

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, MANAGUA  
UNAN-MANAGUA  
RECINTO UNIVERSITARIO "RUBÉN DARÍO"  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**



Informe final

**Complicaciones obstétricas en adolescentes en el Hospital Primario Jacinto Hernández, Nueva Guinea, Región Autónoma del Atlántico Sur, durante el periodo de enero-septiembre 2015.**

**Autores: Br. Skarleth del Carmen Urbina Reyes  
Br. María Martha Vargas Ramos**

**Tutora: Dra. Xiomara Telica González  
Maestra en Salud Pública  
Profesora Titular**

**Managua, Mayo 2016**

# INDICE

INTRODUCCIÓN .....	3
ANTECEDENTES .....	4
JUSTIFICACIÓN .....	6
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	7
OBJETIVOS .....	8
MARCO TEÓRICO.....	9
CONCEPTOS GENERALES SOBRE ADOLESCENCIA.....	9
EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA.....	10
COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS DURANTE EL EMBARAZO .....	11
COMPLICACIONES DURANTE EL PARTO.....	25
COMPLICACIONES DURANTE EL PUERPERIO .....	28
DISEÑO METODOLÓGICO.....	34
RESULTADOS .....	41
ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	43
CONCLUSIONES .....	44
RECOMENDACIONES .....	45
BIBLIOGRAFÍA.....	46
ANEXOS .....	48

## INTRODUCCIÓN

---

La adolescencia fue considerada por largo tiempo sólo como un tránsito entre la niñez y la adultez, sin dedicarle mayor interés. En la actualidad, se considera como una etapa de la vida del ser humano donde ocurren complejos cambios biológicos, psicológicos y sociales que provocan que sea cada vez más necesario dedicarle atención, ya que durante ésta se producen importantes cambios fisiológicos, somáticos, mentales, emocionales y sociales que conducen al individuo hacia la madurez del adulto.

El embarazo en la adolescencia es una de las preocupaciones médicas más importantes derivadas de la conducta sexual de las jóvenes, como resultado de la precocidad en las relaciones sexuales, sin el uso adecuado de los anticonceptivos, lo cual aumenta considerablemente los embarazos en adolescentes en las últimas décadas.

El embarazo en la adolescente se ha asociado con un mayor riesgo de complicaciones durante la gestación como hipertensión, infecciones, ruptura prematura de membranas, parto pretérmino y hemorragia postparto. Además es más frecuente la práctica de la cesárea, el bajo peso al nacimiento y la prematuridad aumentando las complicaciones en el recién nacido.

**Comentado [XT1]:** ESTA INTRODUCCIÓN DEBE MODIFICARSE PARA AJUSTARLA AL INFORME FINAL. EN ESTE CASO LA INTRODUCCIÓN DEBE SERVIR PARA UBICAR AL LECTOR SOBRE LO QUE SE TRATO EN LA INVESTIGACIÓN.

## ANTECEDENTES

---

2009. Ecuador. Se llevó a cabo un estudio cuantitativo retrospectivo descriptivo, en el servicio de Maternidad del Hospital “Homero Castanier Crespo” en el periodo Enero- Diciembre 2008, el 69.09% de adolescentes embarazadas tuvo entre 17 a 19 años de edad (adolescencia tardía). Dentro de las complicaciones obstétricas, la cesárea se presentó en 92 casos (41.82%), la infección de vías urinarias en el 30.91%, la amenaza de parto pretérmino representó el 10%; mientras que el parto pretérmino se presentó en el 2.73%; la ruptura prematura de membranas y la desproporción céfalo-pélvica constituyeron el 8.64%, la preeclampsia representa el 4.55%, el desgarro perineal grado II se presentó en el 1.82%. El aborto diferido con el 3.64%, seguido del aborto incompleto 2.73%, aborto completo 2.27%, la amenaza de aborto representó el 1.82%, el aborto en curso en el 0.91%.

2010. En la escuela superior politécnica de Chimbombazo, Ecuador, se llevó a cabo un estudio sobre embarazo en la adolescencia y sus complicaciones clínicos-quirúrgicas en el Hospital providencial general de Latacunga septiembre 2009 – marzo 2010. El 40% de las embarazadas adolescentes presentaron su menarquia a los 13 años, 92% nulíparas, 72% de las adolescentes terminaron la secundaria, 43% comprende el grupo de edades 17-18 años, 61% provenientes del sector urbano, 48% viven en unión libre. Complicaciones obstétricas, aborto incompleto 19%, desproporción céfalo-pélvico 9%, APP 12%, IVU 12%, pre-eclampsia 8%, aborto diferido 3%, embarazo ectópico 4%, hipertensión inducida por el embarazo 2%, eclampsia 1%.

2012 Nicaragua. se realizó un estudio descriptivo de corte transversal sobre factores asociados a hemorragias postparto en las embarazadas ingresadas en la sala de maternidad en el hospital Luis Felipe Moncada, Rio San Juan, de Enero 2009 – Abril 2012 encontrando que el predominio de grupo etareo entre 13-20 años de edad con un 53.7%.

2013 México; Embarazo en adolescentes y sus complicaciones maternas perinatales, llevado a cabo en agosto 2013 por autores, Aida Naneth Zamora-Lares, J. Guadalupe Panduro-Barón, J. Jesús Pérez-Molin, Se realizó un estudio transversal con grupo control en el Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca con 330 puérperas adolescentes y un grupo control (20 a 30 años); se analizaron datos sociodemográficos, atención prenatal, información sobre la evolución y terminación del embarazo, así como las complicaciones presentadas en las madres, en las complicaciones maternas la más frecuente encontrada en las adolescentes fue la ruptura prematura de membranas (48 vs 19 casos).

2013 Nicaragua. Se realizó un estudio con el fin de demostrar los principales factores de riesgos asociados a amenaza de parto pre término en embarazadas atendidas en el Hospital José Nieborowski Boaco; reflejando que la edad no representó un factor de riesgo para amenaza de parto pre termino en la población a estudio, ya que la mayoría de las pacientes se encontraban entre las edades de 20 a 34 años.

2015 Nicaragua; entre los factores de riesgo para amenaza de partos pre términos en adolescentes en el Hospital Bertha Calderón Roque, Managua en el periodo de Junio 2014 a Enero 2015 se encontró que la edad en que mayor se presentó fue entre 15-19 años con un 94%.

## JUSTIFICACIÓN

---

El problema del embarazo en la adolescencia tiene implicaciones importantes en la salud pública, siendo una preocupación tanto desde el punto de vista médico como psicosocial, ocurriendo con mayor frecuencia en adolescentes de medios socioeconómicos bajos, en familias desintegradas, numerosas o monoparentales, afectadas por el desempleo y que es un fenómeno que se había presentado previamente en las propias madres de las adolescentes.

Nicaragua ha alcanzado en los últimos años las cifras más altas de fecundidad adolescente en América Latina y el Caribe. Aunque este indicador estaría decayendo en los últimos años, actualmente uno de cada cuatro embarazos en el país corresponde a jóvenes de entre 15 a 19 años.

A pesar de estrategias realizadas por el gobierno de Nicaragua acerca de salud sexual y reproductiva, las adolescentes sigue presentado embarazos que, como está claramente descrito, llegarán a presentar complicaciones sean estas de mínima o máxima repercusión en la vida de las pacientes así como dentro de la sociedad; es por eso que se hace de interés el estudio constante de las complicaciones obstétricas que presentan las adolescentes, tratando de buscar alternativas para una evolución lo más satisfactorio posible en una embarazada adolescente.

El presente estudio aportará datos específicos de las principales complicaciones obstétricas que presentan las adolescentes en el Hospital Primario “Jacinto Hernández” de Nueva Guinea, contribuyendo de esta manera por primera vez con datos relevantes que pueden conllevar al apoyo de realización de estrategias en esta unidad asistencial y evitar en mayor medida, dichas complicaciones.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

---

Unos 16 millones de adolescentes de 15 a 19 años son censadas cada año y aproximadamente 1 millón de niñas menores de 15 años dan a luz anualmente, la mayoría en países de ingresos bajos y medianos. Las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las adolescentes de 15 a 19 años en todo el mundo.

En Nicaragua los partos en adolescentes representan un 27.5% de los partos totales cada año. En el municipio de Nueva Guinea los partos en adolescentes representan el 29% de los partos totales; de los cuales el 30% se complican.

Sabiendo que el embarazo, parto y puerperio son procesos fisiológicos que deberían estar libres de riesgos, complicaciones y muerte; se hace importante responder la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son las principales complicaciones obstétricas en adolescentes en el Hospital Primario “Jacinto Hernández” del municipio de Nueva Guinea, durante el periodo de enero a septiembre de 2015?

## OBJETIVOS

---

### OBJETIVO GENERAL

Determinar las principales complicaciones obstétricas en adolescentes en el Hospital Primario “Jacinto Hernández” del municipio de Nueva Guinea, durante el periodo de enero a septiembre de 2015.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Describir las características sociodemográficas de la población a estudio.
2. Reconocer las complicaciones ocurridas durante el embarazo.
3. Identificar las complicaciones durante el parto.
4. Señalar las complicaciones que se presentaron en el puerperio.

**Comentado [XT2]:** TE HICE CAMBIOS EN LOS VERBOS PARA QUE NO FUERAN LOS MISMOS, ESTOS VERBOS TAMBIÉN SON DESCRIPTIVOS.

## MARCO TEÓRICO

---

### CONCEPTOS GENERALES SOBRE ADOLESCENCIA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como adolescencia al “periodo de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socioeconómica” y fija sus límites entre los 10 y 20 años.<sup>1</sup>

Es considerada como un periodo de la vida libre de problemas de salud pero, desde el punto de vista de los cuidados de la salud reproductiva, el adolescente es, en muchos aspectos, un caso especial. La actividad sexual de los adolescentes va en aumento en todo el mundo, incrementando la incidencia de partos en mujeres menores de 20 años.<sup>1</sup>

Por los matices según las diferentes edades, a la adolescencia se le puede dividir en tres etapas:

#### 🚦 ADOLESCENCIA TEMPRANA (10-13 AÑOS)

Biológicamente, es el periodo peri puberal con grandes cambios corporales y funcionales como la menarquia. Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Intelectualmente aumentan sus actividades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales. Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.<sup>2</sup>

#### 🚦 ADOLESCENCIA MEDIA (14-16 AÑOS)

Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el periodo de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras

de riesgo. Muy preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados por la moda.<sup>2</sup>

#### 🌈 ADOLESCENCIA TARDÍA (17-19 AÑOS)

Casi no presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; aceptan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta, adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales.<sup>2</sup>

Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes, especialmente durante un embarazo sabiendo que: “una adolescente embarazada se comportara como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada, son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes”.

### **EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA**

Se lo define como: "el que ocurre dentro de los dos primeros años ginecológicos de la mujer (edad ginecológica cero = edad de la menarquia) y/o cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de la familia parental."<sup>2</sup>

La probabilidad de morir debido a eventos relacionados con la reproducción es dos veces mayor cuando la adolescente está entre los 15 y los 19 años, pero es seis veces mayor cuando la joven es menor de 15 años.

Con respecto a la edad de las adolescentes embarazadas existen estudios que evidencian diferencias significativas en la evolución del embarazo entre las pacientes menores de 16 años y las de 16 años y más. Stain y cols., demostró que el riesgo obstétrico en las adolescentes mayores (entre 16 y 19 años) estaba asociado con factores sociales como pobreza más que con la simple edad materna.

En contraste, en las pacientes menores de 16 años, los resultados obstétricos y perinatales son dependientes de la edad materna por sí misma. Algunos autores concluyen que las pacientes adolescentes embarazadas que reciben un adecuado control perinatal no presentarían mayor riesgo obstétrico que una embarazada adulta de similar nivel socioeconómico.

En lo biológico se altera el vínculo madre e hijo, dando como resultado en la madre mayor mortalidad materna por el embarazo, abortos, y cesáreas, en el niño bajo peso, prematuros, enfermedades congénitas y adquiridas. Psicológicamente, el embarazo interrumpe la tarea evolutiva de la adolescente, tienen pérdidas afectivas graves, les duele dejar de ser jóvenes, su colegio, sus amigas, perder la confianza de sus padres y no poder salir a divertirse como antes. La maternidad induce a la necesidad de asumir roles de adultos cuando aún no es tiempo de hacerlo. Es común que deba asumir responsabilidades no propias de esta etapa de su vida, reemplazando a su madre, viéndose privada de las actividades que corresponden a su edad y confundiendo su rol dentro del grupo, pasando a ser "una hija madre". En algunas ocasiones se presentan dificultades en los vínculos familiares, pérdida de la comunicación con los padres lo que les lleva a matrimonios forzados y de corta duración o quedan con el estigma de ser madres solteras.

## **COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS DURANTE EL EMBARAZO**

### **HEMORRAGIAS DE LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO**

#### **✓ ABORTO**

Se define como la expulsión o extracción de un embrión o feto de la madre de menos de 500g de peso, que se alcanza a las 22 semanas. (Impera el peso sobre las semanas de gestación).<sup>3</sup>

Clasificación:

- Espontáneos: Son los que se producen de manera involuntaria sin intervenciones externas que provoquen la interrupción del embarazo.

- Provocados: Son los que se producen con intervenciones externas que provocan la interrupción del embarazo:
- Aborto por indicación médica (aborto terapéutico).
- Aborto por otras causas (embarazo no deseado).

#### Formas clínicas del aborto

- Amenaza de aborto: Amenorrea con signos presuntivos de embarazo, dolor tipo cólico en hipogastrio, acompañado o no de sangrado transvaginal, sin modificaciones cervicales y el tamaño del útero conforme a las semanas de amenorrea.
- Aborto inminente o en curso: Se acentúan los síntomas descritos en la amenaza de aborto. Persiste dolor tipo cólico, sangrado transvaginal y el cuello uterino presenta modificaciones importantes e irreversibles.
- Aborto inevitable: Presencia de dolor y/o sangrado intenso que compromete la vida de la mujer, salida transvaginal de líquido amniótico.
- Aborto frustrado, diferido o Huevo muerto retenido: El huevo está muerto in útero, no hay signos, ni síntomas de aborto, el crecimiento uterino está detenido, los niveles de la hormona gonadotropina coriónicas disminuyen. Ausencia de vitalidad fetal por ultrasonido.
- Aborto incompleto: El contenido uterino se expulsa parcialmente, el tamaño del útero se mantiene o disminuye, el cuello uterino está dilatado en sus dos orificios y persiste el sangrado.
- Aborto completo: El huevo se expulsa completamente. Ocurre en embarazos tempranos.

- Aborto Séptico: Se trata de una de las formas anteriores con un proceso infeccioso sobregregado en la cavidad uterina o en el producto, no afecta la capa muscular del útero. Sus síntomas y signos generalmente son los de una infección leve a severa.

### ✓ EMBARAZO ECTÓPICO<sup>3</sup>

#### DEFINICIÓN

El embarazo ectópico es la nidación y el desarrollo del huevo fuera de la cavidad del útero.

#### CLASIFICACIÓN

Por su comportamiento clínico

- Ectópico Conservado o no Roto.
- Ectópico Roto.
- Con estabilidad hemodinámica.
- Con inestabilidad hemodinámica.

Por su ubicación:

- Tubárica.
- Tubo-ovárica.
- Cornual.
- Ovárico.
- Abdominal.
- Cervical.

El lugar más frecuente de implantación es la trompa uterina (95%) de esta la más frecuente es en la ampolla (75%), posiblemente por ser el sitio donde ocurre la fecundación. Otras localizaciones: ovárica y abdominal 2.51%; más raro el ectópico cervical 0.07%-0.1%.

#### MANIFESTACIONES CLÍNICAS EMBARAZO ECTÓPICO NO ROTO Y ROTO

##### ➤ Embarazo ectópico no roto

- Amenorrea (generalmente de 5 semanas)
- Síntomas de embarazo inicial: manchado o sangrado transvaginal irregular (oscuro en borra de café), náuseas, congestión de mamas, pigmentación azulada de vagina y de cuello uterino, ligero aumento del volumen uterino, mayor frecuencia urinaria.
- Dolor abdominal y pélvico intermitente al inicio y luego intenso, sostenido y localizado en una fosa ilíaca.
- Sangrado transvaginal.
- Reblandecimiento del cuello y cuerpo uterino.
- Hipersensibilidad anexial.
- Masa anexial (por clínica o ultrasonido).
- Cavidad uterina vacía por ultrasonido.

##### ➤ Embarazo ectópico roto

- Amenorrea (de 5 – 8 semanas).
- Síntomas de embarazo inicial.
- Colapso y debilidad.
- Pulso rápido y débil (110 por minuto o más).
- Hipovolemia, Hipotensión, Shock.
- Palidez.
- Dolor abdominal y pélvico agudo intenso sostenido y localizado en una fosa ilíaca, posteriormente se vuelve aún más intenso y se generaliza a todo el abdomen.
- Distensión abdominal y rebote.
- Sangrado transvaginal escaso.

- Dolor al movilizar el cuello y el útero.
- Masa anexial (por clínica o ultrasonido).
- Sangre libre en cavidad abdominal por clínica y ultrasonido.
- El fondo de saco posterior es muy doloroso de tal manera que la paciente huye al tacto vaginal.
- Dolor en el hombro.

### HEMORRAGIA DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO<sup>3</sup>

- ✓ PLACENTA PREVIA

#### DEFINICIÓN

Se refiere a la placenta que cubre o está próxima al orificio interno del cérvix (OCI) y se encuentra implantada en el segmento inferior del útero después de la semana 22 o aquellas que tiene una distancia menor de 20 mm del OCI medidos por ultrasonido transvaginal.

#### CLASIFICACIÓN

El sitio de inserción de la placenta determina la clasificación

- ✚ Placenta de inserción baja: Borde de la placenta a menos de 10 centímetros del orificio interno sin llegar a éste.
- ✚ Placenta previa marginal: Borde de la placenta llega al orificio interno sin cubrirlo.
- ✚ Placenta previa oclusiva parcial: Borde de la placenta cubre el orificio parcialmente.
- ✚ Placenta previa total: La placenta cubre todo el orificio interno.

#### DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMO INSERTA

El cuadro de desprendimiento prematuro de placenta normo inserta, o “abrupto placentae” se define como la separación accidental de la placenta de su zona de inserción normal, después de las 22 semanas y antes del nacimiento del feto.

#### ETIOLOGÍA

- Aumento brusco de la presión venosa uterina en el espacio intervelloso.
- Traumatismo directo o indirecto sobre el abdomen como violencia contra la mujer, en el contragolpe de las cavidades, las nalgas, accidente automovilístico.
- Traumatismos internos.
- Falta de paralelismo entre la retracción de la pared del útero y la placenta en la evacuación brusca de polihidramnios.
- Otras causas de origen indeterminado.

#### ✓ RUPTURA UTERINA

Se define como la completa separación del miometrio con o sin expulsión de las partes fetales de la cavidad uterina a la cavidad abdominal, no considerándose como tales la perforación trans-legrado, la ruptura por embarazo intersticial o la prolongación de la incisión en el momento de la operación cesárea.

#### Etiología

- Traumatismos: naturales, provocados, parto obstruido.
- Antecedentes de cirugía previa al embarazo.

#### Clasificación

- Según su extensión: parcial (si comprende una sola porción, ya sea el segmento inferior o el cuerpo del útero). Total (si abarca ambas porciones).
- Según su profundidad: incompletas (cuando involucra las capas mucosa y muscular del útero, respetando la serosa. Completa (involucra el peritoneo se pone en comunicación la cavidad uterina con la cavidad abdominal).
- Complicada: cuando la extensión de la herida afecta algún órgano vecino

## OTRAS COMPLICACIONES

### ✓ SÍNDROME HIPERTENSIVO GESTACIONAL

#### DEFINICIÓN

Las enfermedades hipertensivas del embarazo son las que hacen referencia a la hipertensión que se inicia o se diagnostica durante la gestación en una paciente previamente normotensa. El CLAP en las guías para la atención de las principales emergencias Obstétricas año 2012 también define la preeclampsia por un aumento de 30 mmHg o más en la presión arterial sistólica o de 15 mmHg o más en la presión arterial diastólica habitual, todo esto asociado con proteinuria y en ocasiones edema o lesión de órgano blanco.

Hipertensión arterial:

1. Presión arterial sistólica (PAS) mayor o igual a 140 mmHg y/o Presión arterial diastólica (PAD) mayor o igual a 90 mmHg, en al menos 2 ocasiones con un intervalo de 4 horas.
2. Una sola presión arterial diastólica mayor o igual a 110 mmHg.
3. Una presión arterial media (PAM) mayor o igual a 106 mmHg.

Proteinuria:

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

#### CLASIFICACIÓN

- Hipertensión arterial crónica.

- Hipertensión arterial crónica con Preeclampsia sobreagregado.
- Hipertensión gestacional.
- Preeclampsia – Eclampsia.

#### Manifestaciones Clínicas

Hipertensión y proteinuria, el edema no es determinante en el diagnóstico; sin embargo se debe considerar patológico cuando es generalizado y compromete las extremidades superiores y la cara (anasarca). También se considera anormal una ganancia de peso mayor a 1kg/semana. Las formas de presentación clínica del estado hipertensivo durante el embarazo son las siguientes:

#### Hipertensión arterial crónica

La frecuencia es del 1 a 5% del total de embarazos, de éstas más del 95% son hipertensión esencial y sólo un 2% es secundaria. La principal causa de hipertensión crónica es debido a enfermedad renal.

Se definen tres grupos en la hipertensión arterial crónica:

1. Pacientes con hipertensión arterial crónica esencial o secundaria, antes de iniciar el embarazo y que coexiste con el mismo.
2. Pacientes con hipertensión con o sin proteinuria, que aparece antes de la semana 20 de gestación.
3. Pacientes que persisten con hipertensión luego de 6 semanas de puerperio.

#### Hipertensión arterial crónica con Preeclampsia sobreagregada

Se define como la presencia de preeclampsia en embarazadas con hipertensión crónica conocida o diagnosticada antes de la semana 20 del embarazo. La hipertensión crónica se complica con preeclampsia en un 25%.

La existencia de los siguientes parámetros permite realizar el diagnóstico:

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

#### Hipertensión gestacional

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

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

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

#### Preeclampsia - Eclampsia

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

Se divide en dos grupos

#### 🚦 Preeclampsia MODERADA

- Presión arterial sistólica  $\geq 140$  mmHg y/o diastólica  $\geq 90$  mmHg que ocurra después de 20 semanas de gestación en mujer previamente normotensa, sin evidencia de daño a órgano blanco.
- Considerar también cuando la Presión Arterial Media (PAM) se encuentra entre 106-125 mmHg.
- Proteinuria significativa que se define como excreción de 300 mg o más de proteínas por litro en orina de 24 horas o 1 cruz (+) en cinta reactiva en 2 tomas con un intervalo de 4 horas, en ausencia de infección del tracto urinario o sangrado

#### 🚦 Preeclampsia GRAVE

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

- Presión arterial sistólica  $\geq 160$  mmHg y/o diastólica  $\geq 110$  mmHg y/o Presión Arterial Media  $\geq 126$  mmHg.
- Proteinuria  $\geq 5$  gr en orina de 24 horas o en cinta reactiva  $\geq 3$  cruces (+++).
- Oliguria menor a 500 ml en 24 horas o creatinina  $\geq 1.2$  mg/dl.
- Trombocitopenia menor a 100,000  $\text{mm}^3$  o evidencia de anemia hemolítica microangiopática (elevación de LDH mayor a 600 U/L).
- Elevación de enzimas hepáticas TGO o TGP o ambas mayor o igual 70 UI.
- Síntomas neurológicos: cefalea fronto occipital persistente o síntomas visuales (visión borrosa, escotomas), tinnitus o hiperreflexia.
- Edema agudo de pulmón o cianosis

- Epigastralgia o dolor en cuadrante superior derecho.
- Restricción del crecimiento intrauterino (RCIU).

#### 🚩 Eclampsia

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

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

Los criterios son los siguientes:

##### 1. Anemia hemolítica microangiopática

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

##### 2. Trombocitopenia

- a. Tipo I ( $< 50,000$  mm<sup>3</sup>).
- b. Tipo II (50,000 a 100,000 mm<sup>3</sup>).
- c. Tipo III (101,000 a 150,000 mm<sup>3</sup>).

##### 3. Elevación de enzimas hepáticas

- a. Transaminasa glutámico-oxalacética (TGO)  $> 70$  UI.
- b. Transaminasa glutámico-pirúvica (TGP)  $> 70$  UI.

**TODA PACIENTE CON ICTERICIA SOSPECHAR SÍNDROME DE HELLP.**

## ✓ RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

Se designa con el nombre de ruptura prematura de membranas a una solución de continuidad de las membranas corioamnióticas que sobreviene antes del inicio del trabajo de parto.

Dentro de ella se encuentran:

1. Ruptura prolongada de membranas: Ruptura de membranas con periodo de latencia de 24 horas o más antes de iniciarse el trabajo de parto.
2. Periodo de latencia: Intervalo de tiempo entre la ruptura de membranas y el nacimiento.
3. Falsa ruptura de membranas, quiste corioamniótico o ruptura de doble saco ovular: La ruptura del corion determina la salida de líquido al exterior, permaneciendo el amnios íntegro, simulando ruptura prematura de membranas.
4. Ruptura precoz: Es la que acontece durante el período de dilatación, antes de que este se haya completado.
5. Ruptura tempestiva: Es la que acontece cuando el cuello se encuentra totalmente dilatado.
6. Ruptura alta: Cuando se efectúa por encima del área cervical, existe una pérdida insidiosa de líquido y la persistencia táctil de la bolsa.
7. Ruptura espontánea: Es la que se produce sin intervenciones.
8. Ruptura artificial: Cuando se desgarran con una pinza u otro instrumento.

## CLASIFICACIÓN

Se pueden subdividir según la edad gestacional en dos grupos.

- Ruptura Prematura de Membranas (RPM): Si la ruptura de membranas se da en un embarazo de término.
- Ruptura Prematura de Membranas en embarazo pretérmino (RPMP).

- RPMP cerca del término, que son aquellas pacientes con rotura de membranas entre las 34 y 37 semanas.
- RPMP lejos del término que son aquel grupo de embarazadas que presentan ruptura de membranas con edad gestacional entre las 24 y 34 semanas.
- RPMP Pre-viable cuando la ruptura ocurre antes de las 24 semanas

Utilizar solo mientras se utilizan los corticoides para la maduración pulmonar ya que no mejora los resultados perinatales Evidencia A14. AMENAZA DE PARTO PRETERMINO

La amenaza de parto pretérmino es una afección clínica caracterizada por la presencia de contracciones uterinas persistentes, con una frecuencia de 4 en 20 minutos o 6 en 60 minutos, sin dilatación cervical o cuando es menor a 3 cm., entre las 22 semanas de gestación 2 a las 36 semanas de gestación.

El trabajo de parto pretérmino tiene dinámica uterina igual o mayor a la descrita para la definición de amenaza de parto pretérmino más modificaciones del cérvix, ésta última depende de la paridad de la mujer:

- Para nulíparas, con borramiento del 100% y dilatación del cérvix igual o mayor de 4 cms. 3
- Para multíparas, con borramiento del 50% y dilatación igual o mayor a 3 cm.

Se debe tener en cuenta la actividad basal y la contractibilidad normal del útero; existe un tono uterino basal de 6 a 8 mm Hg permanentemente y la aparición de las contracciones de Braxton-Hicks de baja frecuencia e intensidad 10 a 15 mm Hg que se hace en forma progresiva a medida que aumenta la edad gestacional en el embarazo hasta lograr preparar el útero, el segmento y el cuello, para el inicio del trabajo de parto.

Parto pretérmino: Se denomina parto pretérmino al que ocurre antes de las 37 semanas de gestación (menos de 259 días).

#### Modificaciones cervicales:

- Amenaza de parto pretérmino: borramiento del cérvix 50 % o menos y con una dilatación menor de 3 cm.
- Inicio del trabajo de parto
  - En Nulíparas: Borramiento del 100% y Dilatación de 3 cms y 3-4 contracciones en 10 minutos de 40- 45 segundos de duración.
  - En Multíparas: Borramiento del 50%, Dilatación de 3-4 cms y 3-4 contracciones en 10 minutos de 40-45 segundos de duración.
- Trabajo de parto pretérmino: Borramiento: 50-100%, dilatación: 4-10 cm, (cuello uterino se dilata 1 cm por hora), contracciones uterinas regulares, comienza el descenso fetal.

#### ✓ INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS EN EL EMBARAZO

Infección no especificada de las vías urinarias en el embarazo.

Infecciones Urinarias Asintomáticas: Como su nombre lo dice, la infección urinaria está presente, pero no hay síntomas.

1. Orina con presencia de 10 o más leucocitos por microlitro (milímetro cúbico) contados en cámara de Neubauer en orina sin centrifugar o a través de la detección de esterasa leucocitaria utilizando cintas diagnósticas apropiadas y presencia simultánea de nitritos en una muestra tomada a medio chorro.

2. Urocultivo con 100 mil o más bacterias por microlitro de orina de un solo género y especie bacteriana en una muestra tomada a medio chorro.

Infecciones Urinarias Sintomáticas:

- Con sintomatología leve: Una de las dos definiciones de IU asintomática y presencia de disuria, frecuencia, urgencia, dolor abdominal bajo o suprapúbico.
- Con sintomatología severa: Una de las dos definiciones de IU asintomática, sintomatología leve y uno o más de los siguientes: Presencia de fiebre, escalofríos, dolor costovertebral, disuria, frecuencia, urgencia, náusea, vómitos.

## **COMPLICACIONES DURANTE EL PARTO**

- ✓ HEMORRAGIA POSPARTO

### DEFINICIÓN

- Pérdida sanguínea mayor de 500 cc después de un parto vaginal.
- Pérdida sanguínea mayor de 1,000 cc después de una operación cesárea.
- Caída en un 10% de los niveles de hematocrito con respecto a los niveles de hematocrito antes del parto o la cesárea.
- Pérdida sanguínea que haga a la paciente sintomática (mareo, síncope) o que resulta en signos de hipovolemia (taquicardia, hipotensión, oliguria).

### ETIOLOGÍA

1 .Alteraciones del tono uterino (Hipotonía, Atonía uterina); esta puede ocurrir cuando existe:

- Sobredistensión uterina.
- Agotamiento de la musculatura uterina.
- Infección, Corioamnioitis.
- Anomalía uterina.
- Fármacos útero-relajantes.

## 2. Trauma (20 %):

- Laceración cervico-vaginal.
- Prolongación de la histerotomía en la cesárea.
- Ruptura uterina.
- Inversión uterina

## 3. Retención de restos postparto (10 %):

- Retención de restos (placenta, membranas).
- Alumbramiento incompleto.

## 4. Trombina (Alteraciones de la coagulación):

- Alteraciones de la coagulación preexistentes.
- Alteración adquirida durante la gestación.

## CLASIFICACIÓN

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

- ✓ PARTO OBSTRUIDO O DETENIDO

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

## CLASIFICACIÓN

Según su etiología:

Alteraciones en las fases y períodos del trabajo de parto.

Parto obstruido:

- Desproporción céfalo pélvica.
- Presentaciones, posiciones y situaciones anormales o viciosas.
- Presentación de cara.
- Presentación de frente.
- Presentación de bregma.
- Presentación Pelviana.
- Situación Transversa.

Progreso de la dilatación del cuello uterino:

Con contractilidad uterina regular se espera que la dilatación uterina sea de 1.2 cm. por hora en nulíparas y 1.5 cm. por hora en multíparas.

Progreso de la dilatación del cuello uterino:

Con contractilidad uterina regular se espera que la dilatación uterina sea de 1 cm por hora en nulíparas y 1.5 cm por hora en multíparas.

Trabajo de parto:

Cuando existen 3 o más contracciones en diez minutos, con una duración de 40 a 45 en primíparas con una dilatación de 3cm y un borramiento de 100% y en multíparas con dilatación de 3-4cm con un borramiento mayor o igual al 50%.

Progreso insatisfactorio del trabajo de parto:

Falso trabajo de parto:

Las contracciones uterinas irregulares no han provocado modificaciones del cuello uterino (borramiento y dilatación).

Fase latente prolongada:

Trabajo de parto mayor de ocho horas, cuello uterino < 4 cm y borramiento menor de 50%. En la fase latente prolongada el trabajo de parto progresa lentamente o no progresa.

Fase activa prolongada:

- No hay signos de desproporción cefalopélvica, ni obstrucción del trabajo de parto. El progreso insatisfactorio de la Fase Activa: (menos de 1 cm. por hora), conduce al trabajo de parto prolongado.
- Partograma con curva real prolongada a la derecha de la curva de alerta, con duración mayor que lo establecido.
- Contracciones uterinas regulares.
- Cuello uterino dilatado entre 4 – 10 cm., Borramiento entre 50 – 100%.
- Comienza descenso fetal.
- No progresa el borramiento y la dilatación del cuello uterino, no hay descenso de la presentación.

## **COMPLICACIONES DURANTE EL PUERPERIO**

También conocida como fiebre puerperal. Se define como la aparición en el puerperio de una infección del aparato genital que se acompaña de una temperatura

superior a 38°C, después de 24 horas del parto, medida durante al menos dos veces, separadas por un intervalo de 6 horas y no mayor de 24 horas. Se acompaña de síntomas locales y/o generales.

Las principales causas de fiebre puerperal son:

1. Endometritis puerperal.
2. Infección herida quirúrgica (incluye celulitis, infección episiotomía).
3. Mastitis puerperal.
4. Pielonefritis aguda.
5. Tromboflebitis pélvica séptica.
6. Otras infecciones sistémicas.

#### CLASIFICACIÓN

- Infección Pélvica Leve:

- Generalmente Infecciones localizadas:
- Infección de episiorrafia.
- Vulvitis.
- Vaginitis.
- Cervicitis.
- Endometritis.

Clasificación de acuerdo a su aparición

- La endometritis de aparición precoz: (primeras 24 horas posparto) es más frecuentemente mono-microbiana y los agentes causales más frecuentes son: *Staphylococcus aureus*, estreptococos beta-hemolíticos del grupo A (*S.pyogenes*) y B (*S.agalactiae*), *Clostridium spp.*
- La endometritis de aparición tardía: (más de una semana posparto o poscesárea). La *Chlamydia trachomatis* es la más relacionada.

- La infección pélvica leve no tratada o insuficientemente tratada puede evolucionar a una infección pélvica severa.

#### - Infección Pélvica Severa

Infección localizada: Endometriitis (afecta endometrio y miometrio)

Infección puerperal propagada por continuidad o contigüidad, vía linfática o vía hemática:

- Parametritis.
- Salpingitis.
- Ooforitis.
- Salpingooforitis.
- Peritonitis pélvica.
- Peritonitis generalizada.
- Abscesointra-abdominal con septicemia asociada.
- Septicemia.
- Tromboflebitis pélvica séptica.
- Shock séptico.

#### Otros

- Infección de la pared abdominal.
- Mastitis puerperal.

#### Infección Pélvica Leve.

Se presenta de uno a dos días postaborto, postparto o postcesárea, son infecciones localizadas:

- Infección de episiorrafia: Incidencia: 0.35% - 5%.

Hay eritema, induración de los bordes de la herida con hipersensibilidad de la zona, a veces dehiscencia parcial, calor local, drenaje purulento, en presencia o ausencia de fiebre.

- Vulvitis Puerperal

Se observa en los primeros días del puerperio a nivel de los desgarros de la vulva y periné. Cuando interesan solamente los planos superficiales, se caracteriza por una discreta elevación de la temperatura y dolor localizado en la zona de la herida, la cual se halla recubierta por una placa seudomembranosa grisácea.

- Vaginitis puerperal

Es excepcional. Es provocada por el olvido en que se incurre a veces, del tapón de gasa que se coloca en la vagina para facilitar la sutura de las heridas por episiotomía o desgarros.

- Cervicitis Puerperal

Se produce como consecuencia de los desgarros del cuello y no constituye un proceso de gran importancia para la puérpera.

- Endometritis

Infección de la cavidad uterina, solo afecta el endometrio. Comienza en el 2do-3er día del postparto, fiebre mayor de 38°C, dolor abdominal vago, loquios malolientes (si son purulentos se confirma el diagnóstico), el útero subinvolucionado o con aumento de la sensibilidad, blando y doloroso a la palpación.

#### Infección Pélvica Severa.

- Endomiometritis:

Infección del endometrio y de las capas musculares del útero, sus signos y síntomas son los de una infección pélvica severa y puede evolucionar hasta un shock séptico.

- Parametritis, Salpingitis, Ooforitis, Salpingooforitis(anexitis):

Son infecciones que rebasan los límites del útero y afectan paramétrios entre ambas hojas del ligamento ancho, ligamento útero-sacro y celulitis pelviana difusa alrededor del útero (parametritis), trompas (salpingitis) y ovários (ooforitis), (salpingooforitis), puede evolucionar hacia un absceso pélvico o peritonitis pélvica o generalizada e incluso hacia shock séptico. Los síntomas y signos son los de una infección séptica severa.

- Absceso pélvico, peritonitis pélvica, peritonitis generalizada, absceso intra-abdominal con septicemia asociada :

El Absceso pelviano puerperal es la complicación más frecuente, sobre todo en el periodo pos-parto o pos-aborto no seguro, en donde se han utilizado instrumentos contaminados o se han provocado lesiones en las estructuras pélvicas. Pueden evolucionar a una peritonitis pélvica y esta a su vez a una peritonitis abdominal generalizada, abscesos intraabdominales y bacteriemia.

- Tromboflebitis pélvica séptica: (Infección por vía hemática)

Es una complicación pélvica severa y se asocia a sepsis por anaerobios, cuando se establece el diagnóstico generalmente es posterior a una sepsis severa y ya se ha iniciado antibioticoterapia. Es una complicación puerperal rara, que puede aparecer como complicación de un parto vaginal (1/2000) o más frecuentemente después de una endometritis postcesárea (1-2%).

- Infección de Pared Abdominal:

Se presenta en un 2–16% de todos los partos por cesárea. Sobre todo entre 5 y 10 días post cirugía. Se originan por contaminación de la flora cutánea o por diseminación de gérmenes contenidos en la cavidad amniótica en el momento de la cesárea.

- Mastitis puerperal:

Es la infección del parénquima glandular (galactoforitis, absceso mamario), del tejido celular (absceso pre y retromamario), o vasos linfáticos (linfangitis), que sobrevienen en el puerperio como consecuencia de una contaminación bacteriana.

## DISEÑO METODOLÓGICO

---

### **Tipo de Estudio**

Estudio cuantitativo, descriptivo de corte transversal.

### **Lugar**

El Hospital “Jacinto Hernández” en Nueva Guinea, catalogado como hospital primario (centro de salud con camas) ya que su nivel resolutivo es intermedio entre el nivel primario y secundario, según establece el Ministerio de Salud. Brinda atención en las cuatro especialidades básicas; contando además con un área para hospitalizaciones.

El estudio se realizó en el servicio de Gineco-obstetricia.

### **Periodo**

De enero a septiembre 2015

### **Universo**

Todas las embarazadas adolescentes que tuvieron alguna complicación durante el embarazo, parto o puerperio.

### **Muestra**

159 embarazadas adolescentes complicadas.

### **Tipo de muestreo**

No probabilístico, por conveniencia.

### **Criterios de inclusión y exclusión**

Inclusión:

1. Embarazadas menores de 20 años que presentaron alguna complicación obstétrica en la unidad a estudio.
2. Ingresadas en alguno de los servicios de Gineco-obstetricia en el periodo a estudio.
3. Parto Intrahospitalario
4. Originarias del Municipio de Nueva Guinea.
5. Expediente completo

Exclusión:

Los que no cumplan con los criterios de inclusión.

**Variables**

- ✓ Características sociodemográficas:

Edad

Estado Civil

Ocupación

Procedencia

Escolaridad

- ✓ Complicaciones durante el embarazo

Hemorragia de la primera mitad del embarazo

1. Aborto
2. Embarazo ectópico

#### Hemorragia de la segunda mitad del embarazo

1. Placenta previa
2. Desprendimiento de placenta
3. Ruptura uterina

#### Otras enfermedades

1. Síndrome hipertensión gestacional
2. Ruptura prematura de membrana
3. Amenaza de parto pretérmino
4. Infección de vías urinarias

#### ✓ Complicaciones durante el parto

1. Parto obstruido
2. Hemorragia Postparto
3. Desgarros

#### ✓ Complicaciones en el puerperio

1. Sepsis puerperal.

## Operacionalización de variables

**Comentado [XT3]:** ELIMINAR LAS VARIABLES QUE ESTÁN EN CERO

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADOR	VALOR
Edad	Tiempo vivido desde el momento del nacimiento a la fecha del estudio.	Años	10-13 14-16 17-19
Estado Civil	Situación conyugal de la adolescente.	Tipo	Soltera Unión libre Casada
Ocupación	Actividad a la que se dedica la mayor parte del tiempo, remunerada o no.	Tipo	Ama de casa Estudiante Otro
Procedencia	Lugar de residencia	Origen	Urbano Rural
Escolaridad	Nivel escolar aprobado hasta el momento del estudio		Ninguno Primaria Secundaria Universidad
Aborto	Expulsión o extracción de un embrión de la madre, menor de 500gr peso o menor de 22 semanas de gestación.	Antecedente	Espontáneo Provocado
Embarazo ectópico	Es la anidación y desarrollo del huevo fuera de la cavidad uterina.	Antecedente	Conservado Roto
Placenta previa	Implantación anormal de la placenta hasta antes de 10 cm del orificio interno del cuello uterino.	Antecedente	Inserción baja Marginal Parcial Total

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADOR	VALOR
Desprendimiento de placenta normoinserta	Proceso caracterizado por el desprendimiento total o parcial antes o durante el trabajo de parto de una placenta insertada en su sitio normal.	Antecedente	Parcial Total
Ruptura Uterina	Completa separación del miometrio con o sin expulsión de las partes fetales de la cavidad uterina o abdominal.	Antecedente	SI NO
Síndrome Hipertensivo Gestacional	Enfermedades hipertensivas diagnosticada durante la gestación en una paciente previamente normotensa.	Antecedente	Hipertensión Gestacional Hipertensión crónica Pre-eclampsia Eclampsia HTA crónica con Pre-eclampsia sobreagregada
Ruptura prematura de membrana	Solución de continuidad de las membranas coriamnióticas que sobre viene antes del inicio del trabajo de parto.	Tipo	Ruptura prematura de membrana a termino Ruptura prematura de membrana en embarazo pretérmino
Amenaza de parto pretérmino	Contracciones uterinas persistente entre 22-36 semanas de gestación sin dilatación o cuando es menor a 3 cm de dilatación.	Antecedente	SI NO

<b>VARIABLE</b>	<b>CONCEPTO</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>VALOR</b>
Infección de Vías Urinarias	Colonización de gérmenes en el tracto urinario.	Antecedente	Sintomática Asintomáticas
Parto Obstruido	Después de trabajo de parto efectivo con modificaciones cervicales y avance en el proceso de encajamiento y descenso de la presentación hay progreso insatisfactorio o no progresión del trabajo de parto.	Antecedente	SI NO
Hemorragia postparto	Perdida hemática mayor de 500ml en parto vaginal y mayor de 1000ml en una cesárea o perdida sanguínea que haga a la paciente sintomática.	Antecedente	SI NO
Desgarros	Pérdida de solución de continua de tejido vulvo-vaginal.		Desgarro I Desgarro II Desgarro III Desgarro IV
Sepsis Puerperal	Aparición durante el puerperio de una infección del aparato genital.		Infección Pélvica Leve Infeccion pélvica severa Otros

## **Método y técnica de recolección de información**

Los investigadores acudieron al servicio de estadísticas del Hospital Primario Jacinto Hernández, indagando en el libro de complicaciones obstétricas de dicha unidad, posteriormente se revisaron los expedientes clínicos de donde se obtuvo la información y se consignaron los datos en un formulario , con diagnóstico de embarazo en la adolescencia; los datos se recogerán por medio de una encuesta al expediente basándose en las variables a estudios divididos en secciones comprendidos por características sociodemográficas de interés para el estudio, complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio.

**Comentado [X4]:** ESTE PÁRRAFO HAY QUE MODIFICARLO DEBEN DE DECIR COMO LOGRAN IDENTIFICAR A LAS PACIENTES COMPLICADAS Y QUE LUEGO REVISARON LOS EXPEDIENTES CLÍNICOS DE DONDE SE OBTUVO LA INFORMACIÓN Y SE CONSIGNARON LOS DATOS EN UN FORMULARIO QUE CONTENÍAN LAS VARIABLES DE ESTUDIO, EL INSTRUMENTO ESTABA ESTRUCTURADO EN SEGMENTOS DONDE SE CONSIDERARON LAS CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LAS MUJERES EN ESTUDIO ... ETC.ETC.

RECUERDE QUE EL INFORME SE REDACTA EN PASADO.

## **Procesamiento y Análisis de la Información**

Se hizo un análisis univariado con estadísticos descriptivos como frecuencia y porcentajes, vaciándolas en tablas.

Los datos serán registrados en base de datos Epi Info y detallados en Microsoft Excel mediante tablas y gráficos, realizando codificación de las variables cualitativas, y finalmente levantado de informe final en Microsoft Word.

## **ASPECTOS ÉTICOS**

Para realizar la recolección de datos se solicitó permiso a la unidad hospitalaria para revisión de expedientes clínicos los cuales se usaron de manera ética y profesional, manteniendo en confidencialidad los datos de cada una de las adolescentes involucradas en el estudio, usando la información solamente para fines investigativos.

## RESULTADOS

---

Las adolescentes embarazadas predominaron en el rango de edades en 17-19 con un 67%, seguido por las que se encontraban entre 14-16 años con un 26% y por último con un 7% las que se encuentran entre las edades de 10-13 años. (Ver Tabla No. 1)

El estado civil que predominó entre las adolescentes a estudio fue unión libre con un 61%, un 20% se encontraba soltera y casada un 19%. (Ver Tabla No. 2)

Un 75% de las pacientes se dedicaba a ser ama de casa, el 21% estaba estudiando y un 4% realizaba otras actividades (Comerciante, secretaria y maestra). (Ver Tabla No. 3)

El 71% de las adolescentes era de procedencia rural y 29% del casco urbano. (Ver Tabla No. 4)

Las adolescentes habían alcanzado un nivel de escolaridad primaria en un 56%, el 28% tenían secundaria aprobada y el 16% no tenían ningún nivel de escolaridad. (Ver Tabla No. 5)

Dentro de las complicaciones durante el embarazo se encontró que el aborto espontáneo representó el 17%. (Ver Tabla No. 6)

El embarazo ectópico se presentó en un porcentaje de 0.7% de todas las complicaciones obstétricas en las adolescentes estudiadas. (Ver Tabla No. 7)

Respecto al síndrome hipertensivo gestacional, se encontró que la hipertensión gestacional representó un 25% y la pre-eclampsia 10%. (Ver Tabla No. 11)

La Ruptura prematura de membrana se manifestó en un 10% del total de las complicaciones obstétricas en adolescente. (Ver Tabla No. 12)

Un 16% de las complicaciones que presentaron las adolescentes estudiadas fue amenaza de parto prematuro. (Ver Tabla No. 13)

Las infecciones vías urinarias sintomáticas y asintomáticas representaron el 8% y 4% respectivamente. (Ver Tabla No. 14)

En las complicaciones durante el parto, 5% hemorragia postparto, desgarro grado I 3%, desgarro grado II 0.7% y el parto obstruido 0.7%.

## ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

---

Los resultados que se obtuvieron con respecto al grupo etario predominando las adolescentes que se encontraban entre las edades de 17-19 años, concuerda con estudios realizados internacionalmente (Ecuador y Brasil) aunque no puede compararse con estudios en Estados Unidos donde el grupo etario en su mayoría está en la edad de 20 años.

En la investigación, de las mujeres en estudio la mayoría de ellas se encontraban acompañadas (unión libre) así que no es la excepción entre otros estudios realizados a nivel nacional e internacionalmente que refieren es debido a la falta de compromiso por parte de la pareja y otros han analizado que se debe al alto porcentaje de divorcio, sin embargo este estudio solo permite describir los datos.

Con relación a la procedencia de las adolescentes embarazadas que presentaron alguna complicación se constató que la mayor parte de ellas eran de procedencia rural, esto concuerda que Nueva Guinea es considerada como sector rural aun cuando posee un casco urbano de referencia donde está ubicado el Hospital Primario Jacinto Hernández.

Finalmente en este estudio se encontró que entre las principales complicaciones en adolescente fueron el síndrome hipertensivo gestacional y pre-eclampsia, así como abortos espontáneos, seguida por las que desarrollaron Amenaza de parto pre término; estos datos en su mayoría concuerdan con estudios que presentan como principal complicación SHG sin embargo otros autores refieren otras causas como principales, siendo el aborto y desproporción cefalopélvica las primeras.

## CONCLUSIONES

---

Las adolescente que presentaron complicación se encuentran entre la edad de 17-19 años, provenientes del área rural, con escolaridad primaria, en unión libre, dedicándose a ama de casa.

Entre las complicaciones durante el embarazo se encontraron la hipertensión gestacional principalmente, seguido de aborto, amenazas de parto pre término, ruptura prematura de membranas al igual que pre-eclampsia y las infecciones de vías urinarias sintomáticas y asintomáticas, en último lugar el embarazo a ectópico.

Respecto a las complicaciones durante el parto la hemorragia postparto estuvo en primer lugar, seguido de desgarros perineales y parto obstruido.

## RECOMENDACIONES

---

Proporcionar charlas educativas de sexualidad en escuelas e institutos dirigidos a la adolescencia.

Implementar las estrategias comunitarias de métodos anticonceptivos, para disminuir los embarazos en adolescentes.

Realizar una adecuada evaluación clínica desde el momento de captación de embarazo para identificación de factores de riesgos que presente la paciente.

Cumplir con las normas y protocolos para manejo de embarazo administrando oportunamente medicamentos que ayudaran a disminuir riesgo de complicaciones.

Tratar oportunamente las infecciones y enfermedades de las embarazadas según norma y protocolo.

Referir oportunamente a pacientes de alto riesgo obstétrico para atención secundaria y así mismo a unidad de mayor resolución de ser necesario.

## BIBLIOGRAFÍA

---

1. OMS (2015). *Salud de los adolescentes*. [http://www.who.int/topics/adolescent\\_health/es](http://www.who.int/topics/adolescent_health/es).
2. OMS (septiembre 2014). *El embarazo en la adolescencia*. Nota descriptiva n° 364. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es>.
3. Ministerio de Salud. (2013). Normativa 109: *Protocolo para la atención de las complicaciones Obstétricas*, Managua.
4. Ministerio de Salud. (2008). Normativa 011: *Normas y protocolos para la atención prenatal, parto, recién nacido y puerperio de bajo riesgo*, Managua.
5. Ministerio de Salud (2011). Normativa 077: *Protocolo para el abordaje de las patologías más frecuencia de alto riesgo obstétrico*, Managua.
6. Alan H. Decherney (8va edición, 2002). *Diagnóstico y tratamiento ginecoobstetrico*, editorial El manual moderno. Mexico, D.F-Santafe de Bogotá.
7. Schwarcz-Sala-Duverges, (6ta edición, 2011). *Obstetricia*. Editorial EL Ateneo, Buenos Aires.
8. American Society for Reproductive Medicine, (30 de marzo de 2009). *Recurrent pregnancy loss. Patients fact sheet*. Disponible en: [http://www.asrm.org/Patients/FactSheets/recurrent\\_preg\\_loss.pdf](http://www.asrm.org/Patients/FactSheets/recurrent_preg_loss.pdf)

9. Castro Espín M (1996). *Creecer en la adolescencia*. Ecuador
10. Peláez Mendoza J. (1996). *Consideraciones del uso de anticonceptivos en la adolescencia*. Revista Cubana.
11. Rigol Ricardo O, Pérez Carballá F, Pérez Corral J, Fernández Sacasa J, Fernández Mirabal J, (1987) . *Medicina General Integral*. 2 ed. La Habana: Pueblo y Educación.
12. López Nodarse M, Flores Madan L, Roche Pérez C. (2000) *Embarazo en la adolescencia*. Mexico.
13. Peláez Mendoza J, Sarmiento Barceló J, Oz Cornesa R de la, Zambrano Cárdenas A. (2005) *Cesárea en la adolescencia: Morbilidad materna y perinatal*. Revista Cubana.

# ANEXOS

---

## TABLAS Y GRÁFICOS

Tabla N° 1

Edad de adolescente con complicaciones obstétricas. Hospital Primario Jacinto Hernández, Nueva Guinea, RAAS. Enero-Septiembre 2015.				
	10-13	14-16	17-19	Total
Edad	10	38	98	146
Porcentaje	7%	26%	67%	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Tabla N° 2

Estado civil de adolescente con complicaciones obstétricas. Hospital Primario Jacinto Hernández, Nueva Guinea, RAAS. Enero-Septiembre 2015.				
	Soltera	Unión libre	Casada	Total
E. Civil	29	89	28	146
Porcentaje	20%	61%	19%	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

**Comentado [XT5]:** HAY QUE PONER EL NÚMERO DE TABLA EN LA PARTE SUPERIOR; EJ: Tabla No. 1. TAMBIÉN HAY QUE COMPLETAR EL TÍTULO DE LA TABLAS, EJ: Edad de las adolescentes con complicaciones obstétricas. Hospital Primario Jacinto Hernández, Nueva Guinea, RAAS. Enero – Septiembre de 2015.

PUEDE HABER OTRA OPCIÓN PARA QUE NO HAYAN TANTAS TABLAS. PUEDEN HACER UNA SOLA TABLA QUE DIGA CARÁCTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LAS ....

SOLO SE ACEPTAN DOS TABLAS POR PÁGINA

**Comentado [XT6]:** ESTO NO ES EL SUBTOTAL ES EL PORCENTAJE

**Tabla N° 3**

Ocupación de adolescente con complicaciones obstétricas. Hospital Primario Jacinto Hernández, Nueva Guinea, RAAS. Enero-Septiembre 2015.				
	Estudiante	Ama de casa	Otro	Total
Ocupación	31	110	5	146
Subtotal	21%	75%	4%	

**Fuente: Ficha de recolección de datos.**

**Tabla N° 4**

Procedencia de adolescente con complicaciones obstétricas. Hospital Primario Jacinto Hernández, Nueva Guinea, RAAS. Enero-Septiembre 2015.			
	Rural	Urbano	Total
Procedencia	103	43	146
Subtotal	71%	29%	100%

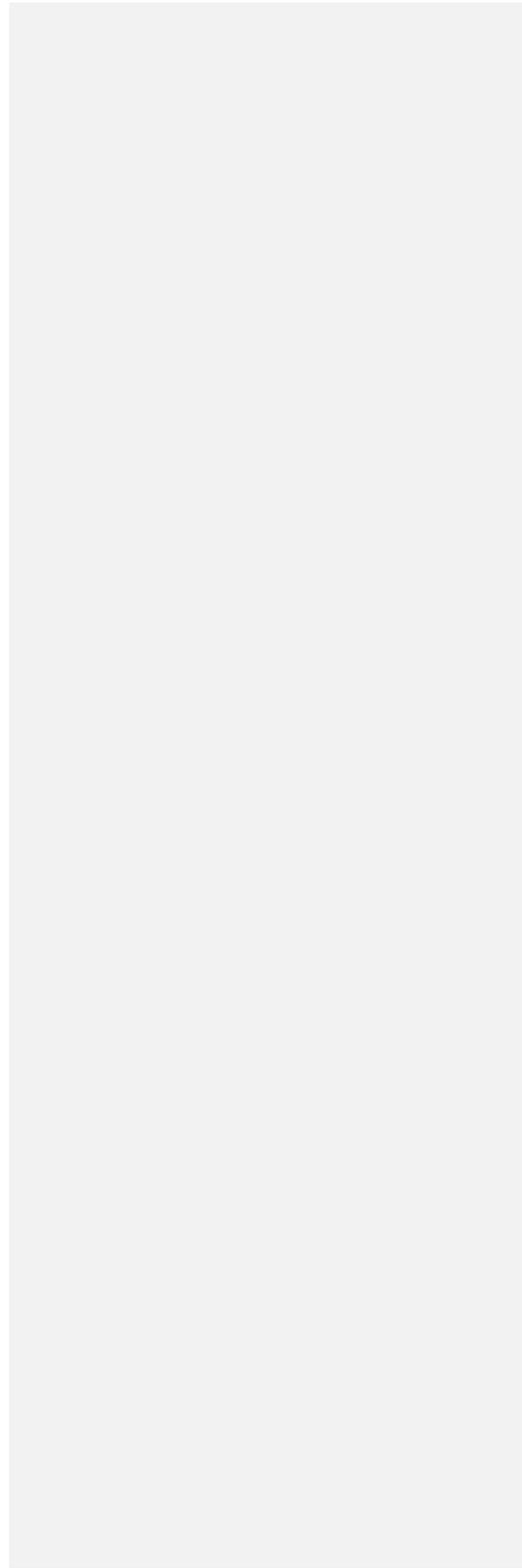
**Fuente: Ficha de recolección de datos.**

**Tabla N° 5**

Escolaridad de adolescente con complicaciones obstétricas. Hospital Primario Jacinto Hernández, Nueva Guinea, RAAS. Enero-Septiembre 2015.				
	Ninguno	Primaria	Secundaria	Total
Escolaridad	24	81	41	146
Subtotal	16%	56%	28%	100%

**Fuente: Ficha de recolección de datos.**

**Tabla N° 6**



Complicaciones de las adolescentes durante el Embarazo atendidas en el Hospital Primario Jacinto Hernández en el periodo Enero- Septiembre 2015.

Aborto		
Espontaneo	Provocado	Total
25	0	146
17%	0%	100%
Tabla 6		

Fuente: Ficha de recolección de datos.

**Comentado [XT7]:** TE RECOMIENDO QUE HAGAS UNA SOLA TABLA PARA LAS COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO Y PUEPERIO PORQUE HAY MUCHOS DATOS EN CERO Y ESAS TABLAS NO TIENEN SENTIDO.

LAS VARIABLES EN CERO SE DEBEN QUITAR DE LA OPERACIONALIZACIÓN TAMBIÉN.  
AL JUNTAR LAS TABLAS DEBES MODIFICAR LOS GRÁFICOS TAMBIÉN.

**Comentado [XT8]:** LOS DATOS EN CERO NO SE PRESENTAN, SE ELIMINAN, TAMBIEN DEBEN DE ELIMINARLO DE LA OPERACIONALIZACIÓN.

Complicaciones de las adolescentes durante el embarazo atendidas en el Hospital Primario Jacinto Hernández en el periodo Enero- Septiembre 2015.

Embarazo ectópico		
Conservado	Roto	Total
1	0	146
0.7%	0%	100%
Tabla 7		

Fuente: Ficha de recolección de datos.

**Comentado [XT9]:** ELIMINAR

**Comentado [XT10]:** NO ENTIENDO ESTE DATO!!

Complicaciones de las adolescentes durante el embarazo atendidas en el Hospital Primario Jacinto Hernández en el periodo Enero- Septiembre 2015.

Placenta Previa				
Inserción baja	Marginal	Parcial	Placenta previa total	Total
0	0	0	0	146
0%	0%	0%	0%	100%
Tabla 8				

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Comentado [XT11]: ELIMINAR ESTA TABLA SI NO SE DIERON CASOS Y ELIMINARLO DE LA OPERACIONALIZACIÓN

Complicaciones de las adolescentes durante el embarazo atendidas en el Hospital Primario Jacinto Hernández en el periodo Enero- Septiembre 2015.

Desprendimiento de placenta		
Parcial	Desprendimiento total	Total
0	0	146
0%	0%	100%
Tabla 9		

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Comentado [XT12]: TAMBIÉN ESTA

Complicaciones de las adolescentes durante el embarazo atendidas en el Hospital Primario Jacinto Hernández en el periodo Enero- Septiembre 2015.

Ruptura uterina	
Ruptura uterina	Total
0	146
0%	100%
Tabla 10	

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Comentado [XT13]: TAMBIÉN ESTA

Complicaciones de las adolescentes durante el embarazo atendidas en el Hospital Primario Jacinto Hernández en el periodo Enero- Septiembre 2015.

Síndrome hipertensivo gestación					
Hipertensión gestacional	Hipertensión crónica	Pre-eclampsia	Eclampsia	Hipertensión crónica con pre-eclampsia	Total
36	0	15	0	0	146
25%	0%	10%	0%	0%	100%
Tabla 11					

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Comentado [XT14]: ELIMINAR LOS DATOS EN CERO

Complicaciones durante el embarazo atendidas en el Hospital Primario Jacinto Hernández en el periodo Enero- Septiembre 2015.

Ruptura prematura de membrana		
Embarazo a termino	Embarazo pretermino	Total
15	0	146
10%	0%	100%
Tabla 12		

**Fuente:** Ficha de recolección de datos.

**Comentado [XT15]:** ELIMINAR LOS DATOS EN CERO

Complicaciones de las adolescentes durante el embarazo atendidas en el Hospital Primario Jacinto Hernández en el periodo Enero- Septiembre 2015.

Amenaza de parto pretermino	
Amenaza de parto pretermino	Total
24	146
16%	100%
Tabla 13	

**Fuente:** Ficha de recolección de datos.

Complicaciones de las adolescentes durante el embarazo atendidas en el Hospital Primario Jacinto Hernández en el periodo Enero- Septiembre 2015.

Infección de vías urinarias		
Sintomática	Asintomática	Total
11	6	146
8%	4%	100%
Tabla 14		

**Fuente:** Ficha de recolección de datos.

Complicaciones de las adolescentes durante el parto atendidas en el Hospital Primario Jacinto Hernández en el periodo Enero-Septiembre 2015.

Parto Obstruido	
Parto Obstruido	Total
1	146
0.7%	100%
Tabla 15	

**Fuente:** Ficha de recolección de datos.

Complicaciones de las adolescentes posparto atendidas en el Hospital Primario Jacinto Hernández en el periodo Enero-Septiembre 2015.

Hemorragia postparto	
Hemorragia postparto	Total
7	146
5%	100%
Tabla 16	

**Fuente: Ficha de recolección de datos.**

Complicaciones de las adolescentes durante el posparto atendidas en el Hospital Primario Jacinto Hernández en el periodo Enero-Septiembre 2015.

Desgarros			
Grado I	Grado II	Grado III	Total
4	1	0	146
3%	0.7%	0%	100%
Tabla 17			

**Fuente: Ficha de recolección de datos.**

Complicaciones de las adolescentes durante el puerperio atendidas en el Hospital Primario Jacinto Hernández en el periodo Enero-Septiembre 2015.

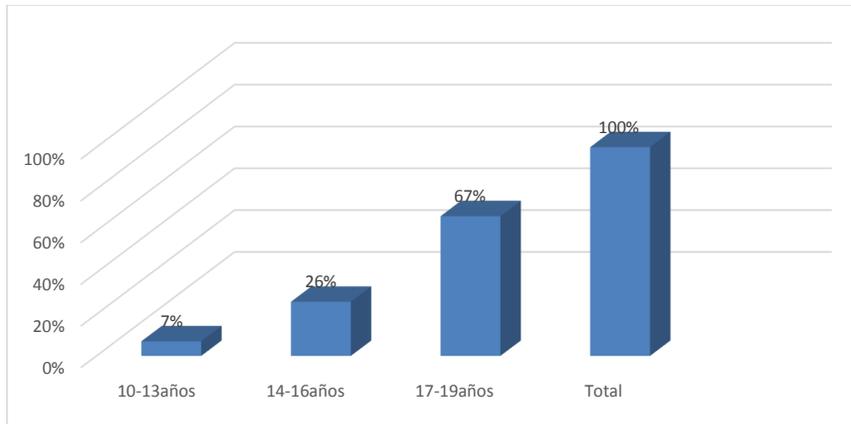
Sepsis puerperal			
Infección pélvica leve	Infección pélvica severa	Otros	Total
0	0	0	146
0%	0%	0%	100%
Tabla 18			

**Fuente: Ficha de recolección de datos.**

Comentado [XT16]: ELIMINAR

Comentado [XT17]: ELIMINAR ESTA TABLA

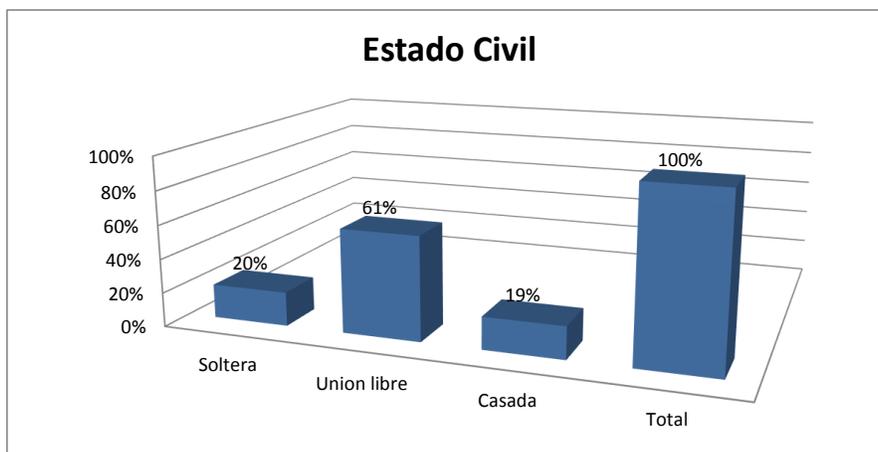
Edad de las adolescentes con complicaciones obstétricas atendidas en el Hospital Primario Jacinto Hernández en el periodo Enero-Septiembre 2015.



**Comentado [XT18]:** ELIMINAR EL TÍTULO DE ADENTRO Y CORREGIRLO DE ACUERDO A LAS TABLAS Y PONER NÚMERO AL GRÁFICO

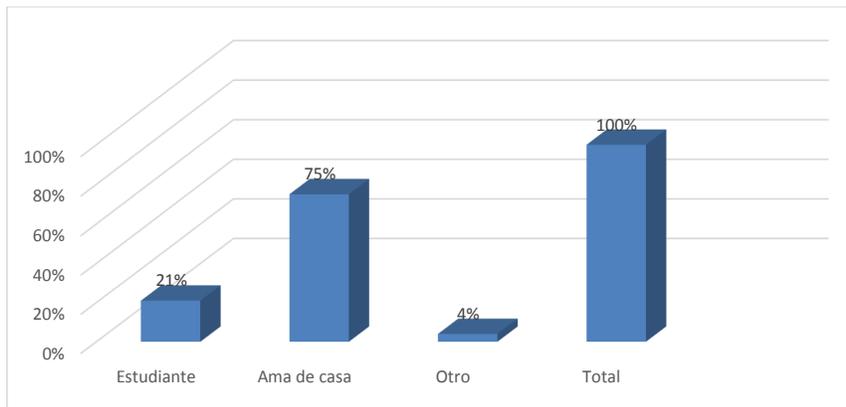
Fuente: Tabla 1

Estado Civil de las adolescentes con complicaciones obstétricas atendidas en el Hospital Primario Jacinto Hernández en el periodo Enero-Septiembre 2015.



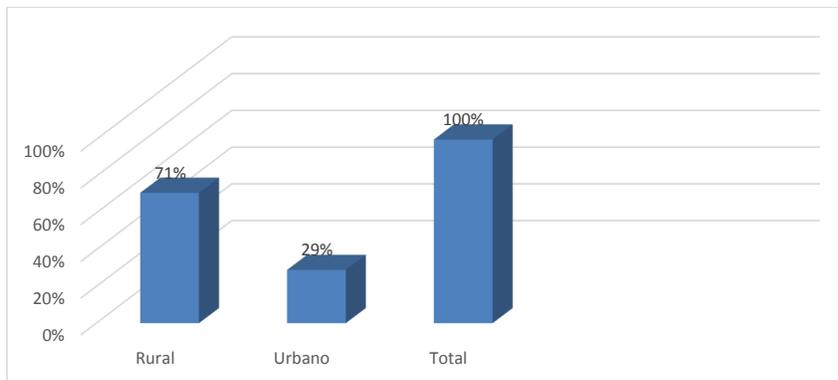
**Fuente: Tabla 2**

Ocupación de las adolescentes con complicaciones obstétricas atendidas en el Hospital Primario Jacinto Hernández en el periodo Enero-Septiembre 2015.



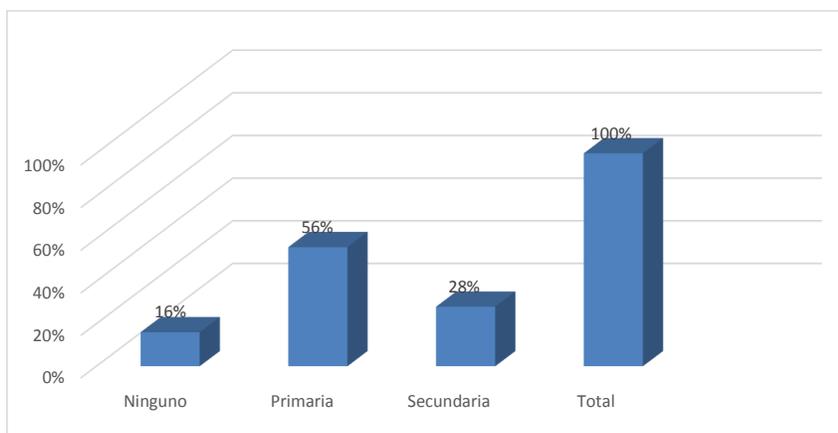
**Fuente: Tabla 3**

Procedencia de las adolescentes con complicaciones obstétricas atendidas en el Hospital Primario Jacinto Hernández en el periodo Enero-Septiembre 2015.



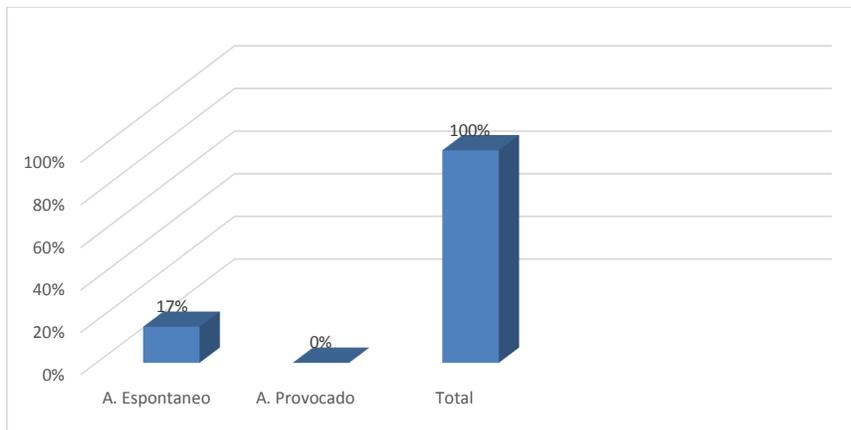
**Fuente: Tabla 4**

Escolaridad de las adolescentes con complicaciones obstétricas atendidas en el Hospital Primario Jacinto Hernández en el periodo Enero-Septiembre 2015.



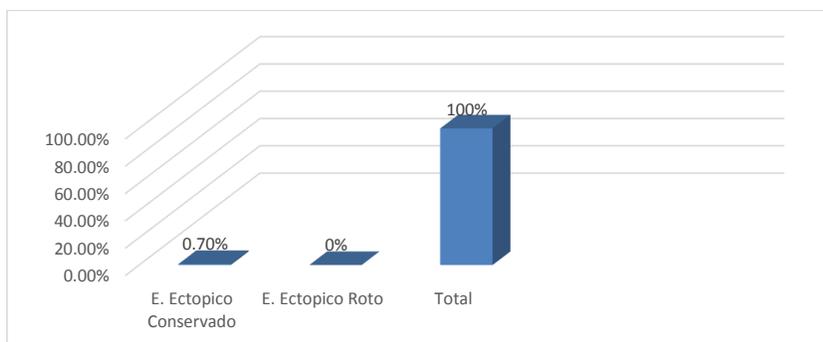
**Fuente: Tabla 5**

Complicaciones de las adolescentes durante el Embarazo atendidas en el Hospital Primario Jacinto Hernández en el periodo Enero- Septiembre 2015.



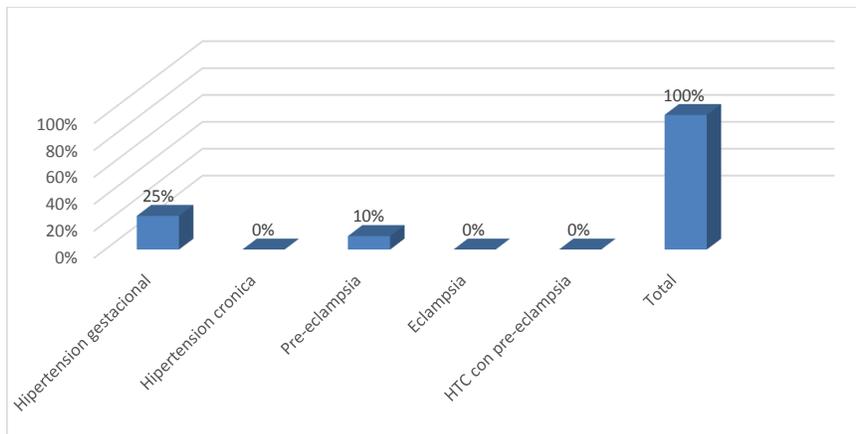
**Fuente: Tabla 6**

Complicaciones de las adolescentes durante el embarazo atendidas en el Hospital Primario Jacinto Hernández en el periodo Enero- Septiembre 2015.



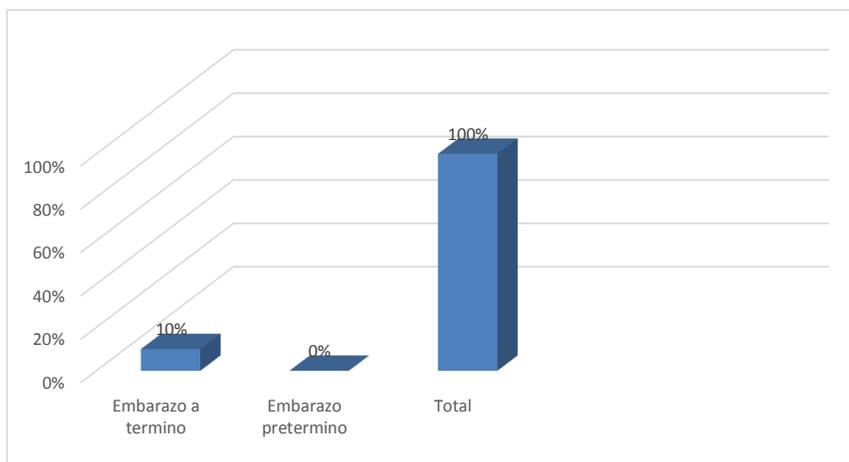
**Fuente: Tabla 7**

Complicaciones de las adolescentes durante el embarazo atendidas en el Hospital Primario Jacinto Hernández en el periodo Enero- Septiembre 2015.



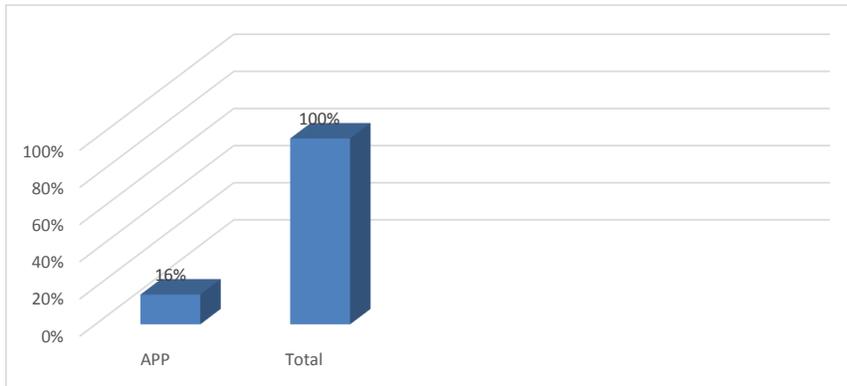
**Fuente: Tabla 11**

Complicaciones durante el embarazo atendidas en el Hospital Primario Jacinto Hernández en el periodo Enero- Septiembre 2015.



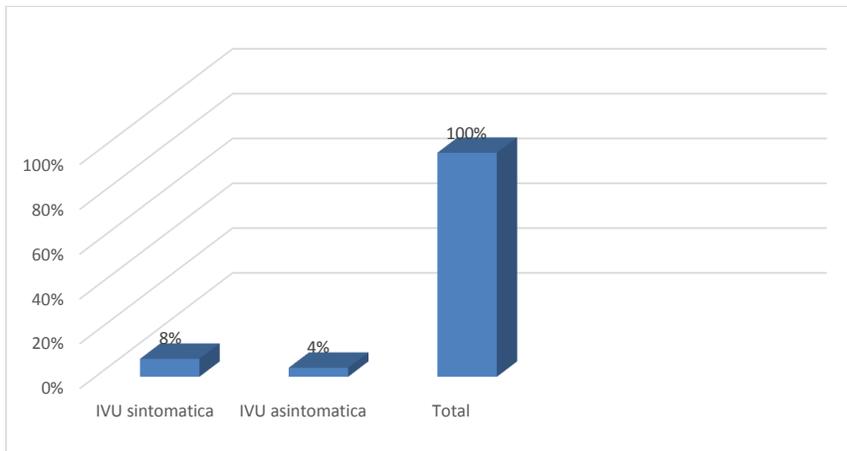
**Fuente: Tabla 12**

Complicaciones de las adolescentes durante el embarazo atendidas en el Hospital Primario Jacinto Hernández en el periodo Enero- Septiembre 2015.



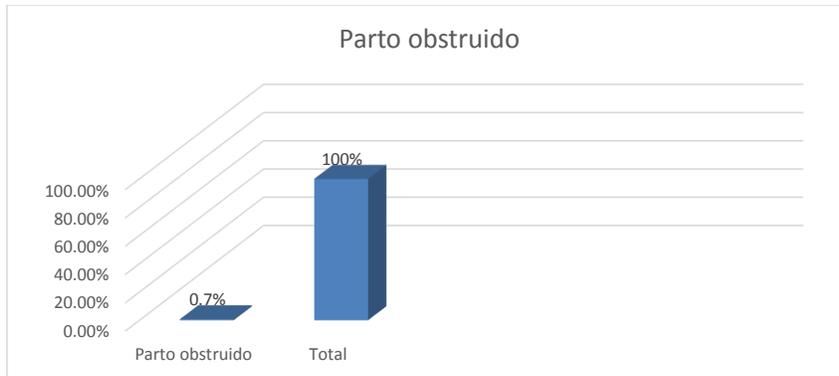
**Fuente: Tabla 13**

Complicaciones de las adolescentes durante el embarazo atendidas en el Hospital Primario Jacinto Hernández en el periodo Enero- Septiembre 2015.



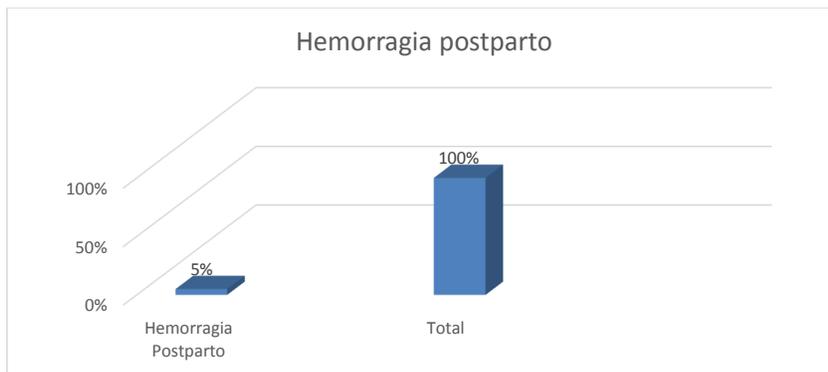
**Fuente: Tabla 14**

Complicaciones de las adolescentes durante el parto atendidas en el Hospital Primario Jacinto Hernández en el periodo Enero-Septiembre 2015.



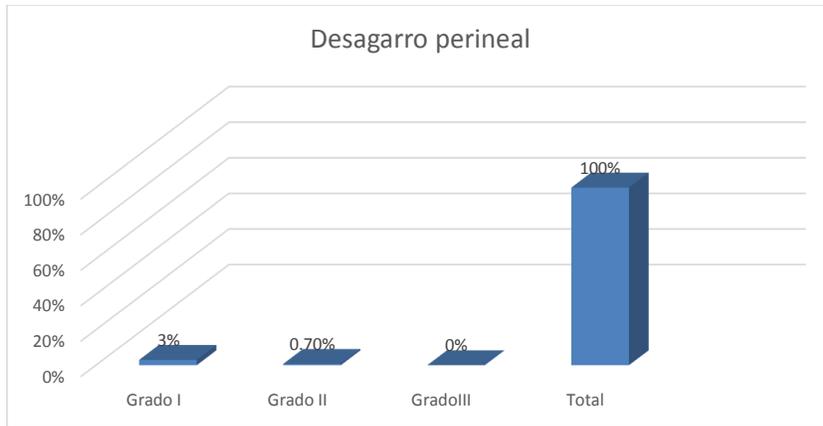
Fuente: Tabla 15

Complicaciones de las adolescentes durante el posparto atendidas en el Hospital Primario Jacinto Hernández en el periodo Enero-Septiembre 2015.



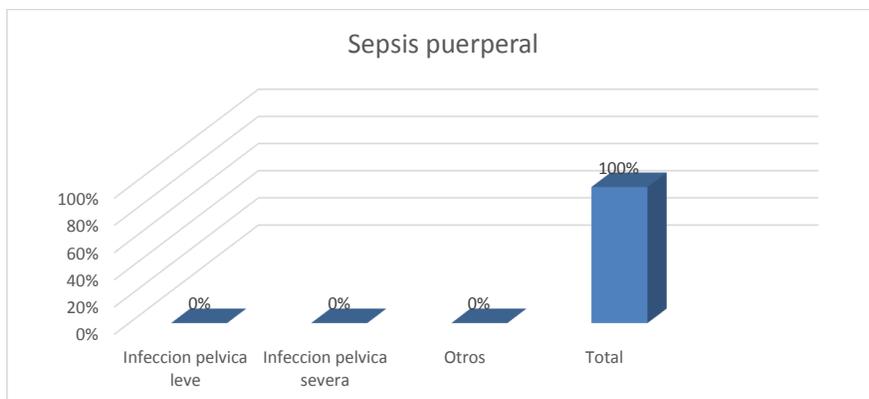
Fuente: Tabla 16

Complicaciones de las adolescentes durante el posparto atendidas en el Hospital Primario Jacinto Hernández en el periodo Enero-Septiembre 2015



Fuente: Tabla 17

Complicaciones de las adolescentes durante el puerperio atendidas en el Hospital Primario Jacinto Hernández en el periodo Enero-Septiembre 2015.



Fuente: Tabla 18

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, MANAGUA**  
**UNAN MANAGUA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**ENCUESTA**

**ESTUDIO:** “PRINCIPALES COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN ADOLESCENTES EN HOPITAL PRIMARIO JACINTO HERNÁNDEZ”

Marcar con una X donde corresponda.

Paciente que presente más de una complicación para fines se marcara solamente la complicación principal de ingreso.

I. Características sociodemográficas:

1. Edad:

- a. 10-13 \_\_\_\_\_
- b. 14-16 \_\_\_\_\_
- c. 17-19 \_\_\_\_\_

4. Ocupación:

- a. Estudiante \_\_\_\_\_
- b. Ama de Casa \_\_\_\_\_
- c. Otro \_\_\_\_\_

2. Estado Civil:

- a. Soltera \_\_\_\_\_
- b. Unión libre \_\_\_\_\_
- c. Casada \_\_\_\_\_

5. Procedencia:

- a. Rural \_\_\_\_\_
- b. Urbano \_\_\_\_\_

3. Escolaridad:

- a. Ninguno \_\_\_\_\_
- b. Primaria \_\_\_\_\_
- c. Secundaria \_\_\_\_\_

II. Complicaciones durante el embarazo

6. Aborto:

a. Espontáneo \_\_\_\_\_

b. Provocado \_\_\_\_\_

7. Embarazo ectópico:

a. Conservado \_\_\_\_\_

b. Roto \_\_\_\_\_

8. Ruptura uterina \_\_\_\_\_

9. Placenta previa:

a. Inserción baja \_\_\_\_\_

b. Marginal \_\_\_\_\_

c. Parcial \_\_\_\_\_

d. Total \_\_\_\_\_

10. Desprendimiento de placenta:

a. Parcial \_\_\_\_\_

b. Total \_\_\_\_\_

11. Síndrome hipertensivo gestacional:

a. Hipertensión gestacional \_\_\_\_\_

b. Hipertensión crónica \_\_\_\_\_

c. Pre-eclampsia \_\_\_\_\_

d. Eclampsia \_\_\_\_\_

e. Hipertensión crónica con Pre-eclampsia \_\_\_\_\_

12. Ruptura prematura de membrana (RPM):

a. RPM en embarazo a término \_\_\_\_\_

b. RPM en embarazo pretérmino \_\_\_\_\_

13. Amenaza de Parto Pretérmino \_\_\_\_\_

14. Infección de Vías Urinaria (IVU):

a. IVU asintomática \_\_\_\_\_

b. IVU sintomática \_\_\_\_\_

III. Complicaciones durante el parto

15. Parto obstruido \_\_\_\_\_

16. Hemorragia postparto \_\_\_\_\_

17. Desgarros:

a. I grado \_\_\_\_\_

b. II grado \_\_\_\_\_

c. III grado \_\_\_\_\_

IV. Complicaciones durante el puerperio

Sepsis puerperal:

- a. Infección Pélvica Leve \_\_\_\_\_
- b. Infección pélvica severa \_\_\_\_\_
- c. Otros \_\_\_\_\_

