

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA / MANAGUA
RECINTO UNIVERSITARIO “RUBÉN DARÍO”
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



MONOGRAFÍA PARA OPTAR A TÍTULO DE MÉDICO Y CIRUJANO

**“COMPLICACIONES MATERNAS DURANTE EL PARTO EN ADOLESCENTES;
SERVICIO DE LABOR Y PARTO, HOSPITAL PRIMARIO CARLOS CENTENO,
SIUNA; PERÍODO OCTUBRE 2016 – MARZO 2017”.**

AUTOR:

Br. Pedro Joaquín Rojas Zepeda.

TUTOR:

Dr. Edwing Bellanger.

Médico Gineco-Obstetra.

ASESOR METODOLÓGICO:

Dr. Humberto Urroz Talavera.

Especialista en Medicina de Emergencia.

Msc. Docencia Universitaria e Investigación.

Profesor Titular.

Abril 2018

I.- INTRODUCCION

A nivel mundial el embarazo en la adolescencia es un tema de gran relevancia, debido a su alta tasa de incidencia es un problema social, económico y de salud pública de considerable magnitud. El consultor en salud de la OMS James E. Rosen¹ menciona que las adolescentes menores de 16 años corren un riesgo de defunción materna cuatro veces más alto que las mujeres de 20 a 30 años, también en su estudio se estima que 16 millones de niñas de edades comprendidas entre los 15 y los 16 años dan a luz cada año, y un 95% de esos nacimientos se producen en países en desarrollo.

La conducta sexual y reproductiva de los adolescentes ha sido durante mucho tiempo un foco de discusión pública en los Estados Unidos. Los profesionales de la salud pública se han centrado generalmente en las secuelas negativas de los embarazos y nacimientos adolescentes, y en el desarrollo de estrategias para reducir el sexo adolescente y aumentar el uso de anticonceptivos. Otros han adoptado un enfoque más holístico sobre la sexualidad y el comportamiento sexual, argumentando que la estigmatización de los estadounidenses de toda sexualidad adolescente contribuye a la tasa relativamente alta de embarazo en adolescentes de ese país².

En Nicaragua según ENDESA 2011/12 se reportó que la tasa de fecundidad adolescente ha experimentado una disminución de 33% en los últimos 14 años al pasar de una tasa específica de 158 según la Encuesta de Salud Familiar del año 1992/93 a otra de 106 en la ENDESA 2006/07, sin embargo ha disminuido con menor intensidad que la de otros grupos quinquenales de edad dentro del grupo de mujeres en edad fértil; por otro lado, también manifiesta su contribución relativa a la fecundidad total ha aumentado junto al grupo de mujeres de 20-34 años, se comprueba que su aporte para el año 1992/93 fue de 17 por ciento y en la ENDESA 2006/07 alcanzó 20 por ciento³.

El embarazo en la adolescencia es una condición que mundialmente se encuentra en aumento principalmente en edades más precoces, debido a que cada vez con más frecuencia, la proporción de adolescentes sexualmente activas es mayor, dado fundamentalmente por el inicio precoz de la actividad sexual⁴.

Aunque hay variedad en las circunstancias de los embarazos en adolescentes, destacan similitudes: los cuerpos más jóvenes no están plenamente desarrollados para pasar por el proceso del embarazo y el parto sin consecuencias adversas. Entre varias complicaciones, debidas a esta inmadurez física en las madres adolescentes, se enfrentan a un riesgo más alto de parto obstruido que las mujeres de más de veinte años.

II.- ANTECEDENTES

En 2008 un estudio transversal realizado en México con un grupo control de 330 adolescentes y un grupo control (20 a 30 años); se realizó episiotomía en 73.8% de las pacientes adolescentes, las complicaciones más frecuentes durante el nacimiento fueron los desgarros perineales y la hemorragia obstétrica.

En 2008 un estudio realizado en Colombia, se indagó a un grupo de 294 pacientes entre las edades de 10 a 19 años en contraste a un grupo control de 20 a 44 años que tuvieron su parto en igual periodo de tiempo, anemia en adolescentes en un 33% contra 6,8% en no adolescentes, en cuanto a infecciones urinarias compartieron porcentajes similares, se encontró que la pre eclampsia se presentó 1.5 veces más en las adolescentes que en el grupo control, y la desproporción cefalopélvica, en este estudio la adolescencia fue considerada un factor de riesgo presentándose 2.94 veces más que en el grupo control.

En 2011 un estudio realizado en el Hospital Alemán Nicaragüense de tipo descriptivo, con 113 pacientes adolescentes atendidas en sala de labor y partos encontrando que 83.4% de las complicaciones se dieron durante el trabajo de parto, constituyendo desproporción cefalopélvica un 28%, hipodinamia uterina se presentó en un 47% en la adolescencia media y en cuanto a las complicaciones del puerperio la hemorragia postparto un 36%.

En 2011 se realizó un estudio en el Hospital Alemán Nicaragüense, indagando las complicaciones del parto y puerperio inmediato en primigestas adolescentes atendidas en labor y partos en un periodo de 6 meses. Se encontró que de 218 adolescentes que presentaron complicaciones el 83.4% de las mismas se dieron durante el parto; en las complicaciones del parto más frecuente fue la desproporción céfalopélvica que representó el 28%, el síndrome hipertensivo gestacional se dio en el 19.2%, se presentó hipodinamia uterina en 10.4%, y Desprendimiento Prematuro de Placenta Normoinserta solamente en el 1% de las pacientes.

En 2008 De Trinidad Espinoza y Díaz estudiaron las características asociadas a complicaciones del parto que presentaron las primigestas adolescentes en el centro de salud Rosario Pravia Medina, Rosita – RAAN en Enero 2006 – Enero 2008; se concluyó que las

complicaciones durante el parto más frecuente fueron: Pre eclampsia, desgarro, trabajo de parto prolongado, sufrimiento fetal agudo y expulsivo prolongado. El 60.9% de los partos fueron vía vaginal.

III.-JUSTIFICACION

A pesar de la información sobre sexualidad que se imparte en las escuelas y la comunidad, además del amplio espectro de métodos de planificación que existen en estos tiempos, el embarazo en adolescentes es muy frecuente en nuestro país, sobre todo en algunas regiones donde aún hay personas que mantienen patrones de cultura machista, donde las mujeres se preocupan más por las labores domésticas y maternas, donde se está iniciando la vida sexual y reproductiva cada vez en edades más jóvenes.

El parto durante la adolescencia ha surgido siempre como un problema de relevancia, ya que afecta la integridad tanto de las familias, como de la población en conjunto, pues afecta social y económicamente a la misma, además aumenta riesgo de mortalidad, debido a que durante la adolescencia no se ha alcanzado la madurez física ni psicológica que se necesita para la maternidad.

Decidí realizar esta investigación pues es de gran pertinencia para el centro de atención conocer las principales complicaciones que surgen como consecuencia del parto de las adolescentes de la población que se atiende, y ya que no existen estudios en este hospital sobre el tema, sirviendo de insumo educativo y mejorar calidad de atención en controles prenatales, para la detección temprana de las complicaciones.

IV.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las principales complicaciones maternas durante el parto de adolescentes atendidas en el Servicio de Labor y Parto del Hospital Primario Carlos Centeno de la ciudad de Siuna, en el período comprendido Octubre 2016 a Marzo 2017?

V.- OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Identificar las complicaciones maternas durante el parto, en adolescentes atendidas en el Servicio de Labor y Parto, Hospital Primario Carlos Centeno, Siuna; período Octubre 2016 - Marzo 2017.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Describir las características sociodemográficas de las adolescentes a estudio.
2. Valorar el seguimiento del control prenatal.
3. Determinar las complicaciones obstétricas más frecuentes que se presenten durante el parto en las adolescentes a estudiar.

VI.- MARCO TEORICO

1- ADOLESCENCIA

El ser humano desde que nace hasta que muere, atraviesa diferentes etapas siendo una de las más importantes la adolescencia, que incluye cambios de tipo físico, emocional, social, y moral, y que representan la preparación para la madurez.

La adolescencia, según la OMS, "es la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 10 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años".

Al hablar de adolescencia⁴, nos estamos refiriendo a un conjunto de transformaciones biológicas, psicológicas y sociales que ocurren en una etapa del ciclo vital comprendida, en términos generales, entre los 10 y 19 años. Estas transformaciones ocurren con bastante rapidez, son de naturaleza muy variada y constituyen un proceso de maduración en los aspectos antes mencionados. Al igual que en cualquier otra etapa del desarrollo humano, resulta completamente artificial separar estos tres aspectos que están constantemente en interacción dinámica dentro del ser humano y con su medio ambiente.

El Dr. J.L. Iglesias Díaz considera que los cambios físicos y biológicos que surgen corresponden a la pubertad, mientras que la adolescencia es meramente un término socio-cultural, y representa un período prolongado de aprendizaje que permite al niño convertirse en un adulto competente.

El desarrollo varía en ambos sexos, teniendo un margen de diferencia equivalente a 12 y 18 meses entre niña y niño, contribuyendo a la percepción generalizada de que las niñas maduran primero que los niños⁴.

1.1 Crecimiento y desarrollo durante la adolescencia⁵

El esquema de Tanner es el más utilizado para valorar el Índice de Madurez Sexual (IMS) que con la edad cronológica. Los IMS 1 y 2 corresponden al inicio de la

adolescencia, los IMS 3 y 4, al período medio, y el IMS 5 a la fase final de la misma y a la plena madurez sexual.

El comienzo de la adolescencia (IMS 2) suele producirse entre los 10 y los 13 años y dura de 6 meses a 1 año en las mujeres. En los varones comienza entre los 10.5 y los 15 años y dura de 6 meses a 2 años. El período medio de la adolescencia (IMS 3 y 4) puede alcanzarse en las primeras en cualquier momento entre los 11 y los 14 años y dura de 2 a 3 años como promedio. En los segundos, el período empieza generalmente entre los 12 y los 15.5 años y dura de 6 meses a 3 años. En general, las jóvenes alcanzan el período final de la adolescencia (IMS) entre los 13 y los 17 años, y los muchachos, entre los 14 y los 16 años.

1.1.1 Adolescencia temprana

Corresponde a la etapa que se extiende desde los 10 hasta los 14 años de edad. Marca el inicio de las modificaciones hormonales, corporales, sexuales y psico-sociales, de manera acelerada que pueden ser asimiladas por el adolescente de manera positiva o negativa. .

1.1.2 Adolescencia media

Comprende aproximadamente las edades de 12 a 14 años en las chicas y de 12,5 a 15 en los chicos. Se produce una aceleración del aumento de peso y del crecimiento longitudinal y se siguen desarrollando los caracteres sexuales secundarios. Durante este período aumenta enormemente la acumulación de tejido adiposo en las mujeres y la masa muscular en los varones.

1.1.3 Adolescencia tardía

Abarca la parte posterior de la segunda década de la vida, en líneas generales entre los 15 y los 19 años de edad. Para entonces, ya usualmente han tenido lugar los cambios físicos más importantes, aunque el cuerpo sigue desarrollándose.

Durante esta fase del desarrollo, el cuerpo va adquiriendo las proporciones y dimensiones adultas. Una vez concluido el estirón medio de la adolescencia, apenas se

crece ya longitudinalmente. Se completa el desarrollo de los caracteres secundarios. En la mujer se llega a la proporción adulta entre el fondo uterino y cérvix.

1.2 Cambios psicológicos

En esencia, los más importantes son los siguientes:

1. Una de las principales tareas psicológicas que debe resolver el adolescente en este período es lograr una independencia de sus padres, emocional primero y social después. El muchacho busca una mayor autonomía y libertad.
2. Luego, y en íntima conexión con lo anterior, está su lucha por lograr una identidad, vale decir, una personalidad propia. Para ello suelen valerse de símbolos externos tales como el cultivo de determinadas apariencias físicas, la forma de vestirse, hábitos, “imitación de ídolos”, etc.
3. Lograr una adecuada relación con el sexo opuesto es otra tarea básica. Junto a esto debe aprender a controlar en forma socialmente aceptable sus nuevos sentimientos y deseos sexuales.
4. Se produce un importante incremento en la capacidad de pensamientos abstractos, lo que permite una progresiva sofisticación de intereses. Los temas religiosos, políticos, sociales, existenciales, etc., comienzan a ser un motivo de preocupación.
5. Le interesa sobremanera conducir en buena forma la relación con el grupo de iguales como nunca antes.
6. Lograr una adecuada autoimagen y autoestima, aceptando los cambios que se producen en sí mismo.
7. Desarrollar una capacidad de control sobre los estados de ánimo que son tan cambiantes en este período. Ellos suelen fluctuar entre la depresión o angustia y los deseos de acción.

La temeridad –un rasgo común de la temprana y mediana adolescencia, cuando los individuos experimentan con el “comportamiento adulto”– declina durante la adolescencia

tardía, en la medida en que se desarrolla la capacidad de evaluar riesgos y tomar decisiones conscientes.

1.3 Cambio social

En la adolescencia tardía, las niñas suelen correr un mayor riesgo que los varones de sufrir consecuencias negativas para la salud, incluida la depresión; y a menudo la discriminación y el abuso basados en el género magnifican estos riesgos. Las muchachas tienen una particular propensión a padecer trastornos alimentarios, tales como la anorexia y la bulimia; esta vulnerabilidad se deriva en parte de profundas ansiedades sobre la imagen corporal alentadas por los estereotipos culturales y mediáticos de la belleza femenina. Es durante estos años que los adolescentes ingresan en el mundo del trabajo o de la educación superior, establecen su propia identidad y cosmovisión y comienzan a participar activamente en la configuración del mundo que les rodea.

2- EMBARAZO ADOLESCENTE:⁶

El embarazo en la adolescencia es 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 total dependencia social y económica de la familia parental.

Aquella condición de gestación que ocurre en la edad de la adolescencia, que comprende mujeres de hasta 19 años de edad, independiente de la edad ginecológica.

- **Factores o causas que aumentan el riesgo del embarazo adolescente:**
 - Causas familiares: familias desintegradas, puede darse el caso de que sean hijas de madres adolescentes.
 - Inicio precoz en la actividad sexual.
 - Factores socioculturales: escasos recursos económicos, baja escolaridad.
 - Falta de madurez, falta de compromiso con sus responsabilidades.
 - No utilizan métodos anticonceptivos.
 - Violación (en algunos casos).

-
- La primera relación sexual generalmente no es planeada, es espontánea y por consiguiente no se cuenta con los anticonceptivos.
 - Falta de educación sexual.
 - Temor de acudir a consultas o pláticas relacionadas con el tema.
 - Temor a preguntar.
 - La ausencia de valores de responsabilidad en cuanto a su desarrollo sexual.

- **Riesgos y consecuencias del Embarazo en adolescentes⁷**

El embarazo en la adolescencia es un impacto de considerable magnitud en la vida de los jóvenes, en su salud, en la de su hijo, su pareja, su familia, ambiente y la comunidad en su conjunto, entre los principales riesgos y consecuencias del embarazo durante la adolescencia encontramos:

- Complicaciones obstétricas.
- Deficiente atención médica durante el embarazo.
- Toxemias del embarazo y del parto prematuro.
- Anemia.
- Desproporción céfalo pélvica.
- Distocias mecánicas y dinámicas.
- Parto prolongado y difícil.
- Muerte.
- Abortos provocados y sus complicaciones.
- Perforaciones uterinas.
- Hemorragias.
- Infecciones.
- Aumento de la morbimortalidad infantil prematuras.
- Bajo peso al nacer y enfermedades congénitas.

Los bebés de madres adolescentes tiene una alta tasa de mortalidad al igual que pueden experimentar mal formaciones congénitas, problemas de desarrollo, retraso mental,

ceguera, epilepsia o parálisis cerebral. Estos niños experimentan muchos más problemas de conductas y funcionamiento intelectual disminuido.

Hay problemas maritales y mayor probabilidad de divorcio en parejas jóvenes que se unieron producto de un embarazo. Debido a esto, los hijos de adolescentes pasan gran parte de su vida en un hogar monoparental, y ellos se convierten en una población potencial para generar embarazos no deseados en su futura adolescencia.

Las muchachas embarazadas tienen pocas probabilidades de continuar sus estudios debido a que algunas instituciones educativas optan por negarles la entrada por temor de que puedan influir desfavorablemente en otros alumnos. Estas chicas que han abandonado los estudios, raramente vuelven a tener oportunidad de retomarlos donde los dejaron. De igual manera los padres jóvenes corren un alto riesgo de experimentar periodos de desempleo o menor salario.

Otra consecuencia del embarazo en edades tempranas es el riesgo de aborto. Por lo general, las adolescentes a él en edades de gestación tardías (más de 12 semanas). Las causas por las que se producen estos retrasos son muy variadas. En primer lugar, existe un desconocimiento de los signos de embarazo, una dificultad de comunicárselo a la familia, una falta de posibilidades económicas, deseos expresados de tener el hijo y una ambivalencia en relación con este hecho, a pesar de las dificultades, falta de consultas apropiadas donde consejo y la solución les puedan ser facilitados.

La reacción depresiva de la adolescente en curso de su embarazo puede ser supremamente fuerte que puede llevarla al suicidio o intento de suicidio teniendo en cuenta que esta es la segunda causa de muerte en esta edad después de los accidentes.

El embarazo y los problemas que este puede traer, el drama sentimental de una separación, el aislamiento, el pánico, pueden ser fácilmente considerados como “factores suicidógenos circunstanciales”. La situación psicológica de la adolescente embarazada es compleja y difícil. En ella se acumulan las dificultades propias de la adolescencia; los problemas afectivos observados a lo largo de cualquier embarazo; las dificultades personales o familiares que traen consigo el embarazo, las que originan ciertas reacciones,

reales o simplemente temidas, del entorno, la inquietud de un futuro incierto; la perturbación por las decisiones que se han de tomar; es vacío afectivo; etc.

Ser madre a temprana edad no es solo un problema social, económica y familiar, sino también médico. Una púber y adolescente que no ha llegado al tope de su desarrollo físico tiene mayores probabilidades de presentar complicaciones durante la gestación y el parto.

El embarazo en la adolescencia es casi sinónimo de morbilidad y mortalidad tanto para la madre debido a problemas tales como anemia grave, toxemia (hipertensión inducida por el embarazo), placenta previa (la placenta crece más abajo del útero y cubre parte o todo el cuello uterino) o un embarazo prematuro.

En cuanto al bebé, éste tiene de 2 a 6 posibilidades más a nacer con un peso más bajo que el de una madre mayor de 20 años debido a la prematurez y al retraso del cuello intrauterino, que hace que el feto no se pueda desarrollar de manera normal.

Otro factor de riesgo durante la concepción en la adolescencia es la propensión de las jovencitas a conductas no saludables, lo que puede incrementar las posibilidades del bebé a morir durante el primer año de vida.

Por ello, el cuidado y el control prenatal son vitales en las madres adolescentes.

3. COMPLICACIONES OBSTETRICAS EN ADOLESCENTES DURANTE EL PARTO.

3.1. Parto Obstruido o Detenido⁸:

Trabajo de parto obstruido o detenido es cuando la embarazada después de estar en trabajo de parto efectivo que ha provocado modificaciones cervicales y avance en el proceso de encajamiento y descenso de la presentación, tiene como resultado el progreso insatisfactorio o no-progresión del trabajo de parto(no progresa ni el borramiento ni la dilatación del cuello uterino y no hay descenso de la presentación), ya sea por alteraciones

en la contractilidad uterina (dinámica) o por desproporción céfalo pélvica o por presentaciones viciosas (mecánicas).

3.1.1 Etiología:

- Desproporción céfalo pélvica (incompatibilidad feto-pélvica).
- Presentación viciosa. Ej. Cara-frente.
- Situación y presentación fetal anómala (situación transversa, presentación pélvica, compuesta).
- Ayuno prolongado.
- Distocias de partes blandas. (Tumores anexiales)
- Distocias cervicales.
- Distocias de contracción.

3.1.2 Clasificación:

- Según su etiología:
 - Alteraciones en las fases y períodos del trabajo de parto.

Parto obstruido:

- Desproporción céfalo pélvica.
- Presentaciones, posiciones y situaciones anormales o viciosas.
 - Presentación de cara.
 - Presentación de frente.
 - Presentación de Bregma.
 - Presentación pelviana.
 - Situación transversa.

3.2. Shock hemorrágico⁸:

Pérdida de volumen intravascular en todos o alguno de sus componentes (agua, electrolitos, proteínas, masa eritrocitaria) ocasionando una hipoperfusión tisular con acidosis. La gravedad del shock depende del déficit del volumen, de la velocidad de la pérdida, edad y estado pre-mórbido del paciente.

3.2.1. Etiología

- Antes de la expulsión de la placenta:
 - ✓ Retención total o parcial de placenta.
 - ✓ Anillos de contracción.
 - ✓ Inserción anormal de placenta (placenta acreta, increta, percreta, succenturiata, bajas, etc.).
 - ✓ Laceración del útero y del canal del parto (desgarros uterinos, ruptura uterina, desgarros cervicales, desgarros vaginales y perineales).

- Después de la expulsión de la placenta:
 - ✓ Atonía uterina.
 - ✓ Retención de placentas o membranas.
 - ✓ Laceración del canal del parto.
 - ✓ Coagulopatías maternas.
 - ✓ Ruptura uterina.
 - ✓ Inversión uterina.

3.3. Desprendimiento placenta Normoinserta¹¹:

El desprendimiento prematuro de la placenta ocurre debido a la ruptura de los vasos maternos en la decidua basal, donde se interconectan con las vellosidades de anclaje de la placenta. En raras ocasiones, la hemorragia se origina en los vasos fetoplacentarios.

La sangre acumulada divide la decidua, separando una fina capa de decidua de su anclaje a la placenta. El sangrado puede ser pequeño y autolimitado o puede continuar disecando así la interfase entre placenta y decidua, llevando a la completa o casi completa separación de la placenta. La porción desprendida de la placenta es incapaz de realizar el intercambio de gases y nutrientes, de forma que, en el momento en que la unidad fetoplacentaria restante sea incapaz de compensar esta pérdida de la función, el feto se verá comprometido.

3.3.1. Clasificación:

Grado I: No se reconoce clínicamente

Grado II: Signos clásicos, producto vivo.

Grado III: Severo, producto muerto.

III a: sin coagulopatía.

III b: con coagulopatía.

3.3.2. Etiología y factores de Riesgo:

De etiología aguda:

- Traumatismo abdominal/accidente (mecanismo de aceleración - desaceleración). Se produce un cizallamiento de la placenta inelástica debido a la contracción súbita de la pared uterina subyacente. El desprendimiento de la placenta en estos casos suele presentarse dentro de las primeras 24 horas tras el evento precipitante y tiende a ser grave.
- Cocaína y otras drogas de abuso. Producen vasoconstricción, isquemia y alteración de la integridad vascular. Hasta un 10 % de las mujeres consumidoras de cocaína en el tercer trimestre tendrá un desprendimiento de placenta.
- Tabaco. Tiene también efectos vasoconstrictores que causan hipoperfusión placentaria, isquemia decidual, necrosis y hemorragia. Es uno de los pocos factores de riesgo modificables. Conlleva 2.5 veces más riesgo de desprendimiento y el riesgo aumenta en un 40% por cajetilla fumada al día. Además, la combinación de tabaquismo e hipertensión tiene un efecto sinérgico sobre el riesgo de desprendimiento.

-
- Hidramnios y Gestación múltiple (por descompresión uterina rápida tras rotura de membranas o parto del primer gemelo).

Obstétricos y médicos:

- Hipertensión crónica y trastornos hipertensivos del embarazo (riesgo cinco veces mayor de desprendimiento grave en comparación con las mujeres normotensas) El tratamiento antihipertensivo no parece reducir este riesgo.
- Malformaciones uterinas (útero bicorne, sinequias uterinas, leiomiomas) Conforman sitios mecánica y biológicamente inestables para la implantación de la placenta; el desprendimiento en estos sitios puede ser debido a una decidualización insuficiente o a un cizallamiento excesivo.
- Cesárea anterior. Conlleva una implantación trofoblástica subóptima en esa zona.
- Rotura prematura de membranas.
- Corioamnionitis.
- Isquemia placentaria en embarazo previo (Preeclampsia, CIUR o antecedente de DPPNI).

Sociodemográficos:

- Edad materna ≥ 35 años.
- Multiparidad (≥ 3 hijos).
- Sexo fetal masculino.

3.4. Ruptura uterina⁸:

Se define como la completa separación del miometrio con o sin expulsión de las partes fetales de la cavidad uterina a la cavidad abdominal, no considerándose como tales la

perforación trans-legrado, la ruptura por embarazo intersticial o la prolongación de la incisión en el momento de la operación cesárea.

3.4.1. Clasificación

Según su Extensión:

- Parcial: comprende una sola porción, sea el segmento inferior o el cuerpo uterino.
- Total: abarca ambas porciones.

Según su Profundidad:

- Incompleta: cuando involucra las capas mucosa y muscular del útero, respetando la serosa peritoneal.
- Completa: se involucra el peritoneo y se pone en comunicación la cavidad uterina con la cavidad abdominal.
- Complicada: Cuando la extensión de la herida afecte algún órgano vecino: Vagina, Vejiga, Recto, ligamento ancho, etc.

3.4.2. Etiología:

Traumatismos:

- Naturales: Caídas, contusión directa sobre el abdomen.
- Provocados: Iatrogenia (Fórceps alto, alumbramiento artificial de la placenta acreta, maniobra de Kristeller, uso inadecuado de oxitócicos o misoprostol).
- Parto obstruido: estrechez pélvica, atresia vaginal, macrosomía fetal, situación transversa.

Antecedentes de cirugía previa al embarazo: Cesárea, miomectomía, escisión de tabique uterino, manipulación durante la atención del parto (versiones externas).

3.5. Hemorragia postparto⁸:

- Pérdida sanguínea mayor de 500cc después del parto vaginal.

-
- Pérdida sanguínea mayor de 1,000cc después de una operación cesárea.
 - Caída en un 10% de los niveles de hematocrito con respecto a los niveles de hematocrito antes del parto o cesárea.
 - Pérdida sanguínea que haga a la paciente sintomática (mareo, síncope), o que resulta en signos de hipovolemia (taquicardia, hipotensión, oliguria).

Etiología:

1. Alteraciones del tono uterino (Hipotonía, Atonía uterina); esta puede ocurrir cuando existe:
 - Sobre distensión uterina.
 - Agotamiento de la musculatura uterina.
 - Infección. Corioamnioitis.
 - Anomalía uterina.
 - Fármacos útero-relajantes.
2. Trauma (20%):
 - Laceración cervico-vaginal.
 - Prolongación de la histerotomía en la cesárea.
 - Ruptura uterina.
 - Inversión uterina.
3. Retención de restos postparto (10%):
 - Retención de restos (placenta, membranas).
 - Alumbramiento incompleto.
4. Trombina:
 - Alteraciones de la coagulación preexistentes.
 - Alteración adquirida durante la gestación.

Clasificación:

- Hemorragia postparto inmediato: Es la que se produce en las primeras 24 horas posteriores al nacimiento.
- Hemorragia postparto tardía (o del puerperio propiamente dicho): Es la que se produce después de las 24 horas, hasta los diez primeros días de ocurrido el nacimiento.
- Hemorragia del puerperio alejado: Es la que se produce después de los primeros diez días, hasta los 45 días posteriores al nacimiento.
- Hemorragia del puerperio tardío: Es la que se produce después de los 45 días hasta los 60 días.

3.6. Retención placentaria⁹:

Definida como la no expulsión de la placenta dentro de los 30 minutos (1% de los partos), en alumbramiento espontáneo y por más de 15 minutos si se realizó alumbramiento dirigido (manejo activo).

En algunas ocasiones puede ocurrir que la placenta se desprenda pero no pueda expulsarse por trastornos dinámicos uterinos. Se producen así por hiperdinamia anillos de constricción por encima del segmento inferior que determinan la retención sobre ellos de toda la placenta desprendida, o parte de ella (engatillamiento).

Inserción anormal de las vellosidades coriónicas.

3.6.1. Clasificación:

- Total:

Distocia dinámica: inercia, anillos de contracción.

Distocias anatómicas: Adherencias anormales de la placenta.

-
- Parcial:

Restos de placenta (cotiledones).

Restos de membranas.

Restos placentarios:

Se presentan en los que sin existir un problema de penetración excesiva de la placenta o acretismo, hay retención de lóbulos o de fragmentos placentarios lo cual ocasiona hemorragias severas después del parto. Esto se previene o se resuelve mediante la revisión manual cuidadosa de toda la cavidad uterina después del alumbramiento.

El acretismo placentario:

Es la inserción anormal de parte o de toda la placenta, con ausencia total o parcial de la decidua basal y anomalía de la caduca verdadera con penetración de las vellosidades coriales al miometrio.

- Placenta acreta: llega a contactar con miometrio, pero no lo penetra.
- Placenta increta: miometrio invadido por las vellosidades.
- Placenta percreta: las vellosidades llegan al peritoneo.
- Placenta destruens: las vellosidades perforan el peritoneo y llegan a cavidad abdominal.

3.5.2. Etiología:

1. No se producen contracciones uterinas normales que originen el despegamiento placentario normal. Esta atonía uterina es frecuente en partos prolongados o con gran distensión uterina (parto gemelar, hidramnios)
2. Existencia de alteraciones uterinas (miomas, malformaciones) o anomalías de la placenta.

-
3. Placenta insertada en un lugar poco habitual (cuerno uterino) o que se trate de una adherencia normal, o que se trate de una placenta acreta.
 4. La retención placentaria es frecuente en partos prematuros.
 5. Las incarceraciones y engatillamientos: incarceración de la placenta desprendida que permanece dentro de la cavidad uterina o parcialmente en vagina por espasmo uterino. Puede deberse a maniobras intempestivas, como tracciones de cordón o expresiones uterinas inadecuadas.
 6. Atonía uterina.
 7. Inercia uterina.
 8. Anillos de contracción (los espasmos). Es la contractura de una zona circular del útero (anillo de Bandl, etc.). Pueden ser esenciales o secundarias a masaje o el uso incorrecto de oxitocina. Al quedar la placenta retenida por encima del anillo se impide la retracción uterina y la contracción de los vasos produciéndose hemorragia.
 9. Las adherencias anormales: de extensión focal, parcial o total, y de diferente variedad: placenta acreta, increta, percreta).
 10. Placenta succenturiata: En la cual se desarrollan uno o varios lóbulos accesorios a la membrana. Esto tiene mucha importancia ya que los lóbulos quedan a veces retenidos en el útero, después de la expulsión de la placenta.
 11. Los restos placentarios retenidos tras la salida de la mayor parte de la placenta son otra causa de sangrado, ya que impiden la correcta contracción del útero. La retención de restos placentarios puede ocurrir en cualquier parto, por lo que es obligatoria la revisión sistemática de la placenta por parte del personal sanitario tras el alumbramiento para comprobar la total integridad de estas y sus membranas.

3.7. Lesiones del canal de parto¹²:

3.7.1 Desgarros y laceraciones:

Pérdida de solución de continuidad del tejido vulvo-vaginal producido por la salida del feto, pueden ser desgarros pequeños hasta mayores.

Clasificación:

- Vaginales y vulvoperineales:
 - Clasificación de desgarros perineales:
 - 1º grado Lesión de piel perineal.
 - 2º grado Lesión de músculos del periné sin afectar esfínter anal.
 - 3º grado Lesión del esfínter anal.
 - 3a Lesión del esfínter externo 50%.
 - 3b Lesión del esfínter externo >50%.
 - 3c Lesión de esfínter externo e interno.
 - 4º grado Lesión del esfínter anal y la mucosa rectal.
- Cervicales¹³:
 - Espontáneas: que acompañan en muchos casos al parto, pequeñas -hasta de 1.5 cm-, poco sangrantes.
 - Provocadas: originadas generalmente por las maniobras sobre el cuello (miden más de 2 cm) y son muy sangrantes.

Los desgarros cervicales suelen descubrirse después del parto por la Hemorragia - generalmente ligera-, salvo si ha ocurrido la rotura de alguna rama importante de la arteria uterina.

Se denomina traquelorrafia a la sutura de un desgarró o incisi3n quirúrgica del cuello uterino y debe realizarse siempre que se identifiquen comisuras pues debemos suturar éstas para lograr un cuello que cicatrice normalmente y quede como el de una nulípara (con su orificio externo circular).

3.7.2. Hematomas:

Clasificaci3n:

- Vulvares: Afectan con mäs frecuencia las ramas de la arteria pudenda que incluye la hemorroidal posterior, la perineal transversa o la labial posterior.
- Vulvovaginales: La rama descendente de la arteria uterina.
- Paravaginales o retroperitoneales.

3.8. Síndrome Hipertensivo Gestacional⁸:

Las enfermedades hipertensivas del embarazo son las que hacen referencia a la hipertensi3n que se inicia o diagnostica durante la gestaci3n en una paciente previamente normotensa.

El CLAP en las guías para la atenci3n de las principales emergencias obstétricas ańo 2012 también define la preeclampsia por un aumento de 30mmHg o más en la presi3n arterial sist3lica o 15 mmHg o más en la presi3n arterial diast3lica habitual, todo esto asociado con proteinuria y en ocasiones edema o lesi3n a 3rganos blancos.

3.8.1. Definiciones Básicas:

3.8.1.1 Hipertensi3n Arterial:

- Presi3n Arterial Sist3lica (PAS) mayor o igual a 140 mmHg y/o presi3n arterial diast3lica (PAD) mayor o igual a 90 mmHg, en menos de 2 ocasiones con un intervalo de 4 horas.
- Una sola presi3n arterial diast3lica mayor o igual a 110 mmHg.

-
- Una presión arterial media (PAM) mayor o igual a 106 mmHg.

3.8.1.2. Proteinuria:

Excreción urinaria es mayor o igual a 300 mg/lt en orina de 24 horas o proteinuria cualitativa con cinta reactiva de 1 cruz (+) o más, en al menos 2 ocasiones con un intervalo de 4 a 6 horas.

3.8.2. Clasificación:

- ✓ Hipertensión arterial crónica.
- ✓ Hipertensión arterial crónica con preeclampsia sobreagregada.
- ✓ Hipertensión gestacional.
- ✓ Preeclampsia – Eclampsia.
 - i. Preeclampsia moderada.
 - ii. Preeclampsia grave.
 - iii. Eclampsia.

3.8.2.1. Hipertensión arterial crónica:

La frecuencia es del 1 al 5% del total de embarazos, des estas más del 95% son hipertensión esencial y solo un 2% es secundaria. La principal causa de hipertensión crónica es debido a enfermedad renal. Se definen tres grupos en la hipertensión arterial crónica:

1. Pacientes con hipertensión arterial crónica esencial o secundaria, antes de iniciar el embarazo y que coexiste con el mismo.
2. Pacientes con hipertensión, con o sin proteinuria, que aparece antes de la semana 20 de gestación.

-
3. Pacientes que persisten con hipertensión luego de 6 semanas de puerperio.

3.8.2.2. Hipertensión arterial crónica con preeclampsia sobreagregada:

Se define como la presencia de preeclampsia en embarazadas con hipertensión crónica conocida o diagnosticada antes de la semana 20 del embarazo. La hipertensión crónica se complica con preeclampsia en un 25%. La existencia de los siguientes parámetros permite realizar el diagnóstico.

1. Pacientes con hipertensión arterial crónica sin proteinuria (antes de las 20 semanas) que desarrolla proteinuria significativa luego de la semana 20 del embarazo.
2. Pacientes con hipertensión arterial crónica sin proteinuria (antes de la semana 20) que presenta uno de los siguientes:
 - Incremento de la proteinuria basal.
 - Elevación de la presión arterial en pacientes que previamente se encontraban compensadas.
3. Pacientes con hipertensión arterial crónica (antes de la semana 20) que desarrolla trombocitopenia o anemia hemolítica microangiopática o incremento de las enzimas hepáticas (síndrome de HELLP).

3.8.2.3. Hipertensión gestacional.

Se define como el desarrollo de hipertensión sin proteinuria significativa durante la segunda mitad del embarazo en paciente previamente normotensa. La frecuencia es de 6% a 17% en nulíparas y de 2% a 4% en multíparas.

Puede evolucionar a preeclampsia (46%), especialmente si aparece antes de las 30 semanas. Se puede reclasificar en dos categorías posterior al embarazo:

-
1. Hipertensión transitoria: Si se normaliza la presión arterial luego de la resolución del embarazo, en un periodo menor a 6 semanas de puerperio.
 2. Hipertensión crónica: Paciente persiste con hipertensión arterial luego de 6 semanas del puerperio.

3.8.2.4. Preeclampsia – Eclampsia:

Tiene una frecuencia de 2% a 15% del total de embarazos. Se define como un síndrome exclusivo del embarazo en pacientes con edad gestacional mayor o igual a 20 semanas. Solo se ha identificado casos de preeclampsia con menos de 20 semanas en pacientes con enfermedad molar, hidrops fetal y embarazo múltiple.

Preeclampsia Moderada:

- Presión arterial sistólica ≥ 140 mmHg y/o diastólica ≥ 90 mmHg que ocurra después de 20 semanas de gestación en mujer previamente normotensa, sin evidencia de daño a órgano blanco.

Considerar también cuando la Presión Arterial Media (PAM) se encuentra entre 106 – 125 mmHg.

- Proteinuria significativa que se define como excreción de 300 mg o más de proteínas por litro en orina de 24 horas o 1 cruz (+) en cinta reactiva en 2 tomas con un intervalo de 4 horas, en ausencia de infección del tracto urinario o sangrado.

Preeclampsia Grave:

Se realiza el diagnóstico en pacientes con hipertensión arterial y proteinuria significativa que presentan uno o más de los siguientes criterios de daño a órgano blanco:

-
- Presión arterial sistólica ≥ 160 mmHg y/o diastólica ≥ 110 mmHg y/o Presión Arterial Media ≥ 126 mmHg.
 - Proteinuria ≥ 5 gr en orina de 24 horas o en cinta reactiva ≥ 1.2 mg/dl.
 - Trombocitopenia menor a $100,000$ mm³ o evidencia de anemia hemolítica microangiopática (elevación de LDH mayor a 600 U/L).
 - Elevación de enzimas hepáticas TGO o TGP o ambas mayor o igual a 70 UI.
 - Síntomas neurológicos: cefalea fronto occipital persistente o síntomas visuales (visión borrosa, escotomas), tinnitus o hiperreflexia.
 - Edema agudo de pulmón o cianosis.
 - Epigastralgia o dolor en cuadrante superior derecho.
 - Restricción del crecimiento intrauterino (RCIU).

Eclampsia:

Se define como la ocurrencia de convulsiones en el embarazo, parto o puerperio en pacientes con preeclampsia y que no son explicadas por otra etiología; un 16% ocurren hasta 48 horas posteriores al parto.

Aunque el síndrome de HELLP no ha sido incluido en la clasificación de ACOG y del WorkingGroup, recordemos que esta entidad no ha sido independizada de la fisiopatología de la preeclampsia, es una complicación extrema de esta. Su denominación se restringe a que existan todos los criterios para su diagnóstico y se recomienda evitar el término de HELLP incompleto.

Los criterios son los siguientes:

1. Anemia hemolítica microangiopática.

-
- a. Frotis en sangre periférica de hematíes deformados, fragmentados, esquistocitosis, reticulocitosis.
 - b. Bilirrubina ≥ 1.2 mg/dl.
 - c. Lactato Deshidrogenasa ≥ 600 UI.

2. Trombocitopenia.

- a. Tipo I ($< 50,000$ mm³).
- b. Tipo II (50,000 a 100,000 mm³).
- c. Tipo III (101,000 a 150,000 mm³).

3. Elevación de enzimas hepáticas.

- a. Transaminasa Glutámico - Oxalacética (TGO) > 70 UI.
- b. Transaminasa Glutámico - Pirúvica (TGP) > 70 UI.

TODA PACIENTE CON ICTERICIA SOSPECHAR SINDROME DE HELLP.

3.9. Inversión uterina¹⁰:

Accidente en el que el fondo uterino se deprime penetrando en el interior de la cavidad uterina en forma de dedo de guante. Suele ocurrir fuera del embarazo en caso de fibromas pediculados, pero lo que es frecuente es que se produzca en el período puerperal después de la salida del feto.

3.8.1 Clasificación:

La inversión uterina puede clasificarse en base al tiempo en que se diagnostica y así encontramos:

- Inversión aguda: Cuando es descubierta antes de que suceda la constricción del anillo cervical.
- Inversión sub-aguda: Cuando es descubierta después de la contractura del anillo cervical, pero tempranamente.

-
- Inversión crónica: Cuando es diagnosticada después de haber transcurrido de 48 a 72 horas.

Clasificación Tarnier y Bar:

- 1er Grado: El fondo uterino se invagina en la cavidad sin pasar el cuello.
- 2do Grado: El fondo del útero pasa del cuello llegando a la vagina.
- 3er Grado: El útero se invierte pasando su fondo completo a través de la vulva y aparece al exterior.

3.8.2. Etiología:

Condición indispensable para la producción de la inversión uterina es la inercia del fondo, que permite que se deprima como dedo de guante a esta parte del órgano. Sucedido esto parece que se presenta una intususcepción con la consiguiente inversión uterina. La inserción fúndica adherencial anormal de la placenta, favorece la inversión, al igual que la expresión forzada de la placenta y las tracciones que sobre el cordón umbilical se ejerzan. Hemos de anotar como de importancia el hecho clínico de que la inversión uterina reducida, fácilmente puede reproducirse después.

VII.- DISEÑO METODOLÓGICO

- **Tipo de estudio:** Descriptivo, de enfoque cuanti-cualitativo, prospectivo, de corte transversal.
- **Área de estudio:** Sala de labor y parto del Hospital Primario Carlos Centeno – Siuna.
- **Unidad de análisis:** pacientes adolescentes que presenten alguna complicación obstétrica.
- **Universo:** 196 pacientes adolescentes ingresadas en el servicio de labor y parto del Hospital Primario Carlos Centeno – Siuna, en el período Octubre 2016 – Marzo 2017.
- **Muestra:** 69 pacientes adolescentes que presentaron complicaciones obstétricas en el período determinado.
- **Criterios de inclusión:**
 1. Pacientes adolescentes embarazadas que acudieron a la atención del parto en el Hospital Primario Carlos Centeno – Siuna en el período estudiado.
 2. Pacientes adolescentes que presentaron complicación durante el parto.
- **Criterios de exclusión:**
 1. Pacientes que no sean adolescentes, ni embarazadas.
 2. Pacientes que no presenten complicación durante el parto.
- **Técnicas y Procedimientos de recolección de información:**

Para la realización de este estudio se obtuvieron los datos por medio de una ficha de recolección de información llenada tras la revisión de expedientes clínicos de pacientes adolescentes ingresadas a labor y partos elegidas por tipo de muestreo intencional, no probabilístico; se estructuró un matriz en Excel para la recolección y procesamiento de los datos.

- **Lista de variables**

- Objetivo #1: Características sociodemográficas:**

- Edad.
 - Procedencia.
 - Nivel académico.
 - Estado Civil.
 - Ocupación.

- Objetivo #2: Seguimiento prenatal:**

- No. De CPN.
 - Lugar del CPN.
 - Personal de salud que realizó el CPN.

- Objetivo #3: Antecedentes y complicaciones obstétricos más frecuentes.**

- Cesáreas.
 - Abortos.
 - Nacidos vivos.
 - Nacidos muertos.
 - Fecha de último parto / Periodo Intergenésico.
 - Embarazo planeado/ Planificación familiar.
 - FUM
 - Edad gestacional.
 - Complicaciones en embarazos previos.
 - Patologías durante el embarazo, parto y puerperio actual.

- **Operacionalización de Variables**

Variable 1	Definición	Indicadores	Escala	Tipo
Edad	Según años de vida cumplidos.	% De pacientes con complicaciones del embarazo.	-Menor de 15 años. -15 a 19 años.	Cuantitativa Continua

Variable 2	Definición	Indicador	Escala	Tipo
Procedencia.	Según lugar de residencia o procedencia.	% de pacientes adolescentes embarazadas con complicaciones.	-Urbano -Rural	Cualitativa Nominal dicotómica

Variable 3	Definición	Indicador	Escala	Tipo
Nivel académico.	Según estudios realizados	% de pacientes adolescentes con complicaciones obstétricas.	-Analfabeta. -Alfabeto. -Primaria. -Secundaria. -Técnico. -Universitaria.	Cualitativa Nominal politémica.

Variable 4	Definición	Indicador	Escala	Tipo
Estado civil	Estado civil al momento del parto.	% de complicaciones presentadas según estado civil.	-Casada. -Unión estable. -Soltera, -Viuda.	Cualitativa Nominal politémica.

Variable 5	Definición	Indicador	Escala	Tipo
Ocupación	No. De pacientes empleadas como ayudantes del hogar, o desempleadas o estudiantes	% de complicaciones de embarazo en adolescentes según ocupación.	-Estudiante. -Ayudante del Hogar. -Desempleada.	Cualitativa Nominal politémica

Variable 6	Definición	Indicador	Escala	Tipo
CPN (controles prenatales).	Nº de controles prenatales recibidos durante su embarazo.	Nº promedio de controles realizados según tipo de complicaciones.	-Sin CPN. -Menos de 4. -4. -5 o más.	Cuantitativa Discreta.

Variable 7	Definición	Indicador	Escala	Tipo
Lugar del CPN.	Según lugar o unidad de salud donde se hizo más de 3 controles prenatales.	% de complicaciones en pacientes según lugar de realización del CPN.	-Clínica privada. -Centro de salud. -Puesto de salud. -Hospital.	Cualitativa Nominal Politómica

Variable 8	Definición	Indicador	Escala	Tipo
Personal de salud que realizo el CPN.	Es el personal de salud que realizó el CPN a la adolescente.	% de embarazadas con complicaciones según el personal que le realizo el CPN.	-Médico GO. -M. General. -M. S. Social. -Enfermera/o. -Auxiliar de Enfermería.	Cualitativa Nominal Politómica

Variable 9	Definición	Indicador	Escala	Tipo
Antecedentes de Gestas.	No. de gestas previas al parto complicado.	% de embarazadas complicadas con embarazos previos	Numeral	Cuantitativa Discreta

Variable 10	Definición	Indicador	Escala	Tipo
Antecedentes de partos o cesáreas previos y nacidos vivos.	No. De partos o cesáreas con niños nacidos vivos previos al embarazo con complicaciones.	% de partos previos en embarazadas complicadas. % de cesáreas previas en embarazadas complicadas.	Numeral	Cuantitativa Discreta

Variable 11	Definición	Indicador	Escala	Tipo
Antecedentes de aborto, y nacidos muertos.	Según la causa de muerte del embarazo previo.	% de embarazadas adolescentes complicadas con mortinatos previos según causas	Numeral	Cualitativa Nominal Politómica

Variable 12	Definición	Indicador	Escala	Tipo
Antecedentes de complicaciones en embarazos previos.	Según la patología presentada en embarazo previo.	% de embarazadas adolescentes complicadas con embarazos patológicos previos.	-Partos obstruidos. -Prematuridad. -Mortinatos. -otros	Cualitativa Nominal Politómica

Variable 13	Definición	Indicador	Escala	Tipo
Período intergenésico.	Período intergenésico (PI) corto (menor de 2 años), PI adecuado (2 a 5 años), y PI largo (mayor de 5 años).	% de embarazadas adolescentes complicadas según período intergenésico. % según tipo de complicación.	-Corto. -Adecuado. -Largo.	Cuantitativa Discreta

Variable 14	Definición	Indicador	Escala	Tipo
Embarazo planeado y uso de planificación familiar.	Según si la paciente planeo salir embarazada y si utilizaba anticonceptivo antes de este embarazo.	% de pacientes complicadas que no planearon y las que usaron anticoncepción y salieron embarazadas.	-Sí. -No.	Cualitativa Nominal Dicotómica

Variable 15	Definición	Indicador	Escala	Tipo
Edad Gestacional.	Semanas de gestación al momento del parto complicado.	% de complicaciones según edad gestacional.	-Menor de 37 semanas. -De 37 a 41 semanas. -Mayor de 42 semanas.	Cualitativa Nominal Tricotómica

Variable 16	Definición	Indicador	Escala	Tipo
Tipo de Complicación.	Cualquier tipo de complicación durante el parto.	% de complicaciones encontradas en el parto de las adolescentes.	-Parto obstruido. -DCP. -otros.	Cualitativa Nominal Politómica

VIII.- RESULTADOS.

Variables demográficas de la muestra:

El tamaño de la muestra fue de 69 pacientes que cursaron con complicaciones, de 196 que se ingresaron a sala de labor y partos de este centro. Esto corresponde al 35.2% de las adolescentes atendidas en esta sala.

De acuerdo a la edad de las pacientes en estudio se encontró que el 95.66% correspondía a pacientes de en la adolescencia tardía, y el 4.34% restante corresponden a la adolescencia temprana; en este estudio no se encontraron pacientes menores de 14 años; y 47.81% están comprendida entre los 16 a 17 años (Tabla N° 1)

La mayoría de las adolescentes de la muestra (85.5%) provenían de áreas rurales. Como se demuestra en la Tabla N° 2.

En términos de educación se encontró que el 71.01% ha cursado algún nivel de educación primaria, seguidas por un 16.6% que han cursado secundaria, y encontrando 4.16% de analfabetismo. (Tabla N° 3).

El estado civil de la mayoría resulta ser Unión estable con un 91.3%, y un 4.34% están casadas, y al igual resulta el número de solteras. (Tabla N° 4).

Además se identificó que la gran mayoría de las pacientes estudiadas admitieron ser amas de casa en un 95.65%, y un 4.34% se admitieron como estudiantes. (Tabla N° 5).

Perfil de la Atención Prenatal.

El segundo objetivo era valorar el control prenatal que tuvieron las pacientes que se identificaron como complicadas.

Se encontró que el 8.69% de las pacientes se realizaron 5 CPN, 40.57% se realizaron 4 controles, 49.26% de las pacientes acudieron a menos de 4 controles, y solo 1 de las pacientes (1.44%) no se había realizado ningún solo CPN. (Tabla N° 6)

Igualmente se identifica que 55.07% de las pacientes recibieron su atención en la consulta externa del HPCC, y un 43.47% en alguno de los puestos de salud de la región, y solo 1 paciente (ya mencionada anteriormente) no recibió atención; cabe mencionar, que se reporta 0% de atención en centro de salud, ya que en este municipio el Hospital funciona a la vez como centro de salud. (Tabla N° 7).

Se encontró que el 30.43% había sido atendida por un Médico General en su CPN, 28.98% habían recibido su atención por auxiliar de enfermería en el puesto, 24.63% había atendida por Médicos Internos, 10 pacientes (14.49%) había recibido su atención con Médico en servicio social, y 1 paciente que no tenía ninguna atención prenatal; ninguna de las pacientes que presentaron complicaciones habían sido valoradas por Especialistas en el ramo. (Tabla N° 8).

Antecedentes ginecobstétricos y Complicaciones del parto más frecuentes.

En su mayoría, el 95.65% de las pacientes eran primigestas, y el 4.34% eran Bigestas. (Tabla N° 9).

Se encontró que una de las pacientes (4.34%) había cursado con aborto en su embarazo anterior, y 2 (2.89%) habían cursado con parto vaginal anterior. (Tabla N° 10).

De las 3 pacientes con gestas anteriores 2 de ellas acudieron con período intergenésico largo (mayor de 5 años) y una de ellas período intergenésico normal (Tabla N° 11).

De las 69 pacientes que sufrieron complicaciones 64 (92.75%) no habían utilizado ningún método de planificación, 3 pacientes (4.34%) refirieron les falló el método hormonal, 1 estaba utilizando Preservativo, y la restante afirmó usar método natural al momento del embarazo (Tabla N° 12).

Al momento del parto se identificó solo un 5.79% de partos pre término, 27.53% fueron pos término, y el resto (66.66%) eran embarazos a término (Tabla N° 13).

La principal complicación presentada durante el parto en las adolescentes fue el desgarro Perineal I° con un 68.05% de incidencia, además el 9.7% de las pacientes que presentaron desgarro perineal II° suman un 77.75% de complicaciones por lesiones del canal del parto, seguido por una complicación más peligrosa como lo es la Hemorragia Postparto presentada por 10 pacientes, cabe mencionar que se identificó en 3 pacientes Preeclampsia al momento del parto, además 2 pacientes presentaron parto detenido y 1 de todas presentó retención placentaria, esta última cabe mencionar que cursó con 3 complicaciones (Preeclampsia, Retención Placentaria y Hemorragia postparto). (Tabla N° 14)

IX.- ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS.

El análisis de esta investigación se hace en base a las 69 pacientes adolescentes que sufrieron complicaciones durante el parto en la sala de labor y partos.

Se identificó que las adolescentes integradas al estudio correspondían a la adolescencia tardía (15 – 19 años), este dato es atribuible a la probable edad de inicio de la vida sexual y reproductiva, y lo podemos asociar a la cultura de esta región, en la cual las jóvenes dejan el hogar a estas edades para ya conformar un núcleo familiar; sin embargo las mismas se atribuyen en un 91.30% ser familias en unión libre, en las cuales la mayoría de las jóvenes se adjudican la responsabilidad de ser amas de casa (95.65%). Es lamentable que de cada 100 adolescentes complicadas, 4 correspondan a menores de 14 años, esto significa que el número de niñas embarazadas por debajo de 14 años tiene una incidencia alta en nuestro país.

Continuando con los datos sociodemográficos, según la procedencia predominan las adolescentes de comunidades rurales, este dato se correlaciona con la realidad de la región, a la cual se le atribuye más del 80% de población rural; a su vez esto se relaciona al nivel académico de la mayoría de las estudiadas, que corresponde a un 71.01% de jóvenes que cursaron algún grado de primaria, esto debido al modelo social de pobreza de los países latinoamericanos, en el cual la mujer pasa a ser sumisa y dedicada a las labores del hogar y la crianza de los hijos. Es importante notar que en esta región indígena el grado de analfabetismo es bajo.

En lo que respecta al seguimiento del control prenatal, se identifican datos de menos de 4 controles (49.26%), de 4 controles (40.57%), y de 5 controles (8.69%) lo cual indica que más del 90% de las pacientes tuvieron controles prenatales, en los cuales se lograría identificar factores de riesgo para complicaciones maternas mayores, mejorando la calidad de atención y de vida del binomio; esto nos hace pensar que el sistema de salud ha ampliado la cobertura eficientemente, ya que solo 1.44% no tuvo atención prenatal.

El 55.07% de las pacientes recibieron atención prenatal en la consulta externa del Hospital Primario Municipal, el cual ejerce de esta manera sus funciones como centro de salud, el 43.47% recibieron seguimiento en puestos de salud familiar y comunitarios, ninguno de los casos provienen de seguimientos por medicina privada, lo que significa que hay alta confianza en el sistema de salud.

La atención prenatal estuvo a cargo de Médicos en un 70% de los casos, y 28.98% por Auxiliares de Enfermería, en ninguno de los casos se hizo referencia a valoración por Especialistas, esto significa que hay buena asistencia por parte del equipo de atención en salud de este municipio.

La mayoría de las adolescentes se identificaron como primíparas en un 95.65%, algunas Bigestas y esto se explica porque apenas estas pacientes están iniciando su vida sexual activa, a pesar de esto en las Bigestas atendidas encontramos periodos intergenésico normal y largo.

Es interesante observar que casi 30% de las pacientes se presentaron con embarazo Postérmino, y un 6% con embarazo Pretérmino, lo que nos puede traducir el grado de inmadurez física de las parturientas.

En referencia a la variable final que es tipo de complicación presentada en el parto, se identifica que los desgarros perineales siguen siendo la principal complicación en las pacientes adolescentes, así como concluyeron los estudios descritos en los antecedentes; en segundo y tercer lugar la Hemorragia postparto y Preeclampsia intraparto respectivamente.

X.- CONCLUSIONES.

Se realizó este estudio para identificar las complicaciones maternas durante el parto de adolescentes atendidas en el servicio de labor y partos del Hospital Primario Carlos Centeno, Siuna, una vez finalizado el estudio se concluye:

1. El 50% de adolescentes con complicaciones durante el parto correspondían a las edades de 16 y 17; el 85% provenían de área rural; 71% cursaban escolaridad primaria y un 4% de analfabetismo, y en su mayoría 91.3% tenían relación de unión libre; por último el 95.6% eran amas de casa.
2. Se encontró asistencia de 4 a 5 controles del 49.26%, y menos de 4 controles igual (49.26%), equivalente a 98.52% de cobertura de atención prenatal, además la atención de los seguimientos prenatales fue de 70% por Médicos y en 28.98% por Enfermería.
3. Se determina que la principal complicación que sufren las adolescentes durante el parto fueron en 77.75% lesiones del canal del parto, también se encontró incidencia de complicaciones mayores en segundo y tercer lugar la Hemorragia postparto y Preeclampsia intraparto respectivamente.

XI.- RECOMENDACIONES.

AL SILAIS.

Mantener el monitoreo de la atención prenatal para mejorar la eficacia en el seguimiento, principalmente en los puestos de salud, de donde son originarias la mayor parte de las pacientes.

Promover acciones multidisciplinarias con las demás instituciones gubernamentales, principalmente MINED, que incluya programas para promoción y prevención de embarazos en adolescentes en las escuelas; sensibilizando además en este aspecto, el interés en otras organizaciones no gubernamentales y de la sociedad civil, con ayuda de las diferentes entidades mediáticas del país.

AL HOSPITAL.

Orientar a los profesionales de la salud a brindar una atención con calidez humana diferenciada que prepare condiciones para disminuir los riesgos relacionados con la parte psicológica de estas pacientes.

Mantener monitoreo de expedientes clínicos de las pacientes atendidas, para mejorar el llenado de las fichas de HCPB, además de correlación de notas de médico – enfermería y así visualizar fallas que se puedan superar en un futuro, en especial disminuyendo la pérdida en seguimiento de los controles prenatales.

Mantener vigilancia de la integridad de los equipos de atención de parto, y de emergencias con el fin de realizar una atención eficaz, en casos de complicaciones durante el parto.

A LOS PUESTOS DE SALUD.

Continuar con la promoción de captación de gestantes que conlleven a un buen seguimiento y a un parto institucional, para prevenir complicaciones durante el parto y disminuir mortalidad materno infantil.

Mantener el sistema educativo asistido por líderes de salud, parteras y brigadistas en cuanto a los cuidados del embarazo, controles prenatales y parto institucional.

Dar buen uso a las casas maternas para que cumplan el rol que se les ha asignado, especialmente con embarazos de riesgo como los casos de este estudio.

XII.- BIBLIOGRAFIA.

1. ENDESA 2011.
2. Drs. Lawrence B. Finer and Jesse M. Philbin (2013), *Pediatrics*. Recuperado: <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=80539>
3. Nicaragua-el-país-con-mas-embarazos-tempranos-en-América-latina. <http://www.laprensa.com.ni/2014/08/11/nacionales/207162->
4. J. Meneghello, 1985, *PEDIATRIA Vol. I*, pág. 96.
5. “Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos y sociales”, *Pediatría Integral* 2013; XVII (2): 88-93.
6. Dr. Fernando Martín Zunino Pradier, Dr. Ramón Alberto Salinas Ávalos, Dra. Griselda Itatí Abreo, 2008, *EMBARAZO ADOLESCENTE: FRECUENCIA Y CAUSAS DE ADMISION AL SERVICIO DE TOCOGINECOLOGIA DEL HOSPITAL “Dr. José R. Vidal” de Corrientes*; Lugar y fecha: Hospital “Dr. José R. Vidal”. División Maternidad. Sector Obstetricia. Corrientes-Argentina, 2008. *Revista de Posgrado de la Cátedra de Medicina*. N° 190 – Febrero 2009.
7. ANÁLISIS DE LAS CONSECUENCIAS DE EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES; Maracaibo, Junio 2010.
8. Complicaciones obstétricas, Normativa 109, MINSA Nicaragua.
9. Benites Vidal, Elvira Soledad. Ica 2016, *Retención Placentaria como causa de hemorragia postparto en el Hospital de Vitarte- caso clínico 2015*.
10. Cecilio Aranda M. Adolfo Broutin. Israel Majchel. *Inversión uterina. Revista médica de Costa Rica XXVI (416) 45-50; 1969*.
11. Miriam Zamorano Nieves, 2015. *DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMALMENTE INSERTA*.
12. M López, M Palacio, C Ros, E Bataller, M Espuña, S. Anglès, 2018. *Protocolo: lesiones perineales de origen obstétrico*.
13. Dra. Laura Farfán, 2015. *Desgarros cervicales, vaginales, vulvoperineales*.
14. Hernández Sampieri, 2014, *Metodología de la investigación, 6ta edición*.

ANEXOS.

HOSPITAL CARLOS CENTENO.

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE INFORMACION

**“COMPLICACIONES MATERNAS DURANTE EL PARTO EN ADOLESCENTES;
SERVICIO DE LABOR Y PARTO, HOSPITAL PRIMARIO CARLOS CENTENO,
SIUNA; PERÍODO OCTUBRE 2016 – MARZO 2017”.**

N° de Ficha _____

Objetivo #1: Características sociodemográficas:

- Edad:
- Procedencia:
Urbana___ Rural___
- Nivel académico:
Analfabeta__ Alfabetada__ Primaria__ Secundaria__ Técnico__ Universitario__
- Estado Civil:
Soltera___ U. Estable___ Casada___ Viuda___
- Ocupación:
Ama de Casa__ Estudiante__ Ayudante del Hogar__
Otras (especificar):___

Objetivo #2: Seguimiento prenatal:

- No. De CPN:
Sin CPN___; Menos de 4___; 4___; 5 o mas___
- Lugar del CPN:
Puesto de Salud___ Centro de Salud___ Hospital___ Privado___
- Personal de salud que realizó el CPN:
Especialista (GO) ___ Medico General___ Medico Social___ Medico Interno___
Enfermero/a: ___ Auxiliar Enfermería___

Objetivo #3: Antecedentes y complicaciones obstétricos más frecuentes.

- Parto (Si / No) N° ___
- Cesáreas (Si / No) N° ___

-
- Aborto (Si / No) N° ____
 - Nacidos Vivos (Si / No) N° ____
 - Nacidos Muertos (Si /No) N° ____
 - Periodo Intergenésico (Corto/Adecuado/Largo/No Aplica)
 - Planeado (Si /No)
 - ¿Usaba método Planificación? (Si / No)
 - Método (Hormonal / Barrera / Natural)
 - Edad gestacional (Término / Pre término / Post término)
 - Complicaciones en embarazos y parto previos (Si / No / No Aplica)
Especificar:
 - Patología durante embarazo actual (Si / No) N° _____
IVU / Vaginosis / Hipertensión Gestacional / Otra:

 - Complicación/es durante el Parto actual:
 - a. Parto Obstruido o Detenido (SI/NO)
 - b. Shock Hemorrágico (SI/NO)
 - c. Desprendimiento de Placenta Normoinserta (SI/NO)
 - d. Ruptura Uterina (SI/NO)
 - e. Hemorragia Postparto(SI/NO)
 - f. Retención Placentaria (SI/NO)
 - g. Traumatismo Obstétrico (SI/NO)
 - h. Síndrome Hipertensivo Gestacional (SI /NO)
 - i. Inversión Uterina (SI/NO)

Tabla N°1. Frecuencia por edad de adolescentes con complicación durante el parto, atendidas en el Hospital Carlos Centeno. Octubre 2016 – Marzo 2017.

Edad.	Complicadas.	
	N	%
< 15 años	15	21.73%
16 – 19 años	54	78.26%
Total.	69	100%

Fuente: Expedientes clínicos.

Tabla N° 2. Procedencia de adolescentes con complicación durante el parto, atendidas en el Hospital Carlos Centeno. Octubre 2016 – Marzo 2017.

Procedencia.	Complicadas	
	N°	%
Urbano.	10	14.49%
Rural.	59	85.50%
Total.	69	100%

Fuente: Expedientes clínicos.

Tabla N° 3. Nivel académico de adolescentes con complicación durante el parto, atendidas en el Hospital Carlos Centeno. Octubre 2016 – Marzo 2017.

Nivel Académico.	Complicadas	
	N°	%
Analfabeta.	4	4.16%
Alfabeto.	0	0.00%
Primaria.	49	71.01%
Secundaria.	16	16.60%
Técnico.	0	0.00%
Universitaria.	0	0.00%
Total.	69	100.00%

Fuente: Expedientes clínicos.

Tabla N° 4. Estado Civil de adolescentes con complicación durante el parto, atendidas en el Hospital Carlos Centeno. Octubre 2016 – Marzo 2017.

Estado civil.	Complicadas.	
	N°	%
Soltera.	3	4.34%
U. estable.	63	91.30%
Casada.	3	4.34%
Divorciada.	0	0.00%
Viuda.	0	0.00%
Total.	69	100.00%

Fuente: Expedientes clínicos.

Tabla N° 5. Ocupación de adolescentes con complicación durante el parto, atendidas en el Hospital Carlos Centeno. Octubre 2016 – Marzo 2017.

Ocupación.	Complicadas.	
	N°	%
Ama de Casa.	66	95.65%
Estudiante.	3	4.34%
Otras.	0	0.00%
Total.	69	100.00%

Fuente: Expedientes clínicos.

Tabla N° 6. Número de CPN de adolescentes con complicación durante el parto, atendidas en el Hospital Carlos Centeno. Octubre 2016 – Marzo 2017.

N° C.P.N.	Complicadas.	
	N°	%
Sin C.P.N.	1	1.44%
Menos de 4 C.P.N.	34	49.26%
4 C.P.N.	28	40.57%
5 C.P.N.	6	8.69%
Total.	69	100.00%

Fuente: Expedientes clínicos.

Tabla N° 7. Lugar de APN de adolescentes con complicación durante el parto, atendidas en el Hospital Carlos Centeno. Octubre 2016 – Marzo 2017.

Lugar A.P.N.	Complicadas.	
	N°	%
Clínica Privada.	0	0.00%
Centro de Salud.	0	0.00%
Puesto de Salud.	30	43.47%
Hospital.	38	55.07%
Ninguno.	1	1.44%
Total.	69	100.00%

Fuente: Expedientes clínicos.

Tabla N° 8. Personal de A.P.N. de adolescentes con complicación durante el parto, atendidas en el Hospital Carlos Centeno. Octubre 2016 – Marzo 2017.

Personal A.P.N.	Complicadas.	
	N°	%
Especialista.	0	0.00%
M. General.	21	30.43%
M. S. Social.	10	14.49%
M. Interno.	17	24.63%
Enfermera/o.	0	0.00%
Aux. Enfermería.	20	28.98%
Ninguno.	1	1.44%
Total.	69	100.00%

Fuente: Expedientes clínicos.

Tabla N° 9. N° de Gestas anteriores de adolescentes con complicación durante el parto, atendidas en el Hospital Carlos Centeno. Octubre 2016 – Marzo 2017.

N° de Gestas.	Complicadas.	
	N°	%
Primigestas	66	95.65%
Bigestas	3	4.34%
Trigestas	0	0.00%
Total.	69	100.00%

Fuente: Expedientes clínicos.

Tabla N° 10. Antecedentes Ginecobstétricos de adolescentes con complicación durante el parto, atendidas en el Hospital Carlos Centeno. Octubre 2016 – Marzo 2017.

Antecedentes G. O.	Complicadas.	
	N°	%
Parto Vaginal.	2	2.89%
Cesárea.	0	0.00%
Aborto.	1	1.44%
Ninguno.	66	95.65%
Total.	69	100.00%

Fuente: Expedientes clínicos.

Tabla N° 11. Periodo Intergenésico de adolescentes con complicación durante el parto, atendidas en el Hospital Carlos Centeno. Octubre 2016 – Marzo 2017.

Periodo Intergenésico.	Complicadas.	
	N°	%
Normal.	1	1.44%
Corto.	0	0.00%
Largo.	2	2.89%
No Aplica.	66	95.65%
Total.	69	100.00%

Fuente: Expedientes clínicos.

Tabla N° 12. Planificación Familiar de adolescentes con complicación durante el parto, atendidas en el Hospital Carlos Centeno. Octubre 2016 – Marzo 2017.

Planificación Familiar.	Complicadas.	
	N°	%
Natural.	1	1.44%
Barrera.	1	1.44%
Hormonal.	3	4.34%
No Planificaba.	64	92.75%
Total.	69	100.00%

Fuente: Expedientes clínicos.

Tabla N° 13. Edad Gestacional al parto de adolescentes con complicación durante el parto, atendidas en el Hospital Carlos Centeno. Octubre 2016 – Marzo 2017.

Edad Gestacional al parto.	Complicadas.	
	N°	%
Pretérmino.	4	5.79%
Término.	46	66.66%
Postérmino.	19	27.53%
Total.	69	100.00%

Fuente: Expedientes clínicos.

Tabla N° 14. Principales Complicaciones durante el parto en adolescentes atendidas en el Hospital Carlos Centeno. Octubre 2016 – Marzo 2017.

Complicación.	N°	%
Parto detenido.	2	2.77%
Shock Hemorrágico.	0	0.00%
H.P.P.	10	13.88%
D.P.P.N.I.	0	0.00%
Ruptura Uterina.	0	0.00%
Retención Placentaria.	1	1.38%
Desgarro Perineal I°.	49	68.05%
Desgarro Perineal II°.	7	9.70%
S.H.G.	3	4.16%
Inversión Uterina.	0	0.00%
Total.	72	100.00%

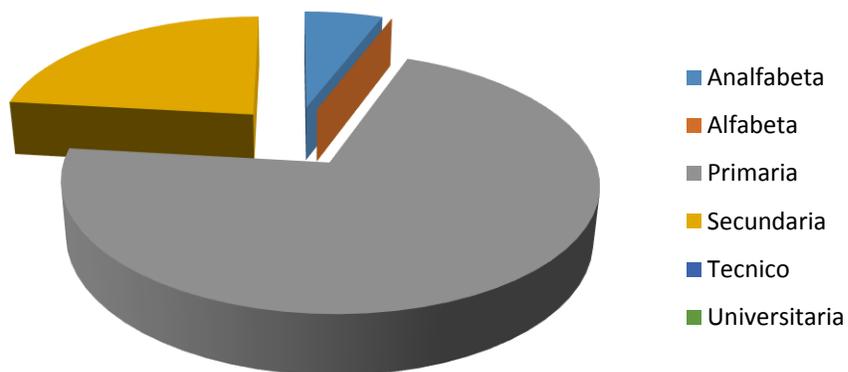
Fuente: Expedientes clínicos.

Gráfico N° 1 Procedencia de adolescentes con complicación durante el parto, atendidas en el Hospital Carlos Centeno. Octubre 2016 - Marzo 2017.



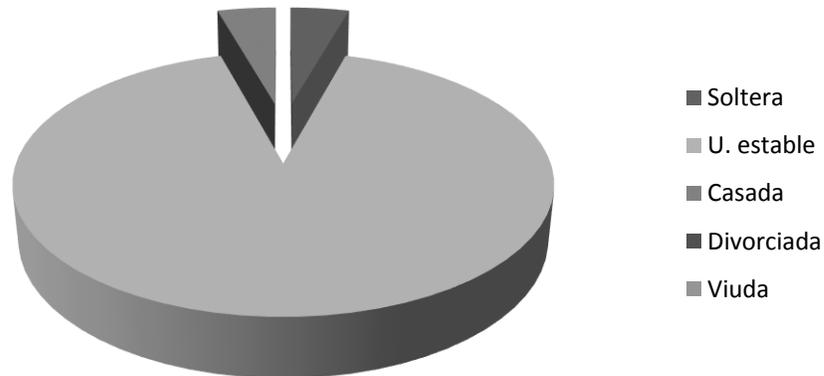
Fuente: Tabla N° 2.

Gráfico N° 2 Nivel Académico de adolescentes con complicación durante el parto, atendidas en el Hospital Carlos Centeno. Octubre 2016 - Mazo 2017.



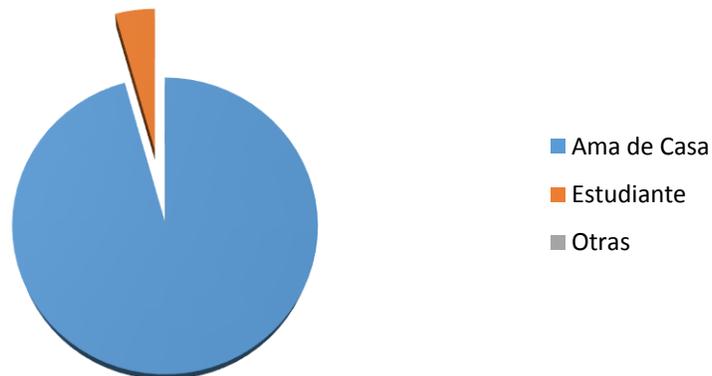
Fuente: Tabla N° 3.

Gráfico N° 3: Estado Civil de adolescentes con complicación durante el parto, atendidas en el Hospital Carlos Centeno. Octubre 2016 - Marzo 2017.

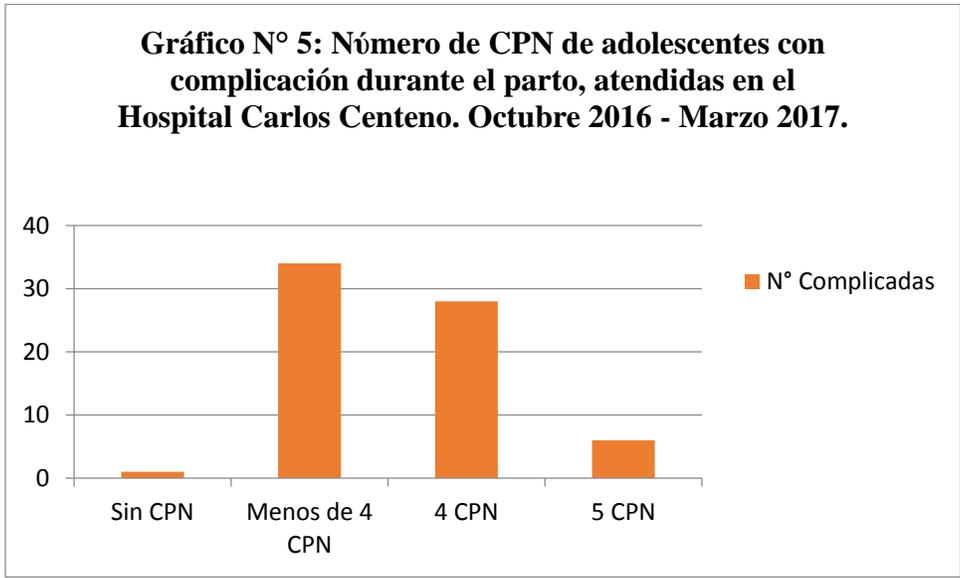


Fuente: Tabla N° 4.

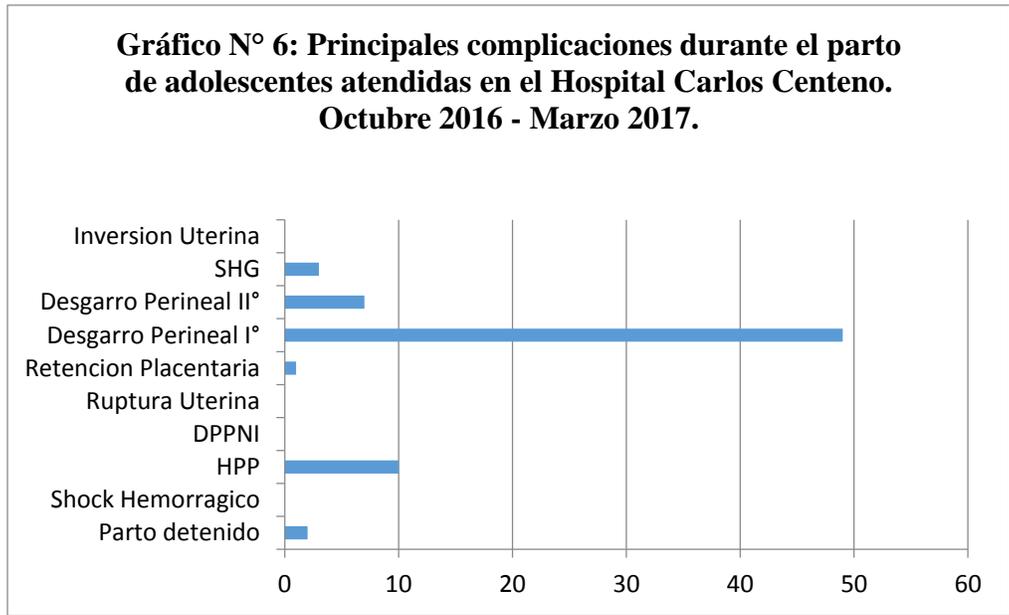
Gráfico N° 4 Ocupación de adolescentes con complicación durante el parto, atendidas en el Hospital Carlos Centeno. Octubre 2016 - Marzo 2017.



Fuente: Tabla N° 5.



Fuente: Tabla N° 6.



Fuente: Tabla N° 14.