



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

**MONOGRAFÍA PARA OPTAR AL TÍTULO DE
MASTER EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**

**CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO DE ATENCIÓN AL PARTO EN
ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL BERTHA CALDERÓN ROQUE, MANAGUA,
NOVIEMBRE 2019**

AUTORA:

LIC. ILSIA MARÍA RODRÍGUEZ GARCÍA

TUTOR/A:

DRA: FLAVIA PALACIOS

NICARAGUA, MANAGUA 30 NOVIEMBRE 2019

DEDICATORIA

A Yahweh-Nisi

Señor y Salvador de mi vida, porque siempre ha estado a mi lado, ha sido mi impulso, mi fortaleza, mi gran amigo y me dado la sabiduría, amor, voluntad para seguirle aún en los momentos más difíciles, este logro se lo debo a todo a Él, gracias mi Señor.

A mis padres Jaime Rodríguez, Petrona García y hermanos

Quienes amo con todo mi corazón y han sido mi mayor motivación para seguir adelante, y aunque no he estado con ellos durante el proceso sé que siempre me llevan en sus corazones.

A Kyu Hun Kim y Mi E kim

Mis guías espirituales a quienes amo, me quedo sin palabras por todo lo que han hecho por mí quienes me brindaron su apoyo en todo el proceso de la maestría.

AGRADECIMIENTO

Le agradezco a Dios por haberme guiado a lo largo de mis estudios, en la maestría, por darme fortaleza y sabiduría.

Al ministerio discípulos de Jesús y su integrantes en el cual Dios me permitió participar durante diez años, el lugar que me permitió crecer en los caminos de Dios, como profesional, como persona.

A las adolescentes embarazadas de los servicios de parto, ella son el propósito de nuestro trabajo.

Al personal de salud que labora en labor y parto.

OPINIÓN DE LA TUTORA

Evaluar el cumplimiento del protocolo de atención al parto en adolescentes en los servicios de salud es de gran importancia, con el fin de responder adecuadamente a los servicios que se proporcionan; durante la atención del parto conlleva a un mayor compromiso y responsabilidad por todos los que atienden a las adolescentes, el personal de salud debe reconocer y respetar las necesidades individuales promoviendo la atención humanizada del parto.

Las investigaciones encaminadas a valorar el cumplimiento de la Normativa 011 de la normativa 042 “Norma de Humanización del Parto Institucional” y “Normas y protocolos para la atención prenatal, parto, recién nacido/a y puerperio de bajo riesgo”, contribuye a crear en las mujeres experiencias satisfactoria en un momento de gran estrés y mejorar la calidad de vida de las mujeres, familia y comunidad.

El presente estudio realizado por Licenciada Ilsa María Rodríguez García, aspirante al título, demuestra el arduo trabajo, disciplina y dominio en el proceso de investigación científica.

Felicito a la investigadora por este estudio que será de utilidad para futuras investigaciones e insto a continuar desarrollando sus habilidades en el área de la investigación.

Msc. Flavia Vanessa Palacios Rodríguez

Tutora

RESUMEN

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, observacional, y de corte transversal sobre nivel de cumplimiento del protocolo de atención al parto en adolescente en el servicio de labor y parto del Hospital Bertha Calderón Roque cuyo objetivo principal fue evaluar el cumplimiento del protocolo en la normativa 042 y 011 en noviembre 2019.

El universo fue constituido por el número de las adolescentes que se encontraban en el área de labor y parto, la muestra fue constituida por 136 adolescentes, que fueron elegidas mediante el muestreo probabilístico sistemático y que cumplieron con los criterios de selección.

La fuente de información fue primaria a través de la observación directa con una ficha recolectora y secundaria por medio de revisión de expedientes clínicos con una ficha recolectora previamente elaborada con preguntas abiertas y cerradas

Los resultados más importantes fueron: con respecto a las características sociodemográficas nos muestran que el grupo de mayor porcentaje fue de 18 a 19 años en un 46%, el lugar de procedencia más frecuente fue el urbano con el 79%, en la escolaridad predominó la educación secundaria en un 42%, la ocupación de mayor porcentaje fue ama de casa con un 40%. El cumplimiento de la normativa de la atención al parto del adolescente en el preparto, durante el parto y después del parto se evalúa en términos medios, puesto que no se cumplieron el 100% de todos los acápite. Se concluye que la atención del parto en adolescentes carece de cumplimiento de la normativa, por lo que es importante dar seguimiento a las debilidades encontradas.

Palabras claves: Cumplimiento de normas, Adolescentes, Embarazo.

CONTENIDO

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO	iii
OPINIÓN DE LA TUTORA	iv
RESUMEN.....	v
CONTENIDO	vi
CAPITULO I. GENERALIDADES	viii
1.1 Introducción	1
1.2 Antecedentes.....	2
1.3 Justificación.....	12
1.4 Planteamiento del problema	13
1.5 Objetivos.....	15
1.6 Marco teórico	16
CAPITULO II DISEÑO METODOLÓGICO.....	43
2.1 Tipo de estudio.....	44
2.2 Área de estudio.....	44
2.3 Unidad de análisis.....	44
2.4 Universo.....	44
2.5 Muestra.....	44
2.6 Tipo de muestreo	45

2.7	Criterios de inclusión.....	46
2.8	Criterios de exclusión	46
2.9	Técnicas y procedimientos	46
2.10	Plan tabulación y análisis.....	48
2.11	Enunciado de las variables por objetivos	48
2.12	Operacionalización de variables.....	49
2.13	Consideraciones Éticas.....	61
	CAPITULO III. DESARROLLO	62
3.1	Resultados	63
3.2	Discusión	66
3.3	Conclusiones	71
3.4	Recomendaciones.	72
3.5	Bibliografía	73
	CAPITULO IV. ANEXOS.....	77
	Tablas y Gráficos.....	88
	Instrumento de recolección de información	97

CAPITULO I. GENERALIDADES

1.1 Introducción

El embarazo durante la adolescencia es una prioridad para la salud pública, se caracteriza por el inicio de la actividad sexual, sin orientación adecuada en sexualidad, conocimiento pleno de las complicaciones y restricción al acceso de servicios apropiados e información, incluido sobre enfermedades de transmisión sexual y los malos tratos sexuales, exposición a riesgos asociados con la función sexual, capacidad reproductiva, desarrollo mental y psicológico, de tal modo que es crucial prevenir los embarazos no deseados y retardar los segundos o terceros embarazos. (Guzman, Hakkert, y Contreras, 2001).

En Nicaragua, la tasa de fecundidad específica es de 109 en las adolescentes entre 15 a 19 años, ha sido considerada la más alta de la Región. (INIDE 2015).

Actualmente, la tasa de fecundidad entre los 15 y los 19 años, es aproximadamente 71 (por 1000 mujeres) en 15 países de América Latina; 20% de los nacidos vivos son hijos de madres adolescentes y se estima que el 40% de estos embarazos no fueron planeados. (Organización panamericana de la salud/oranización, 2014).

Para la atención al parto de adolescente es imprescindible tener en cuenta el contexto, las características especiales de la adolescente, los riesgos médicos asociados con el embarazo adolescentes, como patología hipertensiva, anemia, bajo peso al nacer, parto prematuro, así como la nutrición insuficiente, determinan la elevación de la morbimortalidad materna, la situación de la adolescente es desventajosa.

Por lo anteriormente descrito con este estudio se pretende demostrar el cumplimiento del protocolo de atención al parto en adolescente en el Hospital Bertha Calderón Roque.

1.2 Antecedentes

Internacionales

Irma R, (2013), realizó un estudio en el Hospital General “Agustín Horán de Mérida Yucatán sobre la *“Satisfacción de las adolescentes embarazadas con la atención prenatal mediante la aplicación de un modelo educativo integral”*. Los resultados después de la aplicación del modelo educativo integral (encuesta final), mostraron:

1. 33 jóvenes estuvieron muy satisfechas (54.09%) y 27 dijeron estar satisfechas (44.26%).
Con relación al trato recibido, 33 de ellas manifestaron que había sido muy bueno (54.09%) y 24 que el trato había sido bueno (39.34%).
2. Cuando se compararon los resultados de ambas encuestas se pudo observar una mejoría tanto en la satisfacción con la atención (54 % vs 25% como con el trato recibido), (54% vs 18%) después de la aplicación del modelo educativo con una diferencia estadística, significativa ($p= 0.001$). (Irm13).

Walter, (2013) realizó un estudio titulado *“Percepción de la atención del parto en usuarias del servicio de centro obstétrico del hospital nacional Daniel Alcides Carrión en Perú”*, estudio de tipo observacional, descriptivo y de corte transversal. Se encuestó a las pacientes recién atendidas en el centro obstétrico y se empleó un cuestionario tipo SERVPERF modificado para el centro obstétrico y se calcularon los puntajes promedios individuales, por dimensiones de calidad y generales. *La investigación llegó a las siguientes conclusiones:*

1. Se entrevistó a 100 mujeres. 35% de las mujeres se encontraba en el rango de edad entre 21 a 35 años y el 34% entre los 16 y 20 años. 66% es ama de casa, 14% trabajadora

independiente, 11% desempleada y 9% profesional. Solo 5,1% de la población era primigesta y 63% refirió no haber tenido abortos. 87% de las mujeres están globalmente satisfechas con el servicio brindado con 6%, 22% y 59% de valoración en los niveles de “satisfacción amplia”, “satisfacción moderada” y “satisfacción baja” respectivamente.

2. La seguridad fue la dimensión más pobremente valorada con 51% de las mujeres indicando “satisfacción baja” y 28% “insatisfacción leve”. Los aspectos tangibles fueron los mejores valorados con 14% de mujeres indicando “satisfacción amplia” y 56% “satisfacción moderada”. Las mujeres atendidas en el centro obstétrico del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión perciben la calidad de atención en un nivel de “satisfacción leve” a partir de los niveles explorados. (Nuñez y Yossi . 2013).

Arandy, (2011), realizó un estudio *“la percepción del trato digno y la identificación de este derecho como uno de los establecidos en la Carta de los Derechos Generales de las y los Pacientes.”* En un hospital general de segundo nivel de atención del Distrito Federal de carácter descriptivo, transversal, cualitativo y cuantitativo, con una muestra de 380 mujeres embarazadas, que acudieron a su consulta prenatal, a quienes se aplicó un cuestionario enfocado a evaluar el trato recibido.(Arandy y González 2011).

1. Del total de las mujeres encuestadas 64 % refieren que el trato digno es bueno. La edad promedio es de 27 años. La escolaridad predominante en la muestra fue primaria (66%), con ocupación habitual como amas de casa (74%). El 58% mencionaron que la enfermera no se presentó con ellas durante la atención de su parto, 61% no se dirigen por su nombre y 57% no ofrecen condiciones que guarden su intimidad o pudor. El 37

% refieren conocer sus derechos como paciente y 36% reconocen el significado de trato digno

2. Entre los hallazgos se encontró que 66% de las mujeres esperaron más de 60 minutos desde el ingreso hasta el momento de recibir un tratamiento y el 93% recibió información clara y una atención respetuosa por parte del equipo del hospital. Este estudio concluyó en lo siguiente: La mujer embarazada percibe el trato digno otorgado por el personal como buena.
3. En relación al indicador trato digno, el cual es evaluado con un estándar de 95% de cumplimiento, se obtuvo que cada una de las variables se encontraban por debajo del mismo, sobresaliendo el que las enfermeras no se presentan con el paciente, el no llamarlos por su nombre y no resguardar su intimidad y pudor. Manifestando con ello el proponer mejora continua, en estos tres aspectos, que son importantes para la seguridad de la paciente en cuanto a su identificación con el profesional de la salud.

Gomes, (2008), realizó un estudio es de tipo retrospectivo, “*sobre la atención del parto, puerperio y recién nacido*”, En la clínica materno -infantil de Trojes, El Paraíso, Honduras, mediante el análisis, de una serie de variables extraídas de los protocolos que se manejan en dicha clínica; y que fueron los 74 expedientes de las mujeres embarazadas, haciendo énfasis desde el momento que llegaba a la clínica , en busca de atención hasta el momento que se le daba de alta y todo ello reflejado en el protocolo existente en la clínica en estudio. (Gómez, 2008).

Se pudo encontrar algunos resultados que no hacen más que inquietar al personal de salud que labora dicha clínica en mención.

1. Referente a la realización del control prenatal previo de las pacientes que fueron atendidas en la clínica materno-infantil Trojes, 82 % si reportaba por lo menos un control prenatal previo a la atención del parto esto es importante que toda mujer embarazada por lo menos se realice un control prenatal para prevenir muchos imprevistos y problemas de malformación en los niños o deficiencias y carestías nutricionales principalmente de ácido fólico y sulfato ferroso.
2. El 14 % de las pacientes que fueron atendidas en la clínica materno infantil de Trojes, El Paraíso no se les hizo diagnóstico de ingreso al momento de ser hospitalizadas esto es importante porque haciendo un buen diagnóstico de ingreso se saben cómo van a ser las condiciones del parto, si es de alto riesgo.
3. En relación al diagnóstico al momento del ingreso 31 % fue parto expulsivo que refleja el grado de actuación pronta en la atención del parto y solamente 47 % es parto a término el cual estos pacientes necesitan monitorización del partograma de los 74 pacientes atendidas el 8 % no se les realizó nota de ingreso.
4. Sobre la realización de la historia gineco-obstetra a las pacientes que fueron ingresados a la clínica materno-infantil de Trojes, El Paraíso el 88 % no se les realizó la historia gineco-obstetra, el 7 % de las pacientes no se les tomo signos vitales, esto nos permite ver la condición de ingreso de la madre, su estado y su vitalidad si hay signos de riesgo como hipertensión arterial o no, de las pacientes ingresadas a la clínica materno-infantil de Trojes, El Paraíso el 9% no se le realizó examen físico.

Suarez, (2012), realizó un estudio titulado “*Situación actual del plan de parto y nacimiento*” en la Región de Murcia, el Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad publicó un modelo de

Plan de Parto y Nacimiento. Pese a ello el número total de Planes de Parto y Nacimiento disminuyó en un 0,5% en el año 2012 respecto al año 2011, llego a las siguientes conclusiones:

1. La EAPN (Estrategia de Atención al Parto Normal) en sus recomendaciones y el Ministerio de Sanidad, en los indicadores utilizados en la evaluación de la calidad del parto en 2011, establecen como estándar de calidad un porcentaje igual o superior al 80% en relación a la realización del “contacto piel con piel” tras el parto. En los datos obtenidos en el presente estudio, se evidencia un aumento significativo del 33,01% (27,4 vs 60,4; porque entre otros beneficios aumenta las reservas de hierro del recién nacido en más del 50 % a los 6 meses de vida.
2. Un dato importante obtenido en el estudio es que la tasa de “partos eutócicos” asciende del 73,8% al 81,66% ($p=0,018$) en el grupo de mujeres que han presentado su Plan de Parto y Nacimiento, influyendo este hecho en las dimensiones seguridad y efectividad.
3. En cuanto a las “cesáreas intraparto” no se ha observado una disminución significativa, al igual que los datos obtenidos en estudios previos en entorno, si bien estudios realizados en otros países sí han encontrado diferencias significativas para esta variable.
4. En cuanto a datos inesperados obtenidos en el estudio, se evidencia que la demanda de “enemas” por parte de las mujeres, así como el “rasurado del periné” ascienden sorprendentemente un 3,6% (6,8 vs 10,4; $p=0,027$) y un 4,6% (12 vs 16,6; $p=0,023$) respectivamente, entre el grupo de mujeres que han presentado un Plan de Parto y Nacimiento. Estas dos prácticas están en desuso de forma rutinaria, pero no suponen perjuicio ni para la mujer ni para el feto. (Suárez, Cortés 2012).

Núñez, (2013), realizó un estudio de carácter descriptivo titulado: *“Percepción de la atención del parto en usuarias del servicio de centro obstétrico del hospital nacional Daniel Alcides Carrión en Perú”*, evaluó el grado de satisfacción de 100 usuarias y se encontró que según el cuestionario tipo SERVPERF, (Nuñez y Yossi . 2013).

1. En un 87% perciben el nivel de calidad de atención satisfactoriamente. Es así que la mayoría de las madres se encuentran satisfechas con el servicio brindado durante el parto en el centro obstétrico del HNDAC.
2. Sin embargo, al individualizar las preguntas se pudieron observar áreas fuertes y débiles en la calidad de atención. La dimensión tangible de la calidad, es decir la infraestructura e insumos, como servicio, es percibida satisfactoriamente por 91% de las mujeres encuestadas; mientras que el nivel de satisfacción general dentro de las dimensiones de seguridad y confianza fueron percibidas pobremente en comparación con las demás con 72 y 81% de las mujeres satisfechas respectivamente.
3. Midiendo cuantitativamente los puntajes promedios de las dimensiones se concluye que la satisfacción para las usuarias encuestadas va como sigue en el siguiente orden, de mayor satisfacción a menor satisfacción: tangible (4,74), respuesta rápida (4,53), empatía (4,28), confianza (4,09) y seguridad (3,92).

Lama, (2016), La Universidad Nacional de Tumbes realizó un estudio sobre *“percepción de las puérperas sobre la calidad de atención del parto vaginal”* donde se encontro:

1. El 86,3% de las puérperas perciben un grado global de Satisfacción con respecto a la calidad de atención del parto vaginal.

2. En relación a las dimensiones respuesta rápida, empatía, seguridad, confianza y tangibles el 90,8%; 86,3%; 72,7%; 81,8% y 99,9% de las púerperas perciben un grado de satisfacción con respecto a la calidad de atención del parto vaginal respectivamente.
3. Las dimensiones con menor nivel de satisfacción fueron seguridad y confianza con 72,7% y 81,8% respectivamente. (Lama, Helguero 2016).

Andrade, (2012), realizó un estudio titulado: “*Atención humanizada del parto de adolescentes*”: ¿norma, deseo o realidad? estudio exploratorio descriptivo que tuvo por objetivo analizar la atención al parto bajo la mirada de embarazadas adolescentes, en la perspectiva de la humanización. Se realizó en un hospital del distrito de Fortaleza-CE, en el período de marzo/abril de 2012 por medio de encuesta semiestructurada aplicada a 30 adolescentes. Algunos aspectos de la dinámica de los servicios fueron observados e informaciones juzgadas importantes fueron registradas en un diario de campo. (Andrade y Vasconcelos 2011).

1. La mayoría de las embarazadas desconoce y/o confunde la categoría de los profesionales que la asiste, aspecto negativo para la verdadera representación social en cuanto a la identidad profesional de los mismos. Necesidades en el campo del apoyo emocional y de recibir informaciones fueron destacadas por las deponentes y las prácticas que son útiles y que deben ser enfatizadas en la atención del parto (categoría A de la Organización Mundial de Sanidad (OMS) aparecieron de manera no-sistemática e implementadas a veces.
2. En cuanto a la escolaridad, 16 (53,3%) tenían la enseñanza fundamental incompleta (1er grado) y 4 (13,3%) completa; 8 (26,7%) estaban cursando enseñanza media (2º grado), y 2 (6,7%) la habían concluido.

3. La frecuencia de adolescentes que vivían en unión consensual con el compañero fue 19 (63,3%); casadas 5 (16,7%) y solteras 6 (20%). Se afirma que la situación conyugal insegura e inestable es condición desfavorable al embarazo, siendo apuntada como uno de los factores de riesgo obstétrico.
4. Con relación a la ocupación, 21 (70%) de las embarazadas se presentaron como domésticas, 6 (20%) como estudiantes y 3 (10%) sin ocupación.
5. De las entrevistadas 23 (76,7%) eran primíparas y 7 (23,3%) estaban en el segundo embarazo.

1.2.1 Nacionales

Martínez, (2004), realizó una tesis titulada: “*Manejo activo del tercer periodo del parto y la hemorragia postparto*” Hospital Fernando Vélez Paíz, donde se evaluaron a 156 mujeres. Reflejando lo siguiente: (Martínez , Octubre 2004.).

1. En este estudio se valoró que durante el manejo activo del tercer periodo del parto al 93.9% se les realizó el pinzamiento del cordón de manera inmediata.
2. Al 89% se les realizó masaje uterino, el 91.5%, se les realizó tracción controlada del condón y un 87.6% se les practicó el uso profiláctico de oxitocina.
3. El 3.2% presentaron hemorragias postparto y esto debido a desgarros vaginales, hipotonía uterina, desgarros cervicales, retención placentaria y hematoma vaginal.

Pereira, (2005-2007), realizó un estudio titulado: “*Manejo del tercer periodo del parto para prevenir la hemorragia postparto*” Hospital escuela Oscar Danilo Rosales. Arguello. Los resultados fueron:

1. Se demostró un índice de hemorragia postparto de 1.7% y los principales factores de riesgo para esta causa fueron los síndromes hipertensivos, anemia, macrosomía, ruptura prematura de membranas; También se realizaron estudios sobre manejo activo del tercer periodo del parto donde se demostró que la utilización de los cuatro pilares del MATEP fueron de gran importancia para la disminución de la hemorragia postparto ya que los implementaron de la manera correcta, sugiriendo en este estudio dentro de las recomendaciones plasmar estos pilares dentro de la norma. (Pereira y Sheila, 2005-2007).

Navarro, (2011), realizo un estudio objetivo de “Atención del parto y puerperio” del Hospital César Amador Molina del SILAIS Matagalpa, con encuesta a 142 usuarias que acudieron a la atención del parto y puerperio en la unidad hospitalaria y 20 prestadores de los servicios de salud, reflejando lo siguiente:

1. El estudio refleja que las mujeres que acudieron a la atención del parto en su mayoría son mujeres jóvenes, en edades óptimas reproductiva en el 64.09%, con bajo nivel de escolaridad en el 62%, de procedencia rural en el 65%, con alta paridad en el 73.2%, con más de 3 partos y con bajo nivel de inserción al campo laboral remunerado dado que en el 63% eran amas de casa.
2. Las usuarias evaluaron la atención recibida, en su mayoría como buena 63% y excelente 28% en menos del 1% la catalogaron como mala, siendo los principales parámetros que definieron la buena calidad de la atención: el buen trato por el personal que les atendió, pocas barreras de accesibilidad a los servicios, buena calidad de la información, buena percepción de la competencia técnica del personal.

3. Dentro de los factores que incidieron en la atención humanizada del parto se destaca la privacidad de las salas, como buena en un 49.29% y excelente en 19.72%; la comodidad de los ambientes de atención la evaluaron como bueno en el 54.92% y excelente en el 19.72%. El 61.97% coincidieron en señalar que la limpieza de las salas fue buena, siendo la limpieza de los servicios higiénicos con una percepción más desfavorable en un 53% de los casos.
4. Al 84.5%, se les orientó y permitió el acompañamiento durante el proceso de la atención del parto a la persona de su preferencia; al 7.05% no se le permitió y en el 53.33% fueron acompañadas por un familiar, el 24.17% por el cónyuge, solo al 45.08% se le orientó y le permitieron seleccionar la posición para parir. En la mayoría de los casos se les facilitó y permitió la ingesta de alimentos y bebidas tradicionales según su preferencia cultural en ambas salas. De igual manera se cumplió con lo establecido en la norma del parto humanizado con el derecho de permanecer con su bebé desde su nacimiento en el 85.21%, y la lactancia materna en el 86.61%. (Navarro. 2011).

1.3 Justificación

El parto en adolescente ha ido incrementando su incidencia, lo cual es un indicador de deficiencia de la salud pública del país. Esto trae como consecuencia en las adolescente, complicaciones materno-fetales graves, depresión post parto, deserción escolar, violencia intrafamiliar y sexual y por ende la pobreza.

Se considera que es de vital importancia hacer una evaluación minuciosa de la aplicación del protocolo, con respecto al cumplimiento de la normativa en sus tres momentos del parto en la prevención de complicaciones obstétricas.

El manejo activo del tercer periodo del parto, es la pauta para evitar posibles complicaciones en el postparto; Con la presente investigación, se pretende evaluar el cumplimiento del protocolo de atención al parto en adolescentes, con el fin de mejorar la salud del binomio madre e hijos y evitar muerte, a través de la implementación de las intervenciones efectivas, cuyos resultados contribuyan a la búsqueda de alternativas conjuntas que ayuden a mejorar el cumplimiento de los protocolo de atención al parto.

El presente estudio aportara elementos teóricos y tendrá una utilidad metodológica al realizar instrumentos de recolección de información y análisis de datos para futuras investigaciones.

1.4 Planteamiento del problema

La adolescencia es una etapa de inmadurez física y psicológica, condicionada por factores biológicos, educacionales, socio-culturales y sexuales a las que se encuentran expuestos; es por ello que el embarazo durante la adolescencia está asociado a complicaciones, como el aumento de morbilidad materna e incremento de partos pretérminos, crecimiento intrauterino retardado (CIUR), muerte perinatal, defectos congénitos y bajo peso al nacer (BPN), problemas de salud y comportamiento durante su infancia, uso de drogas y bajo rendimiento escolar, durante la adolescencia

Mediante la utilización de las normas y protocolo de atención al parto de adolescente, se pretende mejorar la atención del parto y reducir la morbilidad al implementar de la manera adecuada los tres momentos del parto. En Nicaragua en el año 2012, presentó un aumento en la cobertura de atención al parto en adolescentes del 91% entre 15 y 19 años y 9% entre 10 y 14 años. (ENDESA, 2013).

En Nicaragua, la tasa de fecundidad específica es de 109 en las adolescentes entre 15 a 19 años, ha sido considerada la más alta de la Región. (INIDE 2015). En el año 2018, se encontró que aproximadamente 1,600 partos de menores de 14 años tuvieron atención prenatal en el centro de adolescentes del Hospital Bertha Calderón, lo cual representa más del 30 % de atención a adolescentes embarazadas. (CENIDH, 2018). De acuerdo a los elementos anteriormente señalados se plantea la siguiente pregunta del estudio.

¿Cómo es el cumplimiento del protocolo de atención al parto en adolescentes en el Hospital Bertha Calderón Roque, Managua, noviembre 2019?

Las interrogantes derivadas de la pregunta son:

1. ¿Cuáles son las características demográficas de la población en estudio?
2. ¿Cómo es el cumplimiento de las actividades realizadas por el personal en el preparto?
3. ¿Cómo es el cumplimiento de las actividades realizadas por el personal en el transcurso del parto?
4. ¿Cómo el cumplimiento de las actividades realizadas por el personal en el post part?

1.5 Objetivos.

1.5.1 Objetivo general

Evaluar el cumplimiento del protocolo de atención al parto en adolescentes en el Hospital Bertha Calderón Roque, Managua, noviembre 2019?

1.5.2 Objetivos específicos

1. Describir las características demográficas a la población en estudio.
2. Verificar el cumplimiento de las actividades realizadas por el personal en el parto.
3. Verificar el cumplimiento de las actividades realizadas por el personal en el transcurso del parto.
4. Verificar el cumplimiento de las actividades realizadas por el personal en el post parto.

1.6 Marco teórico

1.6.1 Adolescencia

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), “período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio -económica”. (Organizacion Mundial de la Salud, 2015).

Es un periodo de transformaciones relacionadas con crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años, este condicionada por diversos procesos biológicos, búsqueda activa de identidad propia, separación psicológica de familia de origen, integración de nuevos impulsos y deseos. (MINSA, 2016).

Etapas de la adolescencia a continuación se describirán cada una de ellas

1.6.2 La adolescencia precoz/temprana

Comprende 10 a 14 años, los cambios fisiológicos propios de la pubertad son muy evidentes y centrales para el adolescente. El pensamiento es aún concreto y con fines muy inmediatos, es en esta etapa en la que, por lo general, comienzan a manifestarse los cambios físicos, que usualmente empiezan con una repentina aceleración del crecimiento, seguido por el desarrollo de los órganos sexuales y las características sexuales secundarias. Estos cambios externos son con frecuencia muy obvios y pueden ser motivo de ansiedad así como de entusiasmo para los individuos cuyos cuerpos están sufriendo la transformación.

1.6.3 Adolescencia media

Comprende desde los 14 a los 16 años, la separación de la familia comienza a hacerse más real, la cercanía de los amigos es electiva y pasa a las actividades grupales a otras en pareja, la conducta predominante es exploratoria buscando diversas alternativas en cuanto a parejas, actividades y puntos de vistas.

1.6.4 Adolescencia Tardía

Comprende de los 16 a los 19 años abarca la parte posterior de la segunda década de la vida, para entonces, ya usualmente han tenido lugar los cambios físicos más importantes, aunque el cuerpo sigue desarrollándose. El cerebro también continúa desarrollándose y reorganizándose, y la capacidad para el pensamiento analítico y reflexivo aumenta notablemente.

1.6.5 Salud reproductiva adolescente.

La salud reproductiva adolescente es un estado de bienestar físico, mental y social de jóvenes entre 10 -19 años, con ausencia de enfermedades relacionadas con el sistema reproductiva para que puedan cumplir su sexualidad y sus funciones reproductivas sin riesgo, seleccionar de manera libre, orientada y oportuna el inicio de sus relaciones sexuales, la forma de relacionarse con la pareja, el número y espaciamiento de hijos (Organización Panamericana de la Salud/Organización, M. d, 2014).

1.6.6 Embarazo en la adolescente

El embarazo que ocurre en una adolescente (10 a 19 años) o en una pareja que están económicamente dependiendo de otros, no tienen una relación estable, usualmente se ven forzados a interrumpir su proceso de desarrollo humano (escolarización, empleo, planes de vida), abandonada(os) por su pareja y/o familia y para el cual no han adquirido una madurez ni física ni psicológica. (Organizacion Mundial de la Salud. OMS, (2015).

1.6.7 Características y condiciones de embarazadas adolescentes:

Según la Federación latinoamericana de sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG, 2011.), el embarazo prematuro:

- Relacionado con el doble de riesgo de parto pre termino, bajo peso al nacer.
- Entre 15-19 años doble probabilidad de morir que las mayores de 20 años. Y en menores de 15 años, riesgo 6 veces mayor.
- Asistencia nula o tardía por desconocimiento de recursos disponibles, falta de aseguramiento en salud, retardo en el diagnóstico de embarazo y estigma social.

Interfiere con el desarrollo de habilidades: fortalecimiento de autonomía, socialización y capacidad de regulación afectiva. Eleva riesgo de suicidio 13%, índice de depresión. La tasa de fecundidad en adolescentes está relacionada directamente con las condiciones socio-económicas y políticas.

Para la OMS, el embarazo en la adolescencia se produce entre 10-19 años de edad independientemente del grado madurez biológica, psicológica, o su relación con su núcleo familiar. (Organizacion Mundial de la Salud, (2011).

1.6.8 Protocolo de atención al parto de adolescente

Actividades que se realizan en el parto

- **Atención en el parto**

La fase de parto o fase de latencia del parto cuando la mujer gestante presenta dinámica uterina, sin cumplir las condiciones necesarias de parto, suele producirse entre la semana de gestación 37 completa y 42 completa, y por lo tanto cuando el embarazo llega a término.

(Dirección General de Salud Pública, (2003),

1.6.9 Primera visita al hospital en el periodo de parto

Cuando la gestante llega al servicio de urgencias de obstetricia con posibles síntomas de parto, tiene que comprobarse si ya se abrió historia clínica cuando tuvo lugar el primer contacto con el hospital durante la gestación, entre las semanas 34-36. En el caso de que no se haya producido el mencionado primer contacto con el hospital, tendrá que ponerse al día los aspectos relacionados con la historia clínica, el plan de nacimiento, la reevaluación del riesgo y las actuaciones adecuadas destinadas a la evaluación de la gestante y del feto para valorar la necesidad o no de ingreso inmediato.

1.6.10 La historia clínica en el parto

En el caso de que la mujer que ingresa tenga historia clínica abierta, se revisará y se completará con las actualizaciones necesarias. Si no es así, se abrirá la historia en el mismo momento que se realizan las exploraciones necesarias para actualizar el nivel de riesgo y se revisará también el “plan de nacimiento, preparando así la asistencia idónea a las etapas posteriores del parto.

Exploración sistemática de la mujer en el periodo de parto.

1.6.11 Exploración sistemática del feto en el periodo de parto

Después de abrir la historia clínica de la mujer, y de informar a la gestante sobre todos aquellos aspectos que puedan interesarle tiene que realizarse la exploración física. Esta exploración tiene que ser tan esmerada como sea posible, para evitar caer en la rutina del simple tacto vaginal para comprobar las condiciones obstétricas.

- Determinación de los signos vitales y el estado general de la madre.
- Exploración de piel y mucosas (detección de edemas, etc.)
- Exploración abdominal:
- Inspección de cicatrices previas.
- Se precisará la situación, el tipo de presentación y la posición fetales.
- Medida de la altura uterina (nos puede hacer sospechar alteraciones en el crecimiento fetal, el número de fetos, la edad de gestación o en el volumen del líquido amniótico).
- Valoración de la dinámica uterina.
- Exploración genital:
- Inspección de los genitales externos (perineo y vagina).
- Tacto vaginal: antes de realizar el tacto vaginal tendremos que conocer la localización de la placenta, ya que la presencia de placenta previa condiciona la realización de esta exploración. El tacto vaginal es útil para conocer las características del cérvix y de la pelvis.

1.6.12 Exploración sistemática del feto en el periodo de parto

- A través del tacto vaginal se comprueba una serie de parámetros del feto y de los anexos, como:
- El tipo de presentación.
- La variedad y la altura de la presentación (planos de Hodge).
- Estado de la bolsa amniótica.

- Frecuencia cardiaca fetal (FCF): a través de la interpretación del registro externo del FCF y de la dinámica uterina, podremos hacer una valoración del estado fetal en el parto.

1.6.13 Pruebas complementarias de urgencia en el periodo de parto

Mediante la revisión a fondo de los datos disponibles sobre el seguimiento del embarazo tendrán que valorarse las pruebas complementarias a que ha sido sometida la gestante y se harán las determinaciones que se consideren necesarias para completar y/o actualizar las realizadas anteriormente.

Se recomiendan las pruebas siguientes:

- Actualización analítica del hemograma y pruebas de hemostasia (tiempo de protrombina), si hace más de 2 meses que no se ha hecho.
- Grupo sanguíneo y factor Rh (si no consta en la historia clínica).
- Proteinuria.
- PH vaginal en los casos de sospecha de amniorrexis espontánea no evidente en la inspección vaginal; y, si es necesario, arborización del moco endocervical o un test equivalente.
- Ecografía, que será de utilidad en los casos siguientes:
 - Siempre que haya dudas sobre la vitalidad fetal o la estática fetal.
 - Sospecha de macrosomía o retraso del crecimiento fetal intrauterino.
 - Sospecha de alteraciones en la cantidad de líquido amniótico.
 - Incertidumbre sobre la localización de la placenta.
 - Para valorar el grado de flexión

- -extensión cervical fetal en las presentaciones pelvianas o de nalgas, si se decide intentar el parto vaginal.
- Serología del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH): es conveniente determinarlo con carácter urgente en aquellos casos en que no se disponga de su determinación con anterioridad (durante la gestación), ya que la positividad implica la posibilidad de tratamiento intraparto y la inhibición de la lactancia materna, con el beneficio que estas medidas comportan para la salud del bebé nacido de madre infectada por el VIH.
- La positividad o la ausencia del cultivo implicarán el tratamiento intraparto adecuado.
- Información a la mujer y a la familia en el parto.

1.6.14 Atención en el parto

El parto normal es el conjunto de fenómenos fisiológicos que se presentan en una mujer embarazada y que tienen por objeto la expulsión, por vía vaginal, de un feto viable a término, y de sus anexos. (Ministerio de Salud. Normativa- 011, (2008).

Consideramos que una mujer está de parto cuando presenta contracciones uterinas intermitentes involuntarias y regulares, que pueden ser dolorosas. Al mismo tiempo tiene que constatarse el acortamiento del cuello uterino, seguido de la dilatación de su orificio.

El parto es un fenómeno dinámico en el tiempo, que por motivos estrictamente descriptivos se considera subdividido en tres periodos:

- Periodo de dilatación
- Periodo de expulsión
- Periodo de alumbramiento

Se considera que se ha iniciado el parto cuando se cumplen estas tres condiciones:

- Hay actividad uterina regular con 2 o más contracciones en 10 minutos.
- Se ha iniciado la dilatación cervical.
- El cuello uterino hace cambios hacia la “maduración”.

1.6.15 Exploración sistemática de la mujer y del feto en el ingreso de parto

Hay que disponer de la historia clínica de la mujer y completarla en este momento con la información proporcionada por las exploraciones que se recomiendan a continuación:

Exploración general

- Frecuencia cardiaca materna
- Temperatura
- Tensión arterial
- Peso (si no se conoce)

Exploración abdominal

- Altura uterina
- Maniobras de Leopold
- Auscultación de la frecuencia cardiaca fetal

Exploración genital

- Inspección de la vulva, vagina y perineo
- Tacto vaginal para valorar: Situación, longitud, consistencia y dilatación del cuello uterino

- Presentación y, a ser posible, variedad fetal
- Plan de la presentación
- Integridad o no de la bolsa de las aguas
- Características de la pelvis materna.

1.6.16 Atención en el periodo de dilatación

El periodo de dilatación comprende desde el comienzo de las contracciones uterinas hasta la dilatación completa. Se diferencian dos fases:

- Fase latente de la dilatación
- Fase activa de la dilatación

La fase latente de la dilatación o preparto finaliza cuando empieza el parto, es decir, al llegar a los 2 cm de dilatación.

La fase activa de la dilatación comprende de los 2 cm hasta la dilatación completa, y puede dividirse en 3 periodos:

- Periodo de aceleración (de los 2 a los 4 cm)
- Periodo de velocidad máxima (de los 4 a los 9 cm)
- Periodo de desaceleración (de los 9 cm hasta la dilatación completa).

1.6.17 Exploración sistemática del feto durante la dilatación

- Comprobación del bienestar fetal

El control biofísico del feto es necesario en el curso del parto normal, ya que durante los periodos de dilatación y de expulsión pueden producirse trastornos de la oxigenación fetal más a menudo que cuando no hay contracciones.

La frecuencia cardiaca fetal (FCF) tiene que valorarse durante la contracción y en periodos intercontráctiles.

La auscultación de la FCF puede hacerse de manera intermitente o continua y realizarla mediante estetoscopio o bien mediante registro gráfico. Si el control es intermitente, como mínimo es necesario:

- Con estetoscopio, control cada 15-30 minutos en fase activa.
- Con registro intermitente, ventanas de 20-30 minutos cada hora.

El control con estetoscopio puede ser un método de control suficiente si se practica correctamente.

1.6.18 Preparativos para el parto durante el periodo de dilatación

- Asepsia

Respetar las normas básicas de asepsia es un principio fundamental en la asistencia al parto en todos sus periodos, para evitar contaminaciones en las maniobras que se realicen durante la dilatación y/o durante la expulsión.

- Rasurado

No es necesario el rasurado sistemático de la zona genital, ya que no ha podido demostrarse que esta práctica disminuya la incidencia de infecciones.

En el caso que esté indicado realizar una episiotomía, puede rasurarse la zona afectada.

- Enema

No son necesarios los enemas sistemáticos. Pueden ser útiles si cuando se realiza el primer tacto a la mujer se comprueba que el recto está ocupado.

- **Colocación de una vía de perfusión intravenosa**

Hay que tener una vía canalizada para administrar fármacos, si fueran necesarios en una potencial situación de urgencia.

- **Alimentación durante la dilatación**

Es recomendable asegurar una aportación hídrica y calórica adecuada durante el parto. Si no se presentan contraindicaciones puede mantenerse la hidratación oral.

- **Bienestar de la mujer durante la dilatación**

Es necesario comprobar el estado anímico-emocional y la comodidad de la mujer.

- **Seguimiento de la progresión de la dilatación**

Tactos vaginales

El número de tactos tiene que ser el mínimo que permita valorar con seguridad la progresión del parto. En general, son necesarias al menos una exploración en el ingreso, una después de que se haya roto la bolsa de las aguas, y después con la frecuencia suficiente para poder valorar la progresión del parto.

En cada tacto vaginal hay que valorar:

- El cérvix (consistencia, posición, longitud y dilatación)
- La presentación (actitud, posición, variedad y altura)

El resultado de esta exploración tiene que ser anotado en el partograma. Eso permite detectar anomalías en la progresión clínica normal del parto.

- **Dinámica uterina**

Consideramos una dinámica uterina adecuada cuando permite la progresión del parto sin efectos adversos en la madre o en el hijo. El control de la dinámica puede hacerse manualmente o con un registro tocográfico externo o interno, intermitente o continuo.

- **Constantes de la mujer**

Control regular de temperatura, pulso y tensión arterial (TA). El pulso y la TA tienen que medirse en periodos intercontráctiles.

- **Rotura de la bolsa amniótica**

- Amniorrexis espontánea

Después de una amniorrexis espontánea es conveniente hacer un tacto vaginal para valorar la dilatación cervical y la altura de la presentación y para comprobar que no se haya producido un prolapso de cordón umbilical.

Hay que auscultar también la FCF y valorar el color del líquido amniótico. La presencia de meconio obliga a reevaluar el bienestar fetal. En presentaciones podálicas no tiene el mismo significado, ya que la compresión del abdomen fetal durante el encajamiento produce meconio de manera casi constante, pero hay que estar atento a la FCF.

- Amniotomía electiva

La amniotomía electiva puede considerarse como una medida para acelerar el parto (estimula la frecuencia y la coordinación de las contracciones uterinas y facilita el descenso de la presentación).

- **Estimulación del parto**

Cuando el parto evoluciona con normalidad no tiene que administrarse oxitocina ya que, como toda medicación, tiene sus riesgos. La estimulación del parto mediante la administración de oxitocina está indicada sólo cuando la dinámica uterina es insuficiente para asegurar el progreso de la dilatación y el descenso de la presentación.

Si se decide la administración de oxitocina, se hará siempre por vía endovenosa y en perfusión continua, de manera que pueda ser suspendida de forma inmediata en cualquier momento. Las dosis tienen que ser las mínimas suficientes para conseguir el efecto deseado sin provocar hiperdinamia. Se recomienda utilizar la bomba de perfusión; en caso contrario, es preciso un control continuado del ritmo de perfusión, para evitar que los cambios de posición produzcan cambios en el ritmo de administración.

1.6.19 Complicaciones durante el periodo de dilatación

- Fase de latencia prolongada

Concepto: Duración superior a 20 horas en las primíparas y 14 horas en las multíparas.

- Fase de dilatación activa prolongada

Concepto: Progreso medio de la dilatación inferior a 1,2 cm/hora en primíparas y 1,5 cm/hora en multíparas.

- Parto precipitado

Concepto: Duración total inferior a 3 horas. Progresión de la dilatación cervical superior a 3 cm/hora en primíparas y 10 cm/hora en multíparas.

1.6.20 Atención en el periodo de expulsión

El periodo de expulsión se inicia cuando el cuello uterino llega a la dilatación completa y acaba con la salida del feto.

La duración de este periodo clásicamente se ha considerado que tenía que ser inferior a los 60 minutos en las primíparas y a los 30 en las multíparas. Actualmente se considera normal hasta 2 horas en primíparas y hasta 1 hora en multíparas. A partir de este tiempo se considerará periodo de expulsión prolongado, teniendo en cuenta, sin embargo, que no hay que tener una actitud intervencionista cuando la dinámica uterina es correcta y la tolerancia fetal es buena, sobre todo con anestesia peridural.

1.6.21 Exploración sistemática del feto en el periodo de expulsión

Aunque el control electrónico de la FCF es la práctica habitual en la mayoría de maternidades, no tiene que descartarse la utilización de los métodos clínicos, sobre todo en gestaciones de bajo riesgo con control antenatal adecuado y evolución normal hasta el periodo de expulsión.

En estos casos la auscultación fetal intermitente durante y después de la contracción puede ser más aceptable para algunas gestantes, e igualmente segura para el feto.

Exploración sistemática de la mujer durante el periodo de expulsión

- **Exploraciones generales**

Durante este periodo se seguirán las mismas pautas que durante el periodo de dilatación, además de los signos vitales habituales (presión sanguínea, pulso y temperatura). Si la vejiga parece distendida, y la mujer no puede orinar espontáneamente, tiene que realizarse un sondeo vesical. También es necesario valorar en este periodo especialmente el estado anímico-emocional y la comodidad de la madre.

- **Control de la dinámica uterina**

Puede realizarse mediante métodos clínicos y por tocografía electrónica.

Mediante métodos clínicos: Se basan en la palpación abdominal. Se considera normal cuando se observa una progresión adecuada del periodo de expulsión.

- **Control de la progresión del periodo de expulsión**

Se realizará mediante la exploración vaginal, que se llevará a cabo mediante una técnica aséptica. En la primera exploración se confirmará que la dilatación cervical es completa y que la capacidad y configuración pélvica son suficientes. Asimismo, se determinará la posición fetal y el plan de la presentación. En los casos en que la bolsa amniótica esté íntegra, y no progrese el periodo de expulsión, se realizará una amniotomía, valorando la cantidad y el color del líquido amniótico.

- **Asistencia al parto espontáneo**

- Equipamiento necesario
- Cama o silla de partos

- Mesa lateral auxiliar con instrumental disponible: Tallas, Pinza de cordón, brazaletes y etiquetas de identificación, Tijeras, pinzas de Kocher, Pinzas de disección, pinzas de Förster, Portaagujas, material de sutura (agujas, hilos), Gasas y compresas, Jeringa y aguja para infiltración con anestésico local, si es necesario quipo mínimo preparado para la reanimación de la mujer y del recién nacido, para el caso de que surja esta necesidad. Material necesario para la revisión del canal del parto, la cual se aconseja hacer después de cualquier intervención vaginal.
- Mesa de reanimación para el recién nacido, con el material necesario para reanimación neonatal avanzada, en la sala de partos.
- Toma de oxígeno.
- Sistema de aspiración y aire comprimido.
- Equipamiento de anestesia adecuado y disponibilidad de anestesista.
- **La preparación**

La sala de partos en el momento del periodo de expulsión tendría que tener una temperatura adecuada, en torno a 24°C, así como un ambiente adecuado. Las personas que atienden el parto es recomendable que sigan normas correctas de higiene y asepsia; en este sentido, aunque en un parto normal no es necesaria la asepsia quirúrgica estricta, se actuará en congruencia con las normas de cada centro en lo que concierne a esterilidad y asepsia.

- **La posición**

La mujer adoptará la posición más cómoda para ella y que al mismo tiempo se adapte a las posibilidades del centro. En un parto normal, la mujer tendría que poder escoger la posición que

le resulte más cómoda durante el periodo de expulsión y el alumbramiento, facilitando la visualización del perineo para protegerlo en el momento del parto y revisarlo después del alumbramiento. Por ello, tendría que dársele información sobre las diferentes posibilidades, ventajas, inconvenientes, etc. y consensuar en la primera visita al hospital el tipo de parto que desea.

En cualquier posición que adopte la mujer durante el parto se tendrá cuidado de preservar su intimidad y se evitará que tenga discomfort o frío.

- La posición de litotomía Actualmente, la posición utilizada más frecuentemente durante el parto es la de litotomía dorsal o variantes, en una mesa de partos con apoyo para las piernas.
- La posición de semilitotomía Es una posición de litotomía modificada. En esta posición la mujer está incorporada y descansa la espalda en unas almohadas especiales.

Las mencionadas posiciones dorsales permiten al equipo obstétrico un buen acceso y visualización del perineo. Pero también puede asistirse el parto en otras posiciones (erecta, en cuclillas, sentada).

- **Pujos**

El origen es un reflejo, que se desencadena por la compresión que ejerce la cabeza fetal sobre el suelo de la pelvis. No tiene que intervenir para dirigirlos, a no ser que haya anestesia peridural, que puede anular este reflejo.

Los pujos tienen que evitarse en los casos siguientes:

- Cuando la dilatación no es completa.
- Fuera de las contracciones.
- Cuando se sospeche una situación de riesgo de pérdida de bienestar fetal.
- Cuando estos esfuerzos supongan algún riesgo añadido para la madre (cardiopatía, miopatía severa, etc.).
- **La episiotomía**

La episiotomía es una ampliación quirúrgica del orificio vaginal mediante una incisión en el perineo, que se realiza cuando la presentación fetal abomba el perineo.

Como en toda intervención, su utilización tiene que valorarse esmeradamente antes de realizarla y, en el caso de estar indicada, la incisión tiene que hacerse en el momento adecuado, tan pequeño y poco agresivo como sea posible.

- **Extracción de la cabeza**

Cuando el vértice flexionado ha llegado a coronar, la salida de la cabeza tiene lugar por deflexión. Este proceso tiene que intentarse que sea lento para evitar los esguinces perineales. Una vez ha salido la cabeza, tiene que comprobarse que no haya alguna vuelta de cordón en el cuello. En el caso de que haya alguna, se intentará aflojarla haciendo deslizar el cordón por encima de la cabeza o sobre los hombros. En el caso de que esta maniobra no tenga éxito, será necesario el pinzamiento y sección del cordón antes de la salida de los hombros.

- **Salida de los hombros**

Una vez ha salido la cabeza en posición occipitopúbica, la rotación externa se dejará que tenga lugar de forma espontánea o bien se facilitará. La extracción del hombro anterior se

efectúa con una tracción suave y continua de la cabeza fetal en dirección al suelo. Una vez ha salido el hombro anterior, el posterior se saca haciendo una tracción vertical hacia arriba. Esta maniobra tiene que hacerse sin prisas, evitando pujos excesivos y tiene que asociarse con una protección del perineo para evitar rasgaduras. Una vez han salido los hombros, el resto del cuerpo fetal sale sin dificultad.

1.6.22 Complicaciones durante el periodo de expulsión

Las complicaciones o anomalías del periodo de expulsión son difíciles de separar de las anomalías del periodo de dilatación, ya que comparten en una gran parte de casos la misma etiología. Las anomalías de este periodo, que pueden presentarse solas o en combinación, pueden agruparse en cuatro grandes grupos:

Anomalías de las fuerzas de expulsión

- Disfunción uterina: distocia de descenso
- Pujos inadecuados
- Parto precipitado

Anomalías secundarias a la situación, presentación, posición o desarrollo fetal

- Situación transversal del feto
- Presentación de nalgas
- Presentación de frente
- Presentación de cara
- Posiciones occipitotrans versas y posteriores persistentes
- Distocia de hombros

- Anomalías fetales: hidrocefalia, anomalías abdominales fetales, siameses, macrostomia, etc.

Anomalías del canal óseo del parto

- Desproporción pelvifetal

Anomalías del canal blando del parto

- Anomalías vulvares y vaginales (condilomas gigantes, atresias congénitas o adquiridas, septos vaginales, neoplasias, etc.)

1.23.1 Parto humanizado o empático

- Reconocer en madres y padres e hijos a los verdaderos protagonistas.
- Reconocer y respetar las necesidades individuales incluidas su cosmovisión y Espiritualidad, de cada mujer/pareja y el modo en que desean transcurrir esta experiencia.
- Respetar la intimidad del entorno durante el parto y el nacimiento.
- Favorecer la libertad de posición y movimiento de la mujer durante todo el trabajo de parto (parto en cuclillas, en el agua, semi sentada, o como desee).
- Promover el vínculo personalizado entre la pareja y el equipo de salud.
- Respetar la elección de la mujer de las personas que la acompañará en el parto (familiar, amigo(a), partera/o) y/o parteras o comadrona.
- Cuidar el vínculo inmediato de la madre con el recién nacido, evitando someter al niño a cualquier maniobra de resucitación o exámenes innecesarios. (MINSA, 2010)

1.23.2 Atención en el puerperio

El puerperio es el periodo que va desde el final del parto hasta que el organismo materno vuelve al estado anterior a la gestación y tiene una duración de 40 días. En este periodo se establece la lactancia.

Desde un punto de vista clínico podemos distinguir entre:

- Puerperio inmediato: comprende las dos horas inmediatamente posteriores al parto.
- Puerperio precoz: comprende los primeros 7-10 días desde el parto.
- Puerperio tardío: corresponde al periodo de tiempo restante hasta los 40 días después del parto.
- **Cuidado de la madre durante la estancia hospitalaria**

Este apartado recoge las pautas y los controles más importantes que tienen que tenerse en cuenta en la atención al puerperio hospitalario, que comprende desde el ingreso de la puérpera en la unidad de hospitalización posparto hasta el alta hospitalaria. (MINSA, 2010).

Si bien el puerperio es un proceso fisiológico de la mujer en el posparto, tienen que extremarse los cuidados para prevenir la aparición de complicaciones:

Complicaciones puerperales de la mujer más frecuentes:

- Procesos hemorrágicos
- Infecciones puerperales
- Procesos tromboembólicos
- Procesos hipertensivos

- Síndromes depresivos

Controles clínicos a efectuar a la mujer en el puerperio hospitalario

- Valoración inmediata del estado general
- Control constantes vitales: tensión arterial, pulso, temperatura
- Control de la pérdida hemática
- Control de la involución uterina
- Características de los loquios
- Control de la micción y de la evacuación
- Control del perineo y de la episiotomía
- Control de las mamas y apoyo de la lactancia materna
- Evaluación del dolor: analgesia
- Control de las extremidades inferiores. Movilización e higiene
- Valoración de la dieta y suplementación
- Incompatibilidad de grupo sanguíneo madre-recién nacido
- Valoración del estado emocional

1.23.4 Atención en el periodo de alumbramiento

- Pinzamiento y sección del cordón umbilical
- Signos de desprendimiento de la placenta
- Asistencia en el alumbramiento

Alumbramiento espontáneo o fisiológico

Alumbramiento dirigido

Alumbramiento manual

- Revisión de la placenta y de las membranas
- Revisión del canal del parto y cirugía reparadora
- Complicaciones hemorrágicas durante el parto

Atención en el puerperio

- Cuidado de la madre durante la estancia hospitalaria
- Valoración inmediata del estado general
- Control de las constantes vitales
- Control de la pérdida hemática
- Control de la involución uterina
- Características de los loquios
- Control de la micción y de la evacuación
- Control del perineo y de la episiotomía
- Control de las mamas y apoyo a la lactancia materna
- Evaluación del dolor: analgesia
- Control de las extremidades inferiores, movilización e higiene
- Valoración de la dieta y suplementación
- Valoración del estado emocional

1.23.5 Manejo activo del tercer periodo de parto (MATEP)

El MATEP, reduce el tiempo del tercer periodo del parto al mismo tiempo evita pérdida de sangre, por lo tanto se recomienda aplicar a toda paciente en parto. (MINSA, 2008).

El manejo activo (expulsión activa de la placenta) pretende reducir el sangrado durante el alumbramiento y en el puerperio inmediato, por ende, prevenir la hemorragia post parto. Reduce

los requerimientos de transfusión sanguínea y los tiempos de estancia por las complicaciones derivadas de su no utilización.

El tercer periodo es normal si se observan los signos de desprendimiento de la placenta los cuales comienzan a aparecer posterior al nacimiento del bebé, La mujer siente fuertes contracciones uterinas, similares en intensidad y frecuencia menores a las del parto, indoloras al inicio, pero luego dolorosas lo que indica el desprendimiento placentario.

Signos:

- El útero se ubica a nivel umbilical por unos momentos (ascenso del cuerpo uterino empujado por la placenta y el hematoma retroplacentario), y luego está a unos 2 cms por debajo del ombligo (producto de la salida de la placenta a la vagina), posterior a la expulsión el útero tiene consistencia leñosa.
- Hay salida de sangre de los genitales entre 300 y 500 ml., siendo a veces un poco mayor en las multíparas. Esta se detiene en cuanto se expulsa la placenta y el útero se retrae.
- Hay descenso de la pinza colocada en el cordón umbilical.
- Hay ausencia del ascenso del cordón por la vagina al elevar el útero sobre el pubis a través de la pared abdominal.
- **Cuidados materno-fetales**
- Vigilar cara y signos vitales de la parturienta.
- Vigilar la pérdida sanguínea.
- Actuar para recibir la salida de la placenta, retorcerla sobre su eje o sostenerla en las manos al mismo tiempo que se trata de elevar el útero sobre el pubis (alumbramiento natural).

- Vigilar constitución de globo de seguridad de Pinard que es el signo de garantía de hemostasia perfecta.
- Realizar cuidadosa revisión de placenta y membranas, de éstas últimas caracterizar su integridad en extensión y espesor.
- No abandonar a la parturienta hasta transcurrido un plazo de 2 horas.

En el manejo activo se incluye:

- La administración inmediata de 10 UI de Oxitocina intramuscular.
- El pinzamiento y sección del cordón umbilical durante los tres minutos después del nacimiento.
- La tensión controlada y suave del cordón umbilical durante la contracción uterina.
- El masaje uterino (fúndico suave) posterior a la extracción de la placenta.

Administración inmediata de 10 UI de Oxitocina IM

Dentro del minuto después del nacimiento del bebé, palpe al abdomen para descartar la presencia de otro u otros bebés.

Aplicación de 10 UI de Oxitocina IM, inmediatamente después del nacimiento del bebé (en el primer minuto), pero antes del nacimiento de la placenta, aun cuando se ha utilizado Oxitocina para inducto-conducción.⁷

Para este fin, al preparar el equipo de atención de partos, debe servirse también una jeringa descartable cargada con las 10 UI de Oxitocina. El sitio de aplicación puede ser en el brazo (músculo deltoides), si hubiese otro recurso de salud que lo esté apoyando, o con mayor frecuencia en el muslo (particularmente cuando se encuentra atendiendo el parto solo/a).

La Oxitocina se prefiere porque produce efecto 2-3 minutos después de la inyección, tiene efectos colaterales mínimos y se puede usar en todas las mujeres. Si no se dispone de Oxitocina, administre Ergometrina 0.2 Mg. IM o Prostaglandinas. Antes de administrar estos medicamentos asegúrese de que no exista ningún otro bebé.

Tensión controlada y suave del cordón umbilical durante la contracción uterina.

- Se realiza durante la contracción y después de haber observado los signos de desprendimiento. Si se efectúa sin contracción puede provocarse una eversión uterina.
- Cortamos el cordón umbilical cerca del periné y lo sostenemos con una mano.
- Coloque la otra mano encima del pubis y estabilizamos el útero aplicando contra tracción durante toda la tracción.
- Mantengamos una tensión suave del cordón hasta la aparición de una contracción, cuando esto ocurra traccionemos firmemente el cordón hasta lograr la expulsión de la placenta si no desciende durante 30-40 segundos de TCC no continúe y espere una nueva contracción.
- Cuando se expulse la placenta las membranas se pueden romper entonces sosténgala entre sus dos manos y suavemente rótelas hasta que las membranas se desprendan.
- Correcta TCC = tracción al cordón, más apoyo manual al útero(Contra tracción).

Masaje uterino

- Practique periódicamente el masaje uterino con el fin de estimular la contracción uterina.
- Inmediatamente se da masaje en el fondo uterino a través de la pared abdominal.

- Repetimos el masaje uterino cada 15 minutos durante las primeras 2 horas
- Asegúrese de que el útero no se torne flácido al terminar el masaje.

Masaje correcto

Masaje inmediato tras la salida de la placenta, mas palpación continúa cada 15 minutos durante las siguientes 2 horas.

- **Revisión del canal del parto**
- Realice examen sistemático sin excepción del canal del parto, provisto de guantes estériles y utilice una pinza Forester para retirar cualquier trozo de membrana retenida.
- Segmento uterino inferior.
- Cérvix: Con pinzas de Forester en toda su extensión.
- Vagina: Paredes anterior, posterior y laterales derecha e izquierda.
- Genitales externos: Vulva y Periné.
- Examine cuidadosamente y repare cualquier desgarró antes de realizar la episiorrafia

Duración del Tercer periodo

- La mayoría de las placentas se desprenden en 6 minutos.
- Tiempo mínimo = 2 minutos.
- Más de 18 minutos = riesgo significativo de HPP .
- Más de 30 minutos = riesgo de HPP es 6 veces mayor

CAPITULO II DISEÑO METODOLÓGICO

DISEÑO METODOLÓGICO

2.1 Tipo de estudio

Es un estudio con enfoque cuantitativo, descriptivo, observacional y de corte trasversal,

2.2 Área de estudio

El Hospital Berta Calderón Roque está ubicado del Centro Comercial Zumen 1c al Oe Managua, Nicaragua, Hospital de Especialidades de la Mujer, de segundo nivel de atención, de máxima complejidad y especialización, con atención de referencia a nivel nacional y con actividades docente asistenciales y de investigación.

2.3 Unidad de análisis

Adolescentes embarazadas que cumplieron con los criterios de inclusión.

2.4 Universo

Se tomó el universo a través del método de tendencias el cual consistió en conocer el número de adolescente que ingresaron durante un periodo de tiempo, se solicitó al departamento de estadística del hospital información de las embarazadas adolescentes, el universo correspondió a 209 adolescentes.

2.5 Muestra

Tamaño de la muestra

– **Calculo con OpenEpi**

Para determinar el tamaño de la muestra de la revisión de expediente se realiza el cálculo a partir del Program OpenEpi

Tamaño de la muestra para la frecuencia en una población

Tamaño de la población (para el factor de corrección de la población finita o fcp)(N):	209
frecuencia % hipotética del factor del resultado en la población (p):	50% +/-5
Límites de confianza como % de 100(absoluto +/--%)(d):	5%
Efecto de diseño (para encuestas en grupo-EDFF):	1

Tamaño muestral (n) para Varios Niveles de Confianza

IntervaloConfianza (%)	Tamaño de la muestra
95%	136
80%	93
90%	119
97%	145
99%	160
99.9%	176
99.99%	184

Ecuación

$$\text{Tamaño de la muestra } n = \frac{EDFF * N * p(1-p)}{[(d^2 / Z^2_{1-\alpha/2} * (N-1) + p * (1-p))]}$$

Resultados de OpenEpi, versión 3, la calculadora de código abiertoSSPropor

Para este estudio la muestra la conformaron 136 adolescentes embarazadas que estuvieron ingresadas en el hospital.

2.6 Tipo de muestreo

El tipo de muestreo que se utilizó para seleccionar los expedientes a revisar fue el probabilístico sistemático, el cual consiste: primero se enumeran todo el universo y se selecciona la muestra a partir de un número al azar para iniciar para la selección y luego con la constante determinada de la división de N/n que es la constante se va seleccionado y así sucesivamente hasta completar el tamaño de la muestra n.

2.7 Criterios de inclusión

- Que acepte participar en la entrevista.
- Pacientes con expediente clínico completo para la revisión de expediente.
- Adolescentes que no tenían otras patologías

2.8 Criterios de exclusión

- Adolescentes que no deseen participar en el estudio.
- Adolescentes con problemas mentales y de comunicación.

2.9 Técnicas y procedimientos

Las técnicas utilizadas para la recolección de la información fueron: la observación, revisión documental. En resumen, se detalla las diferentes técnicas e instrumentos que se utilizan según los objetivos:

Objetivos específicos	Fuentes de información	Técnicas	Instrumentos
Caracterizar demográficas a la población en estudio.	Secundaria Expedientes clínicos	Revisión documental	Ficha de revisión de expediente.
Verificar el cumplimiento de las actividades realizadas por el personal en el parto.	Primaria Observación al personal de salud	Observación no participante	Lista de chequeo

	Secundaria Expedientes clínicos	Observación no participante	Lista de chequeo
Verificar el cumplimiento de las actividades realizadas por el personal en el transcurso del parto.	Primaria Observación al personal de salud.	Observación no participante	Lista de chequeo
	Secundaria Expedientes clínicos		
Verificar el cumplimiento de las actividades realizadas por el personal en el post parto.	Primaria Observación al personal de salud.	Observación no participante	Lista de chequeo
	Secundaria Expedientes clínicos		

Para revisión documental se elaboró una ficha de revisión de expedientes que incluyó la variable demográfica.

Se elaboró una lista de chequeo para observar el cumplimiento de la normativa en la atención al parto en adolescente en el preparto, durante el parto y postparto.

Los instrumentos se validaron mediante la revisión por personal de salud calificado del hospital Bertha Calderón Roque, luego se realizó una prueba o pilotaje para la validación de los

instrumentos, con la finalidad de valorar la fluidez, pertinencia, precisión y oportunidad de cada una de las preguntas, en dos hospitales de atención secundaria del SILAIS: Bertha Calderón Roque y Hospital Carlos Roberto Huembés, detectando dificultad en la comprensión de algunas preguntas, las cuales fueron replanteadas, otras se eliminaron y en algunas preguntas se agregó el ítems de no aplica, por la no pertinencia en algunos casos.

2.10 Plan tabulación y análisis

Para el debido procesamiento de la información se digito lo recopilado en una base de datos estadísticos previamente diseñada en el programa SPSS versión 25. Cuando se concluyó la digitación se analizó la información con cuadros de frecuencias simples haciendo la descripción en frecuencias absolutas y porcentuales en el programa de Microsoft Excel 2015 para cada variable en estudio y se introdujo la información al programa y Power Point para la presentación de la defensa y al final al programa de Microsoft Word 2015 para su entrega del documento final.

Para el análisis de la información se utilizaron las frecuencias y porcentajes del estudio.

2.11 Enunciado de las variables por objetivos

Las variables fueron definidas en relación a cada uno de los objetivos específicos del presente estudio.

Objetivo 1: Caracterizar demográficas de la población en estudio.

1. Edad
2. Procedencia
3. Escolaridad

4. Ocupación

Objetivo 2: Verificar el cumplimiento de las actividades realizadas por el personal en el preparto.

1. Actividades en el preparto.

Objetivo 3: Verificar el cumplimiento de las actividades realizadas por el personal en el transcurso del parto.

1. Actividades en el transcurso del parto

Objetivo 4: Verificar el cumplimiento de las actividades realizadas por el personal en el post parto.

1. Actividades en el transcurso del parto

2.12 Operacionalización de variables

Objetivo 1: Caracterizar demográficas de la población en estudio.

Variable	Definición Operacional	Dimensión	Indicador	Escala/ Valor
Edad	Se refiere a los años cumplidos de la adolescente desde su		Años	10 – 14 15- 17

	nacimiento, hasta el momento del estudio.			18 – 19
Procedencia	Referente al lugar del municipio de procedencia		Zona	Urbano Rural
Escolaridad	Grado de instrucción alcanzado por las entrevistadas		Nivel alcanzado	Ninguno Primaria Secundaria Educación técnico Universidad
Ocupación	Se refiere a la ocupación de la paciente en ese momento		Tipo de empleo	Ama de casa Agricultora Comerciante Estudiante Profesional formación técnica Profesional universitaria

Objetivo 2: Verificar el cumplimiento de las actividades realizadas por el preparto.

Variable	Definición Operacional	Dimensión	Indicador	Escala/ Valor
Actividades que se realizan en el periodo de preparto	Cuando la mujer gestante presenta dinámica uterina, sin cumplir las condiciones necesarias de parto, entre la semana de gestación 37 y 42 y por lo tanto cuando el embarazo llega a término		Cumplimiento de la normativa.	Se realizó exploración sistemática de la mujer: Toma de los signos vitales y estado general de la madre Exploración de piel y mucosas (detección de edemas, etc.). Exploración abdominal: Inspección de cicatrices previas. Se precisará la situación, el tipo de presentación y la posición fetales.

				<p>Medida de la altura uterina.</p> <p>Valoración de la dinámica uterina:</p> <p>Exploración genital:</p> <p>Inspección de los genitales externos (perineo y vagina).</p> <p>Tacto vaginal</p> <p>Se realizó exploración sistemática del feto:</p> <p>Tipo de presentación.</p> <p>La variedad y la altura de la presentación (planos de Hodge)</p> <p>Estado de la bolsa amniótica.</p> <p>Frecuencia cardíaca fetal</p>
--	--	--	--	---

				<p>Se le realizo pruebas complementarias de urgencia.</p> <p>Se brindó información a la mujer y a la familia en el parto</p>
--	--	--	--	--

Objetivo 3: Verificar el cumplimiento de las actividades realizadas por el personal en el transcurso del parto.

Variable	Definición Operacional	Dimensión	Indicador	Escala/ Valor
Actividades que se realizan durante el parto	Es el conjunto de fenómenos fisiológicos que se presentan en una mujer embarazada y que tienen por objeto la expulsión, por vía vaginal, de un feto		Cumplimiento de la normativa	<p>Frecuencia cardiaca materna</p> <p>Temperatura</p> <p>Tensión arterial</p>

	viable a término, y de sus anexos			
			Cumplimiento de la normativa	<p>Altura uterina</p> <p>Maniobras de Leopold</p> <p>Auscultación de la frecuencia cardiaca fetal</p>
			Cumplimiento de la normativa	<p>Inspección de la vulva, vagina y perineo</p> <p>Tacto vaginal para valorar: Situación, longitud, consistencia y dilatación del cuello uterino</p> <p>Presentación y, a ser posible, variedad fetal Plan</p>

		de la presentación Integridad bolsa amniótica Características de la pelvis materna.
	Cumplimiento de la normativa	Fase latente de la dilatación Fase activa de la dilatación.
	Cumplimiento de la normativa	Comprobación del bienestar fetal
	Cumplimiento de la normativa	Asepsia Rasurado Enema Alimentación durante la dilatación

		Bienestar de la mujer durante la dilatación
	Cumplimiento de la normativa	Tactos vaginales Dinámica uterina Rotura de la bolsa amniótica. Estimulación del parto Anestesia
	Complicaciones durante el periodo de dilatación	Fase de latencia prolongada Fase de dilatación activa prolongada Parto precipitado
	Cumplimiento de la normativa	Control de la dinámica uterina.

		<p>Control de la progresión del periodo de expulsión</p> <p>Equipamiento necesario</p> <p>La preparación</p> <p>La posición</p> <p>Pujos</p> <p>Episiotomía</p> <p>Palpa en abdomen y descarta la presencia de otros/s bebés.</p> <p>Dentro del 1er minuto de parto administra las 10 UI de oxitocina IM</p> <p>Pinza y corta cordón umbilical o</p>
--	--	---

		<p>cuando deje de pulsar.</p> <p>Aplica tensión controlada de cordón</p> <p>Estabiliza el útero y previene la inversión</p> <p>Alumbra la placenta lentamente con ambas manos</p> <p>Alumbra las membranas suaves con movimientos de rotación.</p> <p>Revisa si la placenta está completa.</p>
--	--	--

		<p>Masajea el fondo uterino.</p> <p>Examina el canal después de parir.</p>
--	--	--

Objetivo 4: Verificar el cumplimiento de las actividades realizadas por el personal en el post parto.

Variable	Definición Operacional	Dimensión	Indicador	Escala/ Valor
<p>Actividades que se realizan en después del parto (Puerperio inmediato).</p>	<p>Son aquellas actividades que se realizan como parte del procedimiento del Manejo Activo del Tercer Periodo del parto</p>		<p>Cumplimiento de la normativa</p>	<p>Retira los guantes</p> <p>Aplica alcohol gel en ambas manos.</p> <p>Valoración inmediata del estado general</p> <p>Realiza masajes uterinos cada 15 minutos en las primeras 2 horas.</p>

				<p>Monitorea el globo de seguridad de Pinard.</p> <p>Monitorea el sangrado vaginal y los signos vitales cada 15 en las primeras 2 horas.</p> <p>Control de la pérdida hemática</p> <p>Control de la involución uterina.</p> <p>Se valoró las características de los loquios</p> <p>Control de la micción y de la evacuación</p> <p>Se administró analgésico para dolor</p> <p>Movilización a la paciente</p> <p>Valoración del estado emocional</p>
--	--	--	--	---

2.13 Consideraciones Éticas

Se obtuvo la autorización de las autoridades correspondientes del SILAIS Managua y Hospital Bertha Calderón Roque, para la realización del presente estudio para tener acceso a los expedientes clínicos que fueron utilizados en la investigación, la cual estaba firmada por el tutor, mediante una carta de consentimiento informado donde se explicó los objetivos del estudio, la información fue manejada confidencialmente y solo para efectos del estudio.

Posteriormente se elaboró una carta de consentimiento informado dirigida a las adolescentes donde se les explicó los objetivos del estudio y que la información dada sería manejada confidencialmente y para fines de estudio.

CAPITULO III. DESARROLLO

3.1 Resultados

Para evaluar el cumplimiento del protocolo de atención al parto en adolescentes en el Hospital Bertha Calderón Roque, a través de la lista de chequeo de 136 revisiones de expedientes y observación directa, se obtuvieron los siguientes resultados:

Con respecto a las características socio demográficas, la edad de las embarazadas adolescentes según revisión documental, el grupo de mayor porcentaje fue de 18 a 19 años en un 46 % (63); seguido del grupo de 15 a 17 años en un 46% (62); de 10 a 14 años en un 11% (11). (Ver anexo, Tabla 1).

El lugar de procedencia más frecuente urbano con el 79 % (107); seguido rural 21 % (29). (Ver anexo, Tabla 1).

En relación a la escolaridad predominó la educación secundaria en un 42 % (57); seguida de la educación primaria en un 26% (36); seguido de los que no tienen escolaridad con un 30% (28), con educación universitaria 6 % (8) y sólo el 5% (7) tienen un nivel de educación técnica. (Ver anexo, Tabla 2).

La ocupación más frecuente en la lista de chequeo fue Ama de casa en un 40 % (55); seguida); comerciantes 20 % (28), estudiante 15 % (21); agricultora en un 14 % (20); formación técnica 5% (7); Universitaria 4% (6). (Ver anexo, Tabla 2).

En relación al cumplimiento de las actividades que se realizan durante la atención al parto en adolescente, en el periodo preparto, se realizó exploración sistemática de la mujer 65% (88), toma de signos vitales 88% (120), exploración de piel y mucosa 44% (60), exploración abdominal 74% (74), inspección de cicatrices previas 33% (45), se apreció la situación el tipo de presentación y

la posición fetales 72% (98), medida de la altura uterina 40% (55), valoración de la dinámica uterina 50% (68), exploración genital 81% (110), inspección de los genitales externos (perineo y vagina) 72% (98), tacto vaginal 100% (136), se realizó exploración sistémica del feto 77% (105), tipo de presentación 74% (101), variedad y altura de la presentación (planos de Hodge) 79% (108), estado de la bolsa amniótica 51% (69), frecuencia cardíaca fetal 100% (136). (Ver anexo, Tabla 3.A1y 3.B).

En relación de las actividades realizadas durante el parto, se tomó la frecuencia de las contracciones 100% (136), se tomó la temperatura 100% (136), se midió la altura uterina 44% (60), se realizó Maniobras de Leopold 72% (98), se ausculto la frecuencia cardíaca fetal 88% (120), se inspecciono la vulva, vagina y perineo 72% (98), se realizó tacto vaginal para valorar situación y longitud 96% (130), se valoró la consistencia y dilatación del cuello uterino 96% (130), se valoró la presentación y a ser posible variedad fetal 81% (110), se valoro la integridad de la bolsa amniótica 65% (88), se valoró características de la pelvis materna 74% (100), vigilancia de la fase latente de la dilatación 85% (115), vigilancia activa de la dilatación 85% (100), hubo comprobación del bienestar fetal 88% (120), se realizó asepsia y antisepsia en la región perineal 100% (136), se alimentó durante la dilatación 11% (15), vigilancia durante la dinámica uterina 65% (88), presencia de tacto vaginales 100% (136), ruptura espontanea de la bolsa amniótica 73% (100), ruptura artificial de la bolsa amniótica 81% (110), el parto fue precipitado 85% (115), control de la dinámica uterina 88% (120), control de la progresión del periodo de expulsión 88% (120), se contaba con el equipo necesario 96% (130), se indicó la posición a parir 100% (136), los pujos fueron dirigidos 97% (132), se realizó episiotomía 88% (120), dentro del 1er minuto de parto administra las 10 UI de oxitocina IM 100% (136), pinza y corta cordón umbilical o cuando deje

de pulsar 100% (136), aplica tensión controlada de cordón 87% (118), estabiliza el útero y previene la inversión 85% (115), alumbró la placenta lentamente con ambas manos 97% (132), alumbró las membranas suaves con movimientos de rotación 92% (125), revisa si la placenta está completa 74% (100), masajea el fondo uterino 88% (120), examina el canal después de parir 96% (130). (Ver anexo, Tabla 4.A--4.D).

En relación a las actividades realizadas después del parto (pos-parto) se retiró los guantes 94% (128), aplica alcohol gel en ambas manos 44% (60), valoración inmediata del estado general 92% (125), realiza masajes uterinos cada 15 minutos en las primeras 2 horas 72% (98), monitorea el globo de seguridad de Pinard 65% (88), monitorea el sangrado vaginal y los signos vitales cada 15 en las primeras 2 horas 69% (89), control de la pérdida hemática 58% (79), control de la involución uterina 57% (77), se valoró las características de los loquios 51% (69), control de la micción y de la evacuación 40% (55), se administró analgésico para dolor 73% (100), se movilizó a la paciente 88% (120), valoración del estado emocional 80% (110). (Ver anexo, Tabla 5.A-5.B).

3.2 Discusión

Para recopilar los datos se utilizaron instrumentos de investigación y fichas de recolección de datos. Se encuestaron 136 adolescentes, de entre las edades de 10 a 19 años, de las cuales el mayor porcentaje corresponde a edades que oscilan entre 18 a 19 años equivalente a un 46%, en segundo lugar están adolescentes de 15 a 17 años con un 46% y por último de 10 a 14 años representando un 11%.

Estos datos se ajustan con los reportados por ENDESA 2011-2012 (Encuesta Nacional de Demografía y Salud), que revelan que el departamento de Managua, tiene una alta proporción de embarazos en adolescentes. Esto a su vez, coincide con los datos obtenidos que nos dictan que el lugar de procedencia más frecuente entre las adolescentes embarazadas es del sector urbano en un 79%; contratado con el sector rural que equivale a un 21%. Los Sistemas Locales de Atención Integral en Salud (SILAIS) brindan datos en materia departamental con respecto a la atención de nacimientos en madres adolescentes, estos datos recalcan que se dan atenciones mayormente del sector de Managua, representando un 18%, Matagalpa con un 11% y Jinotega con un 9%. Estos datos deben alarmar, porque si bien es cierto se cree que en el sector urbano la mayoría de la población conoce más información detallada, implica un descuido tanto de los adolescentes, así como de los padres de los mismos.

Ahora bien, en relación al nivel académico, predominó la educación secundaria en un 42%; seguida de la educación primaria en un 26%; luego ningún tipo de educación 21%, por último, técnico y universitario con 5% y 6% respectivamente. Debido a esto, vemos que hay una relación con los datos obtenidos concerniente a las ocupaciones, pues el bajo nivel académico mostrado anteriormente, hace que las personas se dediquen a la labores como las de ama de casa (siendo la

que ocupa el mayor porcentaje con 49%, comerciantes 21% y agricultora 14%. Por eso, las adolescentes que son estudiantes corresponden a los niveles de datos más bajos que se obtuvieron, siendo estos, estudiantes 15%, universitarias 4% y formación técnica 5%. Cabe destacar que también el nivel bajo de escolaridad se ve reflejado que, de la encuestadas, ninguna era profesional.

Por otro lado concerniente al cumplimiento de las actividades que se realizan durante la atención al parto en adolescente, en relación al preparto los tenemos como datos positivos se realizó tacto vaginal 100% de las adolescente cabe destacar que es gran importancia porque permite valorar con seguridad la progresión del parto, es útil para conocer las características del cérvix y de la pelvis. También es notable recalcar que toma de los signos vitales fue de 88% de las adolescentes datos favorables ya que la toma correcta de ello permite diagnosticar cualquier alteración en su estado hemodinámico. La exploración de los genitales se realizó 81% de la adolescente, lo que permite inspeccionar los genitales externos (perineo y vagina) para ver cualquier alteración y así dar seguimiento.

En relación a la variedad y la altura de la presentación (planos de Hodge) se cumplió el 79%, lo cual permite para evaluar la progresión del parto y la presentación del feto, dividen el estrecho superior de la pelvis del estrecho inferior en cuatro zonas, o cuatro "planos".

La exploración sistémica del feto se cumplió en un 77%, siendo de suma importancia, ya que durante los periodos de dilatación y de expulsión pueden producirse trastornos de la oxigenación fetal más a menudo que cuando no hay contracciones.

La valoración del tipo de presentación en 74% y Si se apreció la situación, el tipo de presentación y la posición fetales fue de 72% lo que describe la manera en la que está colocado el bebé para

salir por el canal del parto para el alumbramiento. La posición más deseable para su bebé dentro de su útero al momento del parto es con la cabeza hacia abajo y si no está en la posición deseable puede haber complicaciones.

En relación a las actividades que realizaron durante el parto se cumplió en un 100% las siguientes se realizó asepsia y antisepsia en la región perineal siendo fundamental en la asistencia al parto en todos sus periodos, para evitar contaminaciones en las maniobras que se realicen durante la dilatación y/o durante la expulsión, de la misma manera se indicó la posición a parir esto la más cómoda para la paciente y que al mismo tiempo se adapte a las posibilidades del centro, presencia de tactos vaginales permite evaluar los centímetros que la paciente va avanzando y se bebe hacer de tres a cinco máximo para evitar infecciones, lo cual es dato positivo, se administró la 10 UI de oxitocina IM dentro del primer minuto cabe recalcar que al hacerlo se previene las hemorragia post parto, se pinza y corta cordón umbilical o cuando deje de pulsar, es el que se realiza generalmente en los primero 60 segundos tras el parto.

Por otra parte hay un grupo de actividades que se cumplieron arriba del noventa por ciento, siendo estas el tacto vaginal para valorar: Situación, longitud 96%, dado el impacto que tiene evaluar la evolución del parto y verificar si existe riesgo de parto prematuro, de la misma forma el propósito de evaluar el cuello uterino durante el trabajo de parto. Se valoró la consistencia y dilatación del cuello uterino en un 96% en otras palabras son todas las modificaciones del cuello uterino que se van acentuando a medida que avanza la gestación y hasta el tercer trimestre, momento en el cual el cérvix empezará a prepararse para el parto.

Como resultado si se contaba con el equipamiento necesario para atender el parto su cumplimiento fue de 96% en sientes se refiere a los aparatos que se utilizan durante el parto que tiene

como objetivo facilitar la atención y evitar los sufrimiento innecesario. Con base a los pujos que fueron dirigidos 97% siendo conveniente ya que se llevan a cabo por el personal médico, es decir, le indican a la madre cuándo debe pujar basándose en la monitorización de las contracciones. De igual forma el alumbramiento de las membranas suaves con movimientos de rotación fue 92%, se realiza de esa manera evitar que no se queden membranas en el canal del parto y posible hemorragia, que corresponde al período desde la salida del bebé hasta la salida de la placenta. Con respecto a examinar el canal después de parir 96%, dato favorable puesto se garantiza darse cuenta de cualquier anomalía que se presente. Llama la atención que la ausculto la frecuencia cardiaca fetal fue 88% siendo importante tomarlas en todas las paciente por lo que el registro de ello se notaran los aparición de cambios periódicos del mismo la variabilidad. Así mimo la comprobación del bienestar fetal fue de 88%, también es notables que el control de la dinámica uterina tiene relevancia con un 88%, siendo importante la vigilancia ya que durante el trabajo de parto ocurren contracciones con una frecuencia entre tres y cinco contracciones en 10 minutos, con duración de 30 a 60 segundos e intensidad progresiva de 30 a 50 milímetros de mercurio (mmHg), y el control de ello se puede conocer los factores que pueden afectar la dinamia uterina y actuar de inmediato. Del mismo modo el control de la progresión del periodo de expulsión fue de 88%, la vigilancia se permite un parto satisfactorio. Sin embargo que hay una alta tasa de episiotomía que se realizaron con un 88%, según la normativa 011 revela que no a todas las pacientes se le deben realizar sino aquellas que realmente lo ameriten. Por otro lado el masajea el fondo uterino después del parto fue de 88% al respecto de este dato se puede decir que fue poco puesto que a todas las pacientes se le debe realizar que al hacerlo se forma el globo de seguridad de Pinard y se evita las hemorragias. Del mismo modo la aplica tensión controlada de cordón con un 87% hacer la técnica

correcta se previene la salida completa de placenta con sus anexos, así también estabiliza el útero y previene la inversión 85%.

Por otro lado hubo cumplimiento arriba del 80 por ciento las siguientes actividades vigilancia de la fase latente de la dilatación con un 85%, por otra parte se puede notar que el parto fue precipitado 85% lo cual es muy riesgoso puede hacerlo extremadamente difícil Mayor riesgo de desgarro y laceración del cuello uterino y vagina y puede dar como consecuencia la hemorragia del útero o vagina, el estado de choque después del nacimiento que aumenta el tiempo de recuperación. Así mismo la vigilancia de la fase activa de la dilatación fue buena, y la valoración de presentación y, a ser posible, variedad fetal 85%. Sin embargo se nota que la ruptura artificial de bolsa amniótica 81%, esto quiere decir que a la mayoría de las pacientes se le provoco el avance del parto.

Dentro de las actividades realizadas después del parto los datos más relevantes fueron que la mayoría del personal se retiró los guantes en 94%, esta medida garantiza que no haya pase de microorganismo y evitar infecciones, también es notable que la valoración inmediata del estado general 92%, dato sumamente importante ya que muchas parturientas presentan depresión post parto y así se puede ayudar de manera inmediata a la paciente, se hace necesario resaltar que la movilización a la paciente fue de un 88% lo que indica que no fue un parto traumáticos y su recuperación será satisfactoria.

3.3 Conclusiones

Con respecto a las características demográficas, la mayoría de las adolescentes, son de procedencia urbana, con escolaridad primaria y secundaria, poca preparación universitaria y técnica, muchas de ellas, amas de casa, comerciantes y agriculturas.

Concerniente al cumplimiento de las actividades que se realizaron durante la atención al parto en adolescente, en el parto se obtuvieron datos positivos, hubo un cumplimiento de cien y ochenta por ciento, la realización del tacto vaginal, exploración de los genitales, toma de los signos vitales y exploración de los genitales, los demás ítem evaluados fueron deficiente en su cumplimiento.

En relación a las actividades que realizaron durante el parto se cumplió en un cien y noventa por ciento, asepsia y antisepsia en la región perineal, administración de la 10 UI de oxitocina, tacto vaginal, valoración de la consistencia y dilatación del cuello uterino, equipo para atender el parto, pujos dirigidos, alumbramiento de las membranas con suaves movimientos de rotación, examinación del canal después de parir, los demás ítem evaluados fueron deficiente en su cumplimiento.

Con respecto a las actividades realizadas después del parto los datos más relevantes que se cumplieron más del noventa por ciento, el retiró los guantes, valoración inmediata del estado general, movilización de la paciente, sin embargo hubo deficiencia en la vigilancia de esta etapa, por lo que los demás ítem evaluados fueron deficiente en su cumplimiento.

3.4 Recomendaciones.

Dirigidas a las autoridades del Hospital Bertha Calderón Roque

- Fortalecer el cumplimiento de la normativa durante la atención del parto.
- Dar seguimiento a las limitaciones encontradas en la implementación de la normativa de parto adolescente en la presente investigación.
- Brindar capacitación al personal médico y enfermería en parto adolescente.
- Promoción y sensibilización a todo el personal de salud y adolescente sobre el parto humanizado.

Dirigidas al personal de sala de parto

- Garantizar el cumplimiento de la normativa por el personal durante la atención del parto.
- Tener empatía con las adolescentes y abordarlas conforme a su edad.
- Que se garantice un ambiente limpio y sano para una atención de calidad antes y durante el parto.

Dirigidas a las adolescentes que asisten a la atención de parto en el Hospital

- Que las adolescentes tengan empatía para con el personal, para cultivar un ambiente armonioso.
- Demandar a las autoridades del hospital cumplimiento del derecho a una atención de parto digna, humanizada y respetuosa.
- Demandar mejorías de la calidad de la atención al parto.

3.5 BIBLIOGRAFÍA

CENIDH. (2018). *Centro Nicaragüense de Derechos Humanos, C. Informe anual.*

ENDESA. (2013). *Encuesta Nicaragüense de demografía y salud (ENDESA 2011/12).* Managua:

MINSA.

Guzman, Hakkert, y Contreras. (2001). *Diagnostico sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes de America Latina y el Caribe. Mexico: UNFPA.*

Instituto Nacional de Información de Desarrollo (INIDE) Ministerio de Salud (MINSA. (Julio 2014). *Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud ENDESA .* Nicaragua.

Martínez y Vilma. (Octubre 2004.). *Tesis: Manejo Activo del tercer periodo del parto y la hemorragia postparto. Hospital Fernando Vélez Paíz. Universidad Managua- Nicaragua.*

MINSA. (2010). *Normas y protocolo para la atencion del parto humanizado,.* Managua.

MINSA. (2016). *Protocolo para la Atencion de Adolescentes Embarazada.*

Ministerio de salud dirección general de servicios de salud. (2008). Normas y protocolos para la atencion prenatal parto, recién nacido/a y puerperio de bajo riesgo. En MINSA, *Normativa 011* (págs. P. 125-147). Managua.

MINSA. (2008). *Norma de auditoria de la calidad de atencion médica (005).* Managua.

MINSA. (2008). *Normativa - 011. Normas y protocolos para la atención prenatal, parto, recién nacido, y puerperio de bajo riesgo.* Nicaragua.

- Organizacion Mundial de la Salud. ((2011). *Embarazo en la Adolescencia* .
- Organizacion Mundial de la Salud. (2015). *Manual de participación juvenil. Trabajando con jóvenes. Una guía para la participación juvenil en los espacios de toma de decisiones.* Managua.
- Organizacion Mundial de la Salud. (2017). *Salud del adolescente.* E:U.
- Organizacion Mundial de la Salud. OMS. ((2015). *El Embarazo en Adolescente.* Managua.
- Organizacion MUndial de la Saud OMS. (2017). *Salud del adolescente.* Estados Unidos.
- Organización panamericana de la salud/oranización. (2014). *Diagnóstico sobre salud sexual y reproductiva de adolescentes en América Latina y el Caribe: incorporando la perspectiva de los derechos humanos en las inversiones de salud publica. La Educacion de la Sexualidad en Nicaragua. Salvador: MINSA. . Salvador.*
- Organización Panamericana de la Salud/Organización, M. d. (2014). *Diagnóstico sobre salud sexual y reproductiva de adolescentes en América Latina y el Caribe: incorporando la perspectiva de los derechos humanos en las inversiones de salud publica. La Educ.* Nicaragua. Salvador: MINSA Salvador.
- Pereira y Sheila. (2005-2007). *Manejo del tercer periodo del parto para prevenir la hemorragia postparto en la sala de labor y parto.* Hospital escuela Oscar Danilo Rosales. Arguello. Universidad León- Nicaragua.

(MINSa, (Instituto Nacional de Información de Desarrollo (INIDE) Ministerio de Salud. 2014.

«Encuesta Nacional de Hogares sobre Medición de Nivel de Vida 2014».

(Organización panamericana de la salud/oranización, 2014)

Andrade y Vasconcelos. «ATención humanizada del parto de adolescentes: ¿norma, deseo o realidad?» 2011: Pag:185-191.

Arandy y González. 2011. «Percepción del trato digno por la mujer embarazada en la atención obstétrica de enfermería». : Pag.6-60.

Cancino y Valencia. 2015. «Perinatología y Reproducción Humana». volumen:29(Embarazo en la adolescencia: cómo ocurre en la sociedad actual): pag.76-82.

INIDE. 2015. «Encuesta Nicaraguense de demografía y salud.»

Irias Gomes MD. 2008. «calidad de los servicios de atención del parto, puerperio y recién nacido, clínica materno - infantil trojes, el paraíso, honduras».

Lama, Helguero, Joel. 2016. «percepción de las púérperas sobre la calidad de atención del parto vaginal en el hospital sagaro. Perú, tumbes».

Navarro. 2011. «Calidad de los servicios de atención al parto y puerperio. Hospital Cesar Amador Molina. SILAIS Matagalpa.»

Normativa 139. MINSa. 2016. «Protocolo para la atención de las adolescentes embarazadas.»

Núñez y Yossi . 2013. «Percepción de la calidad de atención del parto en usuarias del servicio de centro obstétrico del hospital nacional Daniel Alcides Carrión.Percepción de la calidad de

atención del parto en usuarias del servicio de centro obstétrico del hospital. Lima – Peru».

Sampieri, Fernández y Baptista. 2010 «Metodología de la investigación. Sexta edición. Editorial. Mc Graw Hill.» Cap 17.: 534.

Suárez, Cortés, María. 2012. «Situación actual del plan de parto y nacimiento en la Región de Murcia».

UNICEF. 2011. «La adolescencia. Fondo de las Naciones Unidas para la infancia».

CAPITULO IV. ANEXOS

3. Tablas

Tabla 1. Características demográficas de las adolescentes atendidas en el Hospital Bertha Caderón Roque, Managua, Noviembre 2019. n=136

	Frecuencia	Porcentaje
Edad		
10-14	11	8.0
15-17	62	46.0
18-19	63	46.0
Procedencia		
Urbano	107	79.0
Rural	29	21.0

Fuente: expediente clínico de las adolescentes atendidas en el Hospital Bertha Caderón Roque, Managua, Noviembre 2019

Tabla 2. Características demográficas de las adolescentes atendidas en el Hospital Bertha Caderón Roque, Managua, Noviembre 2019. n=136

	Frecuencia	Porcentaje
Escolaridad		
Ninguno	28	21.0
Primaria	36	26.0
Secundaria	57	42.0
Técnico	7	5.0
Universitario	8	6.0
Ocupación		
Ama de casa	55	40.0
Agricultura	19	13.0
Comerciante	28	20.0
Estudiante	21	15.0
Formación Técnica	7	5.0
Universitaria	6	4.0

Fuente: Expediente clínico de las adolescentes atendidas en el Hospital Bertha Caderón Roque, Managua, Noviembre 2019.

Tabla 3. A. *Cumplimiento de las actividades preparto que se realizaron a las adolescentes atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque, Managua, noviembre 2019.*

n=136

Período de preparto	Frecuencia	Porcentaje
Se realizó exploración sistemática de la mujer	88	65.0
Toma de los signos vitales	120	88.0
Exploración de piel y mucosas (detección de edemas)	60	44.0
Exploración abdominal	100	74.0
Inspección de cicatrices previas	45	33.0
Se apreció la situación, el tipo de presentación y la posición fetales	98	72.0
Medida de la altura uterina	55	40.0
Valoración de la dinámica uterina	68	50.0

Fuente: observación *de las actividades preparto que se realizaron a las adolescentes atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque, Managua, noviembre 2019*

Tabla 3. B. *Cumplimiento de las actividades parto que se realizaron a las adolescentes atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque, Managua, noviembre 2019.*

n=136

Período de parto	Frecuencia	Porcentaje
Exploración genital	110	81.0
Inspección de los genitales externos (perineo y vagina)	98	72.0
Tacto vaginal	136	100.0
Se realizó exploración sistémica del feto	105	77.0
Tipo de presentación	101	74.0
La variedad y la altura de la presentación (planos de Hodge)	108	79.0
Estado de la bolsa amniótica	69	51.0
Frecuencia cardíaca fetal	136	100.0

Fuente: observación *de las actividades parto que se realizaron a las adolescentes atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque, Managua, noviembre 2019.*

Tabla 4.A. cumplimiento de *las actividades durante el parto que se realizaron a las adolescentes atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque, Managua, noviembre 2019.*

n=136

Período de parto	Frecuencia	Porcentaje
Se tomó frecuencia cardiaca materna	136	100.0
Se tomó temperatura	136	100.0
Se midió altura uterina	60	44.0
Se realizó Maniobras de Leopold	98	72.0
Se ausculto la frecuencia cardiaca fetal	120	88.0
Se Inspección la vulva, vagina y perineo	98	72.0
Se realizó tacto vaginal para valorar: Situación, longitud	130	96.0
Se valoró la consistencia y dilatación del cuello uterino	130	96.0
Se valoró presentación y, a ser posible, variedad fetal	110	81.0
Se valoró integridad de la bolsa amniótica	88	65.0

Fuente: Observacion de *las actividades del parto que se realizaron a las adolescentes atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque, Managua, noviembre 2019.*

Tabla 4.B. *Cumplimiento de las actividades durante el parto que se realizaron a las adolescentes atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque, Managua, noviembre 2019.*

n=136

Período de parto	Frecuencia	Porcentaje
Se valoró características de la pelvis materna	100	74.0
Vigilancia de la fase latente de la dilatación	115	85.0
vigilancia fase activa de la dilatación	115	85.0
Hubo comprobación del bienestar fetal	120	88.0
Se realizó asepsia y antisepsia en la región perineal	136	100.0
Se alimentó durante la dilatación	15	11.0
Vigilancia durante la dinámica uterina	88	65.0
Presencia de tactos vaginales	136	100.0
Rotura espontanea de la bolsa amniótica	68	50.0
Ruptura artificial de bolsa amniótica	68	50.0

Fuente: *Observación de las actividades durante el parto que se realizaron a las adolescentes atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque, Managua, noviembre 2019.*

Tabla 4.C. cumplimiento de las actividades durante el parto que se realizaron a las adolescentes atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque, Managua, noviembre 2019.

n=136

Período de parto	Frecuencia	Porcentaje
Parto precipitado	115	85.0
Control de la dinámica uterina.	120	88.0
Control de la progresión del periodo de expulsión	120	88.0
Se contaba con el equipamiento necesario	130	96.0
Se indicó la posición a parir	136	100.0
los pujos fueron dirigidos	132	97.0
Se realizó episiotomía	120	88.0
Dentro del 1er minuto de parto administra las 10 UI de oxitocina IM	136	100.0
Pinza y corta cordón umbilical o cuando deje de pulsar.	136	100.0
Aplica tensión controlada de cordón	118	87.0

Fuente: Observación de las actividades durante el parto que se realizaron a las adolescentes atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque, Managua, noviembre 2019.

Tabla 4.D. *Cumplimiento de las actividades del parto que se realizaron a las adolescentes atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque, Managua, noviembre 2019.*

n=136

Período de parto	Frecuencia	Porcentaje
Estabiliza el útero y previene la inversión	115	85.0
Alumbra la placenta lentamente con ambas mano		
Alumbra las membranas suaves con movimientos de rotación	125	92.0
Revisa si la placenta está completa	100	74.0
Masajea el fondo uterino	120	88.0
Examina el canal después de parir	130	96.0
Masajea el fondo uterino	120	88.0
Examina el canal después de parir	130	96.0

Fuente: Observación de las actividades del parto que se realizaron a las adolescentes atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque, Managua, noviembre 2019.

Tabla 5.A Cumplimiento de las actividades postparto que se realizaron a las adolescentes atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque, Managua, noviembre 2019.

n=136

Período de postparto	Frecuencia	Porcentaje
Se retira los guantes	128	94.0
Aplica alcohol gel en ambas manos	60	44.0
Valoración inmediata del estado general	125	92.0
Realiza masajes uterinos cada 15 minutos en las primeras 2 horas.	98	72.0
Monitorea el globo de seguridad de Pinard.	88	65.0
Monitorea el sangrado vaginal y los signos vitales cada 15 en las primeras 2 horas.	89	66.0

Fuente: Observación *de las actividades postparto que se realizaron a las adolescentes atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque, Managua, noviembre 2019*

Tabla 5.B Cumplimiento de las actividades postparto que se realizaron durante la atención al parto en las adolescente el Hospital Bertha Calderón Roque, Managua, noviembre 2019.

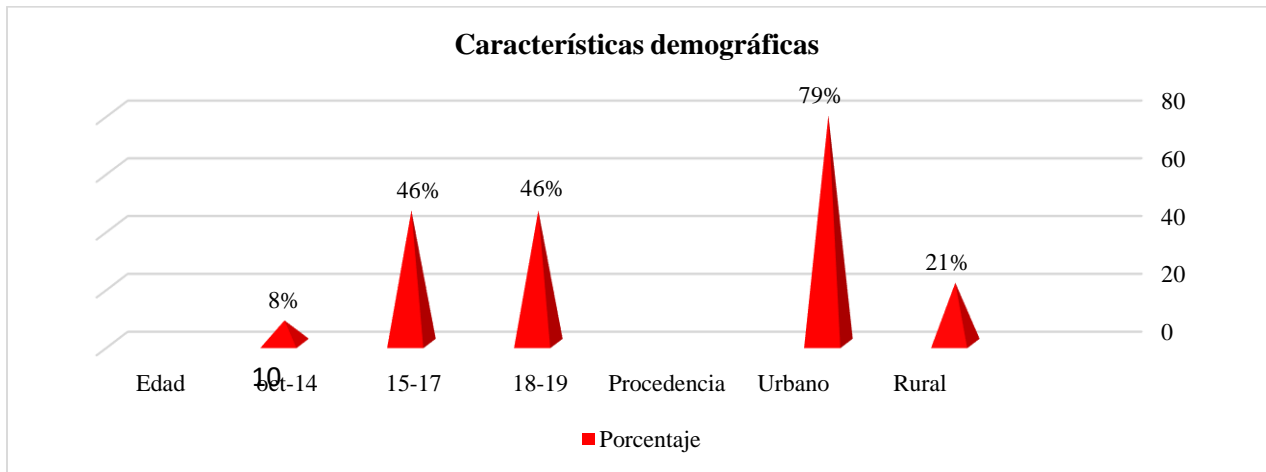
n=136

Período de postparto	Frecuencia	Porcentaje
Control de la pérdida hemática	79	58.0
Control de la involución uterina.	77	57.0
Se valoró las características de los loquios	69	51.0
Control de la micción y de la evacuación	55	40.0
Se administró analgésico para dolor	100	73.0
Movilización a la paciente	120	88.0
Valoración del estado emocional	110	80.0

Fuente: observación de las actividades postparto que se realizaron durante la atención al parto en las adolescente el Hospital Bertha Calderón Roque, Managua, noviembre 2019.

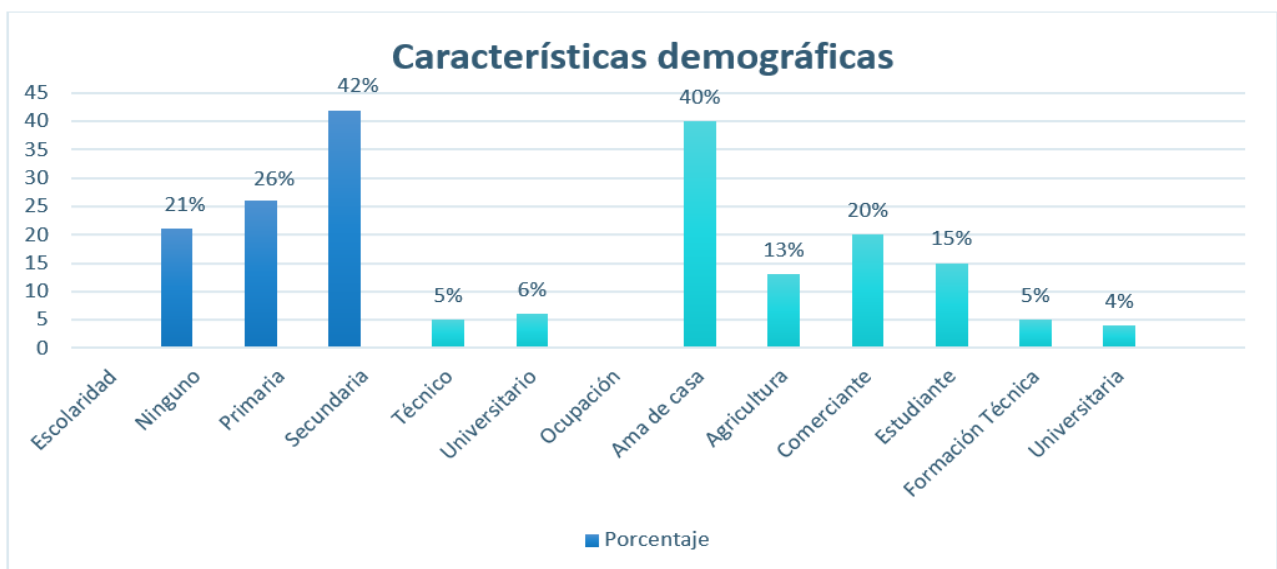
Tablas y Gráficos

Grafico N° 1. Características demográficas de las adolescentes atendidas en el Hospital Bertha Caderón Roque, Managua, Noviembre 2019.



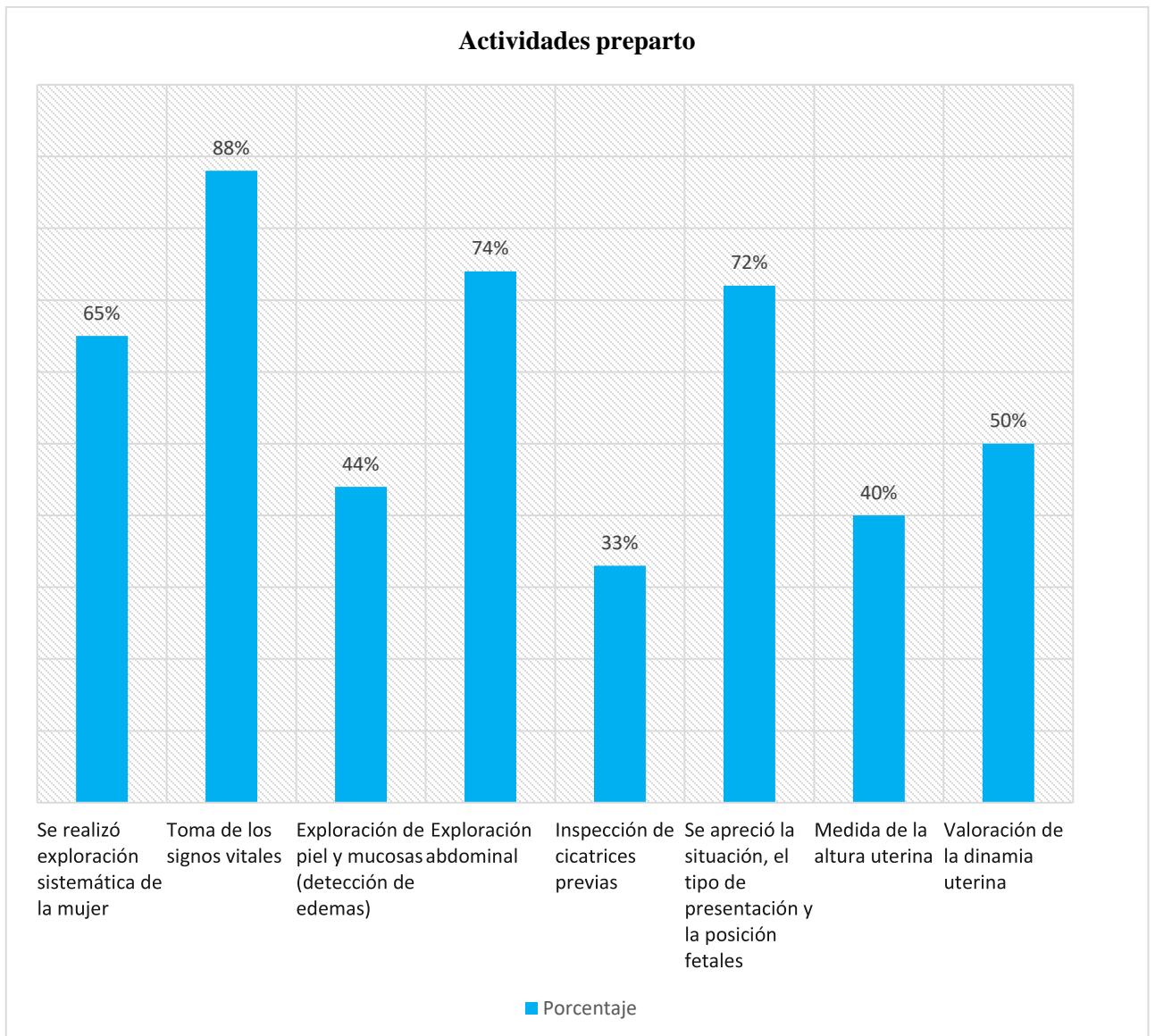
Fuente: Tabla N° 1

Grafico N° 2. Características demográficas de las adolescentes atendidas en el Hospital Bertha Caderón Roque, Managua, Noviembre 2019.



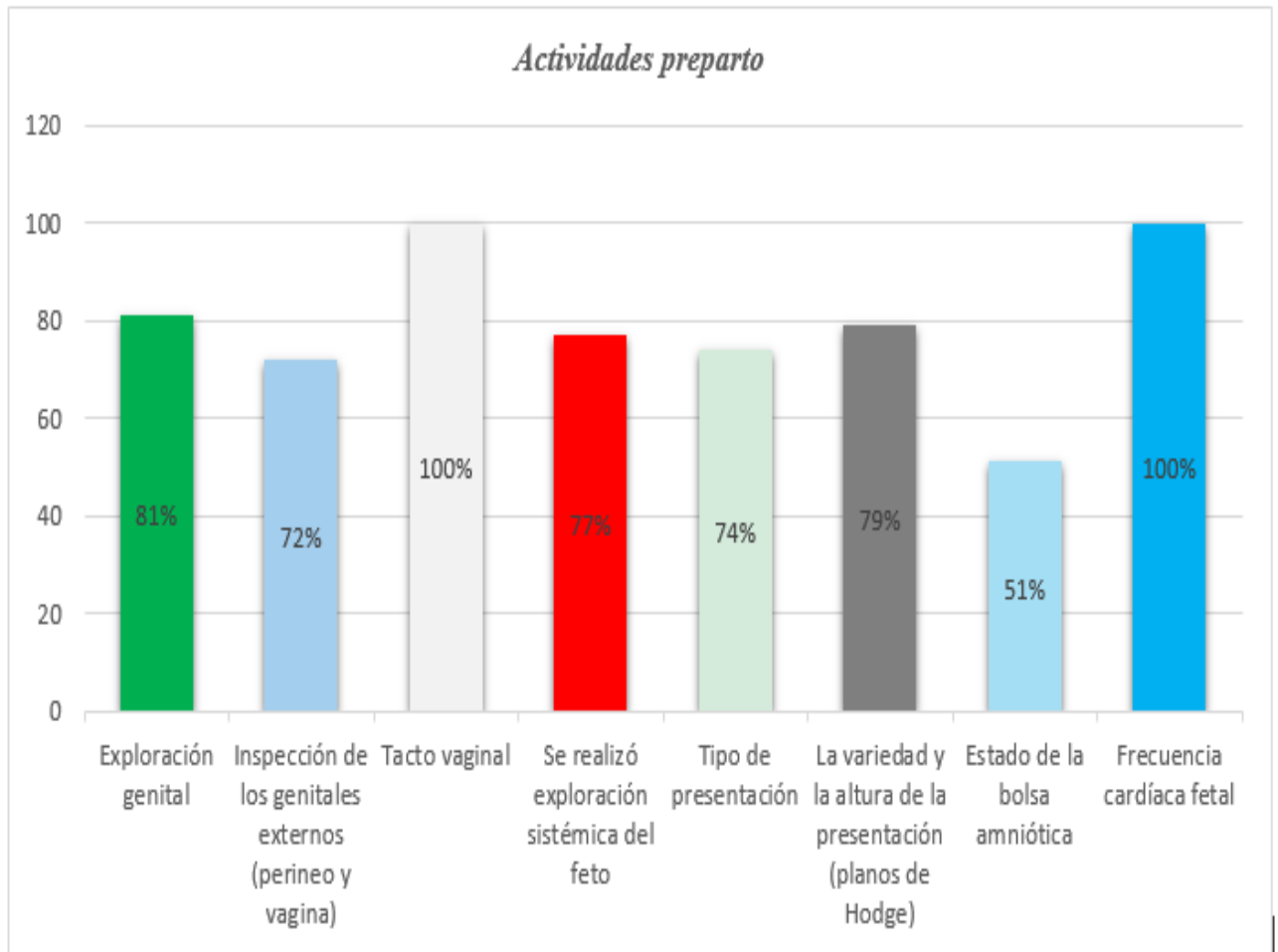
Fuente: Tabla N° 2.

Grafico N° 3. A Cumplimiento de las actividades preparto que se realizaron a las adolescente atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque, Managua, noviembre 2019.



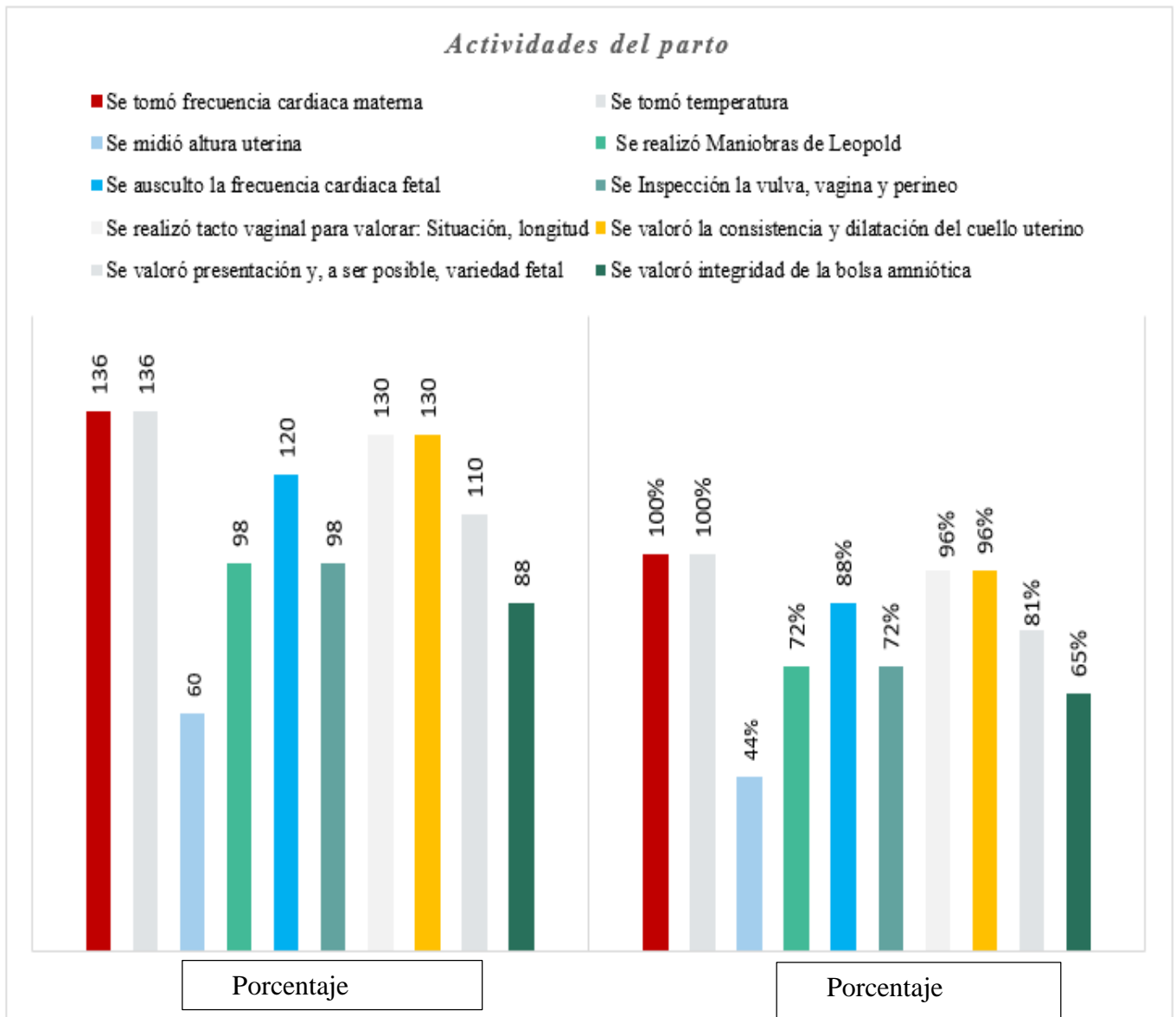
Fuente: Tabla N° 3. A

Grafico N°3. B *Cumplimiento de las actividades parto que se realizaron a las adolescentes atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque, Managua, noviembre 2019.*



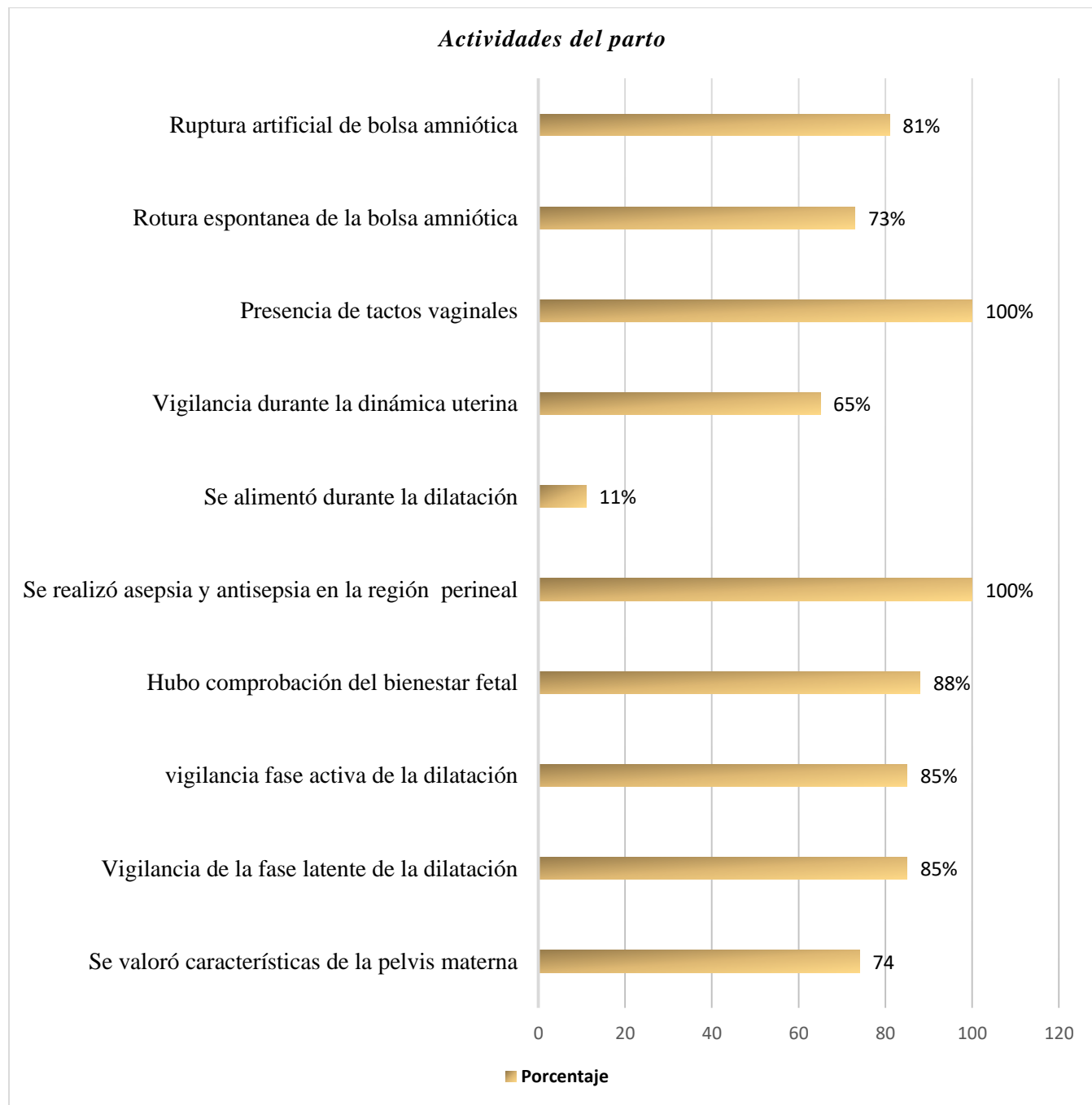
Fuente: Tabla 3. B

Grafico N° 4.A cumplimiento de *las actividades del parto que se realizaron a las adolescentes atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque, Managua, noviembre 2019.*



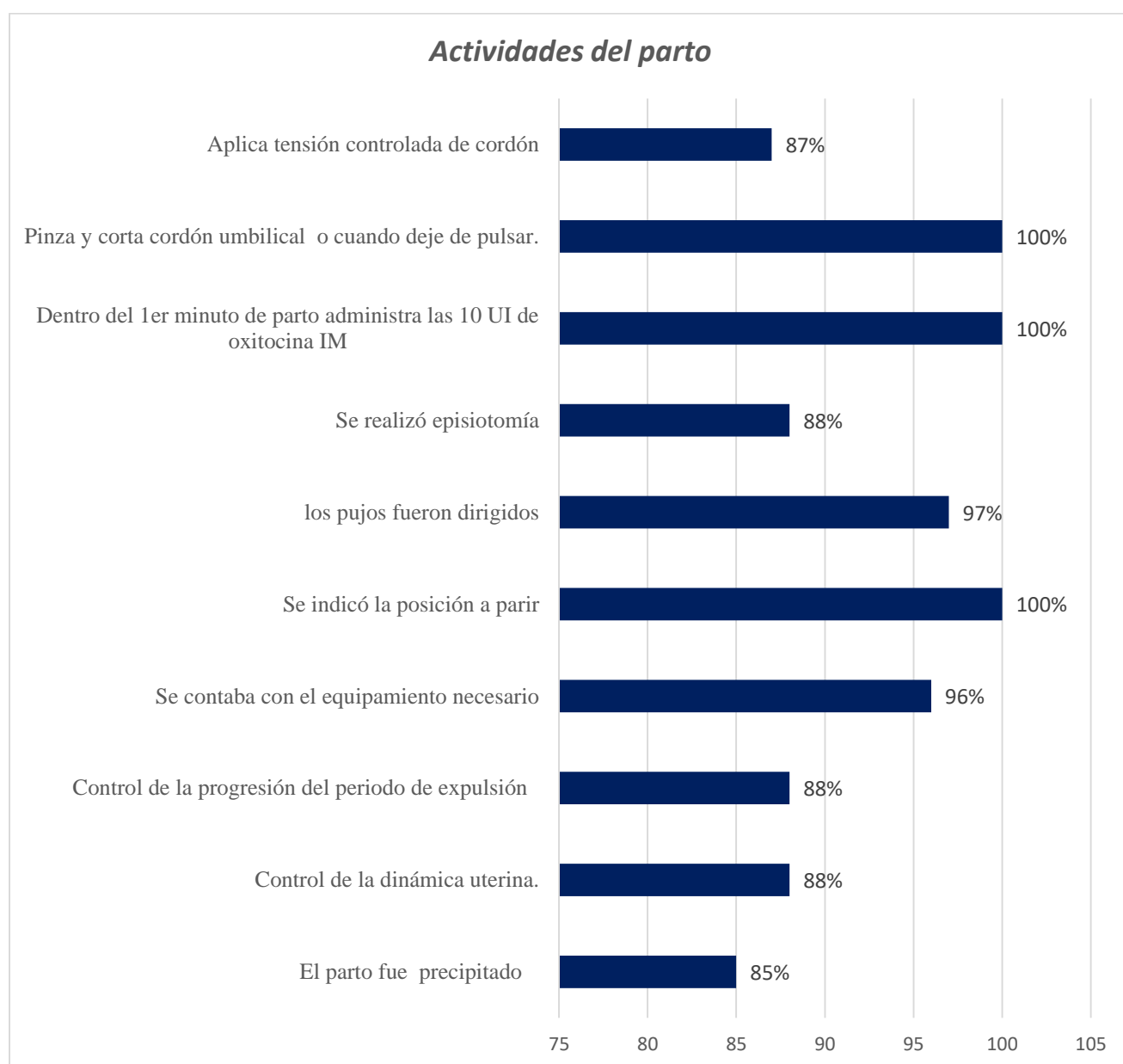
Fuente: Tabla N° 4.A

Grafico N° 4.B *Cumplimiento de las actividades del parto que se realizaron a las adolescentes atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque, Managua, noviembre 2019.*



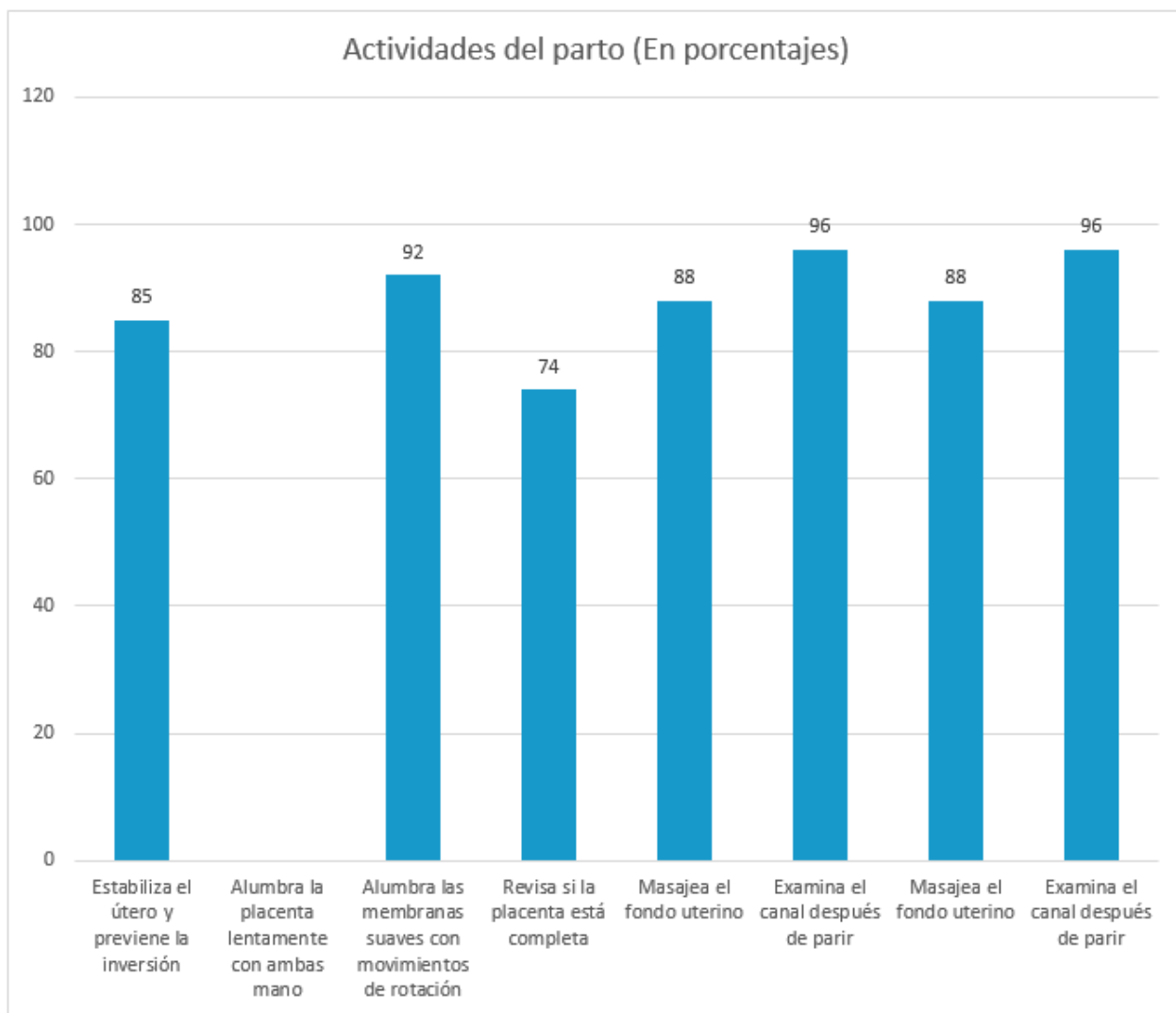
Fuente: *Tabla N° 4.*

Grafico N° 4.B *Cumplimiento de las actividades del parto que se realizaron a las adolescentes atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque, Managua, noviembre 2019.*



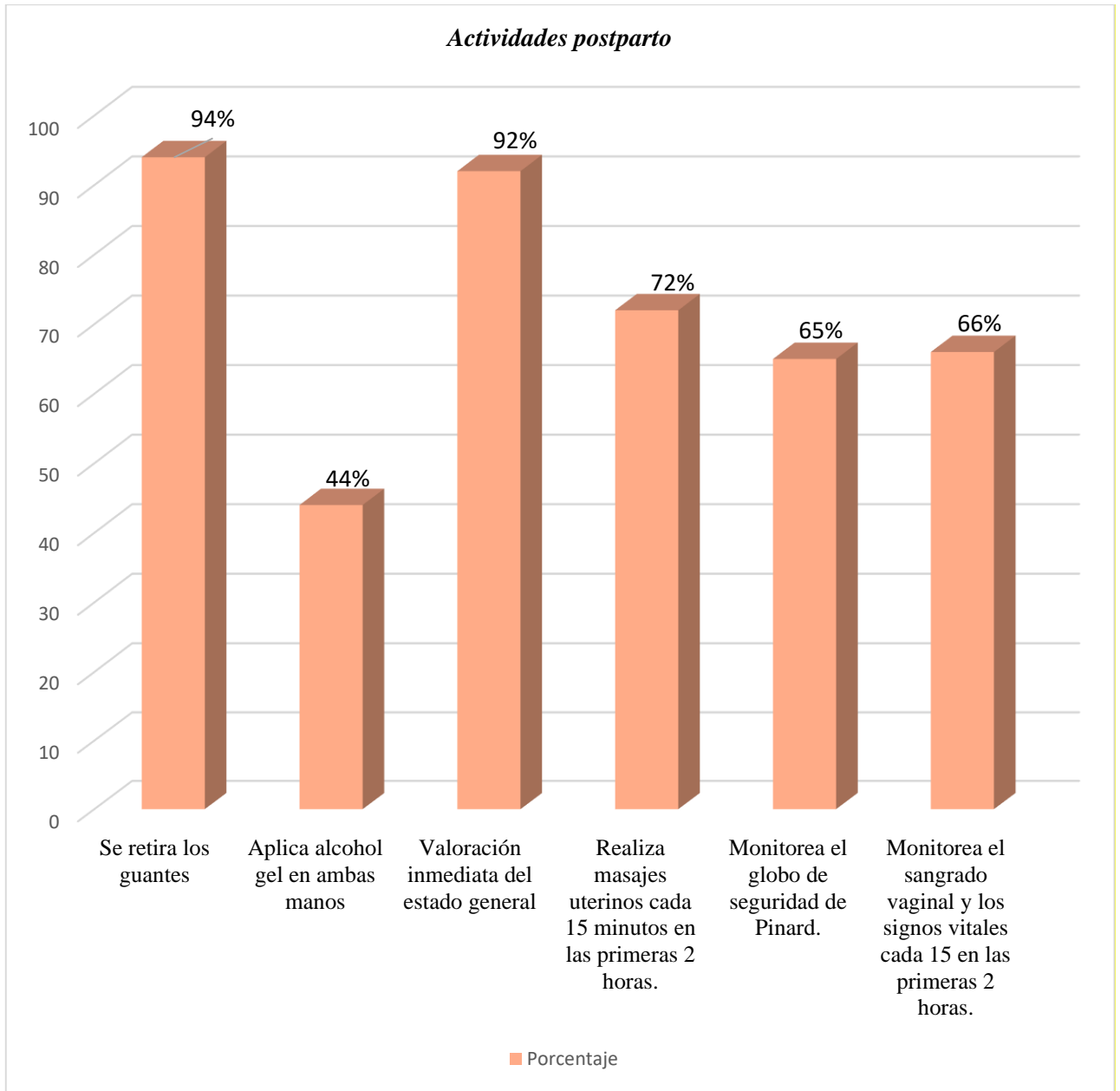
Fuente: *Tabla N° 4.C*

Tabla N° 4.D *Cumplimiento de las actividades del parto que se realizaron a las adolescentes atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque, Managua, noviembre 2019.*



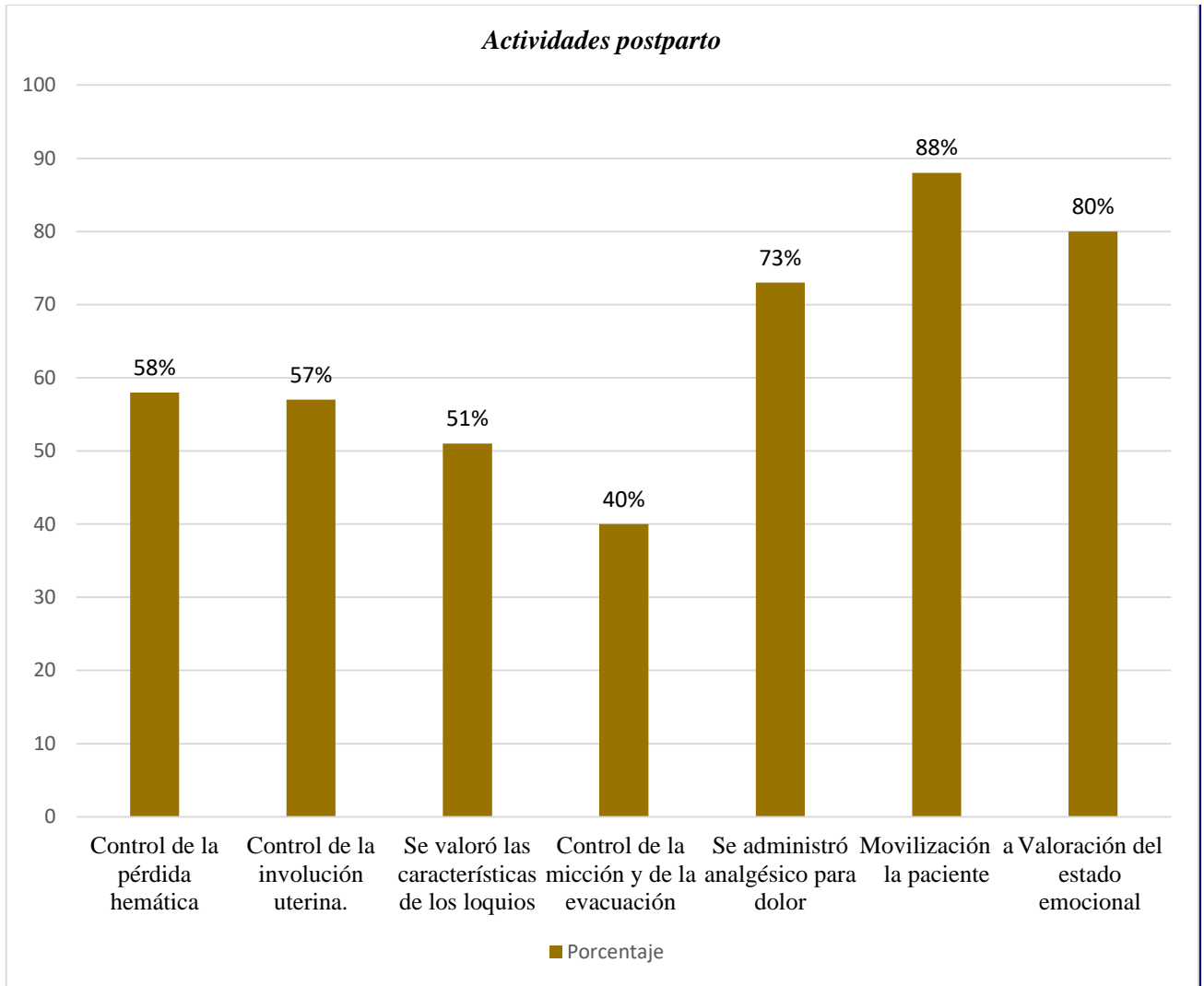
Fuente: Tabla N°4.D

Tabla N° 5.A Cumplimiento de las actividades postparto que se realizaron a las adolescentes atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque, Managua, noviembre 2019.



Fuente: Tabla N° 5.A

Tabla N° 5.B Cumplimiento de las actividades postparto que se realizaron a las adolescentes atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque, Managua, noviembre 2019.



Fuente: *Tabla N° 5.B*

Instrumento de recolección de información



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

Investigación: Evaluar el cumplimiento del protocolo de atención al parto en adolescentes en el Hospital Bertha Calderón Roque, Managua, noviembre 2019?

Datos Generales

Fecha _____ Lugar _____

1. Caracterizar socio demográficamente a la población en estudio

2. Edad

10 – 14 _____ 15- 17 _____ 18 – 19 _____

3. Procedencia

Urbano _____ Rural _____

4. Escolaridad

Ninguna _____ Primaria _____ Secundaria _____ Técnico _____

Universidad _____ Educación técnico _____ Universidad _____

5. Ocupación:

Ama de casa _____ Agricultora _____ Comerciante _____ Estudiante _____

Profesional _____ Formación técnica _____ Universitaria _____

Leer cada frase y colocar la puntuación de 0 a 1 según corresponda si se realizó es 1, no se realizó es 0.

Actividades realizadas en el parto													
Se realizó exploración sistemática de la mujer													
Toma de los signos vitales													
Exploración de piel y mucosas (detección de edemas)													
Exploración abdominal													
Inspección de cicatrices previas													
Se apreció la situación, el tipo de presentación y la posición fetales													
Medida de la altura uterina													
Valoración de la dinámica uterina													
Exploración genital													
Inspección de los genitales externos (perineo y vagina)													

Tacto vaginal														
Se realizó exploración sistémica del feto														
Tipo de presentación														
La variedad y la altura de la presentación (planos de Hodge)														
Estado de la bolsa amniótica														
Frecuencia cardíaca fetal														
Se le realizo pruebas complementarias de urgencia														
Se brindó información a la mujer y a la familia en el parto														
Le provee apoyo emocional														
Carga jeringa con 10 UI de oxitocina														
Actividades realizadas durante el parto														
Se tomó frecuencia cardiaca materna														
Se tomó temperatura														
Se midió altura uterina														

Se realizó Maniobras de Leopold															
Se ausculto la frecuencia cardiaca fetal															
Se Inspección la vulva, vagina y perineo															
Se realizó tacto vaginal para valorar: Situación, longitud.															
Se valoró la consistencia y dilatación del cuello uterino															
Se valoró presentación y, a ser posible, variedad fetal															
Se valoró integridad de la bolsa amniótica															
Se valoró características de la pelvis materna															
Vigilancia de la fase latente de la dilatación.															
vigilancia fase activa de la dilatación															
Hubo comprobación del bienestar fetal															
Se realizó asepsia antes y después															
Se realizó rasurado															
Se realizó enema															

Se alimentó durante la dilatación																			
Vigilancia durante la dinámica uterina																			
Presencia de tactos vaginale																			
Rotura de la bolsa amniótica																			
Estimulación del parto (oxitocina)																			
Se administró anestesia																			
Se prolongó el parto durante la fase de latencia																			
Se prolongó el parto durante fase de dilatación activa																			
El parto fue precipitado																			
Control de la dinámica uterina.																			
Control de la progresión del periodo de expulsión																			
Se contaba con el equipamiento necesario																			
Se indicó la posición a parir																			
los pujos fueron dirigidos																			
Se realizó episiotomía																			

Dentro del 1er minuto de parto administra las 10 UI de oxitocina IM																				
Pinza y corta cordón umbilical o cuando deje de pulsar.																				
Aplica tensión controlada de cordón																				
Estabiliza el útero y previene la inversión Alumbra la placenta lentamente con ambas mano																				
Alumbra las membranas suaves con movimientos de rotación																				
Revisa si la placenta está completa																				
Masajea el fondo uterino																				
Examina el canal del parto después de parir																				
Actividades realizadas después del parto (Manejo activo del tercer periodo de parto)																				
Se retiró los guantes																				
Aplica alcohol gel en ambas manos.																				
Valoración inmediata del estado general																				

Realiza masajes uterinos cada 15 minutos en las primeras 2 horas.																				
Monitorea el globo de seguridad de pinard (firme y contraído).																				
Monitorea el sangrado vaginal y los signos vitales cada 15 en las primera 2 horas																				
Control de la pérdida hemática																				
Control de la involución uterina																				
Se valoró las características de los loquios																				
Control de la micción y de la evacuación																				
Se administró analgésico para dolor																				
Movilización a la paciente																				
Valoración del estado emocional																				