

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



**CESÁREA EN ADOLESCENTES Y GRADO
DE SATISFACCIÓN**

ALEJANDRA GUADALUPE MEJÍA PÉREZ

Tesis

Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas
Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en
Ginecología y Obstetricia
Para obtener el grado de
Maestra en Ciencias Médicas con Especialidad en
Ginecología y Obstetricia
Marzo 2017



Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

PME.OI.157.2017

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

El (la) Doctor(a): **Alejandra Guadalupe Mejía Pérez**

Carné Universitario No.: 201070008


Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestro(a) en Ciencias Médicas con Especialidad en **Ginecología y Obstetricia**, el trabajo de TESIS **CESÁREA EN ADOLESCENTES Y GRADO DE SATISFACCIÓN**

Que fue asesorado: **Dr. Ricardo Rafael Cruz Arocha**


Y revisado por: **Dra. Wendy Paola Estrada Monterroso MSc.**

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la **ORDEN DE IMPRESIÓN para marzo 2017**

Guatemala, 17 de febrero de 2017


Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes MSc.
Director
Escuela de Estudios de Postgrado




Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc.
Coordinador General
Programa de Maestrías y Especialidades



mdvs

Ciudad de Guatemala, 5 de octubre 2016

Doctor(a)

Edgar Fernando Chinchilla Guzmán

Docente Responsable

Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia

Hospital Nacional de Escuintla

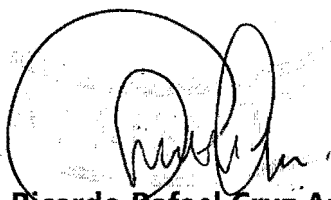
Presente.

Respetable Dr. Chinchilla:

Por este medio informo que he **asesorado** a fondo el informe final de graduación que presenta la doctora **ALEJANDRA GUADALUPE MEJIA PEREZ carné 201070008** de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y obstetricia el cual se titula **"Incidencia de cesárea en adolescente y Grado de satisfacción"**.

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

Atentamente,



Dr. Ricardo Rafael Cruz Arocha

Asesor de Tesis

Ciudad de Guatemala, 03 de octubre de 2016

Doctor(a)

Edgar Fernando Chinchilla Guzmán

Docente Responsable

Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia

Hospital Nacional de Escuintla

Presente.

Respetable Dr. Chinchilla

Por este medio informo que he **revisado** a fondo el informe final de graduación que presenta el Doctor **Alejandra Guadalupe Mejía Pérez carné 201070008**, de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia, el cual se titula **"Incidencia de cesárea en adolescente y Grado de satisfacción"**.

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

Atentamente,



Dr. (a) Wendy Paola Estrada Monterroso MSc.

Revisor de Tesis



Dra. Paola Estrada M.
Msc. Ginecología y Obstetricia
Col. 15,348

AGRADECIMIENTOS

Mi agradecimiento se dirige a quienes han forjado mi camino y me han dirigido por el sendero correcto, a Dios y mis amados Padres.

INDICE DE CONTENIDOS

I.	INTRODUCCIÓN.....	1
II.	ANTECEDENTES.....	3
	II.1. Definición de embarazo en la adolescencia.....	6
	II.2. Causas de embarazo en la adolescencia.....	6
	II.3. Factores de riesgo en la adolescencia.....	7
	II.4. Mortalidad materna en adolescentes.....	9
	II.5. Satisfacción y atención del paciente.....	10
	II.6. Calidad en la atención medica.....	12
	II.7. Satisfacción del paciente.....	14
III.	OBJETIVOS.....	17
	III.1. Objetivo General.....	17
	III.2. Objetivo Especifico.....	17
IV.	MATERIAL Y METODOS.....	18
V.	RESULTADO.....	21
VI.	ANALISIS Y DISCUSION.....	27
VI.1	CONCLUSIONES.....	29
VI.2	RECOMENDACIONES.....	30
VII.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	31
VIII.	ANEXOS.....	34

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Incidencia de cesárea en adolescentes.....	21
Tabla 2. Cesárea en adolescente según grupo etario.....	22
Tabla 3. Causa más frecuente de cesárea en adolescente.....	23
Tabla 4. Edad de inicio de vida sexual.....	24
Tabla 5. Grado de satisfacción en el servicio de emergencia.....	25
Tabla 6. Grado de satisfacción en labor y partos.....	25
Tabla 7. Grado de satisfacción en posparto.....	26

INDICE DE CUADROS

Cuadro I: Operacionalización de variables.....	19
--	----

RESUMEN

El embarazo en la adolescencia (EA) es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como aquella gestación que ocurre durante los dos primeros años de edad ginecológica y/o cuando la adolescente mantiene total dependencia social y económica de la familia.

La definición de grado de satisfacción según la American Society for Quality define la calidad como las características de un producto o servicio que afecta su capacidad para satisfacer las necesidades expresas o implícitas de los clientes.

El objetivo es determinar la incidencia de cesárea en adolescentes y grado de satisfacción del servicio prestado por el personal médico y enfermería del departamento de ginecología y obstetricia del Hospital de Escuintla.

Evidenciando un total de 546 casos de pacientes menores de 18 años fueron resueltas por vía abdominal, correspondiendo un 17.40% del total de pacientes, 15.9% por cesáreas previas, preclampsia 14.2%, La percepción de la calidad de atención recibida es deficiente en un 46. % por personal médico y enfermería

La incidencia de cesárea en adolescentes es elevada en un 17.40% y la edad promedio es 16 a 18 años. Atención brindada por el departamento de ginecología y obstetricia en emergencia, labor y partos y posparto es deficiente en un 46% dado tanto por personal enfermería como médico.

Comparado a reportes internacionales los indicadores en nuestro Hospital es elevado a la Región de Latinoamérica, que indica deficiencia en la calidad de atención de la paciente.

Palabras Clave: adolescencia, cesárea, calidad, grado de satisfacción

I.INTRODUCCION

La cesárea juega un papel muy importante dentro de las técnicas quirúrgicas obstétricas, debido a que su uso disminuye la mortalidad y morbilidad feto materno, no estando tampoco exenta de peligros, por lo que su indicación debe obedecer a motivos estrictos y tener una técnica en condiciones adecuadas.(1)

En muchos países, los adolescentes llegan a representar del 20 al 25% de su población, para el 2000 llegó a 1,1 millones de los cuales Guatemala poseía 2, 752,924 esto era el 25% de la población total para el 2005 el porcentaje de la población adolescente continuaba en el mismo rango es decir 24% que para este momento represento 3, 048,147. (3,4).

El embarazo en la adolescencia, es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como aquella gestación que ocurre durante los dos primeros años de edad ginecológica (edad ginecológica 0=edad de la menarquia) y/o cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de la familia. (3)

El embarazo en la adolescente es un evento que se incrementa tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo, como Guatemala, teniendo como consecuencias diversas situaciones que afectan a la madre, al hijo, la familia, sociedad. (1,3)

En todo el mundo el embarazo es la primera causa de defunciones en mujeres entre 15 y 19 años y el riesgo de muerte es inversamente proporcional a la edad. Los principales factores son complicaciones del parto y del aborto, llevado a cabo en malas condiciones higiénicas (2). La razón de mortalidad materna en Guatemala para 2002 llegó a 156 muertes por cada 100 mil nacidos vivos. (4)

La encuesta nacional de salud materno infantil 2002(ENSMI), encontró que el total de recién nacidos vivos en Guatemala, 362,372(17%) correspondieron a partos de mujeres

adolescentes para el año 2,002. (6,7). Para el 2,006 Guatemala tenía la tercera tasa más alta de fecundidad adolescente de Centroamérica, 114 nacimientos por cada 1,000 mujeres de 15 a 19 años de edad por año. Esto es evidente ya que solamente en 3 hospitales del país durante 5 años se reportaron 14,080 casos de embarazos adolescentes.

La calidad de las relaciones con los clientes se ha convertido en un factor decisivo para el éxito en la satisfacción en los distintas áreas de servicios .Desde hace algunos años países desarrollados han incorporado el punto de vista de los consumidores de salud como parte del concepto de calidad en la atención sanitaria

En consecuencia, conocer a fondo los elementos que originan satisfacción e insatisfacción en la atención hospitalaria, permitiría entregar herramientas para los gestores de salud en el planteamiento activo de estrategias focalizadas en esta área y también dar la oportunidad al paciente de adoptar un rol más activo, tomar decisiones sobre lo que desea recibir ante su hospitalización.

Actualmente no se encuentra ningún dato, ni encuesta nacional de salud materno infantil donde proporcione informe de la incidencia de cesáreas en adolescentes, y los únicos datos que se tienen es del año 2002, esto motivo a la realización de este estudio prospectivo, transversal y descriptivo en pacientes atendidas en el hospital nacional de escuintla, durante un periodo de enero a diciembre 2024, con la finalidad de poder identificar la incidencia de cesáreas en pacientes comprendidas menos de 18 años así como también conocer el grado de satisfacción como un indicador de calidad del servicio prestado por el departamento de ginecología y obstetricia, con el propósito de determinar el grado de satisfacción de las pacientes atendidas por la institución. Se realizara aplicando un instrumento tipo encuesta de preguntas cerradas y abiertas, de pacientes evaluadas en el área de emergencia, labor y parto y pos parto.

II. ANTECEDENTES

La OMS define como adolescencia al "período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio – económica" y fija sus límites entre los 10 y 20 años. (8)

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

Durante los 14 a 16 años es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático, psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. (1) Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo y por lo tanto es la edad promedio a la que se presenta el primer embarazo. (1,18)

Entre los 17 y 19 años casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales. (1)

Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo sabiendo que: "una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que

está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes". (1)

La población adolescente se encuentra rodeada de múltiples factores de riesgo, crecen en una cultura donde los compañeros, el Internet, la televisión, el cine y la música, transmiten mensajes a favor de las relaciones sexuales (9), como consecuencia de ello, el inicio de la actividad sexual a edad más temprana, en búsqueda posiblemente de respuestas a interrogantes sobre las relaciones sexuales, o a vivir experiencias que escuchan o ven en los medios de comunicación; el ambiente familiar inadecuado, la influencia del grupo social donde se desarrolla el adolescente, están relacionados con el actual aumento del riesgo de tener embarazos, abortos, partos, que en esta edad traen consecuencias adversas tanto para la madre como para el producto.(10,11)

La magnitud de esta problemática es evidente ya que según la OMS cada minuto en el mundo 300 mujeres conciben sin haberlo deseado o planeado y 200 adquieren alguna enfermedad transmitida sexualmente y una fallece a consecuencia de complicaciones en el embarazo. Se estima que cada año en el mundo, alrededor de 585,000 mujeres, mueren como consecuencia de complicaciones del embarazo y la mayoría son adolescentes. En los países en vías de desarrollo mueren 480 madres por cada 100,000 bebés nacidos vivos y 27 en los desarrollados, cifras que pueden ser hasta cuatro veces mayores en las adolescentes. (12)

El embarazo en adolescentes repercute en los servicios, la madre, la familia y la sociedad. Para los servicios, ha originado más demandas en los mismos, lo que conlleva a una posible atención deficiente por falta de recursos y sobrepoblación en los servicios de salud materno-infantil. (13)

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. (13)

La OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) reconocen la problemática del embarazo adolescente como prioridad debido a falta de información epidemiológica y la poca efectividad de las medidas de atención, consecuentemente a ello en Guatemala se

considera una línea de investigación importante que forma parte de las “Prioridades comunes de investigación en salud”, presentadas por la Comisión interinstitucional de acciones conjuntas del sector salud. (14)

La actividad sexual de los adolescentes va en aumento en todo el mundo, incrementando la incidencia de partos en mujeres menores de 20 años. (15,16)

La incidencia de embarazos adolescentes varía dependiendo de la región y del grado de desarrollo del país estudiado. En Estados Unidos, anualmente cerca de un millón de embarazos corresponden a madres adolescentes, constituyendo un 12,8% del total de embarazos. En países menos desarrollados, la proporción de embarazos adolescentes es de aproximadamente 15,2% en Chile y del 25% en el caso de Centroamérica (9,17)

Cada año miles de adolescentes en Guatemala quedan embarazadas, a menudo los resultados son trágicos: niños abandonados, educación interrumpida, complicaciones médicas, abortos ilegales, muertes maternas y aun suicidio (1,4).

Según la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil –ENSMI- 2,002, 23.8% representaba la población en edad fértil. De las adolescentes entre 15 y 19 años 40.4% se encontraba casada, 31.6% soltera y 20% unida. Con respecto a la escolaridad 25.5% no había cursado ningún grado, 44.4% cursó algún grado primaria, 25.9% secundaria y tan solo 4.2% tenía estudios superiores, por lo que 4% eran trabajadoras formales, 21% trabajadoras informales, 14.8% aún estudiaban y el resto amas de casa.

De las adolescentes de 15 a 19 años incluidas en la encuesta nacional 30.7 % eran indígenas y 69.3% no indígenas. En cuanto a procedencia 57.5% eran del área rural y 42.5% del área urbana. Se reportó que la edad promedio a la que se presenta el primer embarazo en las adolescentes es de 16 años. (18)

II.1. Definición del embarazo adolescente

Se le define como: "el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, 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. (1)

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. (10,11)

II.2. Causas

Una mujer con carencia afectiva y sin una adecuada educación de la voluntad, además de la erotización ambiental y la seudovaloración 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. La ser requerida 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."(18)

Como factor de índole biológico se puede señalar que actualmente la pubertad se produce a edades más tempranas. Científicamente se ha comprobado que hay un adelanto de casi un año en la menarquía (primera menstruación), ésta se sitúa como promedio a los 12 años. "Esta parcial madurez fisiológica trae como consecuencia la emergencia de relaciones sexuales más tempranas (que se calcula en un adelanto de tres años con respecto a las generaciones anteriores)". Los jóvenes desconocen, por lo tanto, riesgos médicos de un embarazo a tan temprana edad, implicancias de la menarquía, como también el conocimiento de métodos anticonceptivos con sus ventajas y desventajas. (19,18)

En relación con los factores de riesgo de carácter sociocultural, es importante señalar la influencia que tienen los medios de comunicación de masas sobre la población adolescente.

Éstos ejercen una gran presión debido a la inmensa cantidad de estímulos sexuales, así como una seudovaloración de éste como placer, es decir, sin compromiso afectivo. (9, 18,20)

El 20% de las adolescentes entre 15 y 19 años de Bahía, Brasil, declararon tener relaciones sexuales prematrimoniales, cifra que alcanzo a un 13% en la ciudad de México y a un 22.2% en Guatemala. (1,19)

La observación clínica indica que la relación sexual precoz se extiende a las comunidades campesinas, las zonas suburbanas y las clases sociales bajas y altas de las grandes ciudades. El aumento de la población juvenil sexualmente activa no se ha acompañado de un incremento proporcional de anticoncepción adecuada.

Entre los motivos mencionados por los adolescentes figura: la convicción de que “Eso a mí no me va a pasar “, lo inesperado del momento del coito, la ignorancia de los métodos anticonceptivos, temor a ser criticados si usan un método anticonceptivo, o que los padres se enteren de su intento. La mitad de los embarazos de adolescentes ocurren durante los seis meses siguientes al inicio de la primera relación sexual. (1,21)

II.3. Factores de riesgo

Biológicos

-Menarca temprana: Otorga madurez reproductiva cuando aún no maneja las situaciones de riesgo. (18) 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. Los adolescentes con una edad de menarquia precoz están más expuestos al riesgo de embarazo. (1,19)

Psicosociales

-Familia disfuncional: Uniparentales o con conductas promiscuas que ponen de manifiesto la necesidad de protección de una familia continente, con buen diálogo padres- hijos. Su ausencia genera carencias afectivas que la joven no sabe resolver, impulsándola a

relaciones sexuales que tiene mucho más de sometimiento para recibir afecto, que genuino vínculo de amor. (1, 15,17)

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 (1, 15,19).

Culturales

-Pensamientos mágicos: Propios de esta etapa de la vida, que las lleva a creer que no se embarazarán porque no lo desean. (3, 15,20)

-Fantasías de esterilidad: Comienzan sus relaciones sexuales sin cuidados y, como no se embarazan por casualidad, piensan que son estériles. (3, 15,20)

-Falta o distorsión de la información: Es común que entre adolescentes circulen "mitos" como: sólo se embaraza si tiene orgasmo, o cuando se es más grande, o cuando lo hace con la menstruación, o cuando no hay penetración completa, etc. (3, 15,20).

Psicológicos

Los adolescentes no son capaces de entender todas las consecuencias de la iniciación de la actividad sexual precoz. En la adolescencia medio el egocentrismo de la etapa, las hace asumir que a ellas eso no les va a pasar pues solamente, les ocurre a otras. (15, 17,18)

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. (15,18)

-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 (10, 15,22)

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 (1,19).

-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. (4,20)

II.4.Mortalidad materna en adolescentes

En todo el mundo el embarazo es una de las principales causas de defunción de las jóvenes entre 15-19 años. Los principales factores son complicaciones del parto y del aborto realizado en malas condiciones. Por razones tanto fisiológicas como sociales en ese grupo de edades las mujeres tienen probabilidades de perder la vida en el parto dos veces superior a las de las mujeres mayores de 20 años, las adolescentes menores de 15 años tienen probabilidad de morir cinco veces superior a las de las mujeres mayores de 20 años.

De la cantidad de abortos en malas condiciones realizados cada año estimados en 20,000,000 causan 78,000 defunciones correspondientes a jóvenes de 15-19 años de edad. (6,31,32) La muerte puede ocurrir en cualquier momento del periodo prenatal, natal o postnatal debido a las complicaciones que cada uno conlleva, siendo inversamente proporcional la relación entre defunciones y edad materna. (31,32)

La prevención de la mortalidad materna en adolescentes se basa en la detección precoz de los grupos de mayor riesgo, y adecuado tratamiento de la morbilidad obstétrica y perinatal, optimizando los recursos. De esta manera, los riesgos enfermar y morir, no serán un problema de la edad cronológica, sino de la calidad, cobertura y accesibilidad de los servicios de salud para las madres adolescentes. (6,4)

Para la disminución de la mortalidad materna en la adolescencia, se inicia con la Atención Primaria de la salud, a través de la Educación Sexual y Anticoncepción como herramientas de la Promoción para la Salud, todo ello enmarcado en un programa de Educación, Promoción y Protección para la Salud de la Adolescente, como política de salud teniendo en cuenta que los jóvenes aún carecen de representación gremial y política que defiendan sus derechos, pasando a ser una baja prioridad en algunas sociedades. (6,33,34)

El análisis de factores de riesgo, se resume a informes intrahospitalarios que muestran algunos aspectos del riesgo, generalmente asociados a algunas patologías y no con criterio predictivo aplicado desde la Atención Primaria de la Salud. (31)

La mortalidad relacionada con el embarazo y el parto la consideran de dos a cinco veces más alta entre las mujeres menores de 18 años de edad que entre las de 20 a 29 años de edad. (17, 33,32)

En países en desarrollo como Guatemala el riesgo de muerte puede ser desde un 80% más alto hasta cinco veces mayor. (35,32), las complicaciones del embarazo y el parto son las principales causas de muerte entre mujeres de 15 a 49 años. (36)

Por cada mujer que muere por esta causas, de 20 a 30 mujeres más desarrollan en el corto y largo plazo otras enfermedades o incapacidad relacionadas.

La mortalidad materna es tres veces más alta entre mujeres indígenas (211 muertes maternas por 100 mil niños nacidos vivos), que entre mujeres ladinas (70 muertes maternas por 100 mil nacidos vivos).

La mayoría de las muertes maternas ocurre el mismo día del parto (52% del total de muertes maternas), o en la primera semana del parto (22%), las principales causas son hemorragias (53%), infecciones (14%), hipertensión inducida por el embarazo (12%) y el aborto (10%). (36)

En Guatemala la razón de la mortalidad materna es de 153 muertes de mujeres por causa relacionada con el embarazo y el parto de cada 100 mil niños y niñas. (36)

Mortalidad materna en adolescentes y no adolescentes en algunos países, por 100.000 nacidos vivos

II.5. SATISFACCIÓN Y ATENCIÓN AL PACIENTE

1. SERVICIO AL CLIENTE

El servicio al cliente es el conjunto de actividades interrelacionadas que ofrece un suministrador con el fin de que el cliente obtenga el producto en el momento y lugar adecuado y se asegure un uso correcto del mismo (1).

El éxito de una organización, la reducción de costes y la satisfacción de las necesidades de sus clientes, depende de una cadena de suministro bien gestionada, integrada y flexible, controlada en tiempo real y en la que la información fluye eficientemente (1-3).

Por todo lo anterior, el nivel de servicio al cliente está relacionado directamente con la gestión y efectividad de la cadena de suministros: flujos de información, de materiales, de productos/servicios, etc. Cuanto más efectiva sea la gestión de la cadena de suministro, mayor será el valor añadido al servicio prestado al cliente (3).

El servicio al cliente juega un papel importante en el desarrollo y mantenimiento de la fidelidad y satisfacción del cliente. La fidelización del cliente permite a la organización retenerlo, de manera que asegura la rentabilidad de la "inversión inicial" de captación, desarrollo de productos y prestación del servicio.

Por este motivo el servicio al cliente debe ser considerado como una de las actividades estratégicas básicas (4-6).

Para que el servicio al cliente sea beneficioso, se debe de desarrollar una estrategia en donde se deben enfrentar tres decisiones básicas, qué servicios se ofrecerán, qué nivel de servicio se debe ofrecer y cuál es la mejor forma de ofrecer los servicios (7).

Para determinar cuáles servicios son los que el cliente demanda se deben realizar encuestas periódicas que permitan identificar los posibles servicios a ofrecer y establecer la importancia que le da el consumidor a cada uno de estos. Después de conocer qué servicios requieren los clientes, se tiene que detectar la cantidad y calidad que ellos desean, para hacerlo.

Para lograr un mejor servicio se puede recurrir al empleo de una serie de herramientas, las cuales se detallan a continuación:

- Reducir la cantidad de contactos con los clientes e incrementar su intensidad: la primera persona que brinde el servicio al cliente debe contar con toda la información que requiera para que la atención sea completa.
- Escuchar al cliente atenta y cordialmente: cuando el cliente se siente escuchado, se siente valorado e importante. La habilidad para hacer las preguntas clave facilita una atención ágil y acertada (8).

- Reducir los vacíos de información: dentro de la diversidad de problemas que surgen en la relación con el cliente, uno de los más frecuentes es la ausencia de calidad en la información que se le brinda. Se debe proporcionar una información específica y exacta (8).
- Evitar la preocupación de cliente: esto se logra dándole toda la información que él requiera, cuando se le dan a conocer las políticas y procedimientos relacionados con él y cuando se mantiene en todo momento una intachable conducta comercial (8).
- Empoderamiento (servicio intenso y profundo): es indispensable delegar más en el empleado encargado del contacto directo con el cliente para que pueda solucionar el 100% de las situaciones típicas que se le presenten y al menos un 80% de las especiales (8). Para que el servicio sea excelente se requiere delegar adecuadamente, entrenar intensamente al empleado que tiene contacto directo con el cliente, darle toda la información que deba manejar en su cargo y proporcionarle herramientas de servicio que garanticen la fidelidad de la persona que llega a la empresa (6).
- Desmontar los mecanismos distractores y agilizar el servicio: la empresa debe agilizar su atención al cliente porque, aunque la amabilidad es importante y una sala de espera con televisor es agradable, lo que el cliente siempre desea es ser atendido rápidamente (8).
- Prometer menos y dar más: es de gran importancia armonizar la oferta del servicio con lo que el cliente realmente recibe. El cliente que se siente engañado se pierde para siempre (8).
- Elaborar encuestas para que el cliente diga todo lo que no le gusta: se debe estar muy atento a requerimientos y reclamos y hacer los correctivos necesarios. Solo así se pueden desarrollar una mejora continua en el servicio (8).
- Verificar las estrategias de la competencia.

II.6. LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN MÉDICA

El término calidad es de origen griego Kalós, este vocablo significa en conjunto bueno y bello y de ambos modos fue trasladado al latín como Qualitas, la cual los diccionarios la definen como el conjunto de cualidades que contribuyen en la manera de ser de una persona o cosa (9,10).

Actualmente se puede definir calidad como “la totalidad de funciones, características o comportamientos de un bien producido o de un servicio prestado, que les hace capaces de satisfacer las necesidades de los consumidores”. La calidad es un concepto subjetivo dado que cada individuo puede tener su propia apreciación o su particular juicio de valor acerca del producto o servicio en cuestión. Sin embargo, al relacionar este término con la Salud Pública, se refiere a diferentes aspectos de la actividad de una organización: el producto o servicio, el proceso, la producción o sistema de prestación del servicio o bien, es el grado de satisfacción que ofrecen las características del producto con relación a las exigencias del cliente, en este caso del paciente.

La calidad de atención se basa en ofrecer un servicio o producto de acuerdo a los requerimientos del paciente más allá de los que éste puede o espera, satisfaciendo sus necesidades de manera consciente en todos los aspectos, logrando el mejor resultado con el mínimo riesgo. Para que esto suceda se deben de tener en cuenta tres elementos (1, 2,9):

- Científico-técnico
- Interpersonal
- Entorno

Puede definirse rápidamente el grado de satisfacción del cliente mediante la siguiente ecuación:

VALOR PREDICTIVO – EXPECTATIVAS = GRADO DE SATISFACCION

El Valor Percibido es aquel valor que el cliente considera haber obtenido a través del desempeño del producto o servicio. Los aspectos más relevantes del Valor Percibido son los siguientes: Lo determina el cliente, no la empresa, Se basa en los resultados que el cliente obtiene con el producto o servicio. Se sustenta en las percepciones del cliente, y no necesariamente en la realidad. Sufre el impacto de las opiniones de otras personas que influyen en el cliente. Depende del estado de ánimo del cliente y de sus razonamientos.

Dada su complejidad, el Valor Percibido puede ser determinado luego de una exhaustiva investigación que comienza y termina en el cliente. Las Expectativas, en cambio, conforman las esperanzas que los clientes tienen por conseguir algo, y se producen por el efecto de una o más de estas cuatro situaciones:

Promesas que hace la misma empresa acerca de los beneficios que brinda el producto o servicio, Experiencias de compras anteriores, Opiniones de amistades, familiares, conocidos y líderes. Alcanzar la satisfacción de los clientes es uno de los factores críticos para toda institución de salud.

La American Society for Quality define la calidad como las características de un producto o servicio que afectan su capacidad para satisfacer las necesidades expresas o implícitas de los clientes. Esta definición enfocada en el cliente sugiere que la calidad parte de las necesidades del cliente y termina con la satisfacción del cliente. El objetivo fundamental del movimiento actual de calidad total es ahora la satisfacción total del cliente.

II.7.SATISFACCIÓN DEL CLIENTE

La satisfacción del cliente es uno de los resultados más importantes de prestar servicios de buena calidad. Dado que la satisfacción del cliente influye de tal manera en su comportamiento, es una meta muy valiosa para todo prestador de servicios médicos. La satisfacción del cliente puede influir en:

- El hecho de que el cliente procure o no procure atención,
- El lugar al cual acuda para recibir atención,
- El hecho de que esté dispuesto a pagar por los servicios,
- El hecho de que el cliente siga o no siga las instrucciones del médico sobre su tratamiento,
- El hecho de que el cliente regrese o no regrese al centro médico,
- El hecho de que el cliente recomiende o no recomiende los servicios a los demás.

La satisfacción del cliente, depende del desempeño que se percibe en un producto o servicio en cuanto a la entrega de valor en relación con las expectativas del cliente (en este caso paciente). Si el desempeño del servicio no alcanza las expectativas, el paciente quedará insatisfecho. Si el desempeño coincide con las expectativas, el paciente quedará satisfecho. Si el desempeño rebasa las expectativas, el paciente quedará encantado. Las empresas sobresalientes procuran mantener satisfechos a sus pacientes. Los pacientes satisfechos

vuelven a comprar y comunican a otros sus experiencias positivas con el servicio o producto (11,12).

La satisfacción del cliente depende no sólo de la calidad de los servicios sino también de las expectativas del cliente. El cliente está satisfecho cuando los servicios cubren o exceden sus expectativas. Si las expectativas del cliente son bajas o si el cliente tiene acceso limitado a cualquiera de los servicios, puede ser que esté satisfecho con recibir servicios relativamente deficientes (13,14).

Por lo tanto, los administradores no deben suponer que los servicios prestados son adecuados únicamente porque los clientes no se quejan. Aun los niveles bajos de insatisfacción reportada, tan bajos como el 5%, deben tomarse en cuenta seriamente (13).

La satisfacción es, pues, un sentimiento subjetivo del cliente que tiene un gran valor para la gestión, ya que permite evaluar la aceptabilidad de los servicios. Las expectativas sociales y de cada cliente en particular sobre cuál es el nivel aceptable/inaceptable de servicios se construyen a partir de la experiencia personal y del entorno, y a menudo están en relación con el desarrollo social, de manera que atenciones consideradas aceptables en determinado momento no lo son al cabo de pocos años o en un contexto social diferente (15).

A fin de vencer estos obstáculos, los investigadores están explorando diferentes maneras de medir y analizar la satisfacción del cliente. En las entrevistas de salida, se puede solicitar a los clientes que relaten lo que sucedió durante la consulta, en vez de evaluarlo. En las entrevistas a fondo y en las discusiones de grupo focal se puede indagar para obtener información detallada, en lugar de hacer preguntas generales sobre la satisfacción. Un cliente simulado o cliente anónimo (es decir, un miembro de la comunidad capacitado que simule procurar servicios) puede evaluar la satisfacción del cliente, según la suposición discutible que él/ella comparte las percepciones reales del cliente (13-16).

Actualmente en México, Costa Rica y España se llevan a cabo encuestas en centros de salud públicos y privados, para medir la satisfacción del paciente y obtener información para aumentarla.

En países como México, la calidad en los servicios de salud y la satisfacción de ha tenido un auge desde los años cincuenta, en donde se busca que tanto en hospitales públicos como privados se mantenga un nivel alto de calidad en la prestación de los servicios, como ejemplo se tiene el estudio que se realizó en usuarios de 15 hospitales de Hidalgo, México. En este estudio muestran que la mayor parte de la insatisfacción del paciente está dada por el mal trato que se le brinda al paciente y por la mala calidad en los servicios (17).

En estas encuestas se han tomado en cuenta dimensiones como:

- Accesibilidad del servicio
- Confort/Entorno
- Información dada tanto por el personal médico como por el personal de apoyo.
- Trato personal
- Competencia profesional
- Continuidad asistencial

III. OBJETIVOS

III.1.OBJETIVO GENERAL

Determinar la incidencia de cesárea en adolescentes y grado de satisfacción del servicio prestado por el personal médico y enfermería del departamento de ginecología y obstetricia Hospital de Escuintla, durante el periodo de enero a diciembre 2014

III.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

Cuantificar el número de cesáreas segmentarias en adolescentes según grupo etario

Establecer la causa más frecuente de cesárea en pacientes adolescentes

Identificar la edad en que se inicia con vida sexual como factor de riesgo

Determinar el grado de satisfacción prestado en emergencia, labor y partos y posparto

IV.MATERIALES Y METODOS

IV.1. TIPO DE ESTUDIO:

Descriptivo, prospectivo y transversal

IV.2. UNIDAD DE ANALISIS

Adolescentes menores de 18 años evaluadas en emergencia e ingresadas a labor y partos.

IV.3. POBLACION Y MUESTRA

Población

Pacientes menores de 18 años ingresadas y evaluadas en emergencia, labor y partos y pos parto

Muestra

546 pacientes adolescentes atendidas en el hospital de Escuintla, durante el periodo de enero a diciembre 2014

Cuadro 1. Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	instrumento
Edad	Tiempo que una persona ha vivido, a contar desde su nacimiento	Edad anotada en el expediente	Numérica por intervalos	Años	Edad anotada en expediente
Edad gestacional	Duración del embarazo desde el primer día de la última menstruación hasta el evento	Edad gestacional anotada en el expediente	cuantitativa	Nominal	Edad gestacional anotada en expediente
Paridad	Números de embarazos con alumbramiento más allá de las 20 semanas o peso mayor a 500gr	Número total de embarazos	Cualitativa	Razón	Número de embarazos anotados en expediente
Antecedentes médicos	Origen de enfermedad propia concomitante de la persona	Asma bronquial, HTA, DM, hipotiroidismo, anemia, insuficiencia renal, etc.	cualitativa	nominal	Boleta recolección de datos
Grado de satisfacción	percepción del cliente sobre el grado en que se han cumplido sus requisitos en la atención institucional de salud	Bueno, malo, regular, excelente	cualitativa	nominal	Boleta de recolección de datos

IV.4 Técnicas y procedimientos a realizar en la recolección de datos:

IV.4.1 Técnica:

Se realizó una boleta de recolección de datos la cual se llenara después de haber resuelto el embarazo en el área de posparto que han asistido al hospital de escuintla durante el periodo de enero a diciembre de 2014. Se realizó una base estadística con los datos obtenidos para determinar la incidencia de cesárea en adolescentes y el grado de satisfacción.

IV.4.2 Procedimientos:

Se tomó el universo de casos de pacientes resueltas por vía abdominal en adolescentes , se excluyen pacientes que incluyan por protocolo ministerial por edad de la paciente (artículo 10-89) y que incluyan por sospecha de abuso sexual Se llenó la boleta de recolección de datos, se analizaron los resultados obtenidos y se determinó la incidencia de cesáreas en adolescentes y su grado de satisfacción, se realizó un registro del grado de satisfacción obtenido en los servicio de emergencia, labor y partos, y pos parto para que sirva de base en estudios posteriores.

IV.4.3 Aspectos Éticos De La Información

La información se manejó de manera confidencial entre el encuestado y el entrevistador. Para la recolección de datos se revisaron los expedientes médicos y se anotaron en la boleta los datos obtenidos de la encuesta.

V. RESULTADOS

A continuación se presentan datos de frecuencias, porcentajes y promedios en tablas y graficas de la población en estudio en el Hospital de Escuintla.

TABLA 1

Incidencia de cesárea segmentaria en adolescentes

	TOTAL	PORCENTAJE
<18AÑOS	546	17.40
Mayor de 18 años	1198	38.19
TOTAL	3137	100

En la Tabla 1 se observa que la incidencia de cesárea corresponde a un 17.40 % del total de pacientes adolescente atendida durante el periodo correspondiente.

TABLA 2**Cesáreas segmentarias en adolescentes según grupo etario**

EDAD (años)	TOTAL	PORCENTAJE
9 a 12	104	19.2
13 a 15	186	34.0
16 a 18	256	46.8
TOTAL	546	100

En el cuadro se evidencia que la edad promedio de pacientes adolescentes que ingresaron con embarazo a término, está comprendido entre los 16 y 18 años con un 46.8 % de los casos, y en menor cuantía pero aun así de mayor importancia está comprendida de la edad inferior a 12 años con un total 19.2%

TABLA 3**Causa más frecuente de cesárea en pacientes adolescente**

INDICACIONES	TOTAL	PORCENTAJE
Cesárea previa	87	15.93
Preeclampsia	78	14.28

Oligohidramnios	53	9.71
Podálico	49	8.97
SFA	23	4.21
PBF alterado	22	4.03
Papilomatosis	21	3.84
CSP	19	3.48
Eclampsia	13	2.38
Paro en descenso	12	2.20
Macrosomía	9	1.65
gemelar	5	0.91

La indicación de cesárea en pacientes adolescentes esta representa 15.93% en cesáreas previas,%, preeclampsia mas Bishop desfavorable 14.28% sufrimiento fetal inicial 13%, siendo estas las 3 indicaciones más frecuentes, además se identifica embarazo prolongado en un 12.45%, Oligohidramnios severo 9.70%,presentacion podálico 8.97%, y en menor porcentaje pero sin que sea de menor importancia se evidencia desproporción céfalo pélvica 3.47%,embarazo gemelar 1.28,eclampsia 2.38%,pbf alterado 4.02%, sufrimiento fetal agudo 5.86%, paro en descenso 2.19%, talla corta 0.91%, macrosomía 1.64%,papilomatosis 3.84%

TABLA 4**Edad en que se inicia con vida sexual como factor de riesgo**

EDAD (años)	TOTAL	PORCENTAJE
9 a 12	187	34.24
13 a 15	176	32.23
16 a 18	183	33.53
TOTAL	546	100

Se evidencia que la edad promedio del inicio de las relaciones sexuales en las adolescentes esta dado 9 a 12 años representado en un 34.24%, seguido de 16 a 18 años en un 33.53% de los casos, dando dan connotación que el inicio de la vida sexual es en edades tempranas

TABLA 5**Grado de satisfacción prestado en emergencia de maternidad**

GRADO DE SATISFACCION	MEDICO		ENFERMERIA	
	SATISFACTORIO	106	19.41%	134
DEFICIENTE	251	45.97%	252	46.15%
INSATISFACTORIO	113	20.69%	103	18.86%
NULO	76	13.91%	57	10.43%

La percepción de la calidad de atención recibida por la paciente en la emergencia revela en mayor porcentaje que la atención brindada es deficiente en un 45.97% dada por los médicos y un 46.15% por enfermería, satisfactoria en un 24.54% por enfermería, 19.41% por médicos, de la misma forma la percepción recibida con mala calidad en su atención está dada en un 20.69% por personal médico y un 18.86% por enfermería. Pacientes que dieron como nulo su voto para un 13.91% para médicos y un 10.43% para enfermería.

TABLA 6

Grado de satisfacción prestado en labor y partos

CALIDAD	MEDICO		ENFERMERIA	
	SATISFACTORIO	213	39.01%	80
DEFICIENTE	251	45.97%	135	24.72%
INSATISFACTORIO	77	14.010%	275	50.36%
NULO	5	0.91%	42	7.69%

La percepción de la calidad de la atención en el servicio de labor y partos es deficiente por parte del personal médico, representado en un 45.97% e insatisfactorio el servicio brindado por enfermería representado en un 50.36%, no obstante se obtiene una calidad de atención satisfactoria en un 39.01% por personal médico y un 14.65% por personal de enfermería.

TABLA 7**Grado de satisfacción prestado en posparto**

CALIDAD	MEDICO		ENFERMERIA	
SATISFACTORIO	43	7.87%	73	13.37%
DEFICIENTE	265	48.53%	185	33.88%
INSATISFACTORIO	233	42.67%	286	52.38%
NULO	5	0.91%	2	0.37%

La percepción de la calidad de la atención en el servicio de pos parto está representado en un 48.53% como deficiente en la calidad por parte del personal médico, y como insatisfactorio en un 52.38% por el servicio brindado por enfermería. Tanto el personal médico y enfermería en la calidad de atención satisfactoria está representado en un menor porcentaje dado en un 7.87% por personal médico y un 13.37% por enfermería

Connotando así que existe una atención insatisfactoria brindada por el personal tanto medico como enfermería en el área de pos parto.

VI. ANALISIS Y DISCUSION

Durante el periodo enero a diciembre 2014, se registró 546 pacientes menores de 18 años resueltas por vía abdominal, la incidencia de cesárea corresponde a un 17.40 % del total de pacientes con edad promedio comprendido entre los 16 y 18 años representando el 49.31 % de los casos, y en menor cuantía pero aun así de mayor importancia está comprendida de la edad inferior a 12 años 19.2%.

El inicio de vida sexual en las adolescentes se da en un 31% edad comprendida 15 años, observando de la misma forma que pacientes menores de 13 años se encuentra en un 5 % y en menor porcentaje dentro de la edad comprendida de los 18 años para un total de 1 %.

la indicación de cesárea más frecuente es por cesáreas segmentarias previas en un 15.93%,preclampsia mas bishop desfavorable 14.28% sufrimiento fetal inicial 13%, siendo estas las 3 indicaciones más frecuentes, además se identifica embarazo prolongado más bishop desfavorable 12.45%, oligohidramnio severo 9.70%,presentacion podálico 8.97%, y en menor porcentaje pero sin que sea de menor importancia se evidencia embarazo gemelar 1.28,eclampsia 2.38%,pbf alterado 4.02%, sufrimiento fetal agudo 5.86%, paro en descenso 2.19%, Papilomatosis 3.84%

La percepción de la calidad de atención recibida por la paciente en la emergencia revela en mayor porcentaje que la atención brindada es deficiente en un 45.97% dada por los médicos y un 46.15% por enfermería, satisfactoria en un 24.54% por enfermería, 19.41% por médicos, de la misma forma la percepción recibida con mala calidad en su atención está dada en un 20.69% por personal médico y un 18.86% por enfermería. Pacientes que dieron como nulo su voto para un 13.91% para médicos y un 10.43% para enfermería. Labor y partos es deficiente por parte del personal médico, representado en un 45.97% e insatisfactorio el servicio brindado por enfermería representado en un 50.36%, no obstante se obtiene una calidad de atención satisfactoria en un 39.01% por personal médico y un 14.65% por personal de enfermería. Posparto está representado en un 48.53% como deficiente en la calidad por parte del personal médico, y como insatisfactorio en un 52.38% por el servicio brindado por enfermería.

Tanto el personal médico y enfermería en la calidad de atención satisfactoria está representado en un menor porcentaje dado en un 7.87% por personal médico y un 13.37% por enfermería

Connotando así que el medico brinda en labor y partos una atención deficiente a diferencia del personal de enfermería que brinda una mala calidad en el mismo servicio

VI.1 CONCLUSIONES

En el Hospital Nacional de Escuintla durante el periodo Enero a Diciembre del 2014 la tasa de incidencia de cesárea, representa un 17.4 % del total de adolescentes registrados en ese periodo de tiempo; claramente se evidencia un valor por encima de lo estipulado a nivel mundial y a nivel nacional; además se aprecia que esta tendencia se viene presentando en los últimos años, como se puede apreciar en el año 2002, donde la tasa de incidencia de cesárea alcanzó un valor de 15 % en pacientes adolescentes.

La edad promedio a la que se presentó el embarazo en adolescentes fue de 16 -17 años que representa el 43.77%. Así mismo se observa que la edad menor que se registró en el grupo etario comprendido entre los 11,12 13 años, para un 4.39% de adolescentes con cesárea.

El inicio de vida sexual en las adolescentes se da en un 31% edad comprendida 15 años, observando de la misma forma que pacientes menores de 13 años se encuentra en un 5 %.

La paridad promedio de las pacientes menores de 18 años es de 46.33% en primigestas, un 33.69% en secundigesta, 18.49% en trigestas y en menor porcentaje en un 1.46% multíparas.

Las causas más frecuentes de cesáreas evidencia que cstp previas representa 15.93%, preclampsia mas bishop desfavorable 14.28% sufrimiento fetal inicial 13%, siendo estas las 3 indicaciones más frecuentes, además se identifica embarazo prolongado más bishop desfavorable 12.45% ello secundario a la ausencia de prostaglandinas en el hospital nacional de escuintla lo que marca una incidencia mayor en las causas de cesáreas, oligohidramnio severo 9.70%,presentacion podálico 8.97%, y en menor porcentaje pero sin que sea de menor importancia se evidencia desproporción céfalo pélvico 3.47%, embarazo gemelar 1.28,eclampsia 2.38%,pbf alterado 4.02%, sufrimiento fetal agudo 5.86%, paro en descenso 2.19%, talla corta 0.91%, macrosomía 1.64%,papilomatosis 3.84%

La percepción de la calidad de atención recibida por la paciente en la emergencia revela en mayor porcentaje que la calidad de atención brindada es regular en un 45.97% dada por los médicos y un 46.15% por enfermería. La percepción de la calidad de la atención en el servicio de labor y partos aumenta en la calidad de una atención para el personal médico en un 45.97% con gran diferencia de un 12.46%, para el personal de enfermería en un 33.51%, evidenciando así que el medico brinda en labor y partos una atención regular a diferencia del personal de enfermería que brinda una mala calidad en el mismo servicio.

VI.2 RECOMENDACIONES

VI.2.1 Realizar anualmente investigaciones científicas similares y mantener una base de datos con las cifras estadísticas halladas con la finalidad de obtener un punto de partida y/o referencia para futuras investigaciones.

VI.2.2 Definir claramente en las Historias Clínicas el Diagnóstico Principal para realizar la intervención quirúrgica.

VI.2.3 Establecer el uso de normativas y/o guías de manejo institucional, con el fin de justificar los diagnósticos operatorios y disminuir el número de cesáreas.

VI.2.4 Crear una comisión de control dentro del servicio de Gineco-Obstetricia, encargada de analizar la tasa de incidencia de cesáreas cada mes, identificando los médicos asistentes con más alta incidencia de cesárea.

VI.2.5 Incentivar en las pacientes gestantes la difusión y el conocimiento del riesgo y consecuencias que amerita una cesárea.

VI.2.6 Coordinar oportunamente con los centros periféricos para que se derive con anticipación a las pacientes que presenten alguna complicación obstétrica con el objetivo de evitar eventuales emergencias.

VI.2.7 Evaluar, permanentemente la calidad de los servicios para mejorar las deficiencias encontradas y o mantener las características positivas que hacen al servicio satisfactorio y de calidad.

VI.2.8 Crear un sistema de evaluación permanente a cargo del departamento de atención al usuario, con la finalidad de garantizar que los servicios satisfagan las expectativas del usuario y sean de alta calidad para nuestros pacientes.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mejía Cruz L. Embarazo en la adolescente. 2 ed. Guatemala: 2012; 1-30.
2. Federación internacional de planificación de la familia/Región del hemisferio occidental. Adolescent pregnancy in Latin America and the Caribbean. Nueva York: [s.n.]; 2009.
3. Valdés D, Sigfrido E, Bardales M. Embarazo en la adolescencia: incidencia, riesgos y complicaciones. Rev Cubana Obstet Ginecol. [revista en línea] 2,002 ene-abr [accesado 16 Marzo 2008]; 28(2) Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138600X2002000200004&lng=es&nrm=iso. ISSN 0138-600X.
4. Guttmacher Institute. Maternidad temprana en Guatemala: un desafío constante. Guatemala: [s.n.]; 2006. (Serie de informes; 5)
5. Organización Panamericana de la Salud. La Salud en las Américas: Guatemala. Oficina regional de la OMS. Washington, D.C, OPS; 2,002. (Serie de informes; 2).
6. Centro Internacional de Investigaciones de Derechos Humanos. Salud y protección a la maternidad: situación de los derechos económicos sociales y culturales en Guatemala. 2,006 Suiza; Guatemala DESCGUA; 2006. (A los diez años de la firma de los acuerdos de paz).
7. Meléndez D. Contexto cultural de la maternidad y paternidad en adolescentes en Costa Rica. San José [Costa Rica]: OPS/OMS; 2006.
8. Organización Panamericana de la Salud. El Embarazo en Adolescentes en Estados Unidos de América. Salud materno infantil y atención primaria en las Américas: hechos y tendencias. Informe de un grupo científico de la OMS. Washington, D.C.: OMS; 2,003 (Publicación científica; 461).
9. Maddalen M, Suárez O. Situación social de los adolescentes y jóvenes en América Latina. Washington, D.C: OPS; 2,004. (Publicación científica; 562.) Pérez W. Aspectos psicosociales del embarazo en la adolescencia: Rev Ped (Cuba) 2,002; 74(4).
10. Organización Mundial de la Salud. Young people's health: a challenge to society. Informe científico de la OMS. Ginebra: OMS; 1,986. (Serie de Informes Técnicos; 731).

11. Ismeri Seixas C. Aceptación y Acceso a los servicios para adolescentes. Brasil: Programa de asistencia médica y psicosocial para la adolescencia; 2,004 (Serie de informes; 2)
12. Organización Mundial de la Salud. Comisión internacional de acciones conjuntas del sector académico y del sector salud. Subcomisión de investigación prioridades Comunes de investigación en salud. OPS: Guatemala; 2,006
13. Contreras J, Guzmán J, Falconier M. La adolescencia y la salud reproductiva. En: Guzmán J, Hakkert R, Contreras J, Falconier M. Diagnóstico sobre salud sexual y reproductiva de adolescentes en América Latina y el Caribe. México: Fondo de Población de las Naciones Unidas; 2,000: p.12-41.
14. Moya C. La salud sexual y reproductiva de los jóvenes en América latina y el Caribe. Chile: OPS; 2,000.
15. 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 (CENOEISS). San José, [Costa Rica]: Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social (EDNASSS) 1,999.
16. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil: embarazo precoz. Guatemala: INE; Octubre 2003.
17. Department of Health and Human Services. Preventing teenage pregnancy. Georgia, United States; 2,002 [accesado 16 de febrero 2,008]. Disponible <http://mchb.hrsa.gov/programs/adolescents/abstinence.htm>
18. Torres C. Factores de riesgo en adolescentes embarazadas. Lima, Perú: 2002; 17(1)
19. Maddaleno M, La Salud del adolescente y del joven. Washington, D.C.: OPS; 2,004. (Publicación científica; 552.)
20. Universidad Autónoma de México. Adolescentes embarazadas. Toluca, México: UNAM; 2,007 (Publicación científica;12)
21. Programa Nacional de Unidad y Desarrollo. Diversidad étnico-cultural: la ciudadanía en un estado plural. Informe nacional de desarrollo humano. Guatemala: Editorial Sur; 2,005.
22. Issler R. Embarazo en la adolescencia. Rev Med Postg. 2001 Ago 107(1):11-23
23. Mardones F, Ocqueteau M, Urrutias M, Javiet L, Villarroel L .Anemia en las embarazadas. Puente Alto, [Chile]: [s.n.]; 1,998.

24. Hath J, Wenstrom K. Trastornos hipertensivos del embarazo. En: Cunningham F, Gant N, Leveno K, Gilstrap L, Hath J, Wenstrom K. William Obstetrics. 21 ed Estados Unidos:McGraw-Hill;2001.
25. Organización Panamericana de la Salud y el Fondo de Naciones Unidas. Guía para abogar por la salud integral de los/las adolescentes: énfasis en salud sexual y reproductiva. OPS. Washington D.C: OPS; 1995. p.3-8.
26. Thoraya Ahmed O. Valorizar a 1,000 Millones de Adolescentes. Satisfacción de las necesidades en materia de servicios de la salud Reproductiva. Fondo de la población mundial, inversión en su salud y sus derechos. Argentina: OPS; 1,992 (Serie Paltex para gestiones de programas de Salud; 20)
27. Organización Mundial de la Salud. Adolescent's sexual activity and childbearing in Latin America and the Caribbean: risks and consequences. Washington: Population

VIII.ANEXOS



ENCUESTA SOBRE ANTECEDENTES OBSTETRICOS Y GRADO SATISFACCION



INFORMACION:

Estimada señora, la presente encuesta es un instrumento mediante el cual se quiere determinar el grado de satisfacción que usted tiene con el servicio que le presto el departamento de ginecología y obstetricia de dicha institución. Se agradece su colaboración en responder las preguntas que se le formulan, recuerde que la información que usted puede aportar mejoras en la atención médica, paramédica y enfermería del hospital. Gracias.

INSTRUCCIONES

- 1.- La encuesta está constituida por una serie de preguntas, por favor responder a cada una de ellas según su opinión al respecto.
- 2.- No necesita identificar la encuesta con su nombre.
- 3.- Agradecemos su colaboración y sinceridad.

DATOS DE IDENTIFICACION, PARA SER LLENADA POR EL ENCUESTADOR

Edad:_____ Nivel educativo:_____

Ocupación:_____

Inicio de vida sexual:_____

Número de parejas sexuales:_____

Paridad:_____

Historia obstétrica: G ___ A ___ P ___ C ___ HV ___ HM ___

INDICACION DE CESAREA:

Papilomatosis

Desproporción céfalo pélvica

Podálico

Gemelar

Otro , cual: _____

EN RELACION AL GRADO DE SATISFACCION BRINDADO POR LA INSTITUCION

El tiempo que Ud. Espero desde su llegada a la admisión hasta ser atendida por el personal médico fue:

_____ horas _____ minutos

En relación a la atención que usted recibió por parte del personal de la emergencia considera usted que fue:

	SATISFACTORIO	DEFICIENTE	INSATISF.	NULO
MEDICO				
ENFERMERIA				

Si su respuesta fue malo, POR QUE? _____

En relación a la atención que usted recibió por parte del personal de labor y partos, considera usted que fue:

	SATISFACTORIO	DEFICIENTE	INSATISF.	NULO
MEDICO				
ENFERMERIA				

Si su respuesta fue malo, POR QUE? _____

En relación al trato que usted recibió por parte del personal de pos parto fue:

	SATISFACTORIO	DEFICIENTE	INSATISF.	NULO
MEDICO				
ENFERMERIA				

Si su respuesta fue malo, POR QUE? _____

En relación a los médicos que la examinaron, su cirujano se presentó y le explico el motivo de su cesárea?

SI _____

NO _____

PERMISO DEL AUTOR PARA COPIAR EL TRABAJO

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada:

“CESAREA EN ADOLESCENTES Y GRADO DE SATISFACCION” para propósitos de consulta académica.

Sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial.