

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**HISTORIA GINECOLOGICA Y OBSTETRICA DE LAS
ADOLESCENTES QUE ASISTEN AL HOSPITAL
GENERAL SAN JUAN DE DIOS**

Estudio descriptivo realizado con historias clínicas de pacientes que asistieron al Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital General San Juan de Dios en el periodo comprendido de noviembre de 1996 a noviembre de 1997.

TESIS

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

POR

ANA MARIA DEL ROSARIO RIVAS ESPAÑA

En el acto de investidura de:

MEDICA Y CIRUJANA

Guatemala, agosto de 1998

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

05
T(7926)
C. A

EL DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DE LA
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

H A C E C O N S T A R Q U E :

El (la) BACHILLER : ANA MARIA DEL ROSARIO RIVAS ESPAÑA

Carnet Universitario No: 92-10893

Ha presentado para su Examen General Público, previo a optar al título de Médico y Cirujano, el trabajo de tesis titulado:

HISTORIA GINECOLOGICA Y OBSTETRICA DE LAS ADOLESCENTES

QUE ASISTEN AL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS

trabajo asesorado por:


Doctor: EDGAR KESTLER J.


y revisado por:

Doctor: CESAR REYES MARTINEZ

quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, firman y sellan la presente ORDEN DE IMPRESION.


Guatemala, 17 de agosto de 1998


Dr. José María Granado
COORDINADOR UNIDAD DE TESIS


DIRECTOR
CENTRO DE INVESTIGACIONES
DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD

IMPRIMASE:

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS


DR. ROMEO ARNALDO VASQUEZ VASQUEZ

DECANO

DR. ROMEO ARNALDO VASQUEZ VASQUEZ
DECANO 1998 - 2002



Facultad de Ciencias Médicas
San Carlos, Guatemala, Zona 12
Guatemala, Guatemala

APROBACION INFORME FINAL

OF. NO: 116-98

Guatemala, 31 de julio 1998.

BACHILLER:
ANA MARIA DEL ROSARIO RIVAS ESPAÑA
CARNET No. 92-10893
Facultad de Ciencias Médicas
USAC

Por esta medio hago de su conocimiento que su Informe Final de Tesis,
titulado: **HISTORIA GINECOLOGICA Y OBSTETRICA DE LAS ADOLESCENTES
QUE ASISTEN AL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS**

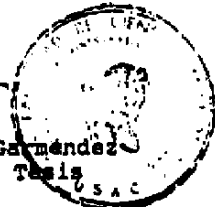
ha sido RECIBIDO, y luego de REVISADO se ha establecido que cumple con
los requisitos contemplados en el reglamento de trabajos de tesis; por
lo que es autorizado para completar los trámites previos a su
graduación.

Sin otro particular me suscribo de usted.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Dr. José María Gramajo Garméndez
Coordinador Unidad de Tesis



NOTA. La información y conceptos contenidos en el presente trabajo es
responsabilidad única del autor.



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MEDICAS
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Guatemala, 31 de julio 1998

Doctor:
José María Gramajo Garméndez
Coordinador Unidad de Tesis
Facultad de Ciencias Médicas

Yo le informa que el (la) BACHILLER

ANA MARIA DEL ROSARIO RIVAS ESPAÑA

Nombres y apellidos completos

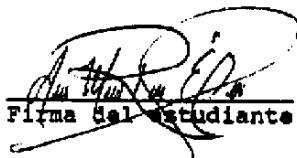
Carnet No. : 92-10893 ha presentado el Informe Final de su trabajo

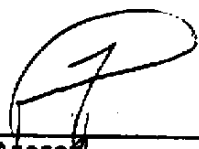
de tesis titulado:


HISTORIA GINECOLOGICA Y OBSTETRICA DE LAS ADOLESCENTES

QUE ASISTEN AL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS

El cual autor, asesor(es) y revisor nos hacemos responsables por el contenido, metodología, confiabilidad y validez de los datos y resultados obtenidos, así como de la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones expuestas.


Firma del estudiante


Asesor
Nombre completo y sello
Dr. EDGAR E. KESTLER JIRON
Médico - Cirujano
Colegiado 2300


F. Revisor
Nombre completo y sello
Reg. Personal 12694
Dr. CESAR A. REYES M.
MEDICO Y CIRUJANO
COLEGIADO No. 3411

INDICE

I. INTRODUCCIÓN	1
II. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	2
III. JUSTIFICACIÓN	4
IV. OBJETIVOS	6
V. REVISIÓN BIBLIOGRAFICA	6
VI. METODOLOGÍA	17
VII. PRESENTACION DE RESULTADOS	21
VIII. ANALISIS DE RESULTADOS	30
IX. CONCLUSIONES	33
X. RECOMENDACIONES	34
XI. RESUMEN	35
XII. BIBLIOGRAFÍA	36
XIII. ANEXO	38

I. INTRODUCCIÓN

En el período de la adolescencia ocurren cambios en las dimensiones sociales, sexuales, físicas e intelectuales, hasta alcanzar el completo desarrollo, crecimiento y madurez sexual preparándose para su inserción en la sociedad en la etapa adulta.

La información inadecuada o insuficiente sobre el comportamiento o conducta sexual, se traduce en riesgos para la salud de la adolescente.

Para conocer la historia ginecológica y obstétrica de las adolescentes se realizó el presente estudio descriptivo-retrospectivo, en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital General San Juan de Dios, para lo cual se revisó 740 expedientes clínicos de las adolescentes atendidas durante noviembre de 1996 a noviembre de 1997.

Los principales resultados fueron los siguientes: El 96.7% de las adolescentes presentaron la menarca en la edad promedio de 10 a 15 años. Presentaron un ciclo irregular 11% y 4% de ellas padecieron oligomenorrea y polimenorrea.

La mayor parte de adolescentes iniciaron su actividad sexual en la adolescencia tardía. De las 63 adolescentes que presentaron su menarca en la adolescencia tardía el 2% inicio su actividad sexual antes de haber presentado su menarca.

De las 740 adolescentes, el 61% tuvo control prenatal en la adolescencia tardía y el 1% restante en la adolescencia temprana. El 92% de las adolescentes tienen de 1 a 4 hijos vivos y 8% de las madres tienen un hijo muerto.

Se determinó que el 90% de las adolescentes solo han tenido un compañero sexual y el 3% han tenido más de uno.

En este estudio se observó que el 95% de las adolescentes no utilizaron ningún método de planificación familiar en su primera relación sexual. Finalmente podemos mencionar que los datos obtenidos, indican que las mujeres adolescentes merecen más atención e investigación ya que en Guatemala aún no se cuenta con instituciones o programas públicos que se dediquen en forma integral y adecuada a atender los factores de riesgo de las mismas.

II. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), definen como adolescencia temprana el período comprendido entre los 10 y 14 años y tardía de 15 a 19 años y 11 meses. En dichas etapas ocurren cambios en las dimensiones físicas, sociales, sexuales e intelectuales, hasta alcanzar el completo desarrollo, crecimiento y madurez sexual preparándose para su inserción en la sociedad en la etapa adulta. (3,4,6,12,13,19,21)

Se ha descrito que los países latinoamericanos poseen altos porcentajes de embarazos en adolescentes. En Guatemala el 44% de las mujeres son madres antes de los 20 años.

La fecundidad de la adolescente guatemalteca entre 15 y 19 años de edad es la segunda más alta de América Latina y se sabe estadísticamente que el área más afectada es la rural en relación a la urbana ya que al compararla se puede ver que las primeras tienen mayores posibilidades de empezar una relación sexual antes de los 20 años de edad, por lo que es fácil deducir que la población en donde con mayor frecuencia se observa el fenómeno, es la del estrato social bajo el cual en gran parte es determinado por el grado de educación y éste se relaciona al conocimiento sobre planificación familiar y control prenatal. (18,19).

Por otro lado el crecimiento físico y la maduración normales de los adolescentes pueden resultar afectados adversamente por una nutrición inadecuada, un estrés físico inoportuno o inapropiado para el organismo en desarrollo, o el embarazo antes de la plena madurez. También es probable que se traduzcan en riesgos para la salud de los adolescentes una información insuficiente que le ayude a tomar las decisiones sobre el comportamiento, la elección inapropiada de una forma de conducta, por la razón que sea, y la falta de apoyo para inclinarse por una posible opción apropiada. (14).

Dentro de los problemas ginecológicos más frecuentes que se observan en las adolescentes tenemos que la tercera parte de las mismas sufren dismenorrea intensa invalidante, ésta es la causa principal de la ausencia escolar de las adolescentes, la menorrorragia también plantea problemas especiales cuando se presenta a esta edad y la causa más frecuente en la adolescente es la denominada hemorragia uterina disfuncional.
(2).

Este estudio tiene como objetivo principal determinar las características ginecológicas y obstétricas de las adolescentes atendidas en el período postparto en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital General San Juan de Dios durante el período noviembre de 1996 a marzo 1998.

La fuente de información fueron las encuestas realizadas desde el 11 de noviembre de 1996 por el Centro de Investigación en Salud Reproductiva y Familiar, la Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud, tal información no había sido procesada por lo que se considera que se podía perder tan valiosa información.

El Programa de Salud Integral del Adolescente en el Hospital General San Juan de Dios, estaría dispuesto a realizar acciones buscando combatir los factores desencadenantes de riesgo, fortaleciendo la protección de la salud, creando mecanismos que motiven a la adolescente a convivir en ambientes que la incentiven a adquirir un estilo de vida saludable, que le permita desarrollarse productivamente. (7)

3
PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

III. JUSTIFICACIÓN

En la actualidad hay varias instituciones semiprivadas o privadas, que prestan atención a las necesidades individuales de los adolescentes, pero aún no se cuenta con instituciones públicas que se dediquen en forma integral y adecuada a atender los factores de riesgo que se presentan biopsicosocialmente en los adolescentes, con el fin de que obtengan beneficios personales y sociales para la vida futura, en nuestra sociedad.

En América Latina, los adolescentes, constituyen aproximadamente el 30% de la población. Los adolescentes en Guatemala, constituyen 2,188,752 que equivale a 27.6% de la población total; el 46% de la población guatemalteca tiene menos de 15 años; los adolescentes entre 10 y 14 años constituyen el 13.6% y las adolescentes el 12.49%; los adolescentes entre 15 y 19 años constituyen el 10.17% y las adolescentes 10.25%. (17,20).

En un estudio realizado en 1,994 en el Hospital General San Juan e Dios en 1,546 adolescentes que consultaron a las diferentes servicios de dicho hospital, se determinó que el 46.98% fueron atendidos en el Departamento de Cirugía y el 22.64% en el Departamento de Ginecología y Obstetricia y el 6.86% al Departamento de Pediatría. (7).

El presente estudio tiene como enfoque principal determinar las características ginecológicas y obstétricas y el conocimiento de anticonceptivos de las pacientes adolescentes en su período postparto atendido en el Hospital General San Juan de Dios, para determinar la necesidad de implementar programas o estrategias con participación multidisciplinaria que en un futuro contribuyan a mejorar y resolver las necesidades de atención en salud de la adolescente para que les permita llevar una vida social y económicamente productiva.

IV. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Describir las características de la historia ginecológica y obstétrica de las pacientes adolescentes atendidas en su período postparto.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Describir la relación de la menarquía y el inicio de vida sexual.
- Identificar el promedio de edad de inicio de vida sexual de la adolescente.
- Determinar el número de hijos vivos y muertos de la adolescente.
- Determinar el porcentaje de adolescentes que tuvo control prenatal.
- Determinar cuantos compañeros sexuales han tenido durante su vida productiva.
- Describir el uso de métodos anticonceptivos durante la primera relación sexual y cuál fue el método más utilizado por la adolescente.

V. REVISIÓN BIBLIOGRAFICA

ADOLESCENCIA

DEFINICIÓN: período comprendido entre los 10 y 19 años 11 meses, en que ocurren cambios en las dimensiones física, social, sexual e intelectual, hasta alcanzar el completo desarrollo, crecimiento y madurez sexual, preparándose para su inserción en la sociedad en la etapa adulta.

La adolescencia es la primera situación en la vida del individuo donde éste toma conciencia de los cambios en que se encuentra, con las crisis consiguientes. Esta se traduce como desorganización y reorganización del aparato psíquico, diferente en cada sexo pero con iguales implicaciones de enfrentamiento por no entender su propia identidad. (3,4,6,12,18,19,21)

PUBERTAD

Del latín pubere, cubrirse de vello el pubis, puede definirse como el período de tiempo en que culmina el crecimiento y el desarrollo de un individuo. (11,23).

PUBESCENCIA

Período en el cual ocurren los cambios sexuales secundarios. (11).

SALUD INTEGRAL DEL ADOLESCENTE

La salud integral del adolescente debe ser entendida desde el punto de vista de su trascendencia, como un elemento básico para el desarrollo social de los países y del mundo en general. Así fue visto por los voceros de los países durante las discusiones técnicas llevadas a cabo durante la 42a. Asamblea Mundial de la Organización Mundial de la Salud, en 1989. En manos del adolescente y el joven está no sólo el futuro inmediato de una sociedad, sino también el presente.

Es este grupo donde las exigencias y manifestaciones psicosociales de la salud integral son quizá más evidentes. El individuo y el conjunto necesitan niveles críticos de bienestar y respuesta social para poder cumplir con sus aspiraciones de contribuir al desarrollo. (1).

El bienestar no se logra si no existen también niveles críticos de calidad de vida, en términos de derechos elementales para el ser humano tales como educación, nutrición, vivienda y buena salud física y mental; derecho al trabajo, recreación y la oportunidad para el uso del tiempo libre así como el derecho a participar.

Ellos perciben las necesidades de paz, como buenos ejemplos y escalas de valores en sus mayores; sin embargo, muchos carecen de familias bien constituidas y de una visión viable del futuro para poder desempeñarse adecuadamente desde el punto de vista social. (14).

ANTECEDENTES

A nivel latinoamericano y del caribe, son cerca de 23 millones de mujeres adolescentes entre las edades de 15 y 19 años que representan un 25% de las mujeres en edad reproductiva y se estima que para el año 2000 sumarán unos 2,244 millones de habitantes. (1).

El grado de urbanización varía en la región. La tendencia regional es a la concentración de los adolescentes en las áreas urbanas, así, la población urbana total alcanza un 65% del total, mientras que las de los adolescentes supera el 85% en este grupo de edad. (22).

El grado de analfabetismo de los adolescentes varía y la tendencia es que las tasas son más altas en los sectores rurales y entre las mujeres, a pesar de que la tasa de ingreso escolar y la tasa de alfabetismo han mejorado en la región, éstas persisten en ser más bajas para las mujeres, especialmente para los países en desarrollo. (16).

Actualmente en Guatemala el 46% de la población está constituida por menores de 15 años y el 23% por mujeres en edad reproductiva, es decir madres potenciales o efectivas. Aunque este porcentaje puede ser mayor debido a que antes de cumplir los 20 años de edad, aproximadamente la mitad de todas las mujeres guatemaltecas han tenido una relación sexual; el nivel es aún más elevado en las zonas rurales y entre las mujeres que han recibido poca instrucción. (22).

ASPECTOS DEL DESARROLLO DEL ADOLESCENTE

a) Desarrollo físico:

Durante las etapas iniciales de la maduración puberal los aumentos de peso y de talla son muy similares a los de años precedentes: unos 2kgs. y 6-8 cm., en cada año.

Esta aparente continuidad respecto a los años anteriores contrasta con los cambios que sufre el cuerpo al comienzo de la pubertad.

El desarrollo de los caracteres sexuales secundarios define la pubertad. La etapa más temprana de la misma se produce como resultado del aumento de la secreción de la gonadotropinas hipofisarias y de la hormona del crecimiento durante el sueño.

En las mujeres, el desarrollo mamario es secundario a la secreción ovárica de estrógenos como respuesta a la hormona estimulante del folículo. El efecto predominante de ésta hormona consiste en el crecimiento del ovario, proceso que comienza aproximadamente un año antes que la etapa de inicio de crecimiento de las mamas.

Otros efectos de la producción ovárica de estrógenos son el aumento de grosor de la mucosa vaginal, el aumento de la pigmentación, vascularización y sensibilidad de los labios mayores, y el ligero crecimiento del clítoris, así como el aumento del tamaño del útero. (14).

b. Desarrollo neurológico:

Realmente no se producen cambios importantes aparentes en la morfología cerebral.

Al principio de la adolescencia el individuo debe presentar una respuesta madura en todos los aparatos del desarrollo neurológico.

La maduración finaliza hacia los 12 años, así parece ser que la madurez neurológica se alcanza antes del comienzo de la adolescencia o durante la misma, ya que durante los periodos subsiguientes aparecen cambios menores que puedan diferenciar una etapa de la otra.

En la etapa media de la adolescencia aparecen algunas alteraciones durante el sueño, los jóvenes tienen tendencia a dormir más, aspecto que muchos padres pueden interpretarlo como pereza en los adolescentes. (2,11,15,28)

c. Desarrollo cognositivo:

Actualmente no se conoce con exactitud la relación existente entre las etapas del desarrollo puberal y el desarrollo de la capacidad cognositiva.

Mediante algunos estudios se ha intentado tratar de medir exactamente ésta capacidad en el ser humano, no logrando un acuerdo común a todo tipo de persona.

Dependiendo del grado de desarrollo o madurez sexual que puede abarcar en las mujeres de los 10 a los 18 años y en los varones de 10.5 a 14.5 años, se encontrará según Piaget en la fase de operaciones concretas o en la fase de operaciones formales.

En la fase del pensamiento operativo formal, el individuo es capaz de crear hipótesis que ha de someter a prueba antes de ser puestas en acción, puede tener pensamientos abstractos, puede atender simultáneamente a varias contingencias y puede generalizar y considerar las posibles consecuencias de su conducta utilizando la lógica y sin necesidad de ponerlas en práctica previamente.

Dado que las conductas que influyen sobre la salud dependen de la capacidad para comprender las consecuencias de las tratamientos propuestos (riesgo de embarazo, por ejemplo) el individuo puede no establecer una relación madura y de confianza con el médico hasta que no alcance la fase de operaciones formales.

Esta fase se asocia a menudo con un despertar del interés por el ocultismo o el misticismo, y también por la religión.

Muy relacionado con el desarrollo de la capacidad cognocitiva está el pensamiento moral, ya que en el momento en que el adolescente inicia la etapa de las operaciones formales, debe encontrarse en el nivel posconvencional de desarrollo moral. Este nivel se caracteriza por una mayor tendencia a los principios morales propios que tienen validez y aplicación cualquiera que sea la autoridad de los grupos o personas que los mantienen y cualquiera que sea la identificación del individuo con dichas personas o grupos.

d. Desarrollo psicosocial:

Durante la adolescencia hay que aprender a dominar ciertas funciones para que el muchacho o muchacha puedan desarrollarse en forma adecuada para ser adultos; esto incluye las tareas de la adolescencia: el proceso de la separación del medio protector que es la familia y con ello el desarrollo de independencia; incorporación de los efectos físicos y emocionales a los cambios hormonales de la pubertad en un concepto de sí mismo, desarrollo de una identidad sexual y una sensación de educación sexual, tomando decisiones acerca de la educación y vocación; logros de la capacidad de confianza, la opinión que tiene de sí mismo es el dato más importante primordial para el adolescente; en ella aprende cuando es niña a expresar sus sentimientos y a dominar sus emociones. Una estructura familiar apropiada desde el punto de vista psicosocial ayudará al adolescente a relacionarse con las personas de su edad y más tarde a integrarse de un modo armonioso en la sociedad adulta; aunque según los estudios en la clínica GESSEL, han demostrado que entre los 9 a 15 años la conducta es introspectiva, extrospectiva, molesta y neurótica.

La pobreza como factor económico y social representa un obstáculo que puede anular los esfuerzos de educación personal del adolescente, pues corta el tiempo de que dispone para sus estudios y limita las posibilidades de experiencias formativas. El adolescente que crece en un medio pobre se preocupa ante todo de adquirir lo necesario para vivir.

Una adolescente víctima de discriminación de carácter religioso, étnico, político o económico puede ser especialmente vulnerable, esto le impedirá comprender y aceptar la escala de valores de la sociedad.

Por el contrario tenderá a detestar sus normas y a caer en el individualismo, además entre las varias causas de poca auto-estima está la cronología del desarrollo puberal por ejemplo: para los varones el madurar con mayor prontitud que los compañeros del mismo grupo resulta una ventaja acompañada de popularidad y hazañas atléticas, en tanto que un varón que madura tardíamente está predispuesto a poco rendimiento educativo y a menor amor propio. (5,11,28).

ETAPAS DEL DESARROLLO DEL ADOLESCENTE

a. Adolescencia temprana

La adolescencia temprana (10 a 14 años) se caracteriza por una actitud de ambivalencia hacia la independencia.



El adolescente que empieza a buscar independencia de su familia puede regresar a ella y mostrarse dependiente y atado cuando son probadas sus actitudes de independencia.

Se identifica en esta etapa, centrada básicamente en la identidad física, se pasa viéndose en el espejo, examinando las partes de su cuerpo y familiarizándose con su cuerpo en transformación.

Como la mayor parte de los adolescentes de este grupo no están lo suficientemente maduros para comprometerse en relaciones heterosexuales íntimas a largo plazo, es muy posible que establezcan relaciones pasajeras y homosexuales.

Esta sexualidad no diferenciada proporciona la experiencia sobre las futuras relaciones íntimas heterosexuales.

b. Adolescencia tardía:

La adolescencia tardía (15 a 29 años y 11 meses) es el período caracterizado por la consolidación de la independencia con respecto a la familia, sensación de mayor tranquilidad en la relación con la identidad sexual y personal, y el uso de la habilidades adquiridas de pensamiento operacional formal para los planes futuros y la selección de una vocación.

Frecuentemente se desarrollan relaciones sexuales duraderas. Es importante que los pediatras recuerden que, aunque éstos individuos parecen adultos, todavía se encuentran en una etapa de desarrollo, y por lo tanto, requieren de apoyo y de orientación. (8,9,18).

PROBLEMAS DE SALUD RELACIONADOS CON LA ADOLESCENCIA. PROBLEMAS GINECOLÓGICOS COMUNES.

MENARCA.

La menarca es un fenómeno funcional que ocurre durante el estadio avanzado de la pubertad, coincidiendo con el momento de máxima desaceleración que tiene lugar tras el pico de velocidad del crecimiento. Desde el punto de vista biológico la edad promedio de aparición de la menarca en algunos países de Latinoamérica es 12.5 años, pero con un rango de normalidad amplio de 9-15 años. Antes de los 9 años se considera una menarca precoz y después de los 16 años menarca tardía. Hoy sabemos que el factor que más modifica el inicio de los ciclos menstruales es el factor nutricional, sobre un patrón genético determinado.

La ausencia de la menarca recibe el nombre de amenorrea primaria. Es útil desde el punto de vista clínico diferenciar si la amenorrea se da con o sin el desarrollo de las características sexuales secundarias.

Sin características sexuales secundarias

- Insuficiencia gonado genética
- Insuficiencia hipotalámica
- Deficiencia aislada de gonadotropinas hipofisarias.

Con características sexuales secundarias

- Embarazo
- Himen imperforado
- Malformación congénita
- Feminización testicular
- Causas ováricas

Con o sin características sexuales secundarias

- Insuficiencia pituitaria
- Pérdida de peso
- Enfermedad crónica
- Obesidad
- Causas psiquiátricas.

TRASTORNOS MENSTRUALES

SÍNDROME PREMENSTRUAL

Abarca una serie de manifestaciones somatopsíquicas que ocurren durante la segunda mitad del ciclo menstrual. Incluye los siguientes síntomas: depresión, fatiga, irritabilidad, ansiedad, cefalea, agrandamiento mamario con o sin mastodinia, aumento del apetito y de la sed, preferencia por alimentos dulces y/o salados, edema de manos y piernas.

DISMENORREA

Es el problema ginecológico más común en las adolescentes, si bien no siempre es motivo de consulta médica. La frecuencia de la dismenorrea en las adolescentes es alrededor del 50%, constituyendo una de las principales causas de absentismo escolar. Puede ser primaria o secundaria. Se considera dismenorrea primaria aquellos casos en que las menstruaciones son dolorosas en ausencia de patología ginecológica subyacente, está asociada a las contracciones uterinas producidas por las prostaglandinas de origen endometrial. Otro síntomas, tales como náusea, vómito o diarrea, anteriormente considerados previamente de origen psicógeno, serían también secundarios a la producción de altos niveles de prostaglandinas endometriales.

OLIGOMENORREA

Se define como oligomenorrea a los ciclos menstruales que se presentan cada 45 a 90 días. Si bien durante los primeros años posteriores a la menarca los ciclos irregulares son frecuentes, debe considerarse que ciertas disfunciones endócrinas pueden manifestarse como oligomenorrea, y es necesario tener esto en cuenta para realizar un diagnóstico y tratamiento correcto.

En primer lugar se debe descartar el embarazo. La oligomenorrea puede ser también la manifestación incipiente de un ovario poliquístico, una falla ovárica premanira, etc.

Existen ciertas circunstancias que pueden provocar una alteración del eje hipotálamo-hipofisario gonadal, tales como las dietas selectivas con gran pérdida de peso, los viajes, los cambios de residencia, los desequilibrios emocionales, etc.

AMENORREA

Es la ausencia de períodos menstruales espontáneos, en una mujer en edad reproductiva, por un período mayor de 90 días. Puede clasificarse en primaria (si nunca hubo menstruación) o secundaria (si ha existido un ciclo menstrual). Es importante destacar que la amenorrea es un síntoma y no una enfermedad en sí. La causa más frecuente de amenorrea en la adolescente es el embarazo. Es crucial obtener una historia clínica que incluya: investigación de relaciones sexuales, curvas de peso y estatura, hábitos alimentarios, dietas y actividad física. Se debe preguntar respecto al desarrollo puberal, la aparición del vello pubiano y axilar, el desarrollo mamario, etc.

METRRORRAGIA

Se le denomina también sangrado uterino excesivo, es motivo de consulta frecuente y su diagnóstico y tratamiento es sencillo. Nuevamente es importante obtener una detallada historia clínica, examinar la dieta de la paciente, elaborar un calendario menstrual y obtener un hemograma completo.

PSEUDOPOLIMENORREA Y MITTELSCHMERZ

En muchas pacientes la ovulación se acompaña de un breve sangrado vaginal que es interpretado erróneamente por la joven como una segunda menstruación. Habitualmente de corta duración (horas a 1-2 días). Por tratarse de ciclos breves este cuadro recibe el nombre de pseudopolimenorrea. En otras pacientes, con o sin sangrado, puede producirse un cuadro de dolor abdominal (Mittelschmerz). Se estima que aproximadamente el 6% de los ciclos ovulatorios se presentan con dolor intermenstrual. Los dolores comienzan 24 a 48 horas antes de la ovulación. El dolor se localiza en la zona pélvica, generalmente en uno de los cuadrantes inferiores.

En general el dolor persiste 6-8 horas, pero en los casos severos el dolor puede ser de tipo peritoneal y durar 2-3 días. La ecografía puede confirmar el diagnóstico, por el hallazgo de

pequeñas cantidades de líquido en el fondo del saco peritoneal. (6,12,13,15,18,19,21).

EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES

La sexualidad puede cumplir los objetivos de placer y procreación; al mantener relaciones sexuales se corre el riesgo de una fecundación no deseada con implicaciones de tipo social, económico y psicológico. Se calcula que cada año un 10% del total de adolescentes queda embarazada; la gestación en la adolescencia representa un gran riesgo para la madre y el niño, principalmente por dificultades nutricionales de las clases menos favorecidas.

Los problemas de salud están extremadamente vinculados a la falta de atención médica adecuada y educación, es menos probable que las adolescentes traten de obtener atención prenatal temprana ya que frecuentemente no reconocen los síntomas del embarazo o no desean admitirlos. Las enfermedades y muertes maternas son más comunes entre las madres adolescentes que entre las que están en sus años veinte. En América Latina y el Caribe, la maternidad y el aborto se encuentran entre las cinco causas principales de muerte para las mujeres de 15 a 19 años de edad. (2,10,13,19,22)

REPERCUSIONES DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENTE

El embarazo en la adolescente es considerado un embarazo de alto riesgo, y ha sido clasificado así tradicionalmente por todos los autores, debido a la alta morbi-mortalidad tanto materna como fetal que se observa en estas pacientes. (4)

Desde el punto de vista social y de acuerdo con los señalamientos de Dickens y Allison la adolescente embarazada así como la joven madre, limitan sus oportunidades de estudio y trabajo los cuales tienen que postergar y es muy bajo el grupo de ellas que llegan a terminar sus estudios. Esto es importante para el desarrollo personal, pero también repercute en el desarrollo de un país.

En este grupo de pacientes y debido a presiones sociales, se realizan muchos matrimonios no deseados lo cual trae como consecuencia un aumento de divorcios en estas parejas. Se ha registrado un alto grupo de relaciones incestuosas.

Lo más preocupante de todo esto es que, según lo observado por Molina y Romero en Norte América y en Latinoamérica en el año 1996, muchas de estas pacientes antes de los 20 años tienen tres o más hijos. (14)

En todos los países, el comienzo precoz de la maternidad está asociado a una gran fecundidad. Así pues, el embarazo precoz tiende a dar lugar a familias más numerosas, con graves consecuencias para la salud y el bienestar. Además de sus efectos nocivos en la salud de las madres y de los hijos, este fenómeno repercute en el crecimiento demográfico.

Las tasas mundiales de fecundidad entre las mujeres de menos de 20 años van en disminución, lo mismo que las relativas a los demás grupos de edad. Sin embargo, el número total de partos entre las adolescentes va en aumento, porque también aumenta la población

adolescente.

En el estudio realizado por la OMS en Ginebra en el año 1995 reporta que el número de niños nacidos de mujeres de 20 años va desde 4 por 1000 mujeres en el Japón hasta 239 por 1000 en Níger. En la mayoría de los países, la distribución de la fecundidad entre las mujeres adolescentes se corresponde con el momento de casarse. En los países donde las mujeres se casan jóvenes, como Bangladesh, las tasas de fecundidad entre las mujeres de 15 a 19 años son altas: más de 200 por 1000 mujeres de este grupo de edad. Donde las mujeres se casan más tarde, como en los países desarrollados y en la mayoría de los países del Mediterráneo Oriental y del Asia Oriental, las tasas de fecundidad entre las mujeres de 15 a 19 años son más bajas.

El factor social está muy ligado al económico y ello se aprecia en los resultados observados tales como vivienda inadecuada, hacinamiento y promiscuidad así como carencias nutricionales. (16)

RELACIONES SEXUALES ANTES DEL MATRIMONIO

En correspondencia con las diferencias en cuanto a los valores culturales y sociales entre los diversos países y aun en el interior de los mismos, se observan variaciones en lo que atañe a la edad en que los adolescentes de ambos sexos inician las relaciones sexuales. Los estudios sobre el comportamiento sexual de los adolescentes realizados en diferentes partes del mundo revelan que las relaciones sexuales premaritales entre los adolescentes son generalmente improvisadas, poco frecuentes y esporádicas.

El porcentaje de adolescentes que declaran tener relaciones sexuales premaritales es mucho mayor entre los muchachos que entre las chicas. Según estudios recientes por la OMS en el año 1995, en el Brasil el 64% de los muchachos de 15 a 17 años declararon haber tenido relaciones sexuales antes del matrimonio, mientras que las jóvenes el porcentaje no pasó del 13%. (16)

En la República de Corea en el año de 1996, el 16% de los varones de 15 a 17 años declararon haber sostenido relaciones sexuales premaritales; el porcentaje correspondiente a las muchachas del mismo grupo de edad fue del 5%. En el grupo de edad de 20 a 21 años, los porcentajes fueron del 91% entre los hombres y del 46% entre las mujeres en el Brasil, y del 51% entre los hombres y del 12% entre las mujeres de la República de Corea. (16). Aunque son muy pocos los estudios realizados en los países en desarrollo, parece ser que la actividad sexual de las adolescentes antes del matrimonio es más común en los países desarrollados y en África y el Caribe que en América Latina, Asia o el Mediterráneo Oriental.

A finales de los años setenta y principios de los ochenta, en Europa, entre un quinto (Bélgica y Yugoslavia) y la mitad (República Federal de Alemania) de las solteras de 17 años declararon haber tenido relaciones sexuales. En los Estados Unidos de América declararon lo mismo. En México, el 11% de las adolescentes solteras de 17 años y el 17% de las de 18 declararon haber tenido relaciones sexuales. En Costa Rica, los porcentajes fueron del 14% y el 26%. En cambio, en Tailandia sólo el 5% de las solteras de menos de 19 años declararon haber

MATRIMONIO PRECOZ

A lo largo de la historia, las sociedades han abordado el problema del sexo premarital y la ilegitimidad vigilando estrechamente a las adolescentes para impedir que su actividad sexual se inicie antes del matrimonio, haciendo que las adolescentes se casen en el comienzo de la pubertad, o aplicando la violencia física y el ostracismo contra las muchachas y las madres solteras.

En muchas partes del mundo en desarrollo, sobre todo en las zonas rurales, las adolescentes contraen matrimonio poco después de la pubertad y a veces antes. En muchos casos se ejercen considerables presiones sobre las adolescentes para que tengan un hijo casi inmediatamente. Es posible que la adolescente no goce de reconocimiento social en la comunidad hasta que tenga un hijo, y en muchas sociedades, hasta que tenga un hijo varón. En algunos casos, la adolescente deberá demostrar que es fecunda para que tenga lugar el deseado matrimonio, o una vez casada, para no verse abandonada y quedar desválida. Elevar la edad legal para el matrimonio es un primer paso indispensable para reducir la maternidad precoz, pero esta medida tendrá escasos efectos sino se interviene además en los factores sociales y culturales que atribuyen tan gran valor a la fecundidad precoz.

En todas las regiones, las mujeres instruidas tienden a casarse más tarde, demoran la maternidad y practican la planificación familiar en mayor grado que las mujeres sin instrucción. Las primeras generalmente tienen menos hijos y más espaciados. Las mujeres que no han sido escolarizadas tienen casi el doble de hijos, en promedio, que las que han asistido siete o más años a la escuela.

La OMS reporta en 1995 en las encuestas realizadas en Bangladesh, que el 25% de las niñas de 14 años están casadas, y en Nepal lo están el 34% de las de 15 años. En Asia Sudoriental, Africa y América Latina, están casadas el 24%, el 44% y el 16% de las adolescentes de 20 años. En cambio, el porcentaje más alto de muchachos de 15 a 19 años casados es del 12% en la India, y en la mayoría de los países gira en torno al 2% o el 3%. (16)

ANTICONCEPCION PARA LA ADOLESCENTE

Son varias las razones por las que las adolescentes solteras, no consiguen evitar los embarazos no deseados. La sexualidad es un tema tabú en la mayoría de las sociedades, y con frecuencia las adolescentes jóvenes tienen pocos conocimientos sobre los métodos anticonceptivos y sobre los hechos básicos de la reproducción. Son impulsivos por naturaleza y menos inclinados a planear sus actos que los adultos, por lo que el acto sexual puede ser tan imprevisto como el embarazo subsecuente.

En muchos países es ilegal ofrecer asesoramiento anticonceptivo a las personas solteras, y aún en los países donde está permitido es posible que los jóvenes tomen una reacción hostil por parte del personal de planificación familiar, que quizás desapruuebe las relaciones sexuales antes del matrimonio.

Es posible que los jóvenes tengan menos tendencia a consultar a los servicios de salud apropiados a causa de su propia ambivalencia y del miedo a las censuras, y porque en la mayoría de los países no se presta la debida atención a las necesidades y las sensibilidades de los adolescentes como grupo.

El uso de los métodos anticonceptivos por parte de las jóvenes solteras está mucho más extendido en los países desarrollados que en el mundo en desarrollo, las tasas varían entre el 7% en España, el 19% en Hungría hasta el 70% en Dinamarca y el 91% en el Reino Unido.

En los países en desarrollo menos del 30% en las casadas entre 15 y 19 años utilizan la planificación familiar. En algunos países esta proporción no pasa del 3 al 9%. Excepto en Centro América y América del Sur, pocas jóvenes usan métodos anticonceptivos entre la boda y el primer embarazo.

En cambio, en los países desarrollados las tasas de uso de anticonceptivos entre las casadas de 15 a 19 años varían entre el 52% en España, el 59% en los Estados Unidos de América hasta el 87% en el Reino Unido, reportándolo la publicación de el Instituto Alan Buhmacher en 1990. (8,12).

Los problemas obstétricos comunes en madres adolescentes son poca o excesiva ganancia de peso, hipertensión inducida por embarazo, anemia, enfermedades de transmisión sexual, desproporción cefalopélvica, complicaciones puerperales.

Las secuelas psicosociales: limitada oportunidad de trabajo, divorcio y separación, pobreza, estrés, inadaptación social, depresión, abuso de sustancias, embarazos seguidos.

VI. METODOLOGÍA

1.- TIPO DE ESTUDIO:

Descriptivo Retrospectivo

2.- OBJETO DE ESTUDIO:

Encuestas realizadas a pacientes adolescentes en su periodo postparto en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital General San Juan de Dios.

3.- POBLACIÓN O UNIVERSO:

Todas las encuestas pasadas a pacientes adolescentes que se encontraban en su periodo post-parto en los servicios de postparto, complicaciones del embarazo y séptico durante el periodo comprendido del 11 de noviembre de 1996 al 11 de noviembre de 1997 en el Hospital General San Juan de Dios. Siendo un total de 740 encuestas.

4.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Todas las encuestas pasadas a pacientes en las edades comprendidas entre 10 y 19 años y 11 meses de edad que se encuentren en su periodo postparto en los servicios de post parto, complicaciones del embarazo, y séptico.

5.- FUENTE DE INFORMACIÓN

La encuesta se empezó a pasar el 11 de noviembre de 1996, a adolescentes a quienes se les había atendido el parto en el Hospital General San Juan de Dios.

Utilizando variables que sugería la literatura y variables de interés propio para el Centro de Investigación de Salud Reproductiva y Familiar, la Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud.

6.- VARIABLES DE ESTUDIO

6.1.- EDAD

Definición conceptual: tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha actual.

Definición operacional: edad de la paciente al momento de ser encuestada.

Escala de medición: intervalo

Unidad de medida: años.

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
17 Biblioteca Central

6.2.- ESTADO CIVIL

Definición conceptual: estatus legal o social que define el tiempo de relación entre individuos de diferente sexo.

Definición operacional: se pregunta en la encuesta sobre el tipo de relación que une a la entrevistada con su pareja.

Escala de medición: nominal

Unidad de medida: soltera, casada, unida, divorciada, viuda.

6.3.- ESCOLARIDAD

Definición conceptual: dícese de la persona que ha cursado varios años escolares.

Definición operacional: se pregunta en la encuesta sobre el compañero y la persona entrevistada cuantos años han cursado de estudio.

Escala de medición: nominal

Unidad de medida: analfabeta, primaria incompleta, primaria completa, secundaria, diversificado.

6.4.- INTEGRACIÓN DE LA FAMILIA

Definición conceptual: situación que define la persistencia de la familia como unidad biosocial y económica.

Definición operacional: se pregunta en la encuesta el tipo de vivencia si es unido, separado y grado de compartimiento de responsabilidades.

Escala de medición: nominal

Unidad de medida: integrada, desintegrada, se desconoce.

6.5.- MENARQUIA

Definición conceptual: época de la vida de la mujer caracterizado por la aparición del primer período menstrual.

Definición operacional: se pregunta en la encuesta a qué edad tuvo su primera menstruación así como las características de sus ciclos menstruales.

Escala de medición: intervalo

Unidad de medida: años y días.

6.6.- INICIO DE VIDA SEXUAL

Definición conceptual: conjugación de los elementos sexuales masculinos y femeninos.

Definición operacional: se pregunta en la encuesta la edad que tenía la paciente cuando tuvo su primera relación sexual.

Escala de medición: intervalo

Unidad de medida: años

6.7.- PARIDAD

Definición conceptual: es el número de embarazos que ha tenido una persona y como se han resuelto.

Definición operacional: se pregunta en la encuesta el número total de embarazos así como la forma de resolución del mismo.

Escala de medición: nominal

Unidad de medida: gestas, parto, aborto, cesárea, fórceps, embarazo ectópico, hijos vivos y muertos.

6.8.- CONTROL PRENATAL

Definición conceptual: es el cuidado prenatal cuyo objetivo es asegurarse de que todo el embarazo culmine en un niño sano sin deterioro de la salud de la madre.

Definición operacional: se pregunta en la encuesta si tuvo control prenatal y si tuvo alguna complicación en el mismo.

Escala de medición: dicotómica

Unidad de medida: sí o no.

6.9.- PARTO

Definición conceptual: expulsión o salida del claustro materno del feto viable y sus anexos.

Definición operacional: se pregunta en la encuesta como se resolvió el parto.

Escala de medición: nominal

Unidad de medida: espontáneo, fórceps, cesara electiva e intraparto.

6.10.- PROMISCUIDAD

Definición conceptual: mezcla, confusión especialmente de personas.

Definición operacional: se pregunta en la encuesta cuantos compañeros sexuales ha tenido durante su vida.

Escala de medición: ordinal

Unidad de medida: 1, 2, etc.

6.11.- ANTICONCEPTIVOS

Definición conceptual: son aquellos que se utilizan para regular la fertilidad de un individuo o una pareja en forma temporal o permanente.

Definición operacional: se pregunta en la encuesta si antes de tener su primer relación sexual los utilizó y si actualmente planifica.

Escala de medición: dicotómica

Unidad de medida: sí o no

7.- RECURSOS

7.1.- HUMANOS

- Médicos asesor y revisor
- Médicos que laboran en el departamento de Ginecología y Obstetricia
- Personal de enfermería
- Personal de bibliotecas consultadas
- Centro de investigación en salud reproductiva y familiar
- Investigador

7.2.- MATERIALES ECONÓMICOS

- | | |
|--|-----------|
| - Boletas de recolección de datos | Q. 185.00 |
| - Transporte | Q. 40.00 |
| - Reproducción de material bibliográfico | Q. 50.00 |
| - Impresión de tesis | Q. 750.00 |

TOTAL

Q. 975.00

7.3.- FÍSICOS

- Boleta de recolección de datos
- Departamento de ginecología y obstetricia del Hospital General San Juan de Dios
- Computadora e impresora
- Bibliotecas

VII. PRESENTACION DE RESULTADOS

Cuadro No.1

HISTORIA GINECOLOGICA Y OBSTETRICA DE LAS ADOLESCENTES
 QUE ASISTEN AL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS
 DE NOVIEMBRE DE 1996 A NOVIEMBRE DE 1997
 DISTRIBUCION POR RANGO DE EDAD

Rango de edad	Frecuencia	Porcentaje
10 - 14 años	16	2.1
15 - 19 años	724	97.8
Total	740	100.0

Fuente: Boleta de recolección de datos.

Cuadro No. 2

HISTORIA GINECOLOGICA Y OBSTETRICA DE LAS ADOLESCENTES
 QUE ASISTEN AL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS
 DE NOVIEMBRE DE 1996 A NOVIEMBRE DE 1997
 ESCOLARIDAD

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Analfabetas	37	5.0
Primaria Incompleta	47	6.3
Primaria completa	419	56.6
Secundaria	171	23.1
Diversificado	66	8.9
Total	740	100.00

Fuente: Boletas de recolección de datos.

Cuadro No. 3

HISTORIA GINECOLOGICA Y OBSTETRICA DE LAS ADOLESCENTES
 QUE ASISTEN AL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS
 DE NOVIEMBRE DE 1996 A NOVIEMBRE DE 1997
 INTEGRACION FAMILIAR

Integración Familiar	Frecuencia	Porcentaje
Integrada	388	52.4
Desintegrada	338	45.7
Se desconoce	14	1.9
Total	740	100.0

Fuente: Boletas de recolección de datos.

Cuadro No. 4

HISTORIA GINECOLOGICA Y OBSTETRICA DE LAS ADOLESCENTES
 QUE ASISTEN AL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS
 DE NOVIEMBRE DE 1996 A NOVIEMBRE DE 1997
 EDAD Y ESTADO CIVIL

Estado civil	10 - 14 años	%	15 - 19 años	%	Total	%
Soltera	4	0.5	199	27.0	203	27.4
Unida	12	1.6	518	70.0	530	71.6
Divorciada	0	0	1	0.1	1	0.1
Viuda	0	0	6	0.8	6	0.8
Total	16	2	724	98.0	740	100.0

Fuente: Boletas de recolección de datos

Cuadro No. 5

HISTORIA GINECOLOGICA Y OBSTETRICA DE LAS ADOLESCENTES
QUE ASISTEN AL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS
DE NOVIEMBRE DE 1996 A NOVIEMBRE DE 1997
ESTADO CIVIL E INTEGRACION FAMILIAR

Integración Familiar	Soltera	%	Unid a	%	Divorc iada	%	Viud a	%	Total	%
Integrada	104	14	282	38	0	0	2	0.3	388	52
Desintegrada	91	12.2	243	33	1	0.1	3	0.4	338	46
Se desconoce	8	1.1	6	0.8	0	0	0	0	14	2
Total	203	27.3	531	72	1	0.1	5	0.7	740	100

Fuente: Boletas de recolección de datos.

Cuadro No. 6

HISTORIA GINECOLOGICA Y OBSTETRICA DE LAS ADOLESCENTES
QUE ASISTEN AL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS
DE NOVIEMBRE DE 1996 A NOVIEMBRE DE 1997
ETAPA DE LA ADOLESCENCIA EN QUE SE PRESENTO LA MENARQUIA

Menarquia	Frecuencia	Porcentaje
Adolescencia temprana	38	5.1
Adolescencia tardía	699	94.4
Desconocida	3	0.4
Total	740	100

Fuente: Boletas de recolección de datos.

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

Cuadro No. 7

HISTORIA GINECOLOGICA Y OBSTETRICA DE LAS ADOLESCENTES
 QUE ASISTEN AL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS
 DE NOVIEMBRE DE 1996 A NOVIEMBRE DE 1997
 EDAD DE MENARQUIA

Menarquia	Frecuencia	Porcentaje
< 9 años	9	1.2
10 - 15 años	716	96.7
> 16 años	15	2.1
Total	740	100

Fuente: Boletas de recolección de datos

Cuadro No. 8

HISTORIA GINECOLOGICA Y OBSTETRICA DE LAS ADOLESCENTES
 QUE ASISTEN AL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS
 DE NOVIEMBRE DE 1996 A NOVIEMBRE DE 1997
 CICLO MENSTRUAL Y SUS CARACTERISTICAS

Ciclo menstrual	Oligome- norrea	%	Polime- norrea	%	Normal	%	Total	%
20 - 29 días	0	0	7	1	125	17	132	17.8
30 - 39 días	3	0.4	0	0	522	71	525	71
40 - 49 días	0	0	0	0	2	0.3	2	0.2
Irregular	29	4	29	4	23	3	81	11
Total	32	4.4	36	5	672	91	740	100

Fuente: Boletas de recolección de datos.

Cuadro No. 9

HISTORIA GINECOLOGICA Y OBSTETRICA DE LAS ADOLESCENTES
QUE ASISTEN AL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS
DE NOVIEMBRE DE 1996 A NOVIEMBRE DE 1997
MENARQUIA E INICIO DE ACTIVIDAD SEXUAL

Menarquia	Inicio de actividad sexual				Total	%
	10 - 14 años	%	15 - 19 años	%		
< 10 años	4	0.5	5	0.6	9	1.2
10 - 14 años	145	19.5	520	70.2	665	89.8
15 - 19 años	1	0.1	62	8.3	63	8.5
Desconocida	1	0.1	2	0.2	3	0.4
Total	151	20.2	589	79.3	740	100

Fuente: Boletas de recolección de datos.

Cuadro No. 10

HISTORIA GINECOLOGICA Y OBSTETRICA DE LAS ADOLESCENTES
QUE ASISTEN AL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS
DE NOVIEMBRE DE 1996 A NOVIEMBRE DE 1997
EDAD Y INICIO DE ACTIVIDAD SEXUAL

Edad	Inicio actividad sexual				Total	%
	10 - 14 años	%	15 - 19 años	%		
10 - 14 años	16	2.1	1	0.1	17	2.2
15 - 19 años	135	18.2	588	79.4	723	97.7
Total	151	20.4	589	79.5	740	100

Fuente: Boletas de recolección de datos.

Cuadro No. 11

**HISTORIA GINECOLOGICA Y OBSTETRICA DE LAS ADOLESCENTES
QUE ASISTEN AL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS
DE NOVIEMBRE DE 1996 A NOVIEMBRE DE 1997
EDAD Y GESTAS**

Edad	Total Gestas								Total	%
	1	%	2	%	3	%	4	%		
10-14 años	15	2.1	2	0.2	0	0	0	0	17	2
15-19 años	508	68.6	182	24.5	26	3.5	7	0.9	723	98
Total	523	70.7	184	24.7	26	3.5	7	0.9	740	100

Fuente: Boletas de recolección de datos.

Cuadro No 12

**HISTORIA GINECOLOGICA Y OBSTETRICA DE LAS ADOLESCENTES
QUE ASISTEN AL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS
DE NOVIEMBRE DE 1996 A NOVIEMBRE DE 1997
GESTAS Y RESOLUCION DE EMBARAZO**

Resolución embarazo	Gestas				Total	%
	1	2	3	4		
Partos vaginales	359	86	14	3	642	59.4
Ab. Espontaneo	39	3	0	0	42	5.4
Ab. Provocado	5	0	0	0	5	0.6
Ectópico	4	0	0	0	4	0.5
Cesárea	195	36	3	0	234	30.0
Fórceps	30	1	0	0	31	4.1
Total	632	126	17	3	778	100

Fuente: Boletas de recolección de datos.

Cuadro No 13

**HISTORIA GINECOLOGICA Y OBSTETRICA DE LAS ADOLESCENTES
QUE ASISTEN AL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS
DE NOVIEMBRE DE 1996 A NOVIEMBRE DE 1997
EDAD Y CONTROL PRENATAL**

Edad	Control Prenatal				Total	%
	Si	%	No	%		
10 - 14 años	8	1	9	1	17	2
15 - 19 años	448	61	275	37	723	98
Total	456	62	283	38	740	100

Fuente: Boletas de recolección de datos.

Cuadro No. 14

**HISTORIA GINECOLOGICA Y OBSTETRICA DE LAS ADOLESCENTES
QUE ASISTEN AL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS
DE NOVIEMBRE DE 1996 A NOVIEMBRE DE 1997
MADRES CON HIJOS VIVOS Y MUERTOS**

Madres con/	Número de Hijos				Total	%
	1	2	3	4		
8 Hijos vivos	505	152	18	4	679	92
Hijos Muertos	57	0	4	0	61	8
Total	562	152	22	4	740	100

Fuente: Boletas de recolección de datos.

Cuadro No. 15

HISTORIA GINECOLOGICA Y OBSTETRICA DE LAS ADOLESCENTES
 QUE ASISTEN AL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS
 DE NOVIEMBRE DE 1996 A NOVIEMBRE DE 1997
 EDAD Y USO DE ANTICONCEPTIVOS

Anticonceptivos	Edad		Total	%
	10-14 años	15-19 años		
Orales hormonales	0	12	12	1.8
Inyección Hormonal	1	9	10	1
D.I.U.	0	0	0	0
Pastilla vaginal	0	1	1	0.1
Condón	0	0	0	0
Ritmo	0	1	1	0.1
No utilizó	16	700	716	97
Total	17	723	740	100

Fuente: Boletas de recolección de datos

Cuadro No. 16

HISTORIA GINECOLOGICA Y OBSTETRICA DE LAS ADOLESCENTES
 QUE ASISTEN AL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS
 DE NOVIEMBRE DE 1996 A NOVIEMBRE DE 1997
 COMPAÑEROS SEXUALES

Numero de compañeros sexuales	Frecuencia	Porcentaje
1	665	89.9 %
2	64	8.6 %
3	8	1.1%
4	1	0.1 %
5	2	0.3 %
Total	740	100 %

Fuente: Boletas de recolección de datos.

VIII. ANALISIS DE RESULTADOS

Se efectuó un estudio descriptivo-retrospectivo en 740 expedientes de mujeres adolescentes comprendidas entre 10 y 19 años con 11 meses que asistieron al Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital General San Juan de Dios de noviembre de 1996 a noviembre de 1997.

De los resultados finales de la investigación se resume los siguiente:

Cuadro No. 1:

Nos presenta la distribución por rango de edad de las adolescentes que consultaron al Hospital, se aprecia en el cuadro que el grupo etáreo de mayor predominancia es el de adolescentes en etapa tardía en 98% y solo 2% en la etapa temprana. Actualmente en Guatemala el 46% de la población está constituida por menores de 15 años y 28% por mujeres en edad reproductiva, es decir madres potenciales o efectivas predisponentes a diversos factores como: mayor número de compañeros sexuales, multiparidad, abandono conyugal.

Cuadro No. 2:

Nos indica que el 57% de las adolescentes han cursado la primaria completa, 28% la secundaria, 8% el diversificado y 5% son analfabetas. La mayoría de adolescentes que asistieron al hospital tenían algún grado de escolaridad. El grado de analfabetismo de las adolescentes varía y la tendencia es que las tasas son más altas en los sectores rurales, a pesar de que la de ingreso escolar y la de alfabetismo han mejorado, éstas persisten en ser más bajas para las mujeres, especialmente para los países en desarrollo.

Cuadro No. 3:

Se determinó que el 52.4% de las adolescentes provienen de una familia integrada y el 46% de una familia desintegrada. Es primordial una estructura familiar apropiada para la adolescente, desde el punto de vista psicosocial, ayudará a la adolescente a relacionarse con personas de su edad y más tarde a integrarse de un modo armonioso a la sociedad adulta.

Cuadro No. 4:

Se aprecia que el 71.6% de las adolescentes están unidas y 27.4% son madres solteras. En muchas partes del mundo en desarrollo, sobre todo en las zonas rurales, las adolescentes se unen o contraen matrimonio poco después de la pubertad y a veces antes.

Cuadro No. 5:

Al comparar la distribución de estado civil y la integración familiar de la adolescente se observo que el 52% provenian de familia integrada y 46% desintegrada. En este estudio no se observan diferencias importantes entre la integración familiar y el estado civil de las adolescentes.

Cuadro No. 6:

Nos presenta la edad de menarquia en las adolescentes en etapa temprana y tardía. El 94.4% de las adolescentes presentó su menarquia en la adolescencia tardía y el 5.6% restante en la adolescencia temprana. En algunos países Latinoamericanos la edad promedio de aparición de la menarca es 12.5 años.

Cuadro No. 7:

Se aprecia que el 96.7% de las adolescentes presentaron la menarca en la edad promedio, el 1.2% presentó una menarquia precoz y 2.1% fué tardía. Se define como menarquia precoz cuando se presenta en mujeres menores de 10 años y tardía cuando se presenta después de los 16 años. El factor que más modifica el inicio de los ciclos menstruales, es el factor nutricional, sobre un patrón genético determinado.

Cuadro No. 8:

Nos muestra la relación del ciclo menstrual con sus características. El 11% de las adolescentes presentan un ciclo menstrual irregular, de éstas adolescentes 4% presenta oligomenorrea y polimenorrea. Al presentar alteración en el ciclo menstrual la adolescente, se debe descartar en primer lugar el embarazo. La oligomenorrea puede ser la manifestación incipiente de un ovario poliquístico.

Cuadro No. 9:

Al comparar la relación de menarquia e inicio de actividad sexual, 20.2% de las adolescentes que presentaron su menarquia en la adolescencia temprana, iniciaron en esa misma etapa su actividad sexual y 79.3% inicio su actividad sexual en la adolescencia tardía. Se determinó que el 2% de las adolescentes inicio su actividad sexual antes de presentar su menarquia, del total de las 68 adolescentes que presentaron su menarca en la etapa tardía.

Cuadro No. 10:

La relación de edad e inicio de actividad sexual nos muestra que el 79% de las adolescentes inician su actividad sexual en la adolescencia tardía y 20% en la adolescencia temprana. Aquí influyen las diferencias en cuanto a valores culturales y sociales entre los diversos países y aun en el interior de los mismos, se observan variaciones en lo que atañe a la edad en que las adolescentes de ambos sexos inician la actividad sexual. Estudios realizados en diferentes partes del mundo revelan que las relaciones sexuales entre los adolescentes son generalmente improvisadas y poco frecuentes. La actividad sexual puede cumplir con los objetivos de placer y procreación; al mantener relaciones sexuales se corre el riesgo de una fecundación no deseada con complicaciones de tipo social, económico y psicológico.

Cuadro No. 11:

Nos evidencia que el 70.7% de las adolescentes tienen un hijo, 24.7% dos hijos, 3.5% tres hijos y 0.9% cuatro hijos. La El embarazo en la adolescente es considerado de alto riesgo. Es posible que la adolescente no goce de un reconocimiento social en la comunidad hasta que tenga un hijo y en muchas sociedades hasta que tenga un hijo varón. En algunos casos, la adolescente deberá de mostrar que es fecunda, para que tenga lugar la deseada union o matrimonio, para no verse abandonada o quedar desvalida.

Cuadro No. 12:

La relación de gestas y la resolución del embarazo nos evidencia que en el 59% de las adolescentes se resolvió parto vaginal, 30% por cesárea, 4.1% se utilizó forceps, 5.4% presentó aborto espontáneo y en 0.6% aborto provocado. De las 740 adolescentes que se estudiaron 0.5% presentó un embarazo ectópico. En América Latina y el Caribe, la maternidad y el aborto se encuentran entre las cinco causas principales de muerte para las mujeres de 15 a 19 años de edad.

Cuadro No. 13:

Se puede observar que el 62% de las adolescentes en etapa tardía tuvieron control prenatal y 38% no tuvo control prenatal. En la adolescencia temprana el 1% tuvo control prenatal. Los problemas de salud están extremadamente vinculados a la falta de atención médica adecuada y educación, es menos probable que las adolescentes traten de obtener atención prenatal temprana ya que frecuentemente no reconocen los síntomas del embarazo o no desean admitirlos.

Cuadro No. 14:

La distribución de madres con hijos vivos e hijos muertos nos evidencia que el 92% de adolescentes tienen hijos vivos, 67% tienen un hijo vivo y 23% tienen dos o más hijos vivos. Lo más preocupante de todo esto es que muchas de estas mujeres antes de los 20 años tienen 3 ó más hijos. El 8% de las adolescentes tienen un hijo muerto evidenciando que el embarazo en la adolescencia es de alto riesgo, debido a la alta morbi-mortalidad tanto materna como fetal.

Cuadro No. 15:

Evidencia que el 97% de las adolescentes no utilizó ningún método de planificación familiar, 1.8% uso anticonceptivos orales, 1.1% inyección hormonal, 0.1% pastilla vaginal y 0.1% el método del ritmo. Esto evidencia que en nuestra sociedad, la sexualidad es un tabú y con frecuencia las adolescentes tienen pocos conocimientos sobre los métodos anticonceptivos y sobre los hechos básicos de la reproducción. Es posible que los adolescentes tengan menos tendencia a consultar a los servicios de salud apropiados a causa de su propia ambivalencia y del miedo a las censuras, porque en la mayoría de países no se presta la debida atención a las necesidades y las sensibilidades de los adolescentes como grupo.

Cuadro No. 16:

Se aprecia que el 90% de las adolescentes han tenido solo un compañero sexual. En este grupo étnico y debido a presiones sociales, se realizan muchas uniones o matrimonios no deseados lo cual contrae como consecuencia un aumento de separaciones en estas parejas. Se ha registrado un alto grado de relaciones incestuosas. Solo 10% de estas adolescentes han tenido más de un compañero sexual.

IX. CONCLUSIONES

1. La adolescente embarazada limita sus oportunidades de estudio y trabajo . Esto es importante para el desarrollo personal, pero también repercute en el desarrollo del país.
2. Se observó que no hay diferencia al comparar la integración familiar y el estado civil de la adolescente.
3. La mayoría de adolescentes presentaron su menarca en edad promedio.
4. Se determinó que las adolescentes en estudio presentaron su menarca en la adolescencia temprana e iniciando su actividad sexual en la adolescencia tardía.
5. Un porcentaje mínimo de las adolescentes inició su actividad sexual antes de presentar su menarca.
6. Se evidenció que la mayoría de adolescentes solo tienen un hijo vivo , siendo un porcentaje mínimo las que tienen más de uno. El 8% de ellas presentó un hijo muerto.
7. De las 740 adolescentes en estudio el 62% tuvo control prenatal, siendo más frecuente el control prenatal en la adolescencia tardía.
8. Es mínimo el porcentaje de adolescentes que presentaron más de un compañero sexual.
9. Solamente un pequeño grupo de adolescentes utilizó un método de planificación familiar en su primera relación sexual, siendo el más utilizado los anticonceptivos hormonales orales.

X. RECOMENDACIONES

1. Hacer que se cumpla la ley que establece la edad legal para el matrimonio, siendo esto un primer paso para reducir la maternidad precoz .
2. Dar educación sexual a los adolescentes que contengan dos facetas: a) biológica, en la que se enseñe anatomía, fisiología, funcionamiento de los órganos reproductores, anticoncepción y gestación. b) conductual, en la que se promuevan hábitos, actitudes y prácticas sexuales saludables.
3. Crear instituciones con programas que atiendan las necesidades de los adolescentes en forma integral .
4. Orientar a los padres de familia sobre como ayudar a sus hijos en esta etapa tan decisiva de la vida.

XI. RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo-retrospectivo, en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital General San Juan de Dios, para lo cual se revisó 740 expedientes clínicos de adolescentes que asistieron durante el periodo comprendido de noviembre de 1996 a noviembre de 1997, con la finalidad de describir su historia ginecológica y obstétrica.

El 96.7% de las adolescentes presentó la menarca en edad promedio, 1.2% fué precoz y 2.1% tardía. Presentando un ciclo irregular el 11% y 4% de ellas padecieron oligomenorrea y polimenorrea. La mayor parte de las adolescentes iniciaron su actividad sexual en la adolescencia tardía. Se determinó que el 92% de las adolescentes tienen de 1 a 4 hijos vivos y 8% tienen un hijo muerto. El 3% de las adolescentes utilizó un método de planificación familiar al iniciar su actividad sexual. Tuvo control prenatal el 61% de las adolescentes. El 0.1% de las adolescentes han tenido más de un compañero sexual.

Se recomienda crear instituciones o programas de atención integral al adolescente y que las instituciones de educación orienten al adolescente en las fascetas biológica y conductual. Además que se de orientación a los padres de familia para que ayuden adecuadamente a sus hijos en esta etapa de su vida.

XII. BIBLIOGRAFÍA

- 1.- ADOLESCENTES DE HOY. PADRES DEL MAÑANA. Un perfil de las Américas. Editorial Impre Andes S.A., Bogotá, Colombia, Publicación de el Instituto Alan Buhmacher, 1990 (pp. 6 - 89).
- 2.- Clínicas Pediátricas de Norte América. MEDICINA DE ADOLESCENTES. México: Interamericana, 1980 (vol. 1).
- 3.- Comisión Nacional de Atención Integral del Adolescente. JUVENTUD EN CIFRAS. Costa Rica, 1980 - 1992, San José, Costa Rica. OPS - OMS, 1992. (pp.1, 76 - 85, 185).
- 4.- Dickens H, Allison MD. EL EMBARAZO EN DIEZAÑERAS. En: Bongiovani H, editor de ginecología en la adolescente. arcelona: editorial Del Ateneo 1986: 74 - 97.
- 5.- Everest. DICCIONARIO DE LA LENGUA ESPAÑOLA. España; Editorial Everest, S. A., 1987, (pp. 54, 500, 721, 935, 1001).
- 6.- Federación Nacional de Planificación de la Familia. EMBARAZO DE LA ADOLESCENTE EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE. México 1986. (pp. 24).
- 7.- Ganong, William. DESARROLLO Y FUNCIONES DEL APARATO REPRODUCTOR EN SU FISIOLÓGIA MÉDICA. Décima Edición; México D. F Editorial el Manual Moderno S.A.; 1986 (pp.353 - 361).
- 8.- Gramajo F., Alma I. PROYECTO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADOLESCENTE. Tesis (Médico y Cirujano). Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas, Guatemala, 1994.
- 9.- Harris B., EMBARAZO DE LA MUJER ADOLESCENTE. Editorial Panamericana, 4a. edición, México 1990. (pp. 6 - 89).
- 10.- Kempe C. H. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO PEDIÁTRICOS. Editorial el Manual Moderno, 7ma. edición, México 1988. (pp. 486).
- 11.- LA ACTIVIDAD SEXUAL Y LA MATERNIDAD ENTRE LAS ADOLESCENTES EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE. Proyecto de encuestas demográficas de salud. Programas Nacionales del (PRB). Noviembre 1992. (pp.2 - 19).
- 12.- Lit, Iris. CRECIMIENTO, DESARROLLO Y ENVEJECIMIENTO EN EL HOMBRE. Parte II. En Cecil: Tratado de Medicina Interna. 19 ed. México. Editorial Interamericana 1990. (pp. 17 - 23).

- 13.- Magaña , Byron D. CONOCIMIENTOS, CREENCIAS Y PRACTICAS SOBRE EDUCACIÓN SEXUAL EN ESTUDIANTES QUE CURSAN EN NIVEL DIVERSIFICADO DE ENSEÑANZA. Tesis (Médico y Cirujano). Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, Guatemala, C.A., 1990. (pp. 16, 17, 41, 444, 58 - 68).
- 14.- Motina R, Romero M. EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENTE . LA EXPERIENCIA CHILENA. En: la salud del adolescente y el joven en las Américas. Washington: publicación científica No. 489 OS. OMS, 1985: 208-220.
- 15.- Nelson, Wardo. PUBERTAD Y ADOLESCENCIA en su tratado de pediatría. 14a. Edición, volumen I, México, D.F. Editorial Interamericana Mc Graw Hill, 1989. (pp.20 - 25, 49 - 50, 468 - 468, 472 - 474).
- 16.- Organización Mundial de la Salud. LA SALUD DE LOS JOVENES UN RETO Y UNA ESPERANZA. Ginebra, 1985. OMS - UNICEF, 1985. (pp. 1, 16, 21 - 26).
- 17.- Organización Panamericana de la Salud. MANUAL DE MEDICINA DE LA ADOLESCENCIA. Serie Paltex No. 20, 1990.(pp. 250 - 268).
- 18.- PONENCIA DE ACTIVIDADES DE EDUCACIÓN Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA LA ADOLESCENTE 1992 - 1996. Unidad de Planificación Familiar Guatemala. (pp. 1 - 8).
- 19.- Plan Nacional de Juventud. ESTUDIO PRELIMINAR SOBRE LA JUVENTUD GUATEMALTECA. Guatemala, C.A. Impre OFF-SET. Profesional 1988(pp.12-19).
- 20.- Rodríguez A., Ono. LIBRO DE TEXTO DE GINECOLOGÍA, FERTILIDAD Y SALUD REPRODUCTIVA. Venezuela, Atsproca, agosto 1996. (pp. 743 - 754).
- 21.- Rodríguez R., Julieta. ADOLESCENCIA Y SALUD. Tercera Antología. San José de Costa Rica . Publicaciones CCSS, 1998. (pp. 28 - 27, 56 - 59, 85 - 86).
- 22.- Segeplan. DESARROLLO HUMANO EN GUATEMALA. Plan de acción de desarrollo social. Guatemala C.A., Segeplan 1992. (pp.2).
- 28.- Unicef, SNF, OPS, ADOLESCENCIA. San Salvador, El Salvador, C.A. Publicaciones de la Secretaría Nacional de la Familia. 1992 (pp. 12 - 15).
- 24.- Uni cef. SITUACIÓN DE LAS ADOLESCENTES EN CA. Tendencias y perspectivas. 1991.
- 25.- Universidad de San Carlos de Guatemala , Facultad de Ciencias Médicas. Programa de Ambulatorio. PUBERTAD Y ADOLESCENCIA. Guatemala 1989 . (pp. 9).

UNIVERSIDAD DE SANCARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

XIV. ANEXO

BOLETA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

HISTORIA GINECOLÓGICA Y OBSTÉTRICA Y CONOCIMIENTO DE
ANTICONCEPTIVO DE LA ADOLESCENTE QUE ASISTE AL
HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS

No. _____

DATOS GENERALES

1. Edad: _____ años cumplidos.
2. Estado Civil:
a. Soltera b. Unida c. Casada d. Divorciada e. Viuda
3. Integración de la familia:
a. Integrada b. Desintegrada c. Se desconoce
4. ¿Sabe leer y escribir?
a. Sí b. No
5. ¿Sabe leer y escribir su compañero o esposo?
a. Sí b. No

HISTORIA GINECOLÓGICA Y OBSTÉTRICA

6. Menarquía: _____ años
7. Ciclos Menstruales: cada _____ días
8. Características del ciclo menstrual:
a. Oligomenorrea b. Polimenorrea c. No corresponde

9. Edad de inicio de vida sexual: _____ años
10. Paridad: G: _____ P: _____ AB: _____ CES: _____
Fórceps: _____ Embarazo ectópico: _____
11. Número total de hijos nacidos vivos: _____
12. Número total de hijos nacidos muertos: _____
13. Número de hijos que viven actualmente: _____
14. Tuvo control prenatal:
a. Sí b. No
15. ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido? _____
16. Utilizó algún método anticonceptivo antes de tener su primer relación sexual?
a. Sí b. No
17. ¿Si sí, qué método utilizó?
- | | |
|-----------------------------|---------------------------|
| a. Orales hormonales | b. Inyectables hormonales |
| c. Dispositivo intrauterino | d. Pastillas vaginales |
| e. Condón | f. Ritmo |
- Otro: _____