

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



**“ATENCIÓN DEL PARTO Y ABORTO POR COMADRONA
EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS MENORES DE 14 AÑOS”**

Estudio descriptivo en cinco municipios del departamento
de Huehuetenango de casos atendidos durante 2013 a 2014.

Emmy Marisol Cristales López

Gabriel Carballo Cuyún

Mynor David Siguí Gil

Jackelinne Rocío Avila Marroquín

Katherine Julissa Hernández Moreira

Médico y Cirujano

Guatemala, septiembre de 2014

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

**“ATENCIÓN DEL PARTO Y ABORTO POR COMADRONA
EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS MENORES DE 14 AÑOS”**

Estudio descriptivo en cinco municipios del departamento
de Huehuetenango de casos atendidos durante 2013 a 2014.

Tesis

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

Emmy Marisol Cristales López

Gabriel Carballo Cuyún

Mynor David Siguí Gil

Jackelinne Rocío Avila Marroquín

Katherine Julissa Hernández Moreira

Médico y Cirujano

Guatemala, septiembre de 2014



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

Los estudiantes:

Emmy Marisol Cristales López	200518116
Gabriel Carballo Cuyún	200518613
Mynor David Siguí Gil	200611014
Jackelinne Rocío Avila Marroquín	200614577
Katherine Julissa Hernández Moreira	200710343

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

“ATENCIÓN DEL PARTO Y ABORTO POR COMADRONA EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS MENORES DE 14 AÑOS”

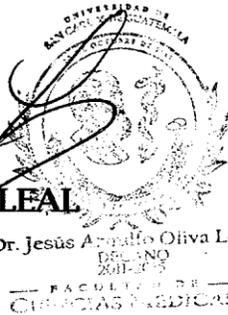
Estudio descriptivo realizado en cinco municipios del departamento de Huehuetenango en casos atendidos durante 2013 a 2014.

Trabajo tutorado por el Dr. Antonio Petzey Reanda y revisado por la Dra. Lucía Eleonora Terrón Gómez, quienes avalan y firman conformes. Por lo anterior, se emite, firma y sella la presente:

ORDEN DE IMPRESIÓN

En la Ciudad de Guatemala, a los cinco días de septiembre del dos mil catorce.

**DR. JESÚS ARNULFO OLIVA LEAL
DECANO**



Dr. Jesús Arnulfo Oliva Leal
DECANO
2013-2015
FACULTAD DE
CIENCIAS MÉDICAS



**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
COORDINACIÓN DE TRABAJOS DE GRADUACIÓN**

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

Emmy Marisol Cristales López	200518116
Gabriel Carballo Cuyún	200518613
Mynor David Siguí Gil	200611014
Jackelinne Rocío Avila Marroquín	200614577
Katherine Julissa Hernández Moreira	200710343

han presentado el trabajo de graduación titulado:

**“ATENCIÓN DEL PARTO Y ABORTO POR COMADRONA
EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS MENORES DE 14 AÑOS”**

Estudio descriptivo realizado en cinco municipios del departamento de Huehuetenango en casos atendidos durante 2013 a 2014.

El cual ha sido revisado y corregido por el Dr. Edgar de León Barillas, y al establecer que cumple con los requisitos exigidos por esta Unidad, se les autoriza a continuar con los trámites correspondientes para someterse al Examen General Público. Dado en la Ciudad de Guatemala el cinco de septiembre del dos mil catorce.

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

**Dr. Edgar de León Barillas
Coordinador**





Guatemala, 5 de septiembre del 2014

Doctor
Edgar Rodolfo de León Barillas
Unidad de Trabajos de Graduación
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala
Presente

Dr. de León Barillas:

Le informamos que los estudiantes abajo firmantes:

- Emmy Marisol Cristales López
Gabriel Carballo Cuyún
Mynor David Siguí Gil
Jackelinne Rocío Avila Marroquín
Katherine Julissa Hernández Moreira

Handwritten signatures of the five students listed on the left.

Presentaron el informe final del Trabajo de Graduación titulado:

“ATENCIÓN DEL PARTO Y ABORTO POR COMADRONA EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS MENORES DE 14 AÑOS”

Estudio descriptivo realizado en cinco municipios del departamento de Huehuetenango en casos atendidos durante 2013 a 2014.

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

Dr. Antonio Petzey Reanda
TUTOR

Firma y sello profesional

Dr. ANTONIO PETZEY R.
MEDICO Y CIRUJANO
Colegiado No. 6581
GINECOLOGO Y OBSTETRA

Dra. Lucia Eleonora Terron Gomez
REVISORA

Firma y sello profesional

DRA. LUCIA TERRON GOMEZ
MEDICO Y CIRUJANO
COLEGIADO No. 11,193

De la 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 llegara 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.

ACTO QUE DEDICO:

A DIOS: Por permitirme llegar a este momento que es uno de los más importantes de mi vida, por ser mi guía y mi fortaleza en los momentos que más te he necesitado, por demostrarme cada día y a lo largo de todo este recorrido que tu presencia siempre me acompaña.

A MIS PADRES: Mario Cristales y Rosa Linda López gracias por haberme apoyado desde el momento que decidí iniciar esta carrera, por creer en mí, por ser parte de este sueño que ahora es una realidad, por sus consejos, su amor y su apoyo incondicional, por ser mi mayor ejemplo de perseverancia. Porque sin ustedes esto no hubiera sido posible. Los Amo

A MIS HERMANAS: Linda, Vivi y Claudia, por ser mis confidentes, mis amigas, por sus consejos y el amor que me brindan, son un tesoro en mi vida. Especialmente a Linda, hermanita gracias por tu apoyo, tus consejos, por estar a mi lado a lo largo de esta carrera y por ser como una segunda madre para mí. Las Amo

A MIS ABUELOS: Papa Biel y Papito Tono (Q.E.P.D), Dos angelitos que ya no están a mi lado pero que desde el cielo comparten esta alegría conmigo. Gracias por su amor, cariño y sus sabios consejos, siempre los llevaré en mi corazón.

A MIS ABUELAS: Mamita Chave y Mamita Cande. Por sus enseñanzas, su motivación y sus sabios consejos, las quiero mucho.

A MIS TIOS: Gracias por su motivación y por sus consejos.

A MIS SOBRINOS: Alan, Madelein, Dayana, Linda, Andy, Alexandra y Ariana, personitas especiales que han iluminado mi vida, gracias por su cariño, confianza, su admiración y su obediencia. Que este logro sea para ustedes un ejemplo a seguir. Los quiero mucho.

A MI NOVIO: Samy Ramos, gracias por acompañarme a lo largo de mi carrera, por tu comprensión y apoyo, porque siempre has estado ahí para mí.

A MIS HOSPITALES ESCUELA. Por haberme formado como profesional porque todos los conocimientos que ahora tengo se forjaron en sus instalaciones especialmente Hospital Nacional Pedro de Betancourth y Hospital Roosevelt.

A MIS PACIENTES: Por ser libros abiertos que contribuyeron en mi formación, por su confianza y cariño, por cada "Dios la bendiga Doctora", que hicieron en los momentos más difíciles que el sacrificio valiera la pena.

A MIS AMIGOS: Por hacer de este recorrido el mejor de mi vida, por su apoyo, su cariño, su confianza, por los momentos compartidos, especialmente a Paty, July, Rocío, Isis, Suseth, Gladys, Mynor, Gabriel, Junior y Alejandra. Gracias por su amistad.

A MIS PADRINOS: Por ser fuente de inspiración, por su confianza su apoyo, los admiro y son un ejemplo a seguir.

A MIS COMPAÑEROS DE TESIS: July, Rocío, Mynor y Gabriel, lo logramos

Emmy Marisol Cristales López

Acto que dedico:

A DIOS: “El principio de toda sabiduría... es el temor de Dios” proverbios 1:7.

A aquel que supo estar ahí de la manera sutil y poco convencional que tan solo Él podría hacerlo, que no me dejó solo, aunque las cosas no debían suceder, que simplemente nada debía pasar, en cada sonrisa de un paciente agradecido, en cada abrazo de algún familiar dándome las gracias aunque este hubiese fallecido, que cada vez que en mis manos se debatía una vida dando maniobras de resucitación y una simple oración marco en algún momento el instante súbito entre la vida y la muerte de esa persona... en que aunque no parezca lógico e irracional y muchos podrían argumentar en contra de un “Dios bueno” en medio del dolor... supo estar ahí, por eso dedico a Él este primer paso en mi carrera, aún falta mucho, pero sin Él jamás podría haber estado en este lugar, en este momento de mi vida.

A mi mamá: Luego de Él, no me queda más que decir... Gracias “mamá”, quizás ha de ser muy difícil ser la madre de alguien como yo, pienso que debe requerir demasiada paciencia, inteligencia, sabiduría, supiste abrazarme cuando lo necesitaba, aunque estuviera de turno te desvelaste conmigo, aunque llegara tarde nunca faltó un plato de comida para ese hambre desesperante, no podría mencionar cada cosa que has hecho, no dejaste nunca que dejara de querer, aunque mi carácter fuese difícil has sabido darme los mejores consejos, solo te puedo decir Gracias, lo logre, te recordas que de niño quería ser doctor? El niño creció... y lo ¡logramos!.

A mi papá y mi hermano: los dos estuvieron cuando más los necesite, mi viejo, Gracias por soportar y apoyarme, por estar ahí de alguna manera pero gracias, Javier... ¡gracias mano!

Esto es un logro que podría decir muy bien, nadie supo lo que pase, nadie más fuera de nosotros cuatro lo sufrió, muchos vieron que vivimos dificultades, pero nadie podría decir que estuvo ahí con nosotros cuatro, nadie tuvo que aguantar y soportar, nadie más tuvo que estar ahí para comprar un libro, Gracias mi familia.

Melissa: en su momento, en su lugar, apareciste quizás en el momento indicado, me apoyaste tanto en mi eps, si no hubieras estado ahí no hubiera podido pasar esos meses lejos de mi casa, has sido mi mejor amiga desde entonces, aunque tu salud no fuera la ideal eso no impidió que estuvieras ahí conmigo, parte de este logro te pertenece, Gracias.

Mis catedráticos: cada maestro que me ha instruido, que tuvo paciencia para enseñarme, que ha tenido la vocación y entrega de ser eso: “un maestro”, gracias a cada uno tanto en la facultad como en el HGSJDD y El HNPB, pero a mis pacientes que han sido mis mejores libros, que en su momento su dolor aunque lo evite, podía sentirlo tanto y crearon en mí eso, compasión, amor hacia ellos, entrega y determinación al soy lo que soy porque en algún momento levante mis ojos al cielo y pedí talento y el don para sanar, porque a pesar de que he visto lo que es lucrar con la medicina, sigo amando los casos interesantes, sigo sintiendo ese deseo por ver a alguien salir feliz de un hospital junto a su familia al darle egreso, amo lo que significa ser MÉDICO gracias a cada persona que confió en mí, que creyó y aunque falta mucho. El primer paso está dado. Gracias.

Gabriel Carballo Cuyún

Acto que dedico:

A MIS PADRES, esas personas que nunca dejaron de brindarme su tiempo, energía, recursos económicos ni me dejaron a la deriva; quiero decir, esas personas tan importantes para mí que no dudaron en brindarme su amor incondicional.

A MIS HERMANOS Y FAMILIARES por ser conmigo.

A TODOS LOS AMIGOS con quienes sufrí, disfruté y conquisté todos los retos.

Al Dr. Petzey y Dra. Terrón por haber brindado su tiempo, apoyo y dedicación en la realización de este trabajo de graduación.

ACTO QUE DEDICO A:

Dios, quien ha sido mi guía en este largo camino, por brindarme sabiduría y quien me ha llevado siempre de su mano y poder levantarme cuando he caído.

Mi Padre: Raúl Avila quien gracias a su arduo trabajo día con día me pudiste brindar tu apoyo económico, y gracias a tu ejemplo de padre me has enseñado a no rendirme ante los problemas de la vida y seguir siempre adelante.

Mi Madre: María Luisa Marroquín gracias por tu amor mami, tu apoyo moral, y a tus sabios consejos, cuando he necesitado de una amiga incondicional has estado siempre conmigo. Gracias papitos por haber sido los primeros en haber creído en mí.

Mis hermanas: gracias a ustedes he sabido a luchar por alcanzar mis metas, por sus consejos y por los ánimos que siempre me han dado.

Mi esposo: Angel Morales gracias a tu esfuerzo que me has brindado para poder culminar una de mis primeras metas, por tu apoyo, por tu paciencia. Y por estar presente siempre dándome fuerzas cuando más lo he necesitado. Gracias por creer en mí.

Mi hija: Angie quien llegaste a mi vida para darme luz, alegría, me has enseñado el valor de la vida, te has convertido en esa fuerza para seguir luchando y así poder alcanzar mis siguientes metas, que este logro se ha un ejemplo a seguir. Te amo princesa.

Mis amigos: en especial a Emmy, Ailin, Sindy, Paty, Eduardo quien a lo largo de la carrera hemos compartido momentos de tristeza, de felicidad e incluso de desvelos tanto estudiando como en los turnos, gracias a ustedes por compartir cada momento conmigo.

Mis escuelas de Aprendizaje; empezare agradeciendo a mi universidad San Carlos, quien me empezó a dar los primeros conocimientos de medicina, por enseñar en mí la empatía hacia mis pacientes, a los Hospitales Roosevelt y San Juan de Dios gracias por permitirme recorrer sus pasillos y ser parte de los médicos que allí laboran, por brindarme la oportunidad de poder aprender con cada patología de mis pacientes, gracias a ustedes soy el médico que el día de hoy está realizando uno de sus primeros sueños.

Jackelinne Rocío Avila Marroquín

Doy gracias y dedico este éxito alcanzado a:

DIOS y LA VIRGENCITA DE GUADALUPE: quienes han sido mi guía, mi fortaleza, mi consuelo, a quienes desde el primer día en sus manos coloqué esta carrera y quienes me han permitido ser un instrumento de su paz, de su amor, pero sobre todo de su sabiduría.

MIS PADRES: a ti papito Julio que aunque no estás aquí conmigo en vida, se que me acompañaste en todo momento y hasta el cielo elevo un “gracias” y el éxito de este día, te amo. A ti madre, Lucky, gracias de corazón porque has tenido la fortaleza de ser padre y madre para nosotros, cada día recuerdo tus palabras: “el estudio y conocimiento es la única herencia que puedo dejarles y nadie podrá quitárselos”. Gracias mamita porque en el camino de la vida siempre has ido adelante, al lado y detrás de mí y siempre que he caído me has ayudado a levantarme y hoy este éxito más que mío es tuyo, te amo.

MI HERMANO: Walter, gran ejemplo para mí, gracias porque has sido pilar fundamental para llegar hasta aquí, gracias por tu apoyo, tus consejos, tus regañones que el día de hoy los comprendo y que gracias a ellos estoy cosechando lo que un día me enseñaste a plantar.

MI ABUELO, René, gracias papa porque desde el primer año me expresó su orgullo de tener una nieta doctora, tristemente ya no está entre nosotros pero se que desde arriba está sonriendo y celebrando este día.

MIS TÍOS, gracias por su apoyo, por creer en mí y ayudarme a salir adelante, especialmente a ti tío Mayro. Gracias tíos, por ese ejemplo de lucha, por esas palabras tan sabias cuando empecé este camino, por ayudarme a ver más allá de mis ojos.

MIS PADRINOS DE GRADUACIÓN, que más que eso son mis amigos y quienes en varios momentos de mi vida y mi carrera me han apoyado incondicionalmente.

MIS AMIGOS(AS), tanto de la facultad como fuera de ella, gracias por aquellos ánimos que en más de una ocasión me manifestaron y que me ayudaron a seguir adelante, gracias porque no dejaron que tirara la toalla, sino tomaron mi mano y llegamos juntos a la cima, especialmente Emmy, Rocío, Gabriel, Mynor, Juan Pablo.

MI CASA DE ESTUDIOS, la tricentenaria Universidad de San Carlos de Guatemala, alma mater, grande entre las del mundo, quien me dio la oportunidad de ocupar un espacio en sus aulas y extraer un poco de su esencia.

MIS CATEDRÁTICOS, personas respetables y honorables, quienes me regalaron perlas para mi largo camino profesional.

MIS PACIENTES, “mis libros vivientes” porque gracias y a través de ellos conocí el verdadero y maravilloso mundo de la medicina, gracias porque cada uno ha dejado una huella en mí y me han ayudado a ser una mejor profesional y mejor persona.

Katherine Julissa Hernández Moreira

RESUMEN

OBJETIVO: Caracterizar clínica y epidemiológicamente a las pacientes menores de 14 años así como la atención del parto y aborto por comadrona en los municipios de Malacatancito, Aguacatán, Chiantla, Santa Eulalia y Santa Cruz Barillas del departamento de Huehuetenango. **POBLACIÓN Y MÉTODOS:** Estudio descriptivo en el cual se tomaron 76 registros de atención del parto y aborto en adolescentes menores de 14 años por comadrona, durante el período de 2013 a 2014. **RESULTADOS:** El 67.11% tenía 14 años de edad al momento de ser atendidas por comadrona, el 85.53% perteneció a la etnia Maya, el 68.42% presentó como estado civil unida, el 50% era de religión católica y el 77.63% tenía como ocupación ser ama de casa, el 4% atendida por parto presentó embarazo previo y ninguna más de uno. El 100% de los embarazos atendidos fue eutócico simple, el 90.14% de las comadronas utilizó medicamentos coadyuvantes, en el 92% de los casos atendidos hubo personal asistente, el instrumental se encontró en adecuada condición para su uso en el 100% de los casos, se encontró complicaciones por preeclampsia en dos casos (3%), que posteriormente fueron referidos al tercer nivel de atención. Características aborto: el 100% fue espontáneo, el tratamiento fue expectante en todos los casos, el 80% de los casos usó medicamentos clasificados como “otros” y la totalidad de las pacientes se refirió “por aborto” al tercer nivel de atención. **CONCLUSIONES:** La mayoría de pacientes se caracterizó por tener catorce años, ser de etnia maya, presentar estado civil unida, tener como ocupación ama de casa, de religión católica, iniciar vida sexual a los trece años y resolver el embarazo por parto eutócico simple. Dentro de las características de atención del parto un alto porcentaje de comadronas utilizó medicina alternativa y optó por personal asistente.

PALABRAS CLAVE: parto, aborto, adolescentes, Huehuetenango, comadrona.

ÍNDICE

1.	INTRODUCCIÓN	1
2.	OBJETIVOS	3
2.1	Objetivo general	3
2.2	Objetivo específico	3
3.	MARCO TEÓRICO	5
3.1	Contextualización del área de estudio	5
3.1.1	Características generales del país	5
3.1.2	Características generales del departamento de Huehuetenango	7
3.1.3	Características generales de los municipios de Huehuetenango a estudio	8
3.1.3.1	Santa Eulalia	8
3.1.3.2	Santa Cruz Barillas	9
3.1.3.3	Chiantla	10
3.1.3.4	Malacatancito	10
3.1.3.5	Aguacatán	11
3.2	Adolescencia	13
3.2.1	Adolescencia temprana (10 a 13 años)	14
3.2.2	Adolescencia media (14 a 16 años)	15
3.2.3	Adolescencia tardía (17 a 19 años)	15
3.3	Embarazo en la adolescencia	15
3.3.1	Factores de riesgo asociados a embarazo en adolescentes	18
3.3.1.1	Biológicos	18
3.3.1.2	Psicosociales	18
3.3.1.3	Culturales	18
3.3.1.4	Psicológicos	19
3.3.1.5	Sociales	19
3.4	Complicaciones de la madre	19
3.4.1	Primer trimestre	19
3.4.2	Segundo trimestre	20
3.4.3	En el trabajo de parto	20
3.5	Aspectos legales del embarazo en adolescentes	20
3.6	Atención del parto	21
3.6.1	Trabajo de parto	21
3.6.1.1	Parto	21
3.6.1.2	Parto a término	21
3.6.1.3	Parto pretérmino o parto prematuro	22
3.6.1.4	Parto inmaduro	22
3.6.1.5	Aborto	22
3.6.1.6	Nacido muerto o mortinato	22
3.6.1.7	Nacido vivo	22
3.6.1.8	Parto postérmino o pos maduro	22
3.6.1.9	Parto de comienzo espontáneo	22
3.6.1.10	Parto inducido o provocado	23
3.6.1.11	Parto normal o eutócico	23
3.6.1.12	Parto distócico	23
3.6.1.13	Parto de terminación espontánea o natural	23
3.6.1.14	Parto de terminación artificial	23
3.6.1.15	Parto médico, dirigido o corregido	23
3.7	Aborto en adolescentes	24
3.7.1	Aborto espontáneo	25
3.7.2	Aspectos legales del aborto	25

3.4.3	Aborto inducido	26
3.8	Embarazo no planeado como causa de aborto	28
3.9	Métodos de aborto usados en Guatemala	28
3.10	Red de servicios del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social	29
3.10.1	Cobertura y sesgo	31
3.10.2	Atención prenatal por trimestre	31
3.10.3	Atención del control prenatal	32
3.10.4	Atención del tipo de parto	32
3.10.5	Personal de atención en la red hospitalaria	32
3.10.5.1	Médicos	32
3.10.5.2	Comadrona	33
3.11	Historia de las comadronas en Guatemala	34
4.	POBLACIÓN Y MÉTODOS	37
4.1	Tipo y diseño de la investigación	37
4.2	Unidad de análisis	37
4.3	Población y muestra	37
4.3.1	Población o universo	37
4.3.2	Marco muestral	37
4.3.3	Tamaño de la muestra	37
4.3.4	Métodos y técnicas de muestreo	37
4.4	Selección de los sujetos a estudio	37
4.4.1	Criterios de inclusión	37
4.4.2	Criterios de exclusión	38
4.5	Medición de variables	39
4.6	Técnicas	46
4.6.1	Técnicas, procesos e instrumentos a utilizar en la recolección de datos	46
4.6.1.1	Técnica de recolección de datos	46
4.6.1.2	Proceso de recolección de datos	46
4.6.2	Instrumento de medición	46
4.7	Procesamiento de datos	47
4.7.1	Procesamiento	47
4.7.2	Análisis de datos	47
4.8	Hipótesis	47
4.8.1	Hipótesis de investigación	47
4.8.2	Hipótesis Nula	47
4.8.3	Hipótesis Alterna	47
4.9	Límites de la investigación	47
4.9.1	Obstáculos	47
4.9.2	Alcances	48
4.10	Aspectos éticos de la investigación	49
4.10.1	Principios éticos	49
4.10.2	Categoría y riesgo	49
5.	RESULTADOS	51
6.	DISCUSIÓN	55
7.	CONCLUSIONES	57
8.	RECOMENDACIONES	59
9.	APORTES	61
10.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63
11.	ANEXOS	69

1. INTRODUCCIÓN

En América Latina existen diversos problemas de salud pública que llegan a ser de impacto mundial. Actualmente uno de ellos lo constituye el embarazo en adolescentes, según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) América Latina y El Caribe registran la segunda tasa más alta de embarazos en adolescentes en el mundo.(1) Guatemala es el país latinoamericano que presenta la tasa más alta de fecundidad en adolescentes.(2)

Estudios realizados en los últimos años revelan que respecto a las niñas y adolescentes de 10 a 14 años, sólo en el 2011 se reportaron 1,076 embarazos en este grupo etario, mientras que para el 2012 la cifra alcanzó los 3,646 embarazos. De enero a junio de 2013, los casos sumaron 2,906, habiéndose superado en el primer semestre de ese año más del doble de lo que se reportó en el 2011. (1) Asimismo, se observó en las estadísticas proporcionadas por el Sistema de Información Gerencial de Salud (SIGSA), que en 2010 los embarazos en edades de 10-19 años representaron el 51.9% del total de partos atendidos por comadronas.

Aunado a la información expuesta, existe un porcentaje alto de mortalidad materna en adolescentes, principalmente en partos y abortos atendidos por comadronas en el área rural, durante el año 2010, en Guatemala se reportaron cuatro muertes maternas en menores de 14 años y 52 muertes de 15 a 19 años. El departamento de Huehuetenango presentó el mayor número de casos de muertes maternas en adolescentes, siendo éste uno de los departamentos más afectados. La causa más importante de muerte materna se relacionó con el Síndrome de Hellp a consecuencia de un trastorno hipertensivo, seguido por la hemorragia postparto, consecuencia de complicaciones durante el embarazo, atención del parto o aborto. Estas muertes se relacionan con la falta de acceso a la atención institucional del parto y aborto por personal profesional.

El área preferida por las mujeres indígenas para dar a luz es en el hogar y siendo atendidas por comadrona debido a que ellas indican sentirse más cómodas, confían en las habilidades de la comadrona y conlleva ventajas económicas.(3)

Atendiendo a la situación de riesgo que se plantea en el departamento de Huehuetenango surgieron las siguientes preguntas: ¿Cuáles son los antecedentes ginecoobstétricos de las pacientes?, ¿Cuáles son las características epidemiológicas de las pacientes?, ¿Cuáles son las características de la atención del parto y aborto por parte de las comadronas?, ¿Existen complicaciones maternas en el transcurso de la atención del parto/aborto o posterior a ellos?, ¿Son referidas las pacientes a algún nivel de atención de salud? ¿Cuál es el contenido de los registros que llevan las comadronas de las pacientes menores de 14 años que fueron atendidas por parto o aborto?, ¿Cuántas pacientes que son atendidas por las comadronas acuden a control posnatal?

En razón a lo anterior se realizó un estudio descriptivo en el cual se realizó entrevistas a las comadronas y se revisó cuadernos de registro de casos atendidos de adolescentes menores o igual a 14 durante 2013 a 2014, en los municipios: Malacatancito, Aguacatán, Chiantla, Santa Eulalia y Santa Cruz Barillas del departamento de Huehuetenango.

Se encontró que la edad más vulnerable a los partos y abortos es de 11 a 14 años, la mayoría es analfabeta, el 75% son amas de casa y el 5.5% ya han tenido embarazos previos, lo que significa que éstas pacientes son susceptibles a embarazos a temprana edad, también se constató el uso de medicina alternativa por parte de las comadronas en la atención del parto/aborto entre los que se encontró el agua de clavo (4.62%), y 95.38% para otro tipo de medicamento como: el té de manzanilla, té de apazote, té de hierbabuena, jugo v8, café, sanguinaria, entre otros.

En la mayoría de los resultados se encontró que existen deficiencias en la atención del parto o aborto que potencialmente ponen en riesgo tanto a pacientes como al feto durante una situación de mala práctica, por tanto es necesario implementar acciones correctivas por parte de las unidades de salud.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo General:

Caracterizar clínica y epidemiológicamente a la paciente menor o igual a 14 años atendida comunitariamente por comadrona, en los cinco municipios del departamento de Huehuetenango, República de Guatemala.

2.2 Objetivos Específicos:

2.2.1 Describir:

- Los antecedentes gineco-obstétricos de las pacientes menores de 14 años (número de embarazos previos, número de abortos, número de hijos vivos, número de hijos muertos, número de cesáreas, asistencia a control prenatal, personal quien realizó el control prenatal de la paciente).
- Las características de la atención del parto por comadrona (técnicas y drogas utilizadas, tipo de parto, personas que toman parte de la atención, instrumentos, referencia y motivo a nivel superior de atención, lugar de referencia).
- Las características de la atención del aborto por comadrona (tipo de aborto, drogas utilizadas, utilización de instrumentos, complicaciones, personas que toman parte de la atención, referencia y motivo a nivel superior de salud, lugar de referencia).

2.2.2 Identificar:

- Las complicaciones maternas más frecuentes durante el trabajo de parto y post parto en pacientes atendidas por comadronas.
- Las complicaciones maternas más frecuentes durante la atención del aborto y posterior a él.
- Las características clínicas y epidemiológicas de las adolescentes menores de 14 años atendidas por comadrona (edad de la paciente, lugar de residencia, etnia, resolución del embarazo, religión, ocupación, estado civil, edad de inicio de vida sexual).

2.2.3 Estimar:

- El porcentaje de pacientes que reciben control puerperal en parto o aborto.
- El porcentaje de pacientes referidas para la atención de la embarazada adolescente a nivel institucional.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 Contextualización del área de estudio

3.1.1 Características generales del país

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

La extensión territorial es de 108,889 kilómetros cuadrados, aproximadamente. El país está dividido en 8 regiones, 22 departamentos y 338 municipios. La sociedad guatemalteca es notablemente rural. Para 1994 el 35% de la población residía en centros urbanos, mientras en el 2002 esta cifra aumentó al 46% de la población total, aunque a medida que el país se va desarrollando el porcentaje de población urbana va creciendo.(4).

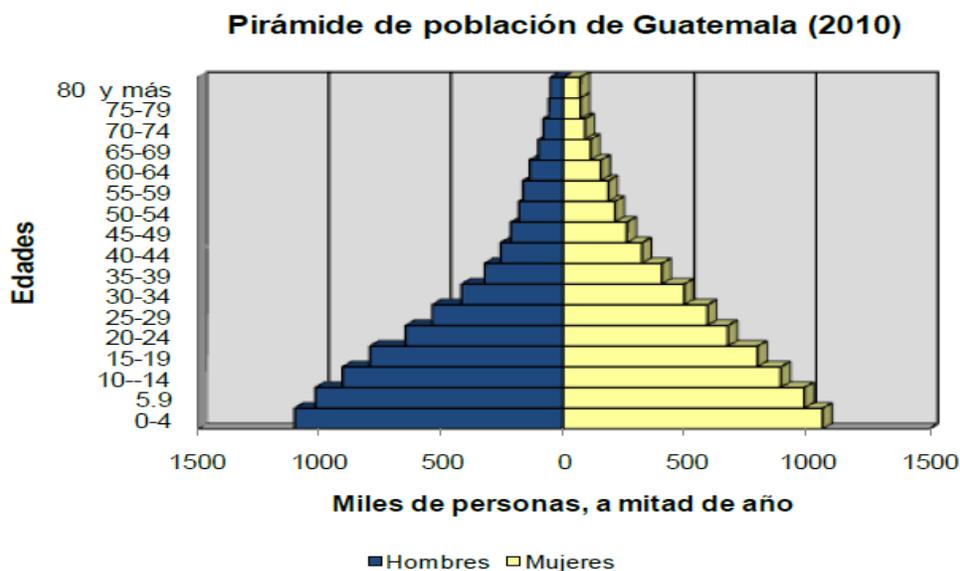
En 1980 la población del país era de 7013,435 habitantes, con una tasa de masculinidad de 50.5%; 45.3% eran menores de 15 años, 40.1% tenían entre 15 y 44 años, 10.8% entre 45 y 64 años, y 2.9% 65 años y más. En 2002, contaba con 11.237.196 habitantes, de los cuales 2.541.581 (22.6%) residían en la ciudad capital. La población llegó a 12.700.611 habitantes en 2005, con una densidad media de 103 habitantes por kilómetro cuadrado y extremos departamentales que oscilan entre un máximo de 1.196 habitantes por kilómetro cuadrado en la ciudad capital y un mínimo de 10 habitantes por kilómetro cuadrado en el departamento de Petén. (4)

Según las proyecciones de población del Instituto Nacional de Estadística (INE), para el 2010 la población de Guatemala sería de 14, 361,666, aunque para el año 2011 alcanzó los 14.7 millones de habitantes, con una densidad poblacional de 135 habitantes por kilómetro cuadrado.(5)

La pirámide poblacional muestra que la mayoría de los habitantes son jóvenes, pues tiene una base muy ancha, y los grupos etarios se reducen según aumenta la edad. Guatemala es un país con alto porcentaje (25%) de población joven en

su mayoría entre las edades de 14-21 años. Esta distribución es comprensible si se tiene en cuenta que Guatemala tiene el mayor crecimiento poblacional de Centroamérica, con una tasa de 2.4%, de ahí que la edad promedio de los guatemaltecos sea de apenas 20 años, la más baja de toda Centroamérica. Las proyecciones indican que Guatemala tendría 16.2 millones en 2015, 20.0 millones en 2025 y 25.2 millones en 2040.(5)

Figura 1(5)



Fuente: CEPAL

La distribución de la población por área de residencia muestra que el 42.8% habita en el área rural, mientras el 57.2% lo hace en áreas urbanas. El 68.3% de la población maya y 44.3% del grupo no indígena residen en la zona rural. La mayor proporción de la población se encuentra en la región Metropolitana; tres regiones también representan un alto porcentaje, las regiones Norte, Sur-Occidente y Nor-Occidente. Guatemala es el país de Centroamérica con el mayor porcentaje de población indígena; se estima que la distribución es la siguiente según etnia: 59.4% ladinos, 40.3% mayas, 0.2% garífunas y xincas, 0.1% otros. La relación de dependencia es la más elevada de Centroamérica y alcanza el 85%, pero no por contar con un porcentaje elevado de personas mayores de 65 años, que solo llegan al 4.4%, sino que por la fuerte presencia de niños y adolescentes menores de 14 años, 41.5%. (5)

La tasa de analfabetismo global de la población mayor de 15 años, fue de 39.9 %. Este indicador presenta diferencias entre hombres y mujeres: 21.9% y 34.36%, respectivamente. El análisis según género y grupo étnico revela que los hombres no indígenas presentaron las mejores tasas de escolaridad en 2002 (8.2 años en promedio), mientras que las tasas más bajas (4.4 años en promedio) correspondieron a las mujeres indígenas. (4)

3.1.2 Características Generales del Departamento de Huehuetenango

Huehuetenango es un departamento de la República de Guatemala, situado en la región noroccidental del país. Tiene una extensión territorial de 7,403 kilómetros cuadrados. Cuenta con 32 municipios y su cabecera departamental es el municipio de Huehuetenango. (6)

Huehuetenango limita al norte con México, al este con el departamento de Quiché, al sur con los departamentos de Totonicapán y San Marcos y al oeste con México. Sus principales idiomas son el castellano, mam, q'anjob'abal, popti'jakalteko, chuj, awakateco y tektiteko. Su temperatura habitual es de templado a frío y su fiesta titular es el 16 de julio, en honor a la Virgen del Carmen. Su fundación fue el 8 de mayo de 1866.(6)

Huehuetenango tiene una población de 986,224 personas, de los cuales un 71.3% vive bajo la línea de pobreza -703,293 personas- y un 22% es considerado dentro de la categoría de pobreza extrema -217,289 personas- (Instituto Nacional de Estadística, 2006).

Su territorio lo cubre en su mayor parte la Sierra de los Cuchumatanes, con cimas que sobrepasan los 3,000 metros sobre el nivel del mar como el lugar llamado Tojquiac, pero también hay tierras bajas que se encuentran a unos 300 metros.

El nombre de Huehuetenango fue tomado de la cabecera departamental, la cual en la época prehispánica se conocía como Chinabajul, que significa entre barrancos. Durante la conquista, los indígenas que acompañaban a los españoles le cambiaron el nombre y lo llamaron Ueuetenango, que algunos autores lo interpretan como lugar de los viejos.(6) Durante toda la colonia, Huehuetenango formó parte de la Alcaldía Mayor junto a Totonicapán. Luego

de cambios políticos administrativos, en 1877 queda definido como departamento independiente.

Por su variedad de clima, su producción agrícola es muy variada. En la tierra caliente se encuentra café, caña de azúcar, tabaco, chile, yuca, achiote y gran variedad de frutas. En cambio en la tierra fría se cultiva trigo, papa, cebada, alfalfa, frijol, algunas verduras y frutas propicias del clima. El maíz se produce en todo el departamento. En cuanto al aspecto pecuario, hay grandes rebaños de ovejas, en cambio, el ganado vacuno y caballar se ha reducido a pequeñas haciendas. También se explotan algunas minas de plomo, plata, zinc y cobre. Artesanalmente, el departamento es uno de los más importantes tanto por su variedad como por la calidad de sus artesanías populares.(6)

3.1.3 Características generales de los municipios de Huehuetenango a estudio

3.1.3.1 Santa Eulalia

Es un municipio del departamento de Huehuetenango, fue fundado por los españoles en consecuencia de los frailes de Santo Domingo en el año 1550 como aldea del Curato de Soloma, del distrito de Totonicapán llamada "Paiconop". (7)

El municipio de Santa Eulalia tiene una extensión territorial de 292 kilómetros cuadrados y una altura de 2,600 metros sobre el nivel del mar; cuenta con nueve aldeas, 62 caseríos, cuatro fincas y 27 cantones. Cuenta con una población aproximada de 43,710 habitantes según el Censo de Población del año 2010 con una densidad de 163 personas por kilómetro cuadrado. El 99% es indígena y el 1% es ladina. (7)

Se encuentra a una distancia de 87 kilómetros de la cabecera departamental Huehuetenango y a 355 kilómetros de la ciudad capital, situado en la sierra de los Cuchumatanes. Su fiesta titular se celebra el 12 de febrero en honor a Santa Eulalia de Barcelona. (6)

Dentro de las causas de mortalidad materna están el aborto incompleto, retención de la placenta, otras hemorragias posparto inmediatas, sepsis puerperal y embolia de líquido amniótico. Las primeras tres causas de mortalidad materna abarcan el 42% de los

casos, (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social - MSPAS, 2009).

3.1.3.2 Santa Cruz Barillas

Es un municipio al noreste del departamento de Huehuetenango, fue fundada en el año 1888, según Decreto del General Manuel Lisandro Barillas Bercián, entonces presidente de la República. (6)

El municipio de Barrillas tiene una extensión territorial total de 1,112 kilómetros cuadrados, predomina un clima templado. Se encuentra a 153 kilómetros de la cabecera departamental y a 415 kilómetros de la ciudad capital. Actualmente el municipio tiene más de 250 centros poblados, incluidas aldeas, caseríos, cantones y la cabecera Municipal. Sus idiomas predominantes son el español y el q'anjob'al. (6)

Las principales actividades económicas son las agrícolas. Las cosechas más importantes son maíz, frijol, café, cardamomo, hortalizas, frutales y otros cultivos. La Fiesta Patronal del municipio de Barillas, se celebra del uno al tres de mayo, siendo este último el día de la Santa Cruz. (8)

Respecto a la salud de este municipio el área urbana concentra mayor atención y cobertura de la salud para sus habitantes, sin embargo, el área rural cuenta con muy poca cobertura, teniendo un médico para 63,000 habitantes; de esta manera las muertes en este sector son considerables. Dentro de las causas de mortalidad general están: gastroenterocolitis, neumonías y bronconeumonías, senilidad, paro cardíaco y accidentes cerebro vasculares (Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia, SEGEPLAN, 2010).

En el área rural no existe cobertura suficiente en infraestructura, recurso humano y capacidad instalada para atender a la población, especialmente del área norte, siendo la atención materna e infantil y los ancianos los más vulnerables. Por lo anterior las principales causas de mortalidad materna en este municipio son: hemorragias post partos

inmediatas, sepsis puerperal, eclampsia en el período no especificado, embolias obstétricas e hipertensión inducida por el embarazo (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social - MSPAS, 2010).

3.1.3.3 Chiantla

El municipio de Chiantla tiene una extensión territorial de 493 kilómetros cuadrados. Cuenta con varios centros poblados, entre los más importantes están sus cinco cantones: Parroquia, San Jerónimo, Cementerio, Calvario y La Lagunita. Cuenta además con 33 aldeas, 22 caseríos y 21 parajes. Posee una población aproximada de 104,852 habitantes según el Censo de Población del año 2010 con una densidad de 195 personas por kilómetro cuadrado. (9)

Se encuentra a una distancia de 7 kilómetros de la cabecera departamental Huehuetenango y a 270 kilómetros de la ciudad capital Guatemala. Sus idiomas predominantes son el español y el mam. Su fiesta titular se celebra el dos de enero en honor a la Virgen de Candelaria.(6)

En este municipio los servicios de salud son prestados por un Centro de salud localizado en la cabecera municipal, siete puestos de salud, localizados en las comunidades, tres puestos municipales y 16 centros de convergencia.(9)

3.1.3.4 Malacatancito

Se encuentra en la región nor-occidente. Malacatán: del náhuatl *malacatán* que significa "Huso para hilar" y *tlanque* significa "lugar", que quieren decir «Lugar junto a los malacates». El municipio fue fundado por los españoles en la época colonial con el nombre de *Malacatán*. El nombre fue diminutizado por los españoles agregándole el término *cito* al final, llamándose *Malacatancito*.

Tiene una extensión territorial de 268 kilómetros cuadrados. El municipio tiene una población aproximada de 20,144 habitantes según el Censo de Población del año 2010 con una densidad de 75 personas

por kilómetro cuadrado. Existe una población superior de gente de raza ladina con un porcentaje del 67.73% de la población total y el 32.27% es de gente indígena, mayoritariamente quiché. (10

Se encuentra a una distancia de 18 kilómetros de la cabecera departamental Huehuetenango y a 248 kilómetros de la ciudad capital Guatemala. Sus idiomas predominantes son el español y el quiché. Su feria titular se celebra el 26 de julio en honor a Santa Ana.(6)

Los servicios de salud son prestados por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social -MSPAS-, mediante un Puesto de Salud Fortalecido en la cabecera Municipal y un Puesto de Salud en la aldea Pueblo Viejo; además existe el apoyo de la Prestadora de Servicios de Salud Eb'yajaw (Secretaría de Programación y Planificación de la Presidencia- SEGEPLAN, 2010).

El municipio cuenta con 42 comadronas, quienes viven en diferentes comunidades logrando cobertura en todo el municipio. Este recurso humano fue el responsable de la atención del 85% de los partos durante el 2008 (329 de 389 nacimientos) y el 75% durante el 2009 (357 de 476 nacimientos). (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social- MSPAS, 2009).

En relación a la tasa de mortalidad materna durante el 2009 no se registró ninguna. Las principales causas de morbilidad materna son: infección no especificada de las vías urinarias en el embarazo (73%), enfermedades infecciosas y parasitarias que complican el embarazo (18%), y aborto no especificada (9%). (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social- MSPAS, 2009).

3.1.3.5 Aguacatán

Ubicado en la región noroccidente. “Aguacatán” significa “lugar de abundantes aguacates”. Municipio fundado en 1553 por los dominicos.

Está ubicado en la Sierra de los Cuchumatanes y tiene una extensión de 300 kilómetros cuadrados. La población en 2010 fué de 51.000 habitantes, teniendo así una densidad de 172 habitantes por kilómetro cuadrado.(11) La mayoría de la población que convive en el municipio es indígena, incluyendo aguacatecos, chalchitecos, quichés, mames y kanjobales. Del total de la población, únicamente el 12% vive en el área urbana y en el área rural el 88%.

Se encuentra ubicado a 27 kilómetros de la cabecera departamental y a 291 kilómetros de la ciudad capital, tiene una altitud de 1670 metros sobre el nivel del mar, por lo que su clima es templado. Sus idiomas predominantes son el español, quiché, mam, aguacateco y el Q'anjob'al, su feria titular se celebra 40 días después de Semana Santa en honor a la Virgen de la Encarnación.(6)

Cuenta con un pueblo que es la cabecera municipal, 23 aldeas, 12 caseríos y dos parajes. Su economía está basada en la producción agrícola de maíz, frijol, cebolla, ajo, caña de azúcar y también la explotación de árboles maderables como el pino, ciprés, madroños y pinabetes. (12)

Los servicios de salud en el municipio se realizan a través de la siguiente infraestructura: un Centro de Atención Permanente (CAP) ubicado en la cabecera municipal, once Puestos de Salud (PS) y una prestadora de servicios. Los niveles de atención en salud a los cuales la población de Aguacatán tienen acceso, son el primer nivel de atención, que carece de infraestructura adecuada, personal profesional y medicamentos, en este nivel la atención sobrepasa los mil quinientos habitantes que deben recibir atención en salud por cada puesto a nivel del municipio. El segundo nivel de atención en salud tiene cobertura municipal y se refiere al Centro de Atención Integral Materno Infantil (CAIMI), carece de infraestructura adecuada, medicamentos, mobiliario, equipo, recurso humano especializado entre otros. (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social- MSPAS, 2009).

Las 103 comadronas, juegan un papel muy importante de apoyo a los servicios de salud, atienden el 81.6% de la población que requiere de servicios de partos. Las comadronas son capacitadas por personal del ministerio de salud. Las causas de mortalidad materna para el 2009 fueron atonía uterina 67% de los casos y Aborto Séptico, 1 caso (33%) (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social- MSPAS, 2009).

De acuerdo a la vulnerabilidad nutricional según la prevalencia de desnutrición crónica el municipio de Aguacatán también se encuentra en el grado mayor o muy alto entre el 63.7% a nivel departamental, es decir de cada cien individuos al menos 64 poseen desnutrición crónica (Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional- SESAN 2010).

3.2 Adolescencia

Según la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2008/2009, la juventud/adolescencia es un concepto poco claro, porque engloba un conjunto social heterogéneo en cada país, y en el caso de Guatemala, varía de acuerdo a la procedencia de cada uno de ellos, si es de la ciudad capital o del área rural de algún departamento distante. “La adolescencia es aquella etapa de la vida en la cual se enfrenta a cambios biológicos, psicológicos, se asumen nuevos roles sociales, culturales y demográficos, los cuales influirán en el comportamiento reproductivo de ellos y ellas”. En el aspecto demográfico Guatemala presenta un mayor crecimiento de la población adolescente, los cuales están dentro de un gran grupo de menores de 15 años (dependencia temprana); la principal demanda de este grupo se enfoca a los servicios de salud y educación.(2)

La Adolescencia es un período crítico del crecimiento en el que se experimentan cambios físicos, sexuales, psíquicos, cognoscitivos y hormonales que pudieran poner en peligro el equilibrio psicofísico del adolescente. Es una etapa de búsqueda de la propia identidad, inseguridad y frecuentes frustraciones en el cual la joven trata de hallar su lugar en el mundo.(13)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como adolescencia al "período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los

patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socioeconómica" y fija sus límites entre los 10 y 20 años.(14)

Para comprender la etapa de la adolescencia, se ha segmentado en tres periodos (temprana, media y tardía), cada cual con tres aspectos básicos que son el componente biológico, social y psicológico.(14)

3.2.1 Adolescencia Temprana (10 a 13 años)

Biológicamente, es el período peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarquía. (14)

En este estado los niveles de esteroides sexuales circulantes están disminuidos por retroalimentación negativa al nivel del hipotálamo. El hipotálamo desde la hipófisis anterior libera durante el sueño gonadotropina y hormona del crecimiento. Los cambios somáticos y fisiológicos dan lugar a la madurez sexual.(15) Solo el 3% de las niñas tienen un desarrollo mamario antes de los 8.9 años y el 97% alcanzan este estadio a los 12.9 años.(8) Por la influencia de la hormona estimulante de los folículos y los estrógenos, los ovarios, el útero y el clítoris aumentan de tamaño, el endometrio y la mucosa vaginal aumentan de grosor; los labios mayores se vascularizan. La menarquía tiene lugar en el 10% de las niñas. Se inicia la aceleración del crecimiento de las manos y pies, seguido de los brazos y piernas y finalmente el tronco y tórax. En ambos sexos, los andrógenos suprarrenales estimulan las glándulas sebáceas y promueven la aparición del acné; la elongación del globo ocular causa miopía.(15)

Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Intellectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales.(16) Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.(15)

3.2.2 Adolescencia Media (14 a 16 años)

Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático.(14) En las niñas el crecimiento alcanza su máximo a los 11.5 años, y luego disminuye hasta detenerse a los 16 años.(13)

La comunicación con los padres es más sólida, se comunican abiertamente, buscan receptores de esta comunicación. Tienen más relaciones sociales con personas del sexo opuesto. Sienten curiosidad por temas sobre su sexualidad como inquietud natural, no precisamente por haber iniciado una actividad sexual. Cuestionan los valores que transmiten los padres, si reciben una actitud responsable y abierta por los padres comunican sus vivencias. Poseen una conducta “omnipotente”, que genera conductas de alto riesgo. Es la etapa en que mayormente inician experiencias sexuales.(14)

3.2.3 Adolescencia Tardía (17 a 19 años)

Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales.(14)

Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, "una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes".(14)

3.3 Embarazo en la Adolescencia

Se define como “la gestación ocurrida durante los primeros dos años ginecológicos, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarquía y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen”. Ha

sido llamado también el síndrome del fracaso o la puerta de entrada al ciclo de la pobreza.(17)

El embarazo en una pareja de jóvenes, en general es un evento inesperado, sorpresivo, se desarrollan reacciones de angustia propias del momento y trastornos en el proceso normal del desarrollo de la personalidad, fenómenos que condicionan la aparición de patologías orgánicas propias del embarazo. (14)

Psicológicamente la carencia afectiva sin una adecuada educación sexual, además de la erotización ambiental y la pseudo valoración de la sexualidad sin compromiso podrá conducir a la joven a una relación sexual inmadura con el riesgo de un embarazo inesperado. "Muchas mujeres llegan al embarazo como una manera de llenar sus múltiples carencias. El ser requeridas sexualmente, las hace sentirse valoradas. Entregan ese cariño no tanto por satisfacción personal, sino por satisfacer a la persona que quieren mantener a su lado." (13)

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

Además, la maternidad temprana puede empeorar las condiciones de salud de la madre y el hijo cuando éstas son ya deficientes. Por ejemplo, dar a luz antes de la completa madurez física (es decir, a la edad de 16 años o menos) puede poner en peligro la salud de la joven y aumentar el riesgo de que su hijo contraiga una enfermedad o muera en la infancia; estos riesgos se agravan en las adolescentes pobres, quienes tienen pocas probabilidades de tener una adecuada nutrición y acceso a la atención médica. (1)

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

estima que cada año en el mundo, alrededor de 585,000 mujeres, mueren como consecuencia de complicaciones del embarazo y la mayoría son adolescentes. En los países en vías de desarrollo mueren 480 madres por cada 100,000 bebés nacidos vivos y 27 en los desarrollados, cifras que pueden ser hasta cuatro veces mayores en las adolescentes. (18)

El embarazo en adolescentes repercute en los servicios, la madre, la familia y la sociedad. Para los servicios de salud, ha originado más demandas en los mismos, lo que conlleva a una posible atención deficiente por falta de recursos y sobrepoblación en los servicios de salud materno-infantil.(19) La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) reconocen la problemática del embarazo adolescente como prioridad debido a falta de información epidemiológica y la poca efectividad de las medidas de atención, consecuentemente a ello en Guatemala se considera una línea de investigación importante. (14)

Según el Observatorio en Salud Sexual y Reproductiva–OSAR- Guatemala en el año 2011 se atendieron 49,231 partos en adolescentes de los cuales nueve casos eran niñas de 10 años, pero se puede observar que a partir de los 14 años el aumento de los casos es muy marcado, presentándose la mayoría de casos (12,512 casos) a los 19 años, representando el 25% del total de partos atendidos en adolescentes. Entre los departamentos con mayor incidencia de partos en adolescentes podemos mencionar a Huehuetenango con 5,481 casos, seguido por San Marcos con 5,321, el Quiché con 4,199. (17)

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

3.3.1 Factores de riesgo asociado al embarazo en adolescentes

3.3.1.1 Biológicos

Menarquia temprana: Otorga madurez reproductiva cuando aún no maneja las situaciones de riesgo.(5) La edad de la pubertad ha declinado desde 17 años, en el siglo XIX, alrededor de 12-13 años actualmente. Los adolescentes son fértiles a una edad menor. Las adolescentes con una edad de 18 menarquía precoz están más expuestas al riesgo de embarazo. (6,8)

3.3.1.2 Psicosociales

Familia disfuncional: uniparentales o con conductas promiscuas que ponen de manifiesto la necesidad de protección de una familia, con buen diálogo padres– hijos. Su ausencia genera carencias afectivas que la joven no sabe resolver, impulsándola a relaciones sexuales que tiene mucho más de sometimiento para recibir afecto, que genuino vínculo de amor. (18, 20, 21)

Un mal funcionamiento familiar puede predisponer a una relación sexual prematura, una adolescente con baja autoestima que sufre discriminación afectiva, recibe atención y cuidado a través de la relación sexual, y además puede encontrar alivio a la soledad y abandono a través de un embarazo, que le permite huir de un hogar patológico amenazado por la violencia, el alcoholismo y la amenaza de incesto. (18, 20,22)

3.3.1.3 Culturales

Pensamiento mágico: Propio en esta etapa de la vida, que las lleva a creer que no se embarazarán porque no lo desean. Fantasías de esterilidad. Comienzan sus relaciones sexuales sin cuidados y, como no se embarazan por casualidad, piensan que son estériles. (17) Falta o distorsión de la información: Es común que entre adolescentes circulen "mitos" como: Sólo se embaraza si tiene orgasmo, o cuando se es más grande, o cuando lo hace con la menstruación, o cuando no hay penetración completa, etcétera. (17)

3.3.1.4 Psicológicos

Los adolescentes no son capaces de entender todas las consecuencias de la iniciación de la actividad sexual precoz. En la adolescencia media el egocentrismo de la etapa, las hace asumir que a ellas eso no les va a pasar pues solamente, les ocurre a otras. (17)

3.3.1.5 Sociales

Las zonas de pobreza, con hacinamiento, estrés, delincuencia y alcoholismo, tendrán mayor cantidad de familias disfuncionales, falta de recursos y de acceso a los sistemas de atención en salud, con el consecuente mayor riesgo. (19,20)

Bajo nivel educativo: Con desinterés general. Cuando hay un proyecto de vida que prioriza alcanzar un determinado nivel educativo y posponer la maternidad para la edad adulta, es más probable que la joven, aun teniendo relaciones sexuales, adopte una prevención efectiva del embarazo. En un ambiente de pobreza y subdesarrollo, donde la movilidad social es escasa o nula, es frecuente el fatalismo y el locus de control externo. Bajo esas circunstancias, la adolescente es incapaz de concebir la alternativa de evitar un embarazo. (17)

Migraciones recientes: Con pérdida del vínculo familiar. Ocurre con el traslado de las jóvenes a las ciudades en busca de trabajo y aún con motivo de estudios superiores. (17)

3.4 Complicaciones de la madre

3.4.1 Primer Trimestre:

- Metrorragias
- Aborto espontáneo
- Hiperémesis gravídica
- Embarazos extrauterinos

3.4.2 Segundo Trimestre:

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

3.4.3 En el trabajo de parto:

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

3.5 Aspectos legales del embarazo en adolescentes

Para abordar el tema del embarazo en adolescentes es importante definirlo según el código de la niñez y la juventud en su Artículo 2°: "Se considera niña o niño para los efectos de la ley a toda persona desde su nacimiento hasta los 12 años y desde los 12 años a 18 años cumplidos". Asimismo según el artículo 192 determina que es el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social el obligado en la atención médica de las adolescentes embarazadas y asesoría prenatal y post natal, sin embargo, el decreto 87-2005 de la Ley de acceso universal de servicios de planificación familiar en el Artículo 9. Estrategia especial para adolescentes, el Ministerio de Educación, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) y el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), en coordinación con otras organizaciones públicas y privadas, diseñarán una estrategia que asegure la provisión de servicios integrales y diferenciados para los y las adolescentes, estableciendo mecanismos que faciliten la articulación e integración con otros sectores entre ellos el Ministerio de Educación y el Viceministerio de Cultura y Deportes, promoviendo el enfoque de derechos y responsabilidades. (23,24)

3.6 Atención del parto

Según la Norma Técnica para Atención del Parto lo refiere como el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones, para la asistencia de las mujeres gestantes en los procesos fisiológicos y dinámicos del trabajo de parto, expulsión del feto vivo o muerto, con 20 o más semanas de gestación, alumbramiento y puerperio inmediato. (25)

3.6.1 Trabajo de parto

Se conoce como trabajo de parto normal desde el inicio de las contracciones uterinas regulares hasta la expulsión de la placenta. (25,26)

Por definición, el comienzo del trabajo de parto normal es espontáneo, por lo tanto se inicia en la casa, y es la propia mujer y su familia quienes controlan sus condiciones y evolución durante las primeras etapas. (26)

En 1996 la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió el parto como aquel de comienzo espontáneo, desde el inicio del trabajo de parto, hasta la finalización del nacimiento. El niño nace en forma espontánea, en presentación cefálica, entre las 37 y 41 semanas completas de edad gestacional. (27,28)

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

3.6.1.1 Parto:

Es la expulsión de un feto con un peso igual a mayor de 500 gramos, igual o mayor a las 22 semanas completas (para otros 20 semanas) contadas desde el primer día de la última menstruación.(25)

3.6.1.2 Parto a término:

Es el que acontece en condiciones normales cuando el embarazo tiene entre 37 y 41 semanas completas desde el primer día de la última menstruación.(25)

3.6.1.3 Parto pretérmino o parto prematuro:

Es el que acontece cuando el embarazo tiene entre 22 y 36 semanas completas contadas desde el primer día de la menstruación. (25)

3.6.1.4 Parto inmaduro:

Esta denominación es una subdivisión del parto prematuro. Se refiere al que acontece entre las 22 y 27 semanas completas contadas desde el primer día de la última menstruación. (25)

3.6.1.5 Aborto:

Es la terminación del embarazo por expulsión o extracción del embrión/feto muerto antes de las 22 semanas completas contadas desde el primer día de la última menstruación y/o con un peso menor a 500 gramos. (25)

3.6.1.6 Nacido muerto o mortinato:

Si el feto se expulsa muerto y tiene 22 semanas completas o más y/o 500 gramos o más, no es considerado aborto sino nacido muerto o mortinato. (25)

3.6.1.7 Nacido vivo:

Es el recién nacido que independientemente de la duración del embarazo o del peso, respira o da cualquier otra señal de vida, aunque fallezca segundos después. (25)

3.6.1.8 Parto de pos término o pos maduro:

Es el que acontece cuando el embarazo se prolonga y alcanza las 42 semanas o más. (25)

3.6.1.9 Parto de comienzo espontáneo:

Es el que se inicia sin que hayan intervenido agentes externos. (25)

3.6.1.10 Parto inducido o provocado:

Es el que se inicia por la intervención deliberada de agentes externos.(25)

3.6.1.11 Parto normal o eutócico:

Es el que evoluciona con todos sus parámetros dentro de los límites fisiológicos (con un sentido estricto de la definición la mayoría de los partos son paraeutócicos porque no reúnen todas las condiciones de la normalidad). (25)

3.6.1.12 Parto distócico:

Es el que presenta alguna alteración de su evolución (distocia contráctil del útero, del mecanismo de parto, parto prolongado evaluado porque en el partograma sobrepasa el percentil 90 de la curva de dilatación cervical en función del tiempo, etc.).(25)

3.6.1.13 Parto de terminación espontánea o natural:

Es el que finaliza por acción de sus fuerzas naturales.(25)

3.6.1.14 Parto de terminación artificial:

Es el que finaliza con alguna intervención manual o instrumental.(25)

3.6.1.15 Parto médico, dirigido o corregido:

Es el que se inició espontáneamente pero durante su evolución se le practicó amniotomía precoz y/o se le administraron a la madre oxitócicos, analgésicos, anestésicos, o tranquilizantes.(25)

La Región Europea de la Organización Mundial de la Salud, la Oficina Regional de América y la Organización Panamericana de la Salud en 1996 elaboró una guía práctica sobre los cuidados en el parto normal. (25,29)

La atención institucional del parto es una medida de primer orden para disminuir de manera significativa la morbilidad materna y

perinatal. La Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI) 2008-2009, registró un porcentaje mayor de parto prolongado cuando la madre era menor de 15 años que cuando era mayor de esta edad. Asimismo, encontró que aumentaba en forma significativa los niños de bajo peso al nacer (menos de 2.5 kilogramos).(25)

El trabajo de parto prolongado y la resolución del parto por cesárea (tres de cada diez) son las complicaciones del parto más frecuentes en las adolescentes. Según indica el Observatorio en Salud Reproductiva (OSAR) en Guatemala la segunda causa de muerte materna en adolescentes es la hemorragia, consecuencia de complicaciones del embarazo o parto. Esto se relaciona con la falta de atención prenatal y la falta de acceso a la atención institucional del parto por personal profesional. (12)

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

3.7 Aborto en adolescentes

Se considera aborto la expulsión o extracción de su madre de un embrión o de un feto de menos de 500 gramos de peso (aproximadamente 22 semanas completas de embarazo) o de otro producto de gestación de cualquier peso o edad gestacional absolutamente no viable (por ejemplo, huevo no embrionado, mola hidatidiforme, etcétera), independientemente de si hay o no evidencia de vida o si el aborto fue espontáneo o provocado. Sin embargo, esta definición debe tener en cuenta que en ocasiones el recién nacido que presenta al nacer un peso menor de

500 gramos puede ser reanimado y sobrevivir. Si el recién nacido ingresa en la unidad neonatal y fallece posteriormente, su caso debe registrarse como mortalidad neonatal con independencia de que el peso haya sido inferior a 500 gramos. (30)

El aborto espontáneo clínico se produce entre el 10 al 20 por ciento de los embarazos. La mayoría de los abortos son preclínicos (60%) y por lo general el 85% acontecen antes de la duodécima semana de embarazo. Si una gestación llega a la séptima semana con una ecografía normal, la probabilidad de aborto espontáneo es muy baja, inferior al 5% de todos los abortos. El riesgo de aborto espontáneo aumenta con la edad materna: 11.1% entre 20-24 años, 11.9% de 25-29 años, 15% de 30-34 años, 24.6% de 35-39 años, 51% de 40-44 años y del 93.4% a partir de los 45 años. (31)

3.7.1 Aborto espontáneo

El aborto espontáneo es la interrupción del embarazo sin ninguna intervención externa deliberada, que puede ser causado por defectos genéticos del embrión o por enfermedades de la madre. Es un problema de salud de la mujer el cual, al igual que el aborto inducido, puede tener consecuencias sociales, económicas y psicológicas para ella, su familia y su comunidad. (32)

3.7.2 Aspectos legales del aborto

El aborto en Guatemala está severamente restringido por la ley y se permite únicamente en casos en los que está en peligro la vida de la mujer embarazada. Según el código penal de la república de Guatemala en el artículo 133 y 134 respectivamente del decreto 17-73 capítulo III Aborto: es la muerte del producto de la concepción en cualquier momento de la preñez. Aborto procurado: la mujer que causare su aborto o consintiere que otra persona se lo cause, será sancionada con prisión de uno a tres años. Si lo hiciere impulsada por motivos que, ligados íntimamente a su estado, le produzcan indudable alteración psíquica, la sanción será de seis meses a dos años de prisión. (23)

Asimismo la legislación de Guatemala indica que los actos punibles están determinados por la edad de manera relativa, como lo explica El código civil decreto Ley 106, en el Artículo 8° indica que “La capacidad para el ejercicio de derechos civiles se adquiere con las mayoría de edad. Son mayores de edad los que han cumplido 18 años. Los menores que han cumplido 14 años son capaces para algunos actos determinados por la ley. Es incapacidad absoluta la de los menores hasta los 14 años, relativa de los 14 a los 18 años. (24)

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

Con datos de morbilidad hospitalaria, se ha podido determinar que de 1990 a 1995, el riesgo de abortos (incluyendo tanto los espontáneos como provocados) en los grupos de adolescentes de 10-14 años y 15-19 años fue 1.5 veces mayor que el de mujeres de 20-29 años; sin embargo, en las mujeres de más de 30 años el riesgo era al menos dos veces superior (Fondo de Población de las Naciones Unidas-UNFPA, por sus siglas en inglés, Panamá, 1999). (33)

3.7.3 Aborto inducido

Se estima que unos 65,000 abortos inducidos ocurren cada año en Guatemala, lo que se traduce en una tasa anual de 24 abortos por 1,000

mujeres en edad reproductiva (15–49 años). Esta tasa, que se calcula mediante una metodología ampliamente utilizada, es más alta que las tasas en muchos otros países en donde el procedimiento está mucho menos restringido. Cada año, más de un tercio (36%) de los embarazos no planeados en Guatemala se resuelven a través del aborto inducido. Las dos regiones de Guatemala que tienen las tasas más altas de aborto metropolitana y suroccidente (30 y 29 abortos por 1,000 mujeres, respectivamente) son las dos más populosas del país. Las composiciones étnicas tan diferentes de estas regiones sugieren que las mujeres tanto indígenas como no indígenas recurren al aborto en el caso de un embarazo no planeado. La región de Guatemala con la mayor proporción de embarazos que termina en abortos es la Metropolitana (19%), mientras que la proporción en la región Suroccidente (13%) es cercana al promedio nacional de 12%. (32)

Usualmente, los abortos realizados por personal médico bajo condiciones higiénicas son bastante seguros. Sin embargo, la mayor parte de los abortos en Guatemala no son practicados por profesionales capacitados. Se cree que las comadronas tradicionales proveen casi la mitad (49%) de los abortos en el país, mientras que una fracción mucho más pequeña (16%) es provista por médicos. El mayor riesgo de padecer complicaciones ocurre cuando el procedimiento es practicado por un proveedor no capacitado. Se estima que la probabilidad de que un aborto clandestino resulte en complicaciones que requieran hospitalización varía entre 15% en mujeres que recurren a un médico y al menos 70% en aquellas que se autoinducen el aborto o usan los servicios de una comadrona tradicional. (32)

Se considera que las mujeres indígenas y las que viven en el medio rural, la mayoría de las cuales son pobres, tienen tres veces más probabilidades que las mujeres urbanas no pobres de usar los servicios particularmente inseguros de una comadrona tradicional. Resulta elocuente que la proporción de abortos que son auto inducidos varía relativamente poco en función del origen étnico o de área de residencia y situación de pobreza. (15)

3.8 Embarazo no planeado causa de aborto

En 2002, las mujeres guatemaltecas reportaron que aproximadamente uno de cada tres de sus nacimientos recientes fueron imprevistos o no deseados. Aunque la proporción general de nacimientos no planeados se ha mantenido relativamente estable, la proporción de los que fueron no deseados ha aumentado en un tercio en las pasadas décadas, de tal forma que actualmente uno de cada siete nacimientos es no deseado. (32)

En 2002, más de una cuarta parte de las mujeres en unión (28%) no querían tener un hijo en el futuro próximo y, sin embargo, no estaban usando un método anticonceptivo para evitar el embarazo. El nivel de la necesidad insatisfecha de anticoncepción es especialmente alto, cuatro de cada 10 mujeres entre la población indígena. En la actualidad, las mujeres tienen cerca de un hijo más de lo que desearían tener. Si el deseo por tener familias más pequeñas continúa creciendo a un ritmo mayor que el aumento en el uso de anticonceptivos, dos consecuencias son probables: las mujeres pueden tener aún más nacimientos no planeados que los que ahora tienen, o pueden recurrir al aborto de manera creciente. (32)

3.9 Métodos de aborto usados en Guatemala

Esta lista de métodos que son utilizados para inducir abortos en Guatemala se basa en las respuestas de entrevistas con profesionales de la salud (la Encuesta a Profesionales de la Salud), así como en entrevistas y discusiones de grupos focales con residentes de la comunidad (el estudio de morbilidad por aborto en comunidad). (32)

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

Pero para la población con bajos recursos económicos las sustancias basadas en plantas son métodos que han llegado a ser utilizados por estos, por las ventajas que presentan por el bajo costo, además que se pueden llevar a cabo sin la intervención de otras personas, no son invasivos. Por lo que las sustancias más utilizadas son el aguacate (semillas), apazote (punta), cilantro con aguardiente,

clavo, agua de coco sola o con Aralén, Flor inmortal (flor seca), frijol (caldo de), granada (cáscara o semillas), limón (jugo, solo o con Aralén disuelto), mirto, orégano y ajeno, pimienta y Salvia silvestre. (32)

Y en muchas ocasiones también recurren a utilizar métodos físicos como caídas intencionales, inserción de un catéter (sonda), inserción de un objeto (gancho de ropa, lápiz), saltos y cargar objetos pesados, con la intención de provocar el aborto. (32)

3.10 Red de servicios del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social por Ley es la autoridad rectora de la prestación de servicios de salud en el país. Tiene dentro de su red en el primero, segundo y tercer nivel 1,492 servicios. (23)

Los niveles de atención son el conjunto de recursos físicos, materiales, humanos y tecnológicos organizados de acuerdo a criterios poblacionales, territoriales, de capacidad de resolución y de riesgo para la atención de salud de grupos específicos. (24)

El primer nivel es contacto inicial de la población con la red de servicios de salud, a través de los establecimientos y acciones comunitarias. Estos servicios están dirigidos a toda la población con especial énfasis a los grupos más postergados, priorizándose la salud de la mujer, del niño y la niña, la regulación y control de riesgos ambientales. En este nivel se brindan los servicios básicos de salud entendidos como las acciones integrales de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, diseñadas, organizadas y realizadas para resolver los problemas de salud de las personas y el ambiente, que requieren de tecnologías y recursos apropiados para resolver los problemas más frecuentes. La infraestructura del primer nivel de atención se compone de la vivienda, el centro comunitario de salud y el puesto de salud. (24)

En el segundo nivel de atención se desarrollan, con relación a la población y el ambiente, un conjunto de servicios ampliados de salud dirigidos a solucionar los problemas de las personas, referidas del primer nivel de atención o aquellas que

por demanda espontánea y urgencias acuden a los establecimientos típicos de este nivel. Comprende la prestación de servicios de medicina general, laboratorio, rayos X y emergencia; las cuatro especialidades médicas básicas: cirugía general, ginecología y obstetricia, pediatría general y medicina interna; subespecialidades de traumatología y ortopedia, salud mental, así como el desarrollo de acciones de promoción, prevención y rehabilitación según normas. Los establecimientos de este nivel son Centros de Salud, Centros de Atención Materno-infantil, Hospitales Generales. (24)

Al primer nivel corresponden el 74% de los servicios, divididos en: puestos de salud, puestos de salud fortalecidos con fin de semana, puestos de salud fortalecidos y unidades mínimas. Al segundo nivel corresponde el 23% de los servicios, divididos en: centros de atención permanente, centros de salud, centros de atención al paciente ambulatorio, centros de atención integral materno-infantil, centros de urgencias médicas, maternidades cantonales, clínicas periféricas y servicios especializados. El tercer nivel de atención lo conforman 45 hospitales, distribuidos de la siguiente manera: 13 distritales, 10 departamentales, 13 regionales y 9 de referencia nacional o de especialidades.(23)

Cuadro 1
Cobertura de población por las distintas instituciones del sector salud
cifras relativas

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

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

3.10.1 Cobertura y sesgo

En la actualidad se observa que persisten brechas, desigualdades y disparidades con respecto a la atención materno infantil en regiones y departamentos del país, que son más pronunciadas en el grupo indígena, las poblaciones que residen en el área rural y en aquellas mujeres analfabetas o bajo nivel educativo, como consecuencia que aún persisten condiciones limitadas en el acceso a servicios e infraestructura y sus limitadas condiciones socioeconómicas. (32)

Según la encuesta nacional de salud materno infantil 2008-2009, la cobertura de la atención del parto por parte de la red hospitalaria nacional para los nacidos vivos en los 60 meses anteriores a la entrevista en el área urbana un 25.8% fue por cesárea y un 74.2% por parto vaginal mientras que en el área rural el 10.8% fue por cesárea y un 89.2% por parto vaginal. (32)

Los embarazos de las mujeres con educación superior, el 50% de ellos se atienden en centros privados, mientras que las mujeres con bajo nivel educativo e indígenas, 7 de cada 10 partos se resuelven en sus casas o en la casa de la comadrona. (32)

Según el orden de nacimiento, el primero es el que registra el más alto porcentaje de partos atendidos en alguna institución de salud pública o privada, con 68.4%; a partir del sexto esta proporción disminuye. (32)

La Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI) 2008-2009 reporta que el 80.9% de la población femenina sin ningún nivel educativo fue atendida en un hospital público; versus el 22% de las pacientes con nivel de educación superior.(32)

3.10.2 Atención prenatal por trimestre

Las complicaciones del embarazo y el parto son las principales causas de muerte y morbilidad en las mujeres en edad reproductiva. Es innegable la importancia de la atención prenatal brindada por personal calificado. La atención deficiente y retardada en los servicios de salud, provoca que las mujeres prefieran no acudir al control de su embarazo. (32)

En los departamentos con mayor proporción de población indígena, las mujeres acuden en menor porcentaje durante el primer trimestre del embarazo a los servicios de salud, principalmente en Sololá (44.2%), Quiché (50.7%), Huehuetenango (52%) y San Marcos con un (54.7%).(32)

3.10.3 Atención del control prenatal

Los porcentajes de mujeres que no recibieron atención prenatal han disminuido al comparar los resultados con la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI) 2002. En el área rural de 18.5 por ciento disminuyó a 8.3 por ciento; en el área urbana de 10.2 pasó a 4.1 por ciento. Se ha mejorado la cobertura, en casi todas las regiones y departamentos, pero aún falta identificar los problemas que provocan las ausencias de embarazadas conforme aumenta la edad gestacional. Obliga a indagar en la calidad de atención, especialmente durante la primera visita, que será determinante para que regrese a los servicios.(32)

3.10.4 Atención del tipo de parto

Según la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI) 2008-2009 las embarazadas adolescentes con atención del parto a nivel hospitalario nacional comprendidas entre las edades de 10 a 19 años fue de 74.3%, y las adolescentes con atención del parto por cesárea del 73.4%. (32)

3.10.5 Personal de atención en la red hospitalaria

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define como personal calificado a todo profesional de la salud (médicos, enfermeras, ginecólogos, comadronas, etc.) con formación en las disciplinas necesarias para manejar embarazos y partos sin complicaciones y para brindar atención en el período inmediato de posparto y para identificar, administrar y remitir casos a instancias especializadas en caso de que la madre o el recién nacido sufran complicaciones. (32)

3.10.5.1 Médicos

Durante el período de 2008-2009 el 72.5% de los partos fueron atendidos por médicos, en comparación con el 32% del área

rural. Los departamentos en donde se observó una baja atención por parte de médicos fue en Sololá con un 22%, Totonicapán 22.9% y Quiché 20.3%. (32)

El grupo etario de embarazadas adolescentes atendidas por médico se dividen en menores de 15 años con un 47% y de 15 a 19 años 50.7%. (32)

Muchas de las pacientes embarazadas adolescentes llevan control prenatal con la comadrona en el caso del área rural; mientras que en el área urbana prefieren el centro de salud; sin embargo para la atención del parto se dirigen a una atención de tercer nivel. (32)

3.10.5.2 Comadrona

Partera Tradicional, matrona empírica es una proveedora independiente de cuidados primordiales y primarios durante el embarazo, parto y posparto y quien es reconocida por su comunidad y su jurisdicción. La definición de Comadrona de la Confederación Internacional de Comadronas (ICM por sus siglas en inglés) declara que una comadrona debe ser capaz de ofrecer el cuidado necesario a las mujeres durante el embarazo, el trabajo de parto y el período postparto y conducir partos bajo su propia responsabilidad.

Los riesgos maternoneonatales se dan por las complicaciones que se presentan al no referir inmediatamente a las pacientes cuando algo se complica o desconoce sobre su trato, esto y otras cosas que ponen en peligro la vida tanto de la madre como del recién nacido debido a la ausencia de materiales asépticos en el parto, y la atención al neonato, se ejecuta fuertes masajes abdominales, se ata una cinta alrededor de la mujer para inducir el parto retardado, se cuelga a la paciente con los pies para arriba para corregir la presentación anormal del feto, se aconseja dar agua endulzada hasta que “baje la leche de la madre”, se abstiene de remitir pacientes en casos

de urgencia, se recomienda a la embarazada no tomar jugo de naranja para evitar que el niño nazca peludo (con lanugo), se hace ingerir licor a la paciente durante el parto para darle valor y fuerza, se provoca vómitos a la madre con una pluma de gallina para ayudar a la expulsión de la placenta, se administra aceite de castor como purgante para limpiar la matriz, entre otras.

3.11 Historia de las comadronas en Guatemala

Poco se sabe en la historia de la medicina de Guatemala, que hubo una Escuela de Comadronas adscrita a la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos. La Escuela, que funcionó entre 1895 y 1960, a pesar de las descripciones de la Sala de Maternidad del Hospital San Juan de Dios, la Maternidad “*Joaquina*” y el hospital materno infantil del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, lugares en los cuales trabajaron las parteras tituladas o comadronas por aquella Escuela. En la bibliografía de la Universidad y de la medicina guatemalteca, la Escuela de Comadronas es ignorada o apenas mencionada. Más preocupante que su exclusión en los libros, la Escuela está omitida en el recuerdo de los guatemaltecos. Casi nadie sabe que existía una Escuela de Comadronas, que sus graduadas eran universitarias, que su historia empezó en el siglo XIX y que las parteras profesionales siguieron atendiendo partos hasta principio del siglo XXI. (33)

En la actualidad, estudios realizados en las diferentes partes de Guatemala, por médicos y antropólogos, denotan que pese a los 500 años de transculturización se observa como en algunas regiones las creencias, los conocimientos y las prácticas, así como el papel que juega la comadrona en el cuidado de la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y recién nacido, conservan características iguales o con muy pocas variantes. (34)

Las comadronas o parteras tradicionales en Guatemala son mujeres que se dedican a atender partos, mayoritariamente en comunidades lejanas y aisladas en donde carecen de servicios de salud estatales, sin embargo también se les puede encontrar en las áreas marginadas de las ciudades. Muchas de esas mujeres han comenzado con el oficio de comadrona debido a la necesidad que se presenta en una comunidad en el momento de asistir un parto, también por la

revelación de algunos designios que forman parte de la cultura maya. Después de algunos años de trabajo empírico en la comunidad atendiendo partos, la mayoría de las comadronas toman los cursos proporcionados por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) para poder dedicarse al oficio con un aval de parte de los servicios de salud estatales. Debido a la diversidad cultural existente en Guatemala, el oficio de comadrona adquiere ciertas connotaciones específicas en cada uno de los grupos étnico-lingüísticos. (34)

Para las poblaciones indígenas de nuestro país, la labor que realiza una comadrona en la comunidad es de gran honor que no se permite a cualquiera. Deberá ser escogida por los dioses ya que será la responsable de la ayuda que ha de prestársele a la madre quien traerá una nueva vida al mundo y del éxito de su trabajo dependerá la existencia de las nuevas generaciones. Para la sociedad, las palabras de la comadrona en las que van los mejores consejos, permitirá que el niño nazca sano y sin ningún problema tanto para él como su madre. El conocimiento que tienen las parteras lo han adquirido de las abuelas, quienes han escogido a una de las niñas para que se dedique a este oficio. Y en quien han depositado todo el conocimiento que se ha adquirido de generación en generación y es de gran valor para todos. (35)

Aunque se carece de un número confirmado de comadronas, se estima que la cantidad podría llegar a unas diecinueve mil personas. Ellas traen al mundo a la mayoría de niños que nacen en el país, y sin su colaboración, las cifras de mortalidad materna e infantil serían aún más dramáticas. (35)

En el departamento de Huehuetenango según la Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia (SEGEPLAN) en 2010 de los municipios sujetos a estudio, el porcentaje de partos atendido por comadronas en Malacatancito, un 75% de los partos fue atendido por comadrona, en Santa Cruz Barillas 69% , Santa Eulalia 97%, Aguacatán 68%, Chiantla 67%, esto debido a que en el departamento la densidad del personal de salud es insuficiente y la baja escolaridad de las madres. Con respecto al trabajo de las comadronas, opina el director de área de salud de Huehuetenango que se tienen contabilizadas 3,039 comadronas registradas, incluso algunas con 92 años, siguen activas, mientras que el 50% son mayores de 35 años. (36)

Según tesis realizada en un estudio descriptivo en 22 hospitales nacionales de casos atendidos del uno de enero de 2012 al 30 de junio de 2013 con título: “Atención Hospitalaria del Parto y Aborto en Adolescentes Embarazadas antes de los 14 años”, A nivel nacional la mayoría de los partos de adolescentes embarazadas se atendieron en casa por una comadrona. (35, 37)

Actualmente las comadronas aún no son reconocidas como parte del sistema de salud de Guatemala, sino únicamente se les menciona como parte del sistema de medicina tradicional comunitaria, el cual está compuesto por los chamanes, los curanderos, los hueseros, los ancianos, las comadronas que desde la sabiduría de la cultura maya utilizan consejos, rituales, baños, plantas medicinales y productos animales y minerales para solucionar sus problemas de salud. Este sistema se ha ignorado y se toma en cuenta desde la cultura occidental aunque ya hay esfuerzos de lograr que tanto el sistema médico como el etno-médico maya puedan convivir en mutuo respeto y entendimiento con acciones conjuntas.(38)

La relación entre las comadronas y los servicios de salud se ha venido estrechando en los últimos años. Aunque continúa siendo usualmente muy vertical y autoritaria porque son pocos los Centros de Atención Permanente (CAP) en los que se les trata como verdaderos miembros del equipo de salud. Los servicios de salud parecen haber ordenado y mejorado las capacitaciones mensuales que ofrecen a las comadronas. Ahí validan su carné, que es necesario para poder inscribir a los recién nacidos. El sistema parece funcionar mejor en los municipios donde hay relativamente pocas comadronas ya que donde hay muchas comadronas el control mensual a la asistencia y la validación de carné se hace más confusa. (37)

Se estima que las comadronas indígenas atienden casi dos tercios de los nacimientos en Guatemala, y su trabajo ha resultado vital en el reconocimiento de la medicina de los pueblos indígenas. Pero aunque desempeñan una parte clave del proceso de coordinación entre las redes de salud tradicional y el sistema de salud oficial que se realiza actualmente en todo el país, aún se continúa en la lucha para poder reconocer plenamente estas tradiciones antiguas en el sistema oficial de salud y de esta manera puedan ser respetadas.

4. POBLACIÓN Y MÉTODOS

4.1 Tipo y diseño de investigación

Estudio descriptivo

4.2 Unidad de análisis

Expediente clínico y/o cuaderno de registro de la comadrona de pacientes con edad menor o igual a 14 años cuyo parto o aborto fue atendido por comadrona en Malacatancito, Chiantla, Aguacatán, Santa Cruz Barrillas y Santa Eulalia durante el período de enero de 2013 a 2014.

4.3 Población y muestra

4.3.1 Población o universo:

Población de estudio: Pacientes atendidas por parto o aborto menores de 14 años, durante el período de 2013 a 2014.

4.3.2 Marco muestral:

Listado en archivo de registro de centro de salud y cuaderno del registro de la comadrona de pacientes atendidas por parto o aborto menores o iguales a 14 años, durante el período de 2013 a 2014.

4.3.3 Tamaño de la muestra:

La muestra fue de 76 casos atendidos por las comadronas según el intervalo de tiempo que comprende el periodo de 2013 a 2014.

4.3.4 Métodos y técnicas de muestreo:

Muestreo por conveniencia. Se incluyeron a todos los casos ocurridos durante el periodo de 2013 a 2014.

4.4 Selección de los sujetos a estudio

4.4.1 Criterios de inclusión:

- Cuaderno de registro de la comadrona con letra legible.
- Cuaderno de registro de la comadrona en buen estado.

- Registro de la edad de las pacientes menores de 14 años incluidas en el cuaderno de la comadrona.

4.4.2 Criterios de exclusión:

- Pacientes fuera del rango de tiempo que abarca del periodo de 2013 a 2014.
- Comadronas activas o avaladas por parte del centro de salud de su jurisdicción.

4.5 Medición de variables

MACROVARIABLE A ESTUDIO	DEFINICIÓN	VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA
Características epidemiológicas y clínicas de la paciente	Las características epidemiológicas y clínicas de los casos están dadas por variables que de una u otra manera engloban los datos generales y clínicos de las pacientes durante la realización de la entrevista.	Edad de la paciente al momento de la atención por la comadrona	Edad actual en base a los datos proporcionados verbalmente o certificación de nacimiento.	Edad de la paciente de acuerdo a datos presentados en el cuaderno de registro de la comadrona.	Cuantitativa discreta	De razón
		Lugar	Lugar actual de residencia de la paciente.	Municipio de residencia actual de la paciente. Este puede ser Chiantla, Santa Cruz Barillas, Malacatancito, Aguacatán o Santa Eulalia; tomado del registro de la comadrona.	Cualitativa	Nominal
		Etnia	Conjunto de personas que comparten rasgos culturales, dialecto, religión, celebración de ciertas festividades, música, vestimenta, alimentación, historia y comúnmente un territorio.	Grupo étnico al que pertenece la paciente registrada en el cuaderno de la comadrona. Esta puede ser maya, ladina u otra	Cualitativa	Nominal
		Tiempo	El mes de ocurrencia de la atención del parto o aborto.	Identificar el mes de ocurrencia del parto o aborto según el calendario gregoriano.	Cualitativa	Nominal
		Resolución del embarazo	Es el proceso por el cual el producto de la concepción (feto o embrión) termina su etapa en el útero, siendo las posibilidades parto o aborto.	Se define como parto la expulsión de un feto con un peso igual o mayor de 500 gramos, igual o mayor a las 20 semanas contadas desde el primer día de la última menstruación y se define como aborto la expulsión o extracción de un embrión o de un feto de menos de 500 gramos de peso o de otro producto de gestación de cualquier peso o edad gestacional absolutamente no viable independientemente de si hay o no evidencia de vida o si el aborto fue espontáneo o provocado.	Cualitativa	Nominal

MACROVARIABLE A ESTUDIO	DEFINICIÓN	VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA
Características epidemiológicas y clínicas de la paciente	Las características epidemiológicas y clínicas que presentarán los casos están dadas por variables que de una u otra manera engloban los datos generales y clínicos de las pacientes durante la realización de la entrevista.	Edad de inicio de vida sexual	Edad de inicio de la actividad sexual especialmente inicio de relaciones sexogenitales por primera vez.	Este dato se obtuvo del cuaderno de registro de la comadrona.	Cualitativa	Ordinal
		Número de embarazos previos	Cantidad de veces que la paciente ha estado embarazada.	Este dato se tomó del cuaderno de registro de la comadrona y se consignó en la boleta de recolección de datos.	Cuantitativa discreta	De razón
		Número de abortos previos	Cantidad de veces que la paciente ha cursado con un aborto.	Se tomó este dato del cuaderno de registro de la comadrona y se consignó en la boleta de recolección de datos como un número.	Cuantitativa discreta	De razón
		Número de hijos vivos	Cantidad de hijos que han nacido vivos.	Se tomó este dato del cuaderno de registro de la comadrona y se consignó en la boleta de recolección de datos.	Cuantitativa discreta	De razón
		Número de hijos muertos	Cantidad de hijos que han nacido muertos.	Se tomó este dato del cuaderno de registro de la comadrona y se consignó en la boleta de recolección de datos.	Cuantitativa discreta	De razón
		Número de cesáreas previas	Cantidad de cesáreas a las que se ha sometido la paciente antes del embarazo actual.	Se tomó este dato del cuaderno de registro de la comadrona y se consignó en la boleta de recolección de datos.	Cuantitativa discreta	De razón
		Asistencia a control prenatal	Presencia de la paciente a chequeo médico de control prenatal.	Se tomó del cuaderno de registro de la comadrona. Si la paciente asistió a control prenatal con médico particular o perteneciente al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), pudiendo ser las respuestas sí o no.	Cualitativa	Nominal
		Persona que llevó el control prenatal	Se define como la persona encargada de brindar control prenatal a la paciente.	Se tomó del cuaderno de registro de la comadrona pudiendo ser las respuestas médico particular, centro o puesto de salud, comadrona u hospital nacional.	Cualitativa	Nominal

MACROVARIABLE ESTUDIO	A	DEFINICIÓN	VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA
Características clínicas de la atención del parto	A	Durante la atención del parto por la comadrona se presentan diversas variables que definen los acontecimientos del trabajo de parto hasta su resolución.	Técnica utilizada para la atención del parto.	Acciones que la comadrona toma para atender el parto o aborto.	Se evaluó las acciones que la comadrona toma para la atención de un parto, acorde a los lineamientos establecidos por el MSPAS.	Cualitativa	Nominal
			Drogas utilizadas durante la atención del parto.	Tipo de compuesto químico o natural utilizado por la comadrona durante el trabajo de parto.	Con base a la técnica utilizada por la comadrona se determinó el empleo de drogas químicas o naturales durante la atención del parto, pudiendo ser misoprostol, oxitocina, agua de clavo u otros.	Cualitativa	Nominal
			Tipo de parto	Modelo de parto que reúne las características del mismo.	Se define como parto eutócico simple el tipo de parto en el que el feto inicia el trabajo de parto y nace sin necesidad de manipulación alguna; se define como parto distócico cuando surge alguna complicación y se hace necesario el uso de maniobras o instrumentos para que pueda nacer el producto y se define como embarazo gemelar en el que nacen dos fetos en el mismo trabajo de parto.	Cualitativa	Nominal
			Personas que toman parte de la atención	Sujetos que realizan acciones directa o indirectamente en la atención del parto en conjunto con la comadrona.	Son las personas que la comadrona indicó sirvieron como asistente al momento de atender el parto, pudiendo ser un familiar o amigo de la paciente o de la comadrona.	Cualitativa	Nominal

MACROVARIABLE A ESTUDIO	DEFINICIÓN	VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA
Características clínicas de la atención del parto	Durante la atención del parto por parte de la comadrona se presentan diversas variables las cuales definen los acontecimientos del trabajo de parto hasta su resolución.	Instrumentos utilizados para la atención del parto	Equipo requerido por parte de la comadrona para realizar la atención del parto.	El equipo requerido por la comadrona para atender el parto, se determinó según su capacidad para llevar a cabo la tarea que debe realizarse con ellos. Se clasificó como adecuado o inadecuado. Adecuado si se encuentra en óptimas condiciones, inadecuado si presenta óxido, cualquier tipo de suciedad macroscópica, falta de filo en instrumental cortante, grietas, discontinuidad en su superficie (hoyos) y estado de degradación.	Cualitativa	Nominal
		Referencia a nivel superior de salud	Referencia significa que la paciente no fue atendida por la comadrona y fue enviada a un nivel de atención de salud superior al servicio que ofrece la comadrona.	Se preguntó a la comadrona y se registró en la boleta de recolección de datos si la paciente fue o no referida a un nivel de atención superior.	Cualitativa	Nominal
		Motivo de referencia al servicio de salud	De acuerdo al criterio de la comadrona y las guías de manejo brindadas por el MSPAS se describió los principales motivos de referencia a centros asistenciales.	Causas por las cuales la comadrona decide referir al paciente a un servicio de salud.	Cualitativa	Nominal
		Lugar de referencia	Sitio a donde es referida la paciente en caso de incapacidad de manejo de complicación.	Se registró en la boleta de recolección de datos el nombre y tipo de servicio de salud al que fue referida la paciente. El lugar de referencia puede ser de primer, segundo o tercer nivel de atención en salud.	Cualitativa	Ordinal

MACROVARIABLE ESTUDIO	A	DEFINICIÓN	VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA
Características clínicas de la atención del aborto		Cualidades que definen los rasgos generales de la atención del aborto por parte de la comadrona.	Tipo de aborto	Modelo que define las características generales de la naturaleza del aborto, este puede ser inducido o espontáneo.	Se denomina aborto inducido cuando la paciente decide abortar el producto de la concepción y aborto espontáneo cuando el aborto se produce sin ser inducido.	Cualitativa	Nominal
			Drogas utilizadas	Tipo de compuesto químico o natural para la paciente administrado por la comadrona durante la atención del aborto.	Con base a la técnica utilizada por la comadrona se evaluó las drogas químicas o naturales empleadas durante la atención del aborto, pudiendo ser estos misoprostol, oxitocina, agua de clavo u otros.	Cualitativa	Nominal
			Utilización de instrumental para la atención del aborto	Instrumental utilizado para la atención del aborto.	Se registró en la boleta de recolección de datos si la comadrona utilizó o no instrumentos para la atención del aborto.	Cualitativa	Nominal
			Instrumentos utilizados para la atención del aborto	Equipo requerido por parte de la comadrona para atender el parto o aborto.	El equipo requerido por la comadrona para atender el parto, se determinó según su capacidad para llevar a cabo la tarea que debe realizarse con ellos. Se clasificó como adecuado o inadecuado; Adecuado si este se encontraba en óptimas condiciones para realizar su función. Inadecuado si presentó: óxido, cualquier tipo de suciedad macroscópica, falta de filo (en caso de instrumental cortante), grietas, discontinuidad en su superficie (hoyos) y estado de degradación.	Cualitativa	Nominal

MACROVARIABLE ESTUDIO	A	DEFINICIÓN	VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO VARIABLE	DE	ESCALA
Características clínicas de la atención del aborto		Cualidades que definen los rasgos generales de la atención del aborto por parte de la comadrona.	Complicaciones	La atención del aborto no se conduce conforme a lo esperado y se torna de difícil solución.	La comadrona en su cuaderno de registro identifica a la atención del aborto como complicado o como no complicado y así se consignó en la boleta de recolección de datos.	Cualitativa		Nominal
			Personas que toman parte de la atención	Sujetos que realizan acciones directa o indirectamente en la atención del aborto en conjunto con la comadrona.	Son las personas que según lo referido por la comadrona sirvieron como asistente técnico al momento de atender el aborto, pudiendo ser un familiar o amigo de la paciente o de la comadrona.	Cualitativa		Nominal
			Referencia a nivel superior de salud	Referencia significa que la paciente no fué atendido por la comadrona y fue enviada a un nivel de atención de salud superior al servicio que ofrece la comadrona.	Se preguntó a la comadrona y se registró en la boleta de recolección de datos si la paciente fue o no referida a un nivel de atención superior.	Cualitativa		Nominal
			Motivo de referencia al servicio de salud	De acuerdo al criterio de la comadrona y las guías de manejo brindadas por el MSPAS se describió los principales motivos de referencia a centros asistenciales.	Causas por las que la comadrona decide referir a la paciente a un servicio de salud.	Cualitativa		Nominal

MACROVARIABLE ESTUDIO	A	DEFINICIÓN	VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA
Características epidemiológicas y clínicas de la paciente		Cualidades que determinan las circunstancias en las que la paciente ya no recibe atención por parte de la comadrona.	Asistencia a control posnatal	Atención por parte de la comadrona, de pacientes después del parto o puerperio para seguimiento de caso.	Cuantificación del número de citas anotadas en el cuaderno de registro de la comadrona.	Cualitativa	Ordinal
			Cantidad de días post parto al momento del control prenatal	Son los días que pasaron después del parto o aborto antes de que la paciente se presentara a su cita de control prenatal.	Se tomó del cuaderno de registro de la comadrona la cantidad de días que pasaron desde la fecha de parto o aborto hasta el día en que la paciente asistió a la primera cita de control prenatal.	Cualitativa	Nominal
			Anomalías clínicas al momento de reconsulta	Signos o síntomas anormales que presentó la paciente al momento de realizar el control posnatal por parte de la comadrona.	Se tomó del cuaderno de registro de la comadrona si al momento del control prenatal la paciente presentó algún síntoma o signo que no observó en el puerperio normal.	Cualitativa	Nominal

4.6 Técnicas

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

4.6.1.1 Técnica de recolección de datos.

Técnica de transcripción informática.

4.6.1.2 Procesos de recolección de datos:

4.6.1.2.1 Se solicitó la autorización de cada centro de salud para revisión de libros y registros por cada parto y aborto que atendieron las comadronas en los diferentes municipios.

4.6.1.2.2 Se realizó la anotación del número de registros clínicos de los casos de interés.

4.6.1.2.3 Se buscaron los expedientes respectivos.

4.6.1.2.4 Se realizó la lectura del contenido de los expedientes en busca de la información necesaria.

4.6.1.2.5 Se trasladó la información a las boletas diseñadas para el estudio.

4.6.1.2.6 Se llenó una boleta de datos para cada caso.

4.6.1.2.7 De cada centro de salud se registró el número total de partos y abortos atendidos mensualmente.

4.7.1.2.8 Información final sobre entrega de resultados.

4.6.2 Instrumento de medición

Se empleó una boleta de recolección de datos, la cual contó con 40 preguntas, distribuidas en 6 apartados: Identificación de la comadrona, características clínicas de la paciente, características epidemiológicas de la paciente atendida por la comadrona, descripción de la atención del aborto, descripción de la atención del parto y las características del

egreso de la paciente de donde se obtuvo la información pertinente para la creación del análisis. El instrumento se justifica bajo los criterios de validez, confiabilidad y objetividad.

4.7 Procesamiento de datos

4.7.1 Procesamiento

Los datos recolectados en las boletas, se trasladaron a una hoja electrónica en archivo Microsoft Excel.

4.7.2 Análisis de datos

El análisis de los datos se basó en el cumplimiento de los objetivos propuestos para este estudio.

Las variables nominales como etnia, estado civil, método de planificación familiar, se analizaron porcentualmente.

Se elaboraron cuadros y tablas para mostrar, comparar y analizar los datos obtenidos de una forma adecuada y simplificada con la ayuda de Microsoft Excel.

4.8 Hipótesis:

4.8.1.1 Hipótesis de investigación:

Las comadronas de los municipios a estudio se encuentran en capacidad de atender el parto o aborto de las pacientes menores de 14 años.

4.8.1.2 Hipótesis Nula:

Las comadronas de los municipios a estudio no se encuentran en capacidad de atender el parto o aborto de las pacientes menores de 14 años.

4.8.1.3 Hipótesis Alternativa:

Las comadronas de los municipios a estudio no atienden parto o aborto en pacientes menores de 14 años.

4.9 Límites de la Investigación

4.9.1 Obstáculos

Los obstáculos encontrados durante el curso de la investigación fueron como primer punto la barrera lingüística, debido a que Huehuetenango es uno de

los departamentos de Guatemala en que más idiomas mayas se hablan, no obstante, predomina el español. Dentro de los idiomas mayas oficiales de mayor predominio podemos mencionar: Mam, Aguacateco, Akateko, Chuj, popti' y q'anjob'al.

Otro obstáculo fue la falta de colaboración de las comadronas con respecto al tema del aborto, debido a que el mismo es considerado un acto ilegal en nuestro país.

Un riesgo social que se observó fue la desconfianza de los habitantes hacia municipios los investigadores, y la poca o nula disponibilidad para brindar información.

4.9.2 Alcances

El presente estudio describe la atención por comadrona del parto y aborto y las características clínicas y epidemiológicas en las pacientes menores de 14 años, asimismo se describen las técnicas utilizadas por las comadronas, el equipo que utilizan en la atención del parto y aborto, las medidas que toman ante situaciones de riesgo o el manejo que le dan a las complicaciones que puedan presentarse y la referencia y contrareferencia de casos a nivel institucional.

La investigación abarca los municipios de Santa Eulalia, Santa Cruz Barillas, Chiantla, Malacatancito y Aguacatán con información comprendida en el periodo de 2013 a 2014, y la forma de recolección de datos fue por medio del cuaderno de registro de las comadronas, de las experiencias contadas por las mismas y de las referencias a centros de salud u hospitales por complicaciones que se encuentran registradas en el centro de salud.

El estudio da a conocer la atención del parto y aborto por comadrona a las autoridades de salud correspondientes para que se tome las medidas correspondientes para la priorización de necesidades a este nivel.

4.10 Aspectos éticos de la investigación

4.10.1 Principios éticos

Se informó al director, subdirector o personal administrativo del centro de salud de Huehuetenango, acerca del trabajo de campo a través de una hoja de autorización de la Universidad acerca del propósito de la investigación, sus beneficios, riesgos potenciales y las alternativas del estudio. La información obtenida del cuaderno de registro de las comadronas se manejó con discreción ya que en los mismos se expone la privacidad de las pacientes.

Al concluir con el trabajo de campo se informará y entregará copia de los resultados obtenidos al centro de salud del departamento de Huehuetenango, así como a los puestos de salud de los municipios sujetos a estudio.

Todo lo anterior cumpliendo con los principios éticos en la investigación descriptiva y las recomendaciones del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMSI) así como con los cuatro principios fundamentales de ética: Respeto de las personas, beneficencia, no maleficencia y justicia.

4.10.2 Categoría y riesgo

El estudio realizado se considera un estudio confiable debido a que se utilizaron técnicas observacionales, se revisaron los cuadernos de registro de las comadronas, y se realizaron cuestionarios, sin invasión a la intimidad de las personas que participaron en la investigación, por lo que se clasifica en la categoría I (sin riesgo).

5. RESULTADOS

El objeto de este estudio fue describir las características de la atención por comadrona del parto o aborto en pacientes menores de 14 años en los municipios de Malacatancito, Aguacatán, Chiantla, Santa Cruz Barillas y Santa Eulalia así como las características clínicas y epidemiológicas de las mismas. Por medio del instrumento de recolección de datos el estudio incluyó entrevistas a 47 comadronas y revisión de sus cuadernos de registro con el objetivo de identificar todas las pacientes menores de 14 años que fueron atendidas en 2013 a 2014. A partir de estos datos se computaron un total de 71 pacientes atendidas por parto y cinco pacientes atendidas por aborto.

Cuadro 1
Distribución de los antecedentes gineco-obstétricos de las pacientes atendidas por comadrona con trabajo de parto y aborto en los municipios de Malacatancito, Chiantla, Aguacatán, Santa Cruz Barillas y Santa Eulalia del departamento de Huehuetenango, período de 2013 a 2014

Antecedentes gineco-obstétricos		%
Inicio de vida sexual	13 años	49.03
Número de embarazos previos	Ninguno	94.37
Número de abortos previos	Ninguno	98.59
Número de cesáreas previas	Ninguno	98.59
Número de hijos vivos	Ninguno	95.77
Número de hijos muertos	Ninguno	95.77
Control prenatal	Sí	88.73
Persona que llevó control prenatal	Centro o Puesto de Salud	73.24

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Cuadro 2
Distribución de las características de la atención del parto de las pacientes atendidas por comadrona en los municipios de Malacatancito, Chiantla, Aguacatán, Santa Cruz Barillas y Santa Eulalia del departamento de Huehuetenango, período de 2013 a 2014

CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN DEL PARTO		%
Tipo de Parto	Eutócico	100
Uso de medicamentos	Sí	90.14
Medicamentos utilizados	Otros	85.92
Colaboración de alguna persona para la atención del parto	Sí	92.96
Persona que asistido a la comadrona durante el parto	Padres/Pareja	78.88
Utilización de equipo	Sí	100
Adecuada condición del equipo	Sí	100
Presencia de complicaciones post parto	No	97.18
Referencia de pacientes por complicaciones durante o post parto	No	97.18
Motivo de referencia de las pacientes con trabajo de parto	Preeclampsia	100
Nivel de referencia al que fueron enviadas las pacientes	Tercer nivel	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Cuadro 3
Distribución de las características de la atención del aborto de las pacientes atendidas por comadrona en los municipios de Malacatancito, Chiantla, Aguacatán, Santa Cruz Barillas y Santa Eulalia del departamento de Huehuetenango, período 2013 a 2014

CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN DEL ABORTO		%
Tipo de aborto	Espontáneo	100
Uso de medicamentos	No	60
Tipo de medicamentos utilizados	Otros	80
Tratamiento de aborto	Expectante	80
Complicaciones	Sí	80
Motivo de referencia de las pacientes	Por aborto	100
Nivel de referencia al que fueron enviadas las pacientes	Segundo y tercer Nivel	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Cuadro 4
Distribución de las características epidemiológicas de las pacientes atendidas por comadrona con trabajo de parto y aborto en los municipios de Malacatancito, Chiantla, Aguacatán, Santa Cruz Barillas y Santa Eulalia del departamento de Huehuetenango, período 2013 a 2014

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS		%
Edad	14 años	67.11
Etnia	Maya	85.53
Estado civil	Unida	68.42
Religión	Católica	50.00
Ocupación	Ama de Casa	77.63
Fecha de atención del parto	Septiembre-Diciembre	39.44
Persona responsable de la paciente	Padres/Pareja	78.88

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Cuadro 5
Distribución de las comadronas encuestadas según el número de pacientes atendidas en Malacatancito, Chiantla, Aguacatán, Santa Cruz Barillas y Santa Eulalia del departamento de Huehuetenango, período 2013 a 2014

Municipio	Población total de adolescentes embarazadas de 14 años	Comadronas encuestadas	% Comadronas encuestadas	Pacientes atendidas	% Pacientes atendidas
Aguacatán	309	6	12.77	6	8.33
Chiantla	711	9	19.15	9	12.50
Malacatancito	123	2	4.25	2	2.78
Santa Cruz Barillas	847	20	42.55	34	47.22
Santa Eulalia	318	10	21.28	21	29.17
TOTAL	2308	47	100	72	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos

6. DISCUSIÓN

Dentro de lo más relevante de las características clínicas y epidemiológicas de las pacientes, se encontró que el 67.11% de los casos fue pacientes de 14 años de edad, lo que concuerda con la ENSMI (Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil) 2008-2009, registró el mayor porcentaje de partos cuando la madre es menor de 15 años. (1), que se debe a la carencia afectiva sin una adecuada educación sexual y a la sexualidad sin responsabilidad ni compromiso.

Según datos obtenidos durante la investigación el 49.03% iniciaron su vida sexual a los 13 años y según la ENSMI 2008-2009 muestra que el 67% de las mujeres de 15 a 24 años tuvieron su primera relación sexual antes de los 13 años, (1) ambos datos concuerdan con el inicio de vida sexual alrededor de los 13 años. De lo anterior cabe destacar que la nula o escasa educación sexual conlleva a las adolescentes a ser una población vulnerable a embarazos tempranos no deseados.

Con respecto al estado civil de las pacientes el 68.42% se encontraba unida, dato que difiere con la información obtenida según la ENSMI que 2008-2009 registra que un 41% de las adolescentes se encontraban unidas, (1) lo anterior denota un subregistro en la información brindada por las pacientes.

Al momento de observar la caracterización de la atención del parto y aborto, en primera instancia se extrajeron datos que reportan que únicamente dos de las 71 pacientes incluidas por parto en este estudio presentaron complicaciones que ameritaron su referencia hacia el siguiente nivel de atención (ambas por preeclampsia). Según indica el Observatorio de Salud Reproductiva, en Guatemala la segunda causa de muerte materna en adolescentes es la hemorragia, consecuencia de complicaciones del embarazo o el parto. (12). Esto debido a que la edad adolescente es una etapa en riesgo de presentar patologías como preeclampsia, hemorragia y sepsis.

Como aspecto importante de las características de la atención del parto y aborto, destaca la utilización de medicina alternativa en el 85% de los casos (jugo v8, té de manzanilla, apazote, café amargo, sanguinarias, entre otros), para preparar y facilitar la expulsión del producto de concepción, lo anterior debido a que las comadronas no están autorizadas para utilizar medicamentos de uso institucional, como misoprostol y oxitocina.

Con respecto al tipo de aborto se encontró que un 100% de los abortos atendidos fueron espontáneos, lo que difiere de la información recopilada en el marco teórico, de las comadronas tradicionales provee el 49% de los abortos provocados en todo el país, (32) lo anterior se debe a que las comadronas por no estar capacitadas ni autorizadas para practicar abortos no reportan los mismos a las autoridades de salud.

En el departamento de Huehuetenango según la Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia (SEGEPLAN) en 2010 de los municipios sujetos a estudio, el porcentaje de partos atendido por comadronas que el siguiente: En Malacatancito un 75% de los partos fue atendido por comadrona, en Santa Cruz Barillas 69% , Santa Eulalia 97%, Aguacatán 68%, Chiantla 67%, esto debido a que en el departamento la densidad del personal de salud es insuficiente, esto así como la escasa escolaridad de las madres (8,9,10,11,12). Según tesis realizada en un Estudio descriptivo en 22 hospitales nacionales de casos atendidos del 1 de enero del 2012 al 30 de junio del 2013 con título: “Atención Hospitalaria del Parto y Aborto en Adolescentes Embarazadas antes de los 14 años” la mayoría de los partos de adolescentes embarazadas son atendidos en casa por una comadrona a nivel nacional (39). Lo cual confirma lo antes discutido, siendo Guatemala un país con un alto trasfondo cultural que fija sus conocimientos al empirismo de sus comadronas, las cuales juegan un papel determinante en las poblaciones rurales.

7. CONCLUSIONES

- 7.1.** Según los antecedentes ginecoobstétricos la mayoría de las pacientes eran primíparas y llevaban control prenatal en el centro de salud así como con la comadrona.
- 7.2.** Las comadronas poseen el conocimiento en técnicas de ejecución y cuentan con el equipo adecuado para la atención del parto.
- 7.3.** Las comadronas no están autorizadas para la atención del aborto, por lo que la mayoría se apega a las normas del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, refiriendo a las pacientes al siguiente nivel de atención en salud.
- 7.4.** La preeclampsia fue la única complicación observada, siendo este el motivo de referencia de las pacientes atendidas por parto.
- 7.5.** No se encontraron complicaciones por atención del aborto debido a que la mayoría de pacientes fue referida al siguiente nivel de atención en salud.
- 7.6.** La mayoría de pacientes se caracterizó por tener catorce años, ser de etnia maya, presentar estado civil unida, tener como ocupación ama de casa, de religión católica, iniciar vida sexual a los trece años y resolver el embarazo por parto eutócico simple.
- 7.7.** El cien por ciento de las pacientes atendidas por comadrona reciben control puerperal.
- 7.8.** El cien por ciento de pacientes atendidas por parto y aborto con complicaciones, fueron referidas al siguiente nivel de atención en salud.
- 7.9.** Los registros de la comadrona carecen de un formato preestablecido, la información es insuficiente para caracterizar por completo a la paciente, la atención del parto o aborto y seguimiento de la misma.

8. RECOMENDACIONES

- 8.1** Al personal del Ministerio de Salud, brindar plan educacional a las adolescentes sobre la concepción temprana, los riesgos y complicaciones que conlleva, tanto para la madre como para el hijo, ya que carecen de preparación física, emocional y social para concebir debido a su inmadurez. Asimismo, capacitar en temas de educación sexual y los riesgos asociados por falta de medidas adecuadas para evitar un embarazo no deseado, ya que además de esto existe riesgo de Infecciones de transmisión sexual.
- 8.2** Al personal de los centros de salud del departamento de Huehuetenango, en las capacitaciones que se les proporciona cada mes a las comadronas incluir temas que abarquen no solo temas del manejo de atención del parto sino también de prevención a los embarazos en adolescentes, para que sean las voceras de su comunidad.
- 8.3** Al personal de enfermería encargado de las comadronas profundizar las capacitaciones constantemente, acerca de la atención del trabajo realizado durante la atención del parto y evitar el uso de medicamentos tanto químicos como alternativos que puedan proporcionar las comadronas, ya que ellas no están autorizadas para dar ningún tipo de medicamento a las pacientes, por las complicaciones y consecuencias de los efectos nocivos tanto para el feto como para la madre.

9. APORTES

9.1 Esta investigación tuvo como finalidad recaudar la información necesaria mediante la recolección de datos así como la discusión de los mismos, con el fin de brindar tanto a las autoridades de Huehuetenango, como al Ministerio de Salud Pública y asistencia social una información más completa acerca del trabajo realizado por las comadronas de este departamento, comprobando su capacidad sobre el manejo y atención de partos y abortos especialmente en pacientes de menores de 14 años, tomando como muestra los municipios de Santa Eulalia, Santa Cruz Barillas, Chiantla, Malacatancito y Aguacatán.

9.2 Se aportó un instrumento de recolección de datos en que se interroga acerca de las características epidemiológicas de la paciente, características de la atención del parto y aborto, para que sea utilizado en futuras investigaciones, simultáneamente se impartió una capacitación a las comadronas de los distintos municipios con enfoque en las complicaciones maternas más frecuentes durante el trabajo de parto y post parto, así como las más frecuentes durante la atención del aborto y posterior a él, con el fin de a minimizarlos.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Instituto Nacional de Estadística. V Encuesta nacional de salud materno infantil 2008 – 2009. Guatemala: MSPAS; 2010.
2. Banco Centroamericano de Integración Económica. Ficha estadística de Guatemala. [en línea] Guatemala: BCIE; 2014 [accesado 15 Feb 2014].
Disponible en: URL: <http://www.bcie.org/uploaded/content/article/1285334126.pdf>
3. Kestler E. La decisión de la mujer sobre el lugar del parto en comunidades indígenas en Guatemala. [en línea] Guatemala: Centro de Investigación Epidemiológica en Salud Sexual y Reproductiva; 2012 [accesado 12 Jun 2013].
Disponible en:
<http://www.ciesar.org.gt/es/archivo/saludMaterna/participacionComadronaProfesional/Donde%20Dar%20a%20Luz.%20La%20decision%20de%20la%20mujer%20sobre%20lugar%20de%20parto.pdf>
4. Observatorio en Salud Sexual y Reproductiva. Partos en niñas y adolescentes en Guatemala: Monitoreo del primer semestre. Guatemala: OSAR; 2012.
5. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Encuesta nacional de salud materno infantil: embarazo precoz. Guatemala: MSPAS; Oct 2003.
6. Diccionario Municipal de Guatemala [en línea]. Guatemala: Serviprensa; 2009 [accesado 7 Mar 2014]. Disponible en: http://www.kas.de/wf/doc/kas_18657-1522-4-30.pdf?101215185941
7. Asociación Q'anjob'alEwulense. Santa Eulalia [en línea]. Los Ángeles C A: La Asociación; 2014. [accesado 12 Mar 2014]. Disponible en: www.santaeulaliaus.org
8. Guatemala. Secretaría de Programación y Planificación de la Presidencia. Información demográfica sobre el municipio de Santa Cruz Barillas: Censo de población. Guatemala: SEGEPLAN; 2010.

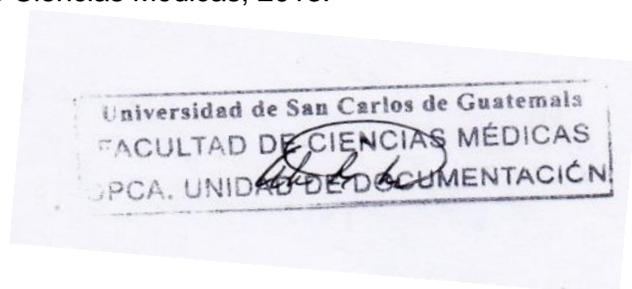
9. -----. Información demográfica sobre el municipio de Chiantla: Censo de población. Guatemala: SEGEPLAN; 2010.
10. -----. Información demográfica sobre el municipio de Malacatancito: Censo de población. Guatemala: SEGEPLAN; 2010.
11. -----. Información demográfica sobre el municipio de Aguacatán: Censo de población. Guatemala: SEGEPLAN; 2010.
12. -----. Plan de Desarrollo del Municipio de Aguacatán. Guatemala: SEGEPLAN; 2010.
13. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Maternidad en la niñez: enfrentar el reto del embarazo en adolescentes. Guatemala: UNFPA; 2,013.
14. Galdo Muñoz G. Embarazo en la adolescencia. En: Rendón Figueroa C, García Fuentes M. Atención al adolescente. España: Ediciones de La Universidad de Cantabria; 2008. p. 335-345.
15. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap LC, Wenstrom KD, editores. Obstetricia de Williams. 22 ed. México: McGraw Hill Interamericana; 2006.
16. Embarazo adolescente, el mayor problema de población de América latina: Emisoras unidas [en línea] 12 Ago 2013[accesado 11 Abr 2014]; Noticias: [aprox. 2 pant] Disponible en:
<http://noticias.emisorasunidas.com/noticias/salud/embarazo-adolescente-mayor-problema-poblacion-america-latina>
17. Domínguez Menchú A.L. Caracterización obstétrica y epidemiológica del embarazo en pacientes adolescentes: estudio descriptivo retrospectivo en pacientes adolescentes de 12 a 18 años de edad con diagnóstico de embarazo atendidas en la unidad de control prenatal del departamento de Obstetricia del Hospital Pedro de Betancourth de Antigua Guatemala durante el período de 1996 al 2000 [tesis Médico y Cirujano]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2001.
18. Mejía Cruz L F. Embarazo en la adolescente. Guatemala: APROFAM; 1994.

19. Torres Castro C. Factores de riesgo en adolescentes embarazadas: un estudio epidemiológico en dos hospitales de Lima Perú. [en línea]. Lima: La Ventana; 2002 [accesado 27 Abr 2014]. Disponible en:
<http://148.202.18.157/sitios/publicacionesite/pperiod/laventan/Ventana16/16-5.pdf>
20. Jiménez Ma, Vargas A, Miranda M, Lizano M, Morales A, Morena F. Manual para la atención integral de la adolescente embarazada. Centro de desarrollo estratégico e información en salud y seguridad social. San José, Costa Rica: Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social; 1,999.
21. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil: embarazo precoz. Guatemala: MSPAS; 2003.
22. Department of Health and Human Services. Preventing teenage pregnancy. [en línea]. Atlanta, Georgia: 2,002 [accesado 20 Mar 2,014]. Disponible en <http://mchb.hrsa.gov/programs/adolescents/abstinence.htm>
23. Ruiz L, Barrera L, Arriaga H, Carranza G, Santos E, Lima E, et al. Diagnóstico nacional en salud. Guatemala: MSPAS;2012.
24. Mazariegos C. Sistema Integral de Atención en Salud. Guatemala: SIAS; 2007
25. Gobierno Vasco. Ministerio de Sanidad y Política Social. Guía de práctica clínica sobre la atención de parto normal. [en línea]. Gobierno Vasco: Servicio Central de Publicaciones; 2010 [accesado 7 Mayo 2014]. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_472_Part0_Normal_Osteba_resum.pdf
26. Schwarcz RL, Duverges CA, Díaz AG, Fescina RH. Obstetricia. 5ª ed. Buenos Aires: Ateneo; 2003
27. Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia. [en línea]. Argentina: Dirección Nacional de Salud Materno Infantil; 2004 [accesado 10 Feb de 2014]. Disponible en:
<http://www.msal.gov.ar/htm/Site/promin/UCMISALUD/publicaciones/pdf/Guia%20Parto.pdf>

28. Organización Mundial de la Salud. Cuidados en el parto normal. [en línea]. España: OMS; 2006 [accesado 5 Mar 2014]. Disponible en: <http://www.holistika.net/busqueda/articulo.asp?artid=290&s=estrategia%20parto%20normal#22>
29. Observatorio de Salud Reproductiva. Garantizando los derechos reproductivos de los adolescentes. Boletín del Centro Legal para Derechos Reproductivos y Política Pública. (OSAR) [en línea] [accesado 18 Mar 2014] ; Noticias: [aprox 20 pant] Disponible en: <http://osarguatemala.org/sites/all/docs%20e%20investigaciones/informe%20final%20de%20investigacion.pdf>
30. Faúndes A, Barzelatto J. El drama del aborto: en busca de un consenso. Bogotá: Tercer Mundo Editores del Grupo; 2005
31. Fundación Centroamericana de Desarrollo. La salud en los municipios de Guatemala [en línea]. Guatemala: FUNCEDE; 2006 [accesado 5 Feb 2014]. Disponible en :www.funcede.org.gt/joomla/attachments/073_Estudio15.pdf
32. Prada E. Embarazo no planeado y aborto inseguro en Guatemala: causas y consecuencias. Nueva York: GuttmacherInstitute; 2006.
33. Quinn E. Historia Médica: La escuela de comadronas de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Guatemala: USAC, FCCM; 1997.
34. Velásquez OH. Investigación de comadronas: identificación, manejo y referencia de las complicaciones en los partos atendidos por comadronas tradicionales adiestradas en Santa Catarina Pinula Febrero a Junio 2012. Revista Médica [en línea] 2012. [accesado 25 Abr 2014]. Disponible en: <http://www.medicina.usac.edu.gt/encuentro2013/uploads/CONGRESONACIONALMEDICOYCIRUJANOS2012/11Investigacion%20De%20Comadronas.pdf>
35. Berducido H. Las comadronas y los grupos étnicos. [en línea]. Guatemala: UMES; 2008 [accesado 11 Mayo 2014]. Disponible en:

<http://hectorberducido.files.wordpress.com/2008/02/lascomadronasylosgrupos-etnicos.pdf>

36. Asociación para la Promoción y el Desarrollo de la Comunidad. Estrategia para su reconocimiento político, social y cultural. Guatemala: CEIBA; 2010.
37. Kestler E. Donde dar a luz: la decisión de la mujer sobre el lugar del parto en comunidades indígenas de Guatemala. [en línea]. Guatemala: Centro de Investigación Epidemiológica en Salud Sexual y Reproductiva; 2012 [accesado 25 Feb 2014]. Disponible en:
<http://www.ciesar.org.gt/es/archivo/saludMaterna/participacionComadronaProfesional/Donde%20Dar%20a%20Luz.%20La%20decision%20de%20la%20mujer%20sobre%20lugar%20de%20parto.pdf>
38. Cottom HL. Análisis crítico del sistema nacional de salud en Guatemala. [en línea] [tesis Maestría en Gerencia de la Salud Pública] Guatemala: Universidad Rafael Landívar; 2004. [accesado 11 Jun 2013]. Disponible en:
<http://www.url.edu.gt/PortalURL/Archivos/83/Archivos/Departamento%20de%20Investigaciones%20y%20publicaciones/Articulos%20Doctrinarios/Salud/Analisis%20critico%20del%20sistema%20nacional%20de%20salud%20en%20Guatemala.pdf>
39. Tacam Álvarez H, Vásquez Escobar A, Alvarado Sánchez A, Aragón Pretdesaba E, Corzantes Vásquez L, SaquecTzay A. et al. Atención hospitalaria del parto y aborto en adolescentes embarazadas antes de los 14 años: estudio descriptivo en 22 hospitales nacionales de casos atendidos del 1 de enero del 2012 al 30 de junio del 2013. [tesis Médico y Cirujano]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2013.



11. ANEXOS

Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas
Dirección de Investigación
Unidad de Trabajos de Graduación

Boleta de recolección de datos
Proyecto: ATENCION DEL PARTO Y ABORTO EN
ADOLESCENTESEMPARAZADAS
MENORES DE 14 AÑOS, ATENDIDAS POR COMADRONA

IDENTIFICACIÓN DE COMADRONA

1. Municipio _____
2. No. Registro de comadrona _____
- 5 ¿Ha recibido capacitación? Sí _____ No _____
- 6 Número de capacitaciones recibidas _____
- 7 Fecha de última capacitación _____
- 8 Sabe leer Sí _____ No _____
- 9 Sabe escribir Sí _____ No _____

IDENTIFICACIÓN DE LA PACIENTE

- 10 Nombre de la paciente

- 11 Lugar de residencia de paciente _____
- 12 Edad _____ años
- 13 Etnia Maya _____ Ladino _____ Otro _____
- 14 Estado civil Casada _____ Unida _____ Soltera _____ Viuda _____
- 15 Religión Católica _____ Evangélica _____ Otro: _____
- 16 Ocupación Estudiante _____ Ama de casa _____ Agricultora _____
Sin ocupación _____ Otra _____
- 17 Resolución del embarazo Parto _____ Aborto _____
- 18 Fecha de atención _____
- 19 Persona responsable de la adolescente _____

Antecedentes Gineco-Obstétricos

- 20 Edad de inicio de vida sexual _____ años
- 21 No. de embarazos previos _____
- 22 No. de abortos _____
- 23 No. De cesáreas previas _____
- 24 No. hijos vivos _____
- 25 No. hijos muertos _____
- 26 ¿Llevaba control prenatal? Sí _____ No _____
- 27 ¿Quién le llevaba el control prenatal?
Médico particular _____ Comadrona _____ Centro o puesto de salud _____
Hospital Nacional _____

Descripción de la atención del aborto

25. Motivo por el cual la paciente solicita la atención de la comadrona (si fue para aborto continuar con pregunta 26, en caso contrario pasar a la pregunta 29)
Aborto _____ Trabajo de parto _____
26. ¿Cómo clasifica el aborto? Espontaneo _____ Provocado _____
27. ¿Utiliza algún medicamento o medicina alternativa para el aborto?
Sí _____ No _____
28. ¿Qué tipo de medicamento o medicina alternativa?
Agua de Clavo _____ Oxitocina _____ Misoprostol _____ Otros _____
29. Tratamiento Instrumental _____ Manual _____ Expectante _____
30. Complicación post Aborto Sí _____ No _____ Especifique _____
31. ¿El paciente fue referido a otro nivel de atención?
Si _____ No _____
32. ¿Por qué el paciente fue referido? _____
33. ¿A dónde fue referido el paciente? Primer nivel de atención _____ Segundo nivel de atención _____ Tercer nivel de atención _____

Descripción de la atención del parto

34. Tipo de Parto

Eutócico Simple_____ Gemelar_____ Distócico Simple_____

35. ¿Utiliza algún medicamento o medicina alternativa para el trabajo de parto?

Sí _____ No _____

36. ¿Qué tipo de medicamento o medicina alternativa?

Agua de Clavo_____ Oxitocina_____ Misoprostol _____ Otros_____

37. Personal que colaboró en la atención del Parto Si_____ No_____

Nombre del personal _____

38. ¿Utiliza equipo para la atención del parto? Sí_____ No _____

39. Complicación postparto Sí_____ No_____

40. ¿el paciente fue referido a otro nivel de atención?

Sí_____ No_____

41. ¿por qué el paciente fue referido?

42. ¿a qué nivel de atención fue referido el paciente? Primer nivel de atención_____ Segundo nivel de atención_____ Tercer nivel de atención_____

Egreso de la paciente

43. Fecha de egreso

44. Métodos de planificación familiar recomendados al

egreso_____

45. ¿Se le dio a la paciente seguimiento postparto? Sí_____ No_____

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

47. Hallazgos en el/los seguimientos controles

realizados_____

Consentimiento informado

Nosotros somos estudiantes del séptimo año de la carrera de Médico y Cirujano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Estamos investigando sobre la atención del trabajo de parto y aborto en adolescentes menores o iguales a 14 años por comadronas del departamento de Huehuetenango. Le daremos información y la invitamos a participar en nuestro estudio. No tiene que decidir hoy si quiere participar. Antes de decidirse, puede hablar con alguien con quien se sienta cómodo sobre la investigación. Por favor, deténganos según le informamos para darnos tiempo para explicarle. Si tiene preguntas más tarde, puede hacérselas cuando crea más conveniente.

La atención del parto y aborto en adolescentes menores o iguales de 14 años es considerado de alto riesgo por todas las complicaciones que las pacientes en este grupo etario pueden presentar tales como: elevación de la presión arterial y elevación de los niveles de glicemia. El propósito de la siguiente investigación es describir la atención del parto y el aborto, las técnicas utilizadas en la atención del mismo, las complicaciones más frecuentes y el manejo de las situaciones de riesgo por parte de las comadronas, para poder así orientarles y capacitarles sobre el manejo adecuado de las situaciones que ponen en peligro la vida de las pacientes.

Invitamos a participar de este estudio a las comadronas de los municipios de Santa Eulalia, Santa Cruz Barillas, Chiantla, Malacatancito y Aguacatán del departamento de Huehuetenango que se encuentran ejerciendo el oficio, con el objetivo de dar a conocer a las autoridades en salud correspondientes sobre los problemas que se presentan en este grupo de pacientes en el momento de la atención del parto y aborto, para poder así darles una mejor capacitación a las comadronas sobre qué hacer en situaciones que ponen en peligro la vida de las pacientes, y poder así disminuir los índices de mortalidad del departamento de Huehuetenango.

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Tanto si elige participar como si no, continuarán todos los servicios que reciba en esta institución (o clínica) y nada variará. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes.

El procedimiento que se llevará a cabo con su persona es el siguiente:

1. Se revisará todos los partos y abortos atendidos por su persona durante el periodo del 1 de enero de 2013 al 1 de enero de 2014 que se encuentran en su cuaderno de registro.
2. Al final de la recolección de los datos se le proporcionará un recuerdo en agradecimiento por su colaboración, por parte de nosotros los estudiantes de medicina.
3. Se proporcionará al centro de salud informe del estudio realizado para que los mismos tomen las acciones correspondientes para una mejor capacitación a las comadronas.

He sido invitada a participar en la investigación “ATENCIÓN DEL PARTO Y ABORTO EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS MENORES DE 14 AÑOS, ATENDIDAS POR COMADRONA”. Entiendo que se me entrevistará y se tomarán datos de mi cuaderno de registro con información comprendida en el periodo de 1 de enero de 2013 al 1 de enero de 2014. Se me ha proporcionado el nombre y dirección de un investigador que puede ser fácilmente contactado. He leído y comprendido la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera.

Nombre del participante _____

Firma del participante _____

Fecha _____ Si es analfabeto debe firmar un testigo que sepa leer y escribir (si es posible, esta persona debiera ser seleccionada por el participante y no debiera tener relación con el equipo de investigación). Los participantes analfabetos debieran incluir también su huella dactilar.

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

Nombre del testigo _____

y huella dactilar 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 _____ **Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de consentimiento informado _____ (iniciales del investigador/subinvestigador). Consideraciones finales:**

Este estudio no utilizara pruebas físicas, psicológicas ni de laboratorio con las pacientes; más bien utiliza técnicas observacionales con la ayuda de la boleta de recolección de datos por medio de la historia clínica, por lo que se considera este estudio de categoría I (Sin Riesgo).

REDCOPY

10 CALLE 9-40 ZONA 11
Tel. 56698792 - 24712675