herrera A, Martínez M. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre salud sexual y reproductiva en estudiantes del ciclo básico. [tesis Maestría en línea]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Estudios de Postgrado; 2015 [citado 10 Mar 2019]. Disponible en: <http://bibliomed.usac.edu.gt/tesis/pre/2015/032.pdf>.
 12. Alvarado G. Planificación familiar, una necesidad insatisfecha: estudio de la insatisfacción en los métodos de planificación de las mujeres que asistieron a la atención de su parto en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social [tesis de Maestría]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Estudios de Postgrado; 2017.
 13. García A. Caracterización epidemiológica de las adolescentes embarazadas. [tesis Maestría en línea]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Estudios de Postgrado; 2014 [citado 10 Mar 2019]. Disponible en: <http://bibliomed.usac.edu.gt/tesis/post/2014/079.pdf>
 14. Tiu Cotuc I, Gonzalez V, Santos M, Portillo S, Mazariegos S, Ruiz Velásquez P, et al. Consideraciones sobre factores que favorecen el uso de métodos de planificación familiar en población femenina en edad reproductiva. [tesis Médico y Cirujano en línea]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Estudios de Postgrado; 2006. [citado 10 Mar 2019]. Disponible en: <http://bibliomed.usac.edu.gt/tesis/pre/2006/052.pdf>
 15. Gascón M, Abad L, Nieto C, Moreno G. El abordaje de la salud sexual y reproductiva en mujeres inmigrantes desde un enfoque de género. *Cultura de los Cuidados* [en línea]. 2011 [citado 15 Mar 2019]; 15(30):45–51. Disponible en:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=zbh&AN=67093992&lang=es&site=ehost-live>

16. Pacheco J. Contribución de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología a la especialidad del país a sus 70 años de creación, valuada a través de las páginas de la Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. Rev Perú Ginecol Obstet [en línea]. 2017 [citado 14 Mar 2019]; 63(3): 333-345. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322017000300007&lng=es.
17. Noreña C, Leyva R, Palacio L, Duarte M. Inequidad en la utilización de servicios de salud reproductiva en Colombia en mujeres indígenas y afrodescendientes. Cad. Salud Pública [en línea]. 2015 [citado 15 Mar 2019]; 31(12): 2635-2648. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015001202635&lang=pt
18. Álvarez M, De La Cruz J, Teliz M, Blanco N, Santiago A, Hernández C. La salud sexual y reproductiva como reflejo de inequidad en mujeres indígenas de la Región de la Montaña de Guerrero, México. Salud Pública Méx [en línea]. 2017 Jul-Ago [citado 15 Mar 2019]; 59(4):496-498. doi:<http://dx.doi.org/10.21149/8357>
19. Olive DL, Palter SF. Fisiología reproductiva. En: Beck JS, editor. Ginecología de Novak. 14^a ed. España: Lippincott Williams & Wilkins; 2008: p.155-175.
20. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guía Nacional de Planificación Familiar [en línea]. Guatemala: MSPAS; 2014 [citado 15 Mar 2019]. Disponible en: <http://pushandpull.us.tempcloudsite.com/wp/redsegura/wp-content/recursos/Guia-nacional-de-Planificacion-familiar-Guatemala.pdf>
21. Berek JS. Ginecología de Novak. 15 ed. Barcelona, España: Wolters Kluwer; 2013.
22. Alfaro A, Fournier M. Virus del papiloma humano. Revista médica de Costa Rica y Centroamérica LXX [en línea]. 2013 [citado 15 Mar 2019]; (606): 211-217. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc132d.pdf>
23. American Cancer Society. La prueba de papanicolauo [en línea]. Washington, D.C.: ACS; 2016 [actualizado 20 Nov 2016; citado 8 Mar 2019]. Prevención y detección temprana del cáncer del cuello uterino [aprox. 4 pant.]. Disponible en:

<https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-cuello-uterino/prevencion-y-deteccion-temprana/prueba-de-papanicolaou.html>

24. El Salvador. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guía técnica inspección visual con ácido acético para tamizaje de lesiones preinvasivas del cérvix [en línea]. San Salvador: MSPAS, Dirección de Salud; 2008 [citado 15 Mar 2019]. Disponible en: http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/guia/Guia_inspeccion_acido_acetico_tamizaje_lesiones_cervix.pdf
25. Universidad Nacional Autónoma de México. Resumen y adaptación de la información de prevención y promoción de la salud en el embarazo e infancia contenida en la Normas Oficiales Mexicanas [en línea]. México: UNAM; 2016 [citado 8 Mar 2019]. Disponible en: http://paginas.facmed.unam.mx/deptos/sp/wp-content/uploads/2013/12/biblio_basica-2.1.3.pdf?fbclid=IwAR2MBFp9_QMc1nvsIPg1HUcNKVxXT4NHNwVAfrN_CesOLmWWMjaw_5up3qNg.
26. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL, et al. Williams Obstetricia. 24 ed. México: Mc Graw Hill; 2015.
27. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Normas de atención en salud integral para primero y segundo nivel. Guatemala: MSPAS; 2010.
28. Guarnizo M, Olmedillas H, Vicente G. Evidencia del aporte proporcionado desde el cuidado de enfermería a la salud materna. Rev Cubana Salud Pública [en línea]. 2018 [citado 16 Mar 2019]; 44(2): 381-397. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662018000200381&lng=es.
29. Martins A, Silva L. Epidemiological profile of maternal mortality. Rev. Bras. Enferm [en línea]. 2018 [citado 16 Mar 2019] ; 71 Suppl 1: 677-683. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000700677&lng=en.
30. Gutiérrez M, Velásquez E. Morbimortalidad materna: Publicaciones presentadas en la Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia en los 70 años de vida institucional de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología. Rev Perú Ginecol Obstet [en línea]. 2017 Jul [citado 16 Mar 2019]; 63(3): 413-427. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322017000300013&lng=es.

31. Santana MC, Esquivel M, Herrera VR, Castro BL, Machado MC, Cintra D. Atención a la salud maternoinfantil en Cuba: logros y desafíos. Rev Panam Salud Pública [en línea]. 2018 [citado 16 Mar 2019]; 42:e27. Doi: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.27>
32. Pisanty J. Inequidades en la mortalidad materna en México: un análisis de la desigualdad a escala subestatal. Salud pública Méx [en línea]. 2017 Dic [citado 16 Mar 2019]; 59(6): 639-649. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342017000600639&lng=es.
33. Chávez E. Estadísticas de mortalidad materna, Guatemala enero a diciembre 2014-2015 [en línea]. Guatemala: MSPAS; 2016 [citado 16 Mar 2019]; Disponible en: <http://epidemiologia.mspas.gob.gt/files/Publicaciones%202016/Salas%20Situacionales/INFORME%20MM2014-2015.pdf>
34. Yon C. Teorías de cambio y buenas prácticas en salud sexual y reproductiva de los adolescentes: una relectura. Apuntes 76 [en línea]. 2015 [Citado 08 de marzo 2019]; 42 (76): 9-36. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0252-18652015000100001&lng=es&tlng=es.
35. Restrepo O. Los "escotomas" del campo médico que limitan su papel en la salud sexual y reproductiva (SSR) de los adolescentes: ideas para superarlos. Iatreia [en línea]. 2014 [citado 08 Mar 2019]; 27(2): 177-188. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-07932014000200005&lng=en.
36. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL, et al. Williams Obstetricia. 24 ed. México: Mc Graw Hill; 2015.
37. Organización Mundial de la Salud. ¿Cómo define la OMS la salud? [en línea]. Ginebra: OMS; 2019 [actualizado 2019; citado 8 Mar 2019]. Preguntas más frecuentes [aprox. 2 pant.]. Disponible en: <https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions>
38. Organización Mundial de la Salud. Salud reproductiva [en línea]. Ginebra: OMS; 2019 [actualizado 2019; citado 8 Mar 2019]. Temas de salud [aprox. 1 pant.]. Disponible en: https://www.who.int/topics/reproductive_health/es/
39. ONU MUJERES. Guatemala, contexto [Blog en línea]. [citado 08 Mar 2019]. Disponible en: <http://lac.unwomen.org/es/donde-estamos/guatemala>.

40. Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud. Descriptores en Ciencias de la Salud [en línea]. Sao Paulo: BIREME/OPS/OMS; 2017 [citado 18 Sep 2018]. Disponible en: <http://decs.bvsalud.org/E/homepagee.htm>
41. Real academia de la Lengua Española. Diccionario de la Lengua Española [en línea]. Madrid: RAE; 2014 [citado 18 Mar 2019]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?w=diccionario>
42. Guatemala. Ministerio de Ambiente y Recursos Naturales. Informe ambiental del estado 2016 [en línea]. Guatemala: MARN; 2017 [citado 18 Mar 2019]. Disponible en: www.mspas.gob.gt/Estedocumentopuedereproducirselibrementeunicamentecitandolafuente



Atende
29/08/19



11. ANEXOS



UNIVERSIDAD SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
SALUD REPRODUCTIVA

“Caracterización de la salud reproductiva en las mujeres en edad fértil de la región central del área de salud de Quiché”

No. de Boleta Fecha de llenado

Instrucciones: Seleccione y complete la casilla con la información correspondiente.

❖ SECCION I, CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS

1. Programa de salud reproductiva por el que ha utilizado en los últimos 3 meses.

Planificación familiar	
Control Prenatal	
Tamizaje	

2. Edad _____ años

3. Estado civil

Soltera	
Unida	
Casada	
Divorciada	
Viuda	

4. Residencia

Santa Cruz del Quiché	
Santo Tomas Chiché	
San Pedro Jocopilas	
San Antonio Ilotenango	

5. Ocupación

Ama de Casa	
Domestica	
Comerciante	

OTRO Especifique _____

6. Alfabeta (Persona >15 años que sabe o no leer o escribir sin escolaridad) _____

7. Escolaridad _____ años aprobados

8. Etnia _____

❖ SECCION II, CARACTERISTICAS DE SALUD REPRODUCTIVA

9. Utilizó o utiliza métodos de Planificación familiar _____

OJO: Si la respuesta fue NO, pase a la pregunta 11

10. Método _____ anticonceptivo: _____

11. Tamizaje de Cáncer Cérvico Uterino

PAP	
IVAA	
Ninguno	

12. Resultado de Tamizaje

Normal	
Patológico	
No sabe	

13. Paridad

Gestas: _____
Partos: _____
Cesáreas: _____

Abortos: _____
Hijos vivos: _____
Hijos muertos: _____

❖ **SECCION III, EMBARAZO (LLENAR ESTA PARTE SOLO SI LA PACIENTE ESTA EMBARAZADA)**

14. Control prenatal

Número de control prenatal

1	
2	
3	
4	

15. Clasificación

Satisfactorio	
No Satisfactorio	

¡LISTO! LA ENTREVISTA HA FINALIZADO, AGRADEZCA A LA PARTICIPANTE

Responsable de llenado: _____



UNIVERSIDAD SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
SALUD REPRODUCTIVA



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Buenos días, nosotros somos estudiantes de séptimo año de la carrera de Médico y Cirujano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad San Carlos de Guatemala. Estamos investigando las características clínicas y sociodemográficas sobre salud reproductiva en las mujeres en edad fértil de la región central del área de salud de Quiché.

Durante los siguientes minutos le brindaremos más información acerca de nuestra investigación, la importancia de la salud reproductiva y la vamos a invitar a participar en nuestra investigación. Antes de decidir si desea o no participar puede hablar acerca de la investigación con quien se sienta cómoda. Si tiene dudas o preguntas acerca de la investigación, con gusto las resolveremos sin ningún inconveniente.

La salud reproductiva es un estado en el que las personas tienen bienestar físico, mental, personal y social en lo relacionado con su sexualidad, en cómo funciona el sistema reproductivo, en las acciones que los lleven a disfrutar de una vida sexual plena y sin riesgos, así como la libertad de tener hijos o no, y de decidir cuándo y con qué frecuencia, de una forma responsable, sabemos que al finalizar nuestra investigación obtendremos datos valiosos para lograr mejoras en el programa salud reproductiva de la región de Quiché y así usted pueda salir beneficiada al tener acceso a una mejor atención en salud.

Estamos invitando a participar en nuestra investigación a mujeres que tengan entre 15 y 49 años, que vivan en los municipios de la región central de Quiché (Santa Cruz del Quiché, Santo Tomas Chiché, San Pedro Jocopilas y San Antonio Ilostenango).

Entendemos que las preguntas podrían incomodarla o hacerle sentir vergüenza, por lo que usted debe saber que su participación en esta investigación es totalmente voluntaria, tiene la libertad de decidir participar o no sin que esto te afecte de ninguna manera la atención que usted pueda recibir en un futuro en los distintos servicios de salud del municipio y está en todo el derecho de retirarse de la investigación en cualquier momento si así lo desea.

El procedimiento para participar es sencillo, únicamente necesitamos que usted responda las preguntas que le realizara el investigador y si acepta participar se solicitara su firma o huella en el consentimiento informado, su participación será totalmente anónima.

Si en algún momento desea parar la entrevista, está en todo su derecho de hacerlo.

He sido invitada a participar en la investigación “Caracterización de la salud reproductiva en mujeres en edad fértil de la región central del área de salud de Quiché”. Entiendo que debo responder a las preguntas que se encuentran descritas en la boleta recolectora de datos. He leído o me han leído esta información y la entiendo. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y mis dudas han sido resueltas satisfactoriamente. Consiento voluntariamente participar en esta investigación.

Nombre del participante _____

Firma del participante _____

Fecha _____

Si es analfabeta

He sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento para la potencial participante y la persona ha tenido la oportunidad de hacer preguntas y sus dudas han sido resueltas. Confirmando que la persona ha dado consentimiento libremente.

Nombre del testigo _____

Huella dactilar y/o firma del participante

Firma del testigo _____

Fecha _____

He leído con exactitud o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para el potencial participante y la persona ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que la persona ha dado consentimiento libremente.

Nombre del investigador _____

Firma del investigador _____

Fecha _____

Código

Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de consentimiento informado _____ (Iniciales del investigador/subinvestigador)

Responsable de llenado: _____



UNIVERSIDAD SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
SALUD REPRODUCTIVA



ASENTIMIENTO INFORMADO

Buenos días, nosotros somos estudiantes de séptimo año de la carrera de Médico y Cirujano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad San Carlos de Guatemala. Estamos investigando las características clínicas y sociodemográficas sobre salud reproductiva en las mujeres en edad fértil de la región central del área de salud de Quiché.

Durante los siguientes minutos le brindaremos más información acerca de nuestra investigación, la importancia de la salud reproductiva y la vamos a invitar a participar en nuestra investigación. Antes de decidir si desea o no participar puede hablar acerca de la investigación con quien se sienta cómoda. Si tiene dudas o preguntas acerca de la investigación, con gusto las resolveremos sin ningún inconveniente.

La salud reproductiva es un estado en el que las personas tienen bienestar físico, mental, personal y social en lo relacionado con su sexualidad, en cómo funciona el sistema reproductivo, en las acciones que los lleven a disfrutar de una vida sexual plena y sin riesgos, así como la libertad de tener hijos o no, y de decidir cuándo y con qué frecuencia, de una forma responsable, sabemos que al finalizar nuestra investigación obtendremos datos valiosos para lograr mejoras en el programa salud reproductiva de la región de Quiché y así usted pueda salir beneficiada al tener acceso a una mejor atención en salud.

Estamos invitando a participar en nuestra investigación a mujeres que tengan entre 15 y 49 años, que vivan en los municipios de la región central de Quiché (Santa Cruz del Quiché, Santo Tomas Chiché, San Pedro Jocopilas y San Antonio Ilotenango).

Entendemos que las preguntas podrían incomodarla o hacerle sentir vergüenza, por lo que usted debe saber que su participación en esta investigación es totalmente voluntaria, tiene la libertad de decidir participar o no sin que esto te afecte de ninguna manera la atención que usted pueda recibir en un futuro en los distintos servicios de salud del municipio y está en todo el derecho de retirarse de la investigación en cualquier momento si así lo desea.

El procedimiento para participar es sencillo, únicamente necesitamos que usted responda las preguntas que le realizara el investigador y si acepta participar se solicitara su firma o huella en el consentimiento informado, su participación será totalmente anónima.

Si en algún momento desea parar la entrevista, está en todo su derecho de hacerlo.

He sido invitada a participar en la investigación “Caracterización de la salud reproductiva en mujeres en edad fértil de la región central del área de salud de Quiché”. Entiendo que debo responder a las preguntas que se encuentran descritas en la boleta recolectora de datos. He leído o me han leído esta información y la entiendo. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y mis dudas han sido resueltas satisfactoriamente. Consiento voluntariamente participar en esta investigación, y entiendo que si en algún momento decido retirarme de la entrevista el consentimiento informado de mi padre/madre queda anulado.

Nombre del participante _____

Firma y/o huella del participante _____

Fecha _____

Consentimiento informado del Padre y/o Madre

He leído o me han leído esta información y la entiendo. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y mis dudas han sido resueltas satisfactoriamente. Consiento voluntariamente que mi hija pueda participar en esta investigación.

Nombre del padre y/o madre _____

Firma del padre y/o madre _____

Huella dactilar del padre y/o madre

Fecha _____

He leído con exactitud o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para el potencial participante y la persona ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que la persona ha dado consentimiento libremente.

Nombre del investigador _____

Firma del investigador _____

Fecha _____ Código

Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de asentimiento informado _____ (Iniciales del investigador/subinvestigador)

Responsable de llenado: _____