

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
ESCUELA DE POSTGRADO**



TRABAJO DE POSGRADO

**“COMPLICACIONES MATERNAS EN ADOLESCENTES QUE VERIFICARON
PARTO EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA EN EL
PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DE 2016”**

PRESENTADO POR:

DRA. KAREN MELISSA CANO MAZARIEGO

PARA OPTAR AL GRADO DE:

ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

DOCENTE ASESOR

DRA. SUZANNE GUISELLE BONILLA BRAGHIROLI

NOVIEMBRE, 2018

SANTA ANA

EL SALVADOR

CENTROAMÉRICA

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
AUTORIDADES CENTRALES



M.Sc. ROGER ARMANDO ARIAS ALVARADO

RECTOR

DR. MANUEL DE JESÚS JOYA ABREGO

VICERECTOR ACADÉMICO

ING. NELSON BERNABÉ GRANADOS ALVARADO

VICERECTOR ADMINISTRATIVO

LICDO. CRISTÓBAL HERNÁN RÍOS BENÍTEZ

SECRETARIO GENERAL

M.Sc. CLAUDIA MARÍA MELGAR DE ZAMBRANA

DEFENSORA DE LOS DERECHOS UNIVERSTARIOS

LICDO. RAFAEL HUMBERTO PEÑA MARÍN

FISCAL GENERAL

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
AUTORIDADES



Dr. RAÚL ERNESTO AZCÚNAGA LÓPEZ

DECANO

M.Ed. ROBERTO CARLOS SIGÜENZA CAMPOS

VICEDECANO

M.Sc. DAVID ALFONSO MATA ALDANA

SECRETARIO

M.Ed. RINA CLARIBEL BOLAÑOS DE ZOMETA

DIRECCIÓN DE ESCUELA DE POSGRADO

AGRADECIMIENTOS

A DIOS TODOPODEROSO

Por su bondad, misericordia y amor, porque nunca me ha abandonado y a pesar de mis errores él me hace triunfar. Gracias porque mis logros son el resultado de tu ayuda, y cuando he caído y pensado que ya no puedo, tú me levantas y me haces ser más fuerte.

A MIS PADRES HECTOR Y GLORIA

Por su amor incondicional, por su paciencia y por confiar siempre en mí aun cuando yo no lo hacía. Me siento orgullosa de ser su hija y este logro es para que ustedes se sientan orgullosos de mí. Este es el fruto de sus esfuerzos, los amo.

A MI HIJA MONTSERRAT

Por ser la luz de mi vida, por llenar de alegría mi mundo. Llegaste cuando más te necesitaba. Gracias por esos abrazos por tus besos, por ser tan especial. Todo lo que hago es para ti para que un día te sientas orgullosa de tu mamá. Te amo mi gordita este triunfo es tuyo.

A MIS HERMANAS

Brenda: porque a pesar de la distancia siempre seremos un solo corazón, sé que estoy en tus oraciones y sé que mis logros son tuyos también. Gracias por darme un sobrino maravilloso.

Sofía: no imagino mi vida sin ti, eres la persona que me hace ser mejor, la que me levanta cuando caigo, gracias por tu amor. Este triunfo es tuyo.

Siempre unidas las tres mosqueteras, las amo.

A MI ABUELA TILA, A MI TIA LUPE Y MI TIA OLGA

Porque sé que han llorado y reído junto a mí, por rezarle a la virgen cada vez que hacia un exámen. Por llenarme de amor y palabras de esperanza. Gracias por estar para mí cuando las necesito.

A MIS AMIGAS

Porque siempre están allí, porque lloran a mi lado y nunca me dejan sola. Por esas tardes de café que nos llenan el alma, yo sé cuánto las hace feliz este logro.

A MI ASESORA

Gracias por ser la persona que confió en mí, por nunca dejarme caer, por sus consejos y su cariño. Dios le regresara cada cosa buena que hizo por mí, no lo hubiera logrado sin su ayuda.

KAREN MELISSA CANO MAZARIEGO



INDICE

PRESENTACION.....	7
INTRODUCCIÓN	9
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
JUSTIFICACIÓN	13
ANTECEDENTES.....	16
OBJETIVOS	20
General:.....	20
Específicos:	20
DISEÑO METODOLÓGICO	21
CONSIDERACIONES ETICAS.....	22
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	23
FUNDAMENTO TEÓRICO.....	29
ADOLESCENCIA	29
Características	30
PROBLEMAS GLOBALES DE LA ADOLESCENCIA.....	37
EMBARAZO EN LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA	39
EMBARAZO EN LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA	43
PARTO NORMAL	44
FASES DEL TRABAJO DE PARTO.....	44
PARTO DISTOCICO	46
COMPLICACIONES MATERNAS DEL SEGUNDO PERIODO DEL TRABAJO DE PARTO..	47
RESULTADOS Y ANÁLISIS.....	51
Historia obstétrica	55
Complicaciones Maternas	57
CONCLUSIONES	65
BIBLIOGRAFIA.....	68
ANEXOS.....	71



PRESENTACION

El embarazo durante la adolescencia es considerado como de alto riesgo por las complicaciones obstétricas que conlleva. En América latina la maternidad en la adolescencia es relativamente común.

En el Salvador en el 2016 el ministerio de salud reporto 11 760 embarazos de niñas adolescentes entre 10 y 19 años, que corresponde al 30.3% del total de embarazos en ese año. Observándose en estas pacientes un aumento en la incidencia de complicaciones obstétricas como infecciones, desgarros perineales, prematuridad, preeclampsia.

Se ha considerado que mediante una adecuada atención prenatal se identifican la mayoría de complicaciones, lo cual conduce a la disminución de la mortalidad perinatal y disminución de morbilidad materna.

Con este documento se espera propiciar una discusión sobre la problemática de las complicaciones que presentan las adolescentes al momento del parto. En este estudio abordaremos nada más los partos de adolescentes atendidos en el Hospital Nacional "San Juan de Dios de Santa Ana en el año 2016. Con el objetivo de proporcionar datos que nos lleven a la realidad que enfrenta el país con respecto a la atención prenatal y la atención del parto que han llevado en muchos de estos casos a la causa de morbilidad en las pacientes y que son altamente prevenibles.

De esta investigación se deriva, entre otras cosas, la necesidad de actuar de manera proactiva en varios sentidos: primero, para que en el proceso de atención de la menor durante su gestación observe, respete, proteja y eventualmente restituya sus derechos humanos y sus derechos sexuales y reproductivos; segundo, para que el proceso de atención clínica responda de manera integral y coherente a las necesidades físicas particulares de su edad, mejorar la calidad de los servicios de salud para las mujeres gestantes y reducir los casos de morbilidad y mortalidad materna evitable.



Sobre embarazo adolescente numerosas investigaciones han permitido conocer las circunstancias y factores determinantes; las complicaciones y consecuencias que puede desencadenar en la gestante, en el feto, en sus parejas y sus familias. Incluso investigadores desde la salud pública y las ciencias sociales han demostrado el impacto que el embarazo en la adolescencia genera en los procesos de desarrollo humano, económico y social, razón por la cual se ha convertido en prioridad para los gobiernos.

Los riesgos de morbilidad materna tienden a ser mayores entre el grupo de madres adolescentes que entre madre jóvenes y adultas. Además, se ha encontrado que factores tales como la salud de la madre, su nutrición, antecedentes obstétricos, situación socioeconómica, el nivel educativo entre otros pueden influir.

Por otra parte, la posibilidad de que se presenten estas complicaciones puede reducirse si las madres recurren a la atención prenatal en forma oportuna y esta atención se brinda de forma integral, periódica y sistemática. Y también con la atención del parto por personal calificado y que posea conocimiento sobre el abordaje de estas complicaciones para cuando se presenten.



INTRODUCCIÓN

El embarazo en adolescentes es una de las grandes preocupaciones nacionales en salud, no solo por las complicaciones y repercusiones inmediatas que experimentan la niña o adolescente y el recién nacido, sino también por las consecuencias psicológicas, sociales, económicas y educativas que afectan el proyecto de vida de las primeras.

La mortalidad relacionada con el embarazo y parto en niñas y adolescentes embarazadas menores de 18 años, es dos a cinco veces más alta que entre las mujeres de 20 a 29 años de edad. Los adolescentes inician sus relaciones sexuales cada vez a más temprana edad trayendo aparejadas diversas consecuencias como lo es un embarazo. Este evento produce riesgos a nivel social como lo son familias con mayor número de hijos, mayor deserción escolar, desempleos o empleos mal remunerados, alta proporción de hijos ilegítimos. Repercute también en la salud de la madre y el recién nacido, aumentando el riesgo de morbilidad de ambos, y más aún cuando el embarazo se produce en cercanías de la menarquía.

Al realizar un análisis general sobre la distribución de los embarazos, de acuerdo a edad en los catorce departamentos del país, resulta que La Paz es el departamento donde los embarazos adolescentes tienen mayor peso porcentual con respecto al total de embarazos, ya que representan el 33%. Por el contrario, el departamento de Chalatenango tiene el menor peso con el 24% de embarazos adolescentes. Se ha estimado la prevalencia de inscripciones por embarazos por cada mil adolescentes. De este modo, a nivel nacional la tasa de embarazo es de 38 por cada mil adolescentes de 10 a 19 años.

Utilizando este indicador, el departamento de Sonsonate tiene la prevalencia más alta con 46 por cada mil, mientras que San Salvador tiene la menor con 31 por cada mil niñas y adolescentes de 10 a 19 años. El departamento de Santa Ana se encuentra con 36 por cada mil niñas y adolescentes de 10 a 19 años.



Siendo así el Hospital Nacional “San Juan de Dios de Santa Ana ocupa el quinto lugar en el país en atención de parto de adolescentes, presentando para el año 2016 la cantidad de 5445 partos en total de estos 1463 fueron partos de adolescentes esto quiere decir que el 26.8% fueron partos de niñas entre 10 y 19 años.. Obteniendo el tercer lugar en hospitales nacionales donde se tiene el mayor número de partos adolescentes.

Estudios latinoamericanos mencionan que las complicaciones que presentan las niñas y adolescentes durante la gestación y el parto son: anemia, hipertensión, infecciones, ruptura prematura de membranas, parto prematuro, parto obstruido y prolongado, desproporción céfalo pélvica (aumentando el nacimiento por vía cesárea), muerte fetal, formación de fistulas recto vaginales o vésico vaginales y hemorragia postparto.

Las principales causas de morbilidad materna extrema o severa descritas a nivel mundial están asociadas a complicaciones obstétricas tales como las hemorragias postparto, los trastornos hipertensivos del embarazo, la sepsis, el tromboembolismo pulmonar, la rotura uterina, síndrome de HELLP y la coagulación intravascular diseminada, las cuales tienen relación con el manejo obstétrico de estas pacientes, fundamentalmente en el momento del trabajo de parto y el parto.(la morbilidad materna extremadamente grave, un reto actual para la reducción de la mortalidad materna)

En esta investigación se presentan las complicaciones maternas durante el parto de adolescentes atendidas en el Hospital Nacional “San Juan de Dios de Santa Ana en el año 2016.



PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el año 2014, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) manifestó que a nivel mundial cada día mueren un aproximado de 830 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto. En el caso de las adolescentes se considera que hay 16 millones de jóvenes de 15 a 19 años y 1 millón de niñas menores de 15 años que verifican parto cada año. (2)

Estos embarazos suelen terminar en complicaciones o muerte debido a la falta de madurez biológica para afrontar la gravidez y a condiciones como lugar de procedencia rural y situación de pobreza, siendo el embarazo adolescente la segunda causa de muerte entre adolescentes de 15 a 19 años a nivel mundial. Así mismo, los bebés de madres adolescentes se enfrentan a un mayor riesgo de morir (50 por ciento superior de mortalidad prenatal o en las primeras semanas de vida) que aquellos nacidos de madres de 20 a 29 años (2).

Los embarazos en niñas y adolescentes son producto de múltiples factores que interactúan entre sí: falta de información sobre métodos anticonceptivos relaciones sexuales sin protección, falla anticonceptiva, uso incorrecto de métodos anticonceptivos (a veces debido a efectos del alcohol o drogas), violación. (3).

El embarazo en niñas y adolescentes debe ser considerado como una de las formas de violencia que más impacta en las aspiraciones personales y la salud de este grupo poblacional. En las niñas sobrevivientes de violencia sexual, el inicio forzado de la maternidad se convierte en una barrera casi insuperable para acceder a derechos fundamentales como la educación y la recreación, a la vez que pone en riesgo su salud y las coloca en absoluta desventaja para la construcción y realización de un plan de vida que les permita su pleno desarrollo como mujeres.

En El Salvador, esta problemática no es la excepción; es parte del diario vivir y la sociedad ha llegado a naturalizar el problema. De acuerdo a los registros del Ministerio de Salud en el año 2016 hubo 72 617 mujeres salvadoreñas que verificaron parto, y de ellas, 20 256 eran adolescentes de entre 10 y 19 años, es decir que el 27.8 % del total de embarazos se registraron en adolescentes (1).

COMPLICACIONES MATERNAS EN ADOLESCENTES QUE VERIFICARON PARTO EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA EN EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DE 2016



Dicha situación está afectando al departamento de Santa Ana, atendiendo en el 2016 el 7.2% (1463 partos) de todos los partos de adolescentes a nivel nacional. Por lo anterior, es importante investigar cuáles son las complicaciones maternas que se presentan con más frecuencia durante el parto de adolescentes atendidas en el Hospital Nacional “San Juan de Dios de Santa Ana”.

¿Cuáles son las complicaciones maternas durante el parto en adolescentes atendidas en el Hospital Nacional “San Juan de Dios de Santa Ana en el periodo de enero a diciembre del año 2016?



JUSTIFICACIÓN

En una sociedad con patrones culturales tradicionales, como la latinoamericana, ni la familia, ni la escuela, ni en general la sociedad acepta fácilmente la idea de la sexualidad en la adolescencia.

Por esa razón no se educa a los adolescentes sobre la vida familiar o sexual, solamente se les da una educación insuficiente y sin relación con sus necesidades reales. Asimismo, las adolescentes raramente acceden a los servicios de salud reproductiva y anticoncepción. (4)

La razón de mortalidad materna para el 2016 en los países en desarrollo es de 239 por cada 100 mil nacidos vivos, pero en las adolescentes el riesgo de mortalidad materna es mayor y aumenta su frecuencia en menores de 15 años (5). En El Salvador la razón de mortalidad materna (directas o indirectas) por cada 100 000 nacidos vivos fue de 27.4 para 2016 transformándose esto en 9 muertes maternas por cada 100 000 nacidos vivos, siendo 1 de estas, adolescentes de entre 10 y 19 años. (6).

El contexto en el que las adolescentes experimentan su parto es importante, debido a que no existe una maduración física y psicológica para enfrentar esta etapa de vida.

Por tanto, la labor de parto se vuelve traumática. Este hecho se aúna a la presencia de otros factores como nutrición inadecuada, hábitos tóxicos, demora en la atención, atención incorrecta, entre otros.

Actualmente no se cuenta en El Salvador con un estudio que revele las complicaciones de la adolescente y del neonato durante el parto. Por ende, su realización ayudará a documentar las complicaciones locales en este grupo de edad para implementar estrategias adecuadas, enfocándose en medidas de prevención, promoción de la salud y disminución de riesgos en la población salvadoreña, adolescente y neonatal.

Estudio realizado en Perú ha revelado que el embarazo en la adolescencia, en el centro asistencial donde se ha ejecutado, no ha sido un factor de riesgo para la



presentación de anemia crónica, preeclampsia, restricción del crecimiento intrauterino e infección urinaria.

Sin embargo, sí se encontró asociación de riesgo para la presentación de peso bajo al nacer, puntaje Ápgar bajo al primer minuto, parto pretérmino, síndrome aspirativo y resultado perinatal adverso en este estudio se comparó adolescentes y mujeres no adolescentes y se presentó que las complicaciones maternas son más frecuentes en mujeres no adolescentes pero las complicaciones neonatales son más usuales en niños de madres adolescentes (7)

Según estudio colombiano la incidencia global de complicaciones para pacientes adolescentes fue de 77.5% y 68.8% para pacientes añosas (de más de 35 años), se encontró que la morbilidad materna durante el embarazo tuvo la tendencia a presentarse más frecuentemente en las adolescentes comparada con las añosas, describiéndose respectivamente en orden de frecuencia: trastornos hipertensivos del embarazo, ruptura prematura de membranas, infecciones, y anemia. (8)

Por cada mujer que muere de complicaciones relacionadas con el embarazo, cerca de 20 más –lo que supone aproximadamente 10 millones de mujeres cada año– padecen lesiones, infecciones y discapacidades.

Entre los trastornos más penosos figura la fístula obstétrica, que se produce como consecuencia de los daños ocasionados en el tejido del canal del parto por la presión continua que ejerce la cabeza del bebé en los partos problemáticos y prolongados.

Es una cuestión ampliamente reconocida en el campo de la salud el hecho que la fecundidad presenta mayores riesgos asociados, tanto para la madre como para su hijo, cuando se ejerce en las edades extremas de la vida reproductiva de la mujer.

La mortalidad relacionada con la reproducción (mortalidad materna, fetal tardía, neonatal e infantil) presenta tasas más altas en las madres menores de 20 y en las mayores de 35 años.

Una de las mayores consecuencias de las muertes maternas son las repercusiones psicosociales en los hijos sobrevivientes. En El Salvador, se han

*COMPLICACIONES MATERNAS EN ADOLESCENTES QUE VERIFICARON PARTO EN
EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA EN EL PERIODO DE ENERO A
DICIEMBRE DE 2016*



identificado entre los años 2005-2006 al menos 181 menores huérfanos correspondientes a 82 madres fallecidas durante ese periodo, de las cuales, 26.8% (2282 madres) corresponden a mujeres entre los 15 a 19 años de edad.



ANTECEDENTES

En el mundo, al menos una mujer muere cada minuto como consecuencia de complicaciones relacionadas con el embarazo y parto, con un total de 529 mil mujeres por año (9). La hemorragia obstétrica es la causa principal de estas muertes y el 99.9 por ciento de ellas ocurren en países pobres como el nuestro.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada año alrededor de 8 millones de mujeres sufren complicaciones durante el embarazo. De ellas, fallece más de medio millón como resultado de complicaciones derivadas del embarazo y el parto, determinando que más del 80 por ciento de las muertes maternas se pueden evitar o prevenir. (10)

La OMS calcula que aproximadamente nueve por ciento de los recién nacidos en América Latina tiene bajo peso al nacer (menos de 2 mil 500 gramos al nacer); dicha condición está estrechamente vinculada a una mayor morbilidad neonatal. Los fallecimientos de los recién nacidos constituyen el 45 % de los decesos de niños menores de 5 años; de estos, la mayoría de los fallecimientos de neonatos (el 75%) se produce durante la primera semana de vida, y de éstos entre el 25% y el 45% se producen en las primeras 24 horas.

Las causas principales de fallecimientos de recién nacidos son: el nacimiento prematuro y bajo peso al nacer, las infecciones, la asfixia (falta de oxígeno al nacer) y los traumatismos en el parto. Estas causas explican casi el 80% de las muertes en este grupo de edad. (11). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), “las personas menores de 16 años corren un riesgo de defunción materna cuatro veces más alto, la probabilidad de deserción escolar es mayor y la tasa de mortalidad de sus neonatos es aproximadamente un 50% superior”

Está establecido que el embarazo en etapas tempranas de la vida implica un alto riesgo para la madre y recién nacido de sufrir complicaciones durante el embarazo y el parto. Entre estas se pueden mencionar tres principales: las hemorragias, los trastornos hipertensivos y las infecciones, siendo estas mismas las principales causas de muerte en mujeres gestantes en casi todas las regiones de América



Latina y el Caribe. De acuerdo con la OMS, “la procreación prematura aumenta el riesgo tanto para las madres como para los recién nacidos.

Los bebés de madres menores de 20 años se enfrentan a un riesgo 50 por ciento superior de mortalidad prenatal o de morir en las primeras semanas de vida, que los bebés de mujeres de 20 a 29 años” (3). Cuanto más joven sea la madre, mayor el riesgo para el bebé. Además, los recién nacidos de madres adolescentes tienen una mayor probabilidad de registrar peso bajo al nacer, con el consiguiente riesgo de efectos a largo plazo.

Estudios en América Latina, en poblaciones de similares características, han señalado lo siguiente: el riesgo de parto prematuro es mayor en las pacientes adolescentes embarazadas y la edad gestacional del parto prematuro está en relación a la edad materna, existiendo mayor riesgo de partos prematuros de menor edad gestacional a menor edad materna.

En este mismo contexto, algunos estudios destacan que existe una frecuencia mayor de rotura prematura de membranas en la paciente adolescente. Así mismo, se ha documentado una mayor frecuencia de recién nacidos de bajo peso al nacer, cuando la madre es una adolescente (12).

En un estudio sobre embarazo de adolescentes en México (13), menciona que dentro de las complicaciones materno neonatales se encuentran: anemia, infecciones bacterianas graves, parto prematuro, parto obstruido y prolongado, desproporción céfalo pélvica y muerte fetal. La mortalidad relacionada con el embarazo y el parto la consideran de dos a cinco veces más alta entre las mujeres menores de 18 años de edad que entre las de 20 a 29 años (13).

La frecuencia de infección del tracto urinario reportada en la mayor parte de las publicaciones es alta en las pacientes adolescentes embarazadas y esta diferencia es estadísticamente significativa con respecto a los grupos controles.

En lo referido a las patologías del parto, diversos estudios señalan que mientras menos edad tenga la adolescente, mayores son las alteraciones que pueden ocurrir en relación al parto, debido, principalmente, a una falta de desarrollo de la pelvis materna y de sus partes blandas (13). Lo anterior condicionaría una mayor



incidencia de desproporción céfalo-pélvica y, por lo tanto, mayor ocurrencia de trabajos de parto prolongados y mayor uso de fórceps o cesáreas.

En las embarazadas adolescentes se reporta con mayor frecuencia la presentación podálica y la pre eclampsia; igualmente, mayor riesgo de culminar su parto con laceraciones del cuello uterino, vagina, vulva y periné. Otros estudios, sin embargo, han encontrado una menor incidencia de partos operatorios en las embarazadas adolescentes, con respecto a las mujeres adultas. (12)

Estimaciones recientes indican que la tasa de fecundidad en adolescentes en América Latina y el Caribe se encuentra entre las más altas del mundo, siendo de 70 por mil mujeres de entre 15 y 19 años (13)

Al realizar un análisis general sobre la distribución de los embarazos, de acuerdo a edad en los catorce departamentos del país, resulta que La Paz es el departamento donde los embarazos adolescentes tienen mayor peso porcentual con respecto al total de embarazos, ya que representan el 33%. Por el contrario, el departamento de Chalatenango tiene el menor peso con el 24% de embarazos adolescentes.

Según el MINSAL, en el año 2011 El Salvador presentó la tasa más alta de embarazo adolescente en Centroamérica. Adicionalmente, se reporta que el 11% de las muertes maternas se dio en mujeres adolescentes. Durante la epidemia de influenza AH1N1, la mayor parte de las muertes fueron de adolescentes embarazadas y la mayor parte de los niños que murieron por la epidemia eran también hijos de madres adolescentes.

El Ministerio de Salud (Minsal) en 2015 reportó 23 mil 028 embarazos en niñas y adolescentes entre 10 y 19 años, que correspondió al 28 por ciento del total de embarazos de ese año. De las adolescentes reportadas un total de 13 mil 146 se inscribieron en control prenatal; de ellas, el 11 por ciento (1 de cada 9) tenía 14 años o menos (14).

COMPLICACIONES MATERNAS EN ADOLESCENTES QUE VERIFICARON PARTO EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA EN EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DE 2016



El departamento de Santa Ana se encuentra con 36 por cada mil niñas y adolescentes de 10 a 19 años. Siendo así el Hospital Nacional "San Juan de Dios de Santa Ana" el que ocupa el quinto lugar en el país en atención de parto de adolescentes, presentando para el año 2016 la cantidad de 5445 partos en total de estos 1463 fueron partos de adolescentes esto quiere decir que el 26.8% fueron partos de niñas entre 10 y 19 años. Obteniendo el tercer lugar en hospitales nacionales donde se tiene el mayor número de partos adolescentes.



OBJETIVOS

➤ **General:**

Identificar las complicaciones maternas durante el parto en adolescentes atendidas en el Hospital Nacional "San Juan de Dios de Santa Ana en el año 2016.

➤ **Específicos:**

- Describir las características sociodemográficas de las adolescentes atendidas en el Hospital Nacional "San Juan de Dios de Santa Ana durante el período del estudio.
- Identificar las complicaciones maternas que se presentan durante el parto de adolescentes atendidas en el Hospital Nacional "San Juan de Dios de Santa Ana en el año 2016.
- Determinar los factores de riesgo asociados a complicaciones maternas encontradas en adolescentes atendidas en el Hospital Nacional "San Juan de Dios de Santa Ana en el año 2016.



DISEÑO METODOLÓGICO

A. **Tipo y diseño general del estudio:**

El presente estudio es de tipo observacional, descriptivo, retrospectivo, corte transversal.

Período de estudio: enero a diciembre de 2016.

B. **Población:**

La población del estudio correspondió al 100% (1463 casos) de partos verificados en adolescentes entre 10 y 19 años durante el año 2016, a los cuales se le aplicaron los criterios de inclusión y exclusión correspondientes, quedando al final una muestra de 1 mil 345 casos.

Unidad de Análisis: Todas las adolescentes que verificaron parto en el Hospital Nacional "San Juan de Dios de Santa Ana en el año 2016.

C. **Criterios de inclusión y exclusión:**

Criterios de inclusión

- Niñas y adolescentes de entre 10-19 años a quienes se les atendió el parto en el Hospital Nacional de Santa Ana durante de enero a diciembre de 2016.
- Grupo de 10 a 19 años de edad.
- Hoja de historia clínica perinatal (CLAP).

Criterios de exclusión

- Expediente incompleto o dañado.
- Parto atendido en otro centro hospitalario.
- Parto extra hospitalario.



- **Procedimientos para la recolección de información:**

Fuente de los datos:

Expedientes clínicos de las adolescentes de 10 a 19 años que verificaron parto en el Hospital Nacional “San Juan de Dios de Santa Ana en el año 2016.

Libro de registro de sala de partos del año 2016 del Hospital Nacional “San Juan de Dios de Santa Ana en el año 2016.

Hoja historia clínica perinatal (CLAP) de los expedientes clínicos.

Hoja de historia clínica neonatal al momento del nacimiento.

CONSIDERACIONES ETICAS

Esta investigación es conducida de acuerdo con los principios adoptados por la 18ª Asamblea Médica Mundial (Helsinki, 1964) y todas las modificaciones vigentes aplicables.

Leyes y regulaciones. Esta investigación es conducida en cumplimiento de los principios con las Guías para las Buenas Prácticas Clínicas (BPC) establecidas por la Organización Mundial de la Salud.

La adolescencia es una etapa de cambios que conlleva el enfrentarse a diferentes riesgos, entre ellos el inicio de relaciones sexo – coitales sin prever las consecuencias, tales como el embarazo a edades tempranas, por tal motivo esta situación es considerada problema de salud pública a nivel nacional, así como los efectos en la salud que de esta misma condición derivan.

La presente investigación cuenta con los elementos metodológicos que brindan una claridad para que el estudio pueda llevarse a cabo de acuerdo a su diseño que permitirá que tenga la validez científica necesaria, así como los investigadores tendrán la competencia técnica y ética para realizar el estudio, ya que el equipo



operativo constato de profesionales Ginecólogos Obstetras con conocimientos sobre las complicaciones maternas que se pueden presentar en el parto.

Mecanismo de resguardo de los datos: Ninguna identificación será expuesta. Todo el análisis e información obtenida de los registros clínicos excluyo los nombres de la población adolescente involucrada.

El instrumento de investigación fue identificado por el número de expediente, el cual sustituirá la identidad de las personas sujetos de investigación.

Justicia: La investigación está fundamentada en el respeto a las personas y enfocada en la población de adolescentes, con la información generada se garantizará el interés superior de la población adolescente de la zona de intervención.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Tipo	Descripción variable.	Valores	Fuente
Edad	Continua Cuantitativa	Edad en años	Numérico	Expediente Clínico
Procedencia	Nominal Dicotómica	Lugar de residencia	Urbana Rural	Expediente Clínico
Estado civil	Nominal	Estado Civil	Casada Acompañada soltera	Expediente Clínico
Escolaridad	Nominal	Nivel de Escolaridad	Primaria Secundaria Tercer ciclo Bachillerato	Expediente Clínico

COMPLICACIONES MATERNAS EN ADOLESCENTES QUE VERIFICARON PARTO EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA EN EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DE 2016



			Universitaria	
Paridad	Numeral Ordinal	Número de partos	1 2 3 Mayor o igual a 4	Expediente Clínico
Ultimo parto	Numeral Ordinal	Tiempo en años	Menor a dos años Mayor a dos años	Expediente Clínico
Vía del parto	Nominal	Vía del parto	Abdominal vaginal	Expediente Clínico
Embarazo	Nominal	Tipo de embarazo	Único Múltiple	Expediente Clínico
Controles prenatales	Dicotómico	Controles Prenatales	Si No	Expediente Clínico
Número de Controles Prenatales	Numeral Ordinal	Número de controles prenatales	1 2 3 o mas	Expediente Clínico
Control Prenatal adecuado	Dicotómico	Controles Prenatales Adecuados	Si No	Expediente Clínico
Lugar en donde llevo el Control prenatal	Nominal	Establecimientos de salud	Unidad de Salud especializada, intermedia Básica, Hospital	Expediente Clínico
	Nominal	Diagnóstico de	Expediente Clínico	

COMPLICACIONES MATERNAS EN ADOLESCENTES QUE VERIFICARON PARTO EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA EN EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DE 2016



enfermedad que presenta		enfermedades crónicas.		
Peso materno al momento del parto	Nominal	Peso Materno en Kg	Normal Sobrepeso Obesidad Bajo peso	Expediente Clínico
Anemia durante el parto	Dicotómico	Valor de hemoglobina	Si No	Expediente Clínico
Micronutrientes durante el embarazo	Dicotómico	Indicación de micronutrientes durante el embarazo	Si No	Expediente Clínico
Bacteriuria durante el embarazo	Dicotómico	Diagnóstico de bacteriuria durante el embarazo	Si No	Expediente Clínico
Infecciones vaginales	Dicotómico	Diagnóstico de infecciones vaginales durante el embarazo	Si No	Expediente Clínico
Glicemia en el embarazo	Dicotómico	Diagnostico en base a la glucosa durante el embarazo	Normal Hiperglicemia hipoglicemia	Expediente Clínico
Presión arterial durante parto	Nominal	Diagnostico en base a la medición de la presión arterial	Hipertensión arterial crónica Hipertensión gestacional	Expediente Clínico

COMPLICACIONES MATERNAS EN ADOLESCENTES QUE VERIFICARON PARTO EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA EN EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DE 2016



			Preclamsia Leve (PEL) Preclamsia Grave (PEG) HTA mas preclamsia	
Altura uterina de acuerdo a la edad gestacional	Dicotómico	Altura uterina de acuerdo a la edad gestacional	Si No	Expediente Clínico
Presentación fetal	Nominal	Presentación fetal	Cefálica Pélvica Podálica Transversa	Expediente Clínico
Complicaciones en el segundo periodo del parto	Dicotómico	Presencia complicaciones	Si No	Expediente Clínico
Anestesia regional	Dicotómico	Indicación de anestesia regional	Si No	Expediente Clínico
Pelvimetria clínica	Dicotómico	Realización de pelvimetria	Si No	Expediente Clínico
Altura uterina en el parto	Dicotómico	Altura uterina durante el parto	Si No	Expediente Clínico
Medición adecuada altura uterina en el parto	Dicotómico	Medición adecuada de altura uterina en el momento del parto	Si no	Expediente Clínico
Maniobras	Dicotómica	Realización de	Si	Expediente

COMPLICACIONES MATERNAS EN ADOLESCENTES QUE VERIFICARON PARTO EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA EN EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DE 2016



de Leopold antes del parto		maniobras antes del momento del parto	No	Clínico
Maniobras de Leopold adecuadas	Dicotómica	Realización de maniobras adecuadas durante el parto	Si No	Expediente Clínico
Uso de tocolíticos	Dicotómico	Indicación de tocolíticos durante el parto	Si No	Expediente Clínico
Uso De cateterismo vesical	Dicotómico	Indicación de cateterismo vesical durante el parto	Si No	Expediente Clínico
Ruptura de membranas	Dicotómico	Ruptura de membranas antes del parto	Si No	Expediente Clínico
Evolución de la ruptura de membranas	Nominal	Tiempo transcurrido de ruptura de membranas	Menor a 18 horas Mayor a 18 horas	Expediente Clínico
Inducción para el parto	Dicotómico	Indicación del médico inducción del parto	Si No	Expediente Clínico
Conducción para el parto	Dicotómico	Indicación de conducción del parto	Si No	Expediente Clínico
Inducción, conducción según norma	Dicotómico	Indicación de inducción y conducción según norma	Si No	Expediente Clínico

COMPLICACIONES MATERNAS EN ADOLESCENTES QUE VERIFICARON PARTO EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA EN EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DE 2016



Maniobras de Kristeller	Dicotómico	Realización de maniobras Kristeller	Si No	Expediente Clínico
Desgarros durante el parto	Dicotómico	Diagnóstico de desgarros durante el parto	Si No	Expediente Clínico
Manejo oportuno del desgarro	Dicotómico	Tratamiento oportuno del desgarro	Si No	Expediente Clínico
Resultado materno	Nominal	Diagnóstico de la madre al momento del alta	Viva Muerta Near miss	Expediente Clínico



FUNDAMENTO TEÓRICO

ADOLESCENCIA

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia es el período comprendido entre los 10 y 19 años considerados como el período de la juventud (entre los 10 y los 24 años). La pubertad o adolescencia inicial es la primera fase, comienza normalmente a los 10 años en las niñas y a los 11 en los niños y llega hasta los 14-15 años. La adolescencia media y tardía se extiende, hasta los 19 años. A la adolescencia le sigue la juventud plena, desde los 20 hasta los 24 años [1].

La Ley de protección integral de la niñez y adolescencia (LEPINA) establece que la niñez es la etapa comprendida desde la concepción hasta los doce años cumplidos y adolescente es la edad comprendida desde los doce años cumplidos hasta que cumpla los dieciocho años de edad.

En cada una de las etapas se presentan cambios tanto en el aspecto fisiológico (estimulación y funcionamiento de los órganos por hormonas), cambios estructurales anatómicos y modificación en el perfil psicológico y de la personalidad.

Sin embargo, la condición de la adolescencia no es uniforme y varía de acuerdo a las características individuales y de grupo, es el período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez; constituye un período de la vida donde ocurren una serie de cambios con rapidez vertiginosa que se reflejan en la esfera anatomo fisiológica, social y cultural [2].

La adolescencia en El Salvador representa el 21% del total de la población de acuerdo a datos de la dirección General de Estadísticas y Censos en el año 2013, siendo una distribución similar entre hombres y mujeres, 51 y 49% respectivamente.

La adolescencia es un periodo especialmente delicado, en el cual se experimentan cambios entre ellos el despertar y querer iniciar una vida sexual



activa, para lo cual hay distintas opciones de acuerdo a la educación brindada en el hogar, centros educativos o de acuerdo a la presión social en la cual se desenvuelva la adolescente por lo que es muy importante el prestar atención a los embarazos que se presentan ya que muchas adolescentes no saben cómo evitarlo, debido a que no existe una adecuada educación sexual.

Es posible que se sientan demasiado cohibidas o avergonzadas para solicitar servicios de anticoncepción; puede que los anticonceptivos sean demasiado caros o de difícil acceso; aun cuando sea fácil conseguir anticonceptivos, las adolescentes activas sexualmente son menos propensas a usarlos que las mujeres adultas, también existe la situación en la que no puedan negarse a mantener relaciones sexuales no deseadas o a oponerse a las relaciones sexuales forzadas, que suelen ser sin protección. Todo ello ha ocasionado que el índice de embarazos en esta etapa de la vida se consolide como un problema de salud pública muy importante; además se considera desde el punto de vista médico y social como una situación de riesgo.

Características

La adolescencia es principalmente una época de cambios, es la etapa que marca el proceso de transformación del niño en adulto, es un período de transición que tiene características peculiares. Se llama adolescencia, porque sus protagonistas son jóvenes que aún no son adultos pero que ya no son niños. Es una etapa de descubrimiento de la propia identidad psicológica, identidad sexual, así como la de autonomía individual.

En el aspecto emocional, la llegada de la adolescencia significa la eclosión de la capacidad afectiva para sentir y desarrollar emociones que se identifican o tiene relación con el amor. El adolescente puede hacer uso de su autonomía y comenzar a elegir a sus amigos y a las personas que va a querer, hasta entonces no ha escogido a sus seres queridos. Al nacer conoció a sus padres y tal vez a algunos hermanos y el resto de sus familiares. Después, de alguna manera, sus padres fueron eligiendo sus compañeros de clase y amigos. Pero al llegar a la



adolescencia, puede hacer uso de cierta capacidad de elección para poner en marcha uno de los mecanismos más significativos de esta etapa. Llevando implícita la capacidad para discriminar sus afectos: querer de diferente manera a cada persona que le rodea y personalizar sus afectos. La discriminación de afectos, a través del establecimiento de diferencias en el tipo y la profundidad de sentimientos, le permite la personalización de sus afectos. El adolescente está en un camino medio entre la edad adulta y la infancia, en lo que hace referencia a la vivencia de sus emociones, estando presente una mezcla singular de sus comportamientos. Todavía tiene una forma de manifestar sus deseos mediante una emotividad exacerbada o con la espontaneidad propia de la infancia, pero ya empieza a actuar de una manera sutil en las interacciones, o con una cierta represión relativa de sus emociones, tal como hace el adulto.

La adolescencia se caracteriza por el crecimiento físico y desarrollo psicológico, y es la fase del desarrollo humano situada entre la infancia y la edad adulta. Esta transición debe considerarse un fenómeno biológico, cultural y social. En la adolescencia temprana y para ambos sexos, suceden cambios hormonales a nivel de la hipófisis, como el aumento en la concentración de gonadotropinas (hormona folículo estimulante) y de esteroides sexuales. Seguidamente aparecen cambios físicos, sobre todo cambios observados en la glándula mamaria de las niñas, los cambios genitales de los varones y el vello pubiano en ambos sexos.

Cada individuo posee una personalidad y en esta etapa es cuando más la manifiesta generalmente, no solo de manera individual sino de forma grupal, para poder medir el grado de aceptación en los diferentes escenarios sociales e ir haciendo los ajustes o modificaciones necesarios para sentirse aceptado socialmente.

El perfil psicológico generalmente es transitorio y cambiante, es emocionalmente inestable. El desarrollo de la personalidad dependerá en gran medida de los aspectos hereditarios, de la estructura y experiencias en la etapa infantil preescolar



y escolar y de las condiciones sociales, familiares y ambientales en el que se desenvuelva el adolescente.

Según las diferentes edades, a la adolescencia se la puede dividir en tres etapas: Adolescencia temprana, media y tardía.

a) Adolescencia temprana cuando una persona tiene entre 10 a 13 años de edad. Biológicamente, es el periodo peri puberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca. Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo.

Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales. Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

b) Adolescencia media (14 a 16 años), es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el período de máxima relación con sus padres, 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 casi siempre generadoras de riesgo. Muy preocupados por la apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.

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



GENERALIDADES DE LA ADOLESCENCIA

La adolescencia, es un periodo en el desarrollo biológico, psicológico, sexual y social inmediatamente posterior a la niñez y que comienza con la pubertad. Su rango de duración varía según las diferentes fuentes y posiciones médicas, científicas y psicológicas pero generalmente se enmarca su inicio entre los 10 a 12 años y su finalización a los 19 o 20.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia es el período comprendido entre los 10 y 19 años y está comprendida dentro del período de la juventud (entre los 10 y los 24 años). La pubertad o adolescencia inicial es la primera fase, comienza normalmente.

A los 10 años en las niñas y a los 11 en los niños y llega hasta los 14-15 años. La adolescencia media y tardía se extiende, hasta los 19 años. A la adolescencia le sigue la juventud plena, desde los 20 años 24 años. Algunos psicólogos consideran que la adolescencia abarca hasta los 21 años e incluso algunos autores han extendido en estudios recientes la adolescencia a los 25 años.

En cada una de las etapas se presentan cambios tanto en el aspecto fisiológico (estimulación y funcionamiento de los órganos por hormonas), cambios estructurales anatómicos y modificación en el perfil psicológico y de la personalidad. Sin embargo, la condición de la adolescencia no es uniforme y varía de acuerdo a las características individuales y de grupo.

La OMS estima que una de cada cinco personas en el mundo es adolescente, 85% de ellos viven en países pobres o de ingresos medios, y alrededor de 1,7 millones de ellos mueren al año.

La adolescencia se caracteriza por el crecimiento físico y desarrollo psicológico, y es la fase del desarrollo humano situada entre la infancia y la edad adulta. Esta transición es tanto física como psicológica por lo que debe considerarse un fenómeno biológico, cultural y social.

Muchas culturas difieren respecto a cuál es la edad en la que las personas llegan a ser adultas. En diversas regiones, el paso de la adolescencia a la edad adulta va unido a ceremonias y/o fiestas. Según algunos autores, el período comprendido



entre los 13 a 21 años es la búsqueda de la identidad, define al individuo para toda su vida adulta quedando plenamente consolidada la personalidad a partir de los 21 años. Sin embargo, no puede generalizarse, ya que el final de la adolescencia depende del desarrollo psicológico, la edad exacta en que termina no es homogénea y dependerá de cada individuo.

Según algunos autores en el área de la psicología, las etapas de la adolescencia suelen dividirse en tres. Cada etapa trae sus propios cambios físicos, emocionales, psicológicos y de comportamiento, como ya se describió previamente. El desarrollo de los niños entre 8 y 18 años no está solamente determinado por el crecimiento y los cambios biológicos que experimentan su cuerpo, sino también por su propio temperamento y personalidad, las expectativas puestas en ellos por los adultos con los que conviven, y las influencias sociales. Estas etapas son:

1. La pre-adolescencia: desde las 8 hasta los 11 años de edad. Esta etapa incluye:
 - a) Crecimiento desigual de huesos, músculos y órganos puede dar una apariencia algo torpe.
 - b) Supone el inicio de la pubertad para la mayoría.
 - c) Hay pensamientos lógicos y tendencia a despreciar pensamientos imaginativos de la infancia. Capacidad para acumular grandes conocimientos y aplicar nuevos conceptos.
 - d) Mayor interés para aprender habilidades de vida (cocinar, reparar).
 - e) Egocéntrico en general, aunque ya tiene conciencia. Comprende los conceptos lo que es justo y la negociación. No siempre se ve reflejada su capacidad moral en su comportamiento.
 - f) En gran medida es influido por las relaciones con los miembros de su familia, profesores y cada vez más, por sus compañeros. Muchos niños tienden a imitar el estereotipo masculino. La autoimagen de muchas niñas puede sufrir con la llegada de la pubertad.



- g) Mayor afán de hacer planes y cumplir con objetivos; aunque paradójicamente hay una mayor tendencia a ser desorganizados.
 - h) Relación de afecto y dependencia de ambos padres. Deseo de participar más en decisiones que les afecta. Tendencia a discutir sobre tareas, deberes y orden. Hay conflictos con hermanos.
 - i) Eligen amigos con mismos gustos y aficiones. Niñas tienden a tener menos amigas más íntimas que niños. En esta etapa se forman pandillas de amigos que pueden excluir a otros niños.
2. Segunda etapa de la adolescencia: desde las 11 hasta los 15 años e incluye:
- a) Llegada de la pubertad con velocidad distinta dependiendo de cada adolescente. Aumento de apetito en épocas de crecimiento. Necesitan dormir más. Desarrollo de los órganos sexuales, cambios en la voz, posible olor corporal.
 - b) Desarrollo de nuevas capacidades para ver las cosas en términos relativos y abstractos y para pensar. Sentido de humor puede estar más centrado en la ironía y el sexo. Época de mayor conflicto con padres.
 - c) Tendencia hacia el egocentrismo. Buscan la aprobación social de sus compañeros. Aunque entienden los conceptos relacionados con el orden social, a esta edad suelen cuestionar ciertos principios sociales, morales y/o éticos, a veces sobre todo los que tienen los padres.
 - d) Depende de cómo aceptan los cambios que ocurren durante la pubertad. Tendencia a conformarse con estereotipos. Preocupación con problemas de peso, piel, altura y el aspecto físico en general.
 - e) Atención centrado en sí mismo. Preocupación por la opinión de otros. Necesitan más intimidad en el hogar. Sufren cambios muy fuertes de humor y pueden pasar de la tristeza absoluta a la alegría desbordada en cuestión de horas, sin saber muy bien por qué. Tendencia a olvidar todo.
 - f) Suele ser la etapa de mayor conflicto con los padres mientras buscan una identidad propia dentro de la familia más allá que la del niño o la niña de



- antes. Busca más compañía de sus compañeros. Rechaza a veces muestras de cariño, aunque las sigue necesitando. Deseo de tomar sus propias decisiones y rebelar contra las limitaciones de la disciplina de padres aunque la siguen necesitando.
- g) Los cambios de la pubertad y cómo reaccionan los compañeros pueden condicionar las amistades. Mayor tendencia a compartir confidencialidades y formar grupos de 2 a 6 amigos. Se despierta el deseo sexual y algunos empiezan ya a formar parejas.
3. Tercera etapa de la adolescencia: desde las 15 hasta los 18 años
- a) Mayor homogeneidad entre sus compañeros ya que la mayoría ya ha pasado por la pubertad y durante esta etapa llegan a su altura y peso de adulto.
- b) Mayor capacidad para pensar de forma abstracta e hipotética sobre el presente y el futuro. Al poder entender y compartir mejor los acontecimientos que les rodean y que ocurren más allá de su círculo social inmediato, pueden adoptar una nueva conciencia social.
- c) Menos egocentrismo y mayor énfasis sobre valores abstractos y principios morales. Como el desarrollo emocional y el desarrollo cognitivo no van al mismo paso, es posible que los mismos adolescentes que reivindican ciertos valores, los violan a la vez. En este sentido es una etapa algo contradictoria.
- d) Es la etapa en la que se forman su propia identidad. Experimentan con distintos aspectos, papeles, valores, amigos, aficiones. Las niñas (principalmente) con problemas de peso pueden tener tendencia a la depresión.
- e) Cierta vulnerabilidad ante posibles preocupaciones, depresiones y trastornos como la anorexia.
- f) Conforme se van avanzando por esta última etapa de la adolescencia, suele haber menos conflictos entre hijos y padres y mayor respeto porque



los hijos ya pueden ver a sus padres como individuos y comprender que sus opiniones se basan en ciertos valores y esto produce una mejoría en las relaciones familiares. Siguen discrepando con algunos límites impuestos por los padres (como dinero, tareas en casa, hora de llegar a casa, apariencia, etc), aunque la existencia de estos límites les beneficiarán mucho a largo plazo.

- g) Las amistades entre adolescentes empiezan a ser más frecuentes y la influencia de los amigos sigue siendo clave en el desarrollo personal de una identidad propia. Los amigos antisociales pueden aumentar un comportamiento antisocial en el adolescente.

PROBLEMAS GLOBALES DE LA ADOLESCENCIA

1. Las tensiones internas:

Es el primer resultado de la reaparición de deseos inconscientes reprimidos durante la infancia. El preadolescente no se halla preparado para resistir esta tensión, que ocasionalmente se descarga a través de actitudes antes desconocidas. Egoísmo, crueldad, suciedad, o dejadez.

2. Disolución de la identidad infantil:

Depende del modelo educativo bajo el cual hayan crecido es como supera el periodo de crisis preadolescente, que abarca entre 13 a 15 años. Si el niño crece en un ambiente medio (ni demasiado rígido, ni demasiado primitivo), este periodo debe ser superado con éxito.

3. Ser y tener:

Desde el momento en que el niño y la niña descubren las diferencias sexuales anatómicas, su evolución psicoafectiva empieza a centrarse en cambio diferentes. Esta divergencia se pone de manifiesto en los años de la primera adolescencia. Los varones se esfuerzan en "tener" (pene, virilidad, casa, coche). Las procuraciones de los varones, durante la adolescencia, se centran sobre todo en



poseer tener lo que ellos suponen es la esencia de la virilidad; mientras que las mujeres lo hacen en él "ser" (bellas, admiradas).

4. Los temores masculinos:

Todas las preocupaciones se centran en los cambios físicos que acaban de sufrir o sufrirán. El crecimiento y el desarrollo del pene, los testículos y el vello corporal son su máxima preocupación, a la vez sus máximos temores apuntan a supuestas malformaciones o defectos en lo que suponen es la esencia de la virilidad.

5. Temores femeninos:

La principal angustia de las adolescentes sigue siendo lo físico, el deseo de tener el mejor físico con el objeto de ser deseada. El desarrollo de sus pechos, el tema importante entre las jóvenes. Si hay que buscar las causas de la preocupación por el tamaño de los senos ya que les preocupa ante todo el tener su cuerpo perfecto. Otra gran preocupación de la joven es la menstruación. Este proceso, que transforma a la niña en una mujer, suele provocar en un comienzo ciertas dudas, que pueden ser fácilmente aclaradas con una información precisa y adecuada por parte de los padres.

6. Los conflictos familiares:

Uno de los primeros conflictos que vive el adolescente con sus familiares son por aspectos cotidianos, como, por ejemplo: la forma de vestir y pensar de los padres, sus rutinas, sus costumbres, cuidado de la ropa y la habitación, los horarios, las salidas, etc.

7. El suicidio en los adolescentes:

El suicidio ha tenido un aumento dramático recientemente. El suicidio es la tercera causa de muerte para los jóvenes de 15 a 24 años y la sexta en los niños de 5 a 14 años. Los adolescentes experimentan fuertes sentimientos de estrés,



confusión, dudas sobre si mismos, presión para lograr un éxito y otros miedos mientras van creciendo, en algunos casos el suicidio aparenta ser una solución.

8. Embarazo adolescente:

Una de las causas del embarazo adolescente es que mantienen relaciones sexuales sin las medidas preventivas adecuadas. El por qué los adolescentes practican el sexo, y el por qué lo hacen sin métodos anticonceptivos, es porque hoy en día crecen rodeados de una cultura donde compañeros, televisión, cine y revistas transmiten mensajes en los cuales manifiestan que las relaciones sexuales sin estar casados son comunes, aceptadas y a veces esperadas.

EMBARAZO EN LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) denomina como un embarazo adolescente a todos aquellos que ocurren por debajo de los 19 años de edad. La gestación en cualquier época de la vida se vuelve un paso importante en el desarrollo de las mujeres. Con frecuencia, suele ser parte de un sentimiento de autorrealización y crecimiento dentro de sus vidas.

Es frecuente que estos embarazos se presenten como un evento no deseado o no planificado, producto de una relación débil de pareja, lo que determina una actitud de rechazo y ocultamiento de su condición, por temor a la reacción del grupo familiar, lo que causa sentimientos confusos, algunos positivos y otros negativos provocando un control prenatal tardío o insuficiente, por lo que el embarazo en este grupo de edad sigue siendo uno de los principales factores que contribuyen a la mortalidad materna e infantil y al círculo de enfermedad y pobreza .

Factores de riesgo

Existen muchas y muy variadas causas, pero la más importante es la falta de educación sexual. Los padres de familia, muchas veces evaden esta responsabilidad y la dejan a cargo de los maestros. Con respecto a los factores de



riesgo asociados al embarazo adolescente, se ha logrado identificar una gran variedad que es posible agrupar en 3 categorías:

- a) Factores de riesgo individuales: Son factores que constituyen un riesgo elevado para el inicio de la actividad coital, entre ellas figuran la menarquia en edades cada vez más precoces, la idea de invulnerabilidad, baja autoestima, baja escolaridad, falta de objetivos claros, impulsividad, mala relación con los padres y carencia de compromiso religioso.
- b) Factores de riesgo familiares: Violencia familiar, permisividad, padres inflexibles, madre con antecedente de embarazo en adolescencia, pérdida de figuras significativas y baja escolaridad de los padres.
- c) Factores de riesgo sociales: Bajo nivel socioeconómico, hacinamiento, estrés, delincuencia, alcoholismo, trabajo no calificado, vivir en un área rural, ingreso precoz a la fuerza de trabajo, mitos y tabúes sobre sexualidad, marginación social y predominio del “amor romántico” en las relaciones sentimentales de los adolescentes.

El embarazo en la adolescencia es una condición que mundialmente se encuentra en aumento, principalmente porque la proporción de adolescentes sexualmente activas cada vez es mayor, es una de las preocupaciones derivadas de la conducta actual de los adolescentes y por la falta del buen uso de anticonceptivos. Se estima que en América Latina el 50% de las adolescentes menores de 17 años son sexualmente activas. Actualmente el incremento en la frecuencia de embarazos en adolescentes se ha convertido en un problema de salud pública y esto genera evidentemente un impacto negativo porque los condena a la baja escolaridad, es el primer paso a la pobreza en muchos de los casos y a la frustración por la pérdida de los proyectos de vida.

En la actualidad se estima que el 25% de las adolescentes que inician la actividad sexual se embarazan antes de los 19 años y el 60% de estas gestaciones ocurre en los primeros 6 meses posteriores al inicio de las relaciones sexuales, ahora bien, se estima que en países desarrollados el embarazo en adolescentes está



presente aproximadamente en 20-60% de su población; en Estados Unidos cerca del 12.8% corresponden a madres adolescentes, mientras en países menos desarrollados aumenta la cifra, por ejemplo en el Salvador corresponde a 25%; sin embargo en países de Africanos incluso llega a presentarse hasta en un 45%.

La respuesta que un adolescente puede tener frente a un embarazo dependerá en gran parte de su historia personal, del contexto familiar, cultural, religioso y social, así como, de la etapa de la adolescencia en que se encuentren.

Desde el punto de vista biológico tradicionalmente se ha considerado que un embarazo en esta etapa también constituye un riesgo para la salud de las madres y sus hijos ya que aumenta la posibilidad de complicaciones obstétricas y perinatales, de tal forma que, a menor edad el riesgo a complicaciones aumenta. La muerte materna por ejemplo algunos autores la han estimado en 2.5 veces más alta en mujeres menores de 18 años con respecto a las mayores de 20 años, lo que corresponde a un aumento del 20 al 200% de mortalidad materna.

La maternidad es un rol de la edad adulta. Cuando ocurre en el periodo en que la mujer no puede desempeñar adecuadamente ese rol, el proceso se perturba en diferente grado. Las madres adolescentes pertenecen generalmente a sectores sociales más desprotegidos y, en las circunstancias en que ellas crecen, su adolescencia tiene características particulares.

Es habitual que asuman responsabilidades impropias de esta etapa de su vida, reemplazando a sus madres y privadas de actividades propias de su edad, confundiendo su rol dentro del grupo, comportándose como "hija-madre", cuando deberían asumir su propia identidad superando la confusión en que crecieron. El despertar sexual suele ser precoz y muy importante en sus vidas carentes de otros intereses; con escolaridad pobre; sin proyectos (laborales, de uso del tiempo libre, de estudio); con modelos familiares de iniciación sexual precoz; por estimulación de los medios, inician a muy corta edad sus relaciones sexuales con chicos muy jóvenes, con muy escasa comunicación verbal y predominio del lenguaje corporal. Tienen relaciones sexuales sin protección contra enfermedades de transmisión sexual buscando a través de sus fantasías, el amor que compense sus carencias.



En la adolescencia temprana, con menos de 14 años, el impacto del embarazo se suma al del desarrollo puberal. Se exacerban los temores por los dolores del parto; se preocupan más por sus necesidades personales que no piensan en el embarazo como un hecho que las transformará en madres. Si, como muchas veces ocurre, es un embarazo por abuso sexual, la situación se complica mucho más. Se vuelven muy dependientes de su propia madre, sin lugar para una pareja, aunque ella exista realmente.

No identifican a su hijo como un ser independiente de ellas y no asumen su crianza, la que queda a cargo de los abuelos.

En la adolescencia media, entre los 14 y 16 años, como ya tiene establecida la identidad del género, el embarazo se relaciona con la expresión del erotismo, manifestado en la vestimenta que suelen usar, exhibiendo su abdomen gestante en el límite del exhibicionismo. Es muy común que "dramaticen" la experiencia corporal y emocional, haciéndola sentirse posesiva del feto, utilizado como "poderoso instrumento" que le afirme su independencia de los padres. Frecuentemente oscilan entre la euforia y la depresión, temen los dolores del parto, pero también temen por la salud del hijo, adoptando actitudes de auto cuidado hacia su salud y la de su hijo.

En la adolescencia tardía, luego de los 18 años, es frecuente que el embarazo sea el elemento que faltaba para consolidar su identidad y formalizar una pareja jugando, muchas de ellas, el papel de madre joven. La crianza del hijo por lo general no tiene muchos inconvenientes.

En resumen, la actitud de una adolescente embarazada frente a la maternidad y a la crianza de su hijo, estará muy influenciada por la etapa de su vida por la que transita y, necesitará mucha ayuda del equipo de salud, abordando el tema desde un ángulo interdisciplinario durante todo el proceso, incluso el seguimiento y crianza de su hijo durante sus primeros años de vida. La abstinencia es la mejor forma para prevenir un embarazo.

Los valores, tanto morales como religiosos, como lo es el amor responsable, la fidelidad, el respeto por la vida. Es necesario crear programas para fomentar la



información y los servicios que necesitan los jóvenes, para concientizarlos y lograr una sexualidad responsable.

Medidas de orden general, tanto educativas a nivel sexual, como sociales dirigidas a todos los jóvenes. Modificar comportamientos sociales que fomenten la actividad sexual, como la publicidad, revistas y la influencia cultural en general. No existe una edad específica para quedar embarazada. Lo cierto es que, un embarazo ideal, ya sea adolescente o adulto, es el que se origina a partir de una relación en pareja, una decisión libre y responsable de ambos progenitores, pero teniendo siempre como base el respeto y mucho amor.

EMBARAZO EN LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) en una publicación realizada en el año 2014 menciona que el embarazo en adolescentes es uno de los principales problemas a nivel Latinoamericano, siendo Centro América el primer lugar a nivel regional. Dentro de los países Centro Americanos que presentan mayor tasa de embarazo en adolescentes El Salvador ocupa el segundo lugar

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha señalado que anualmente alrededor de 16 millones de jóvenes entre 15 y 19 años verifican parto

Por lo que el embarazo es un hecho trascendental en la vida de la mujer, que trae consigo características orgánicas, psicológicas, sociales y cada día se vuelve un problema tan complejo de gran importancia e impacto a la salud pública en todo el mundo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) menciona que el 50 % de las madres solteras son adolescentes y entre el 60 y el 70 % de estos embarazos no son deseados, con ello podemos comprender los efectos psicosociales de este fenómeno

Además, el embarazo en la adolescencia trae consigo consecuencias para la salud, ya que en este grupo etario es donde más complicaciones se presentan



tanto en el embarazo como en el momento del parto en muchos países Latino Americanos incluido el Salvador.

En El Salvador se considera la segunda causa de muerte entre las jóvenes de 15 a 19 años de edad y los riesgos maternos y neonatales se incrementan cuando la mujer ha tenido múltiples embarazos antes de llegar a los 20 años.

La región de América Latina y el Caribe registra la segunda tasa más alta de embarazos adolescentes antes de los 20 años, con el 38 % del total mundial.

Este problema de salud tiene un costo económico y social considerable para las familias y los gobiernos, su frecuencia varía entre 5 y 12% en las regiones desarrolladas del mundo, pero puede ser de hasta 40% en las regiones más pobres.

PARTO NORMAL

El parto normal es el proceso fisiológico con el que la mujer finaliza su gestación a término (entre las 37 y las 42 semanas cumplidas).

El trabajo de parto es el proceso mediante el cual el producto de la concepción (uno o más fetos) y sus anexos salen del organismo materno a través del canal del parto

EL trabajo de parto puede ser: parto normal y parto distócico.

FASES DEL TRABAJO DE PARTO

1) Quiescencia uterina

Es un período excluido del trabajo del parto el cual no tiene un inicio definido, comienza con la aparición progresiva de un conjunto de síntomas y signos que le servirán a la madre para darse cuenta que se aproxima el momento del parto, aunque no siempre en forma inmediata, dentro de sus características están:

- a) Disminución de la altura uterina
- b) Maduración del cuello.
- c) Inicio de la actividad uterina regular.



2) Primer periodo del trabajo de parto

Se inicia cuando se establecen contracciones regulares y finaliza cuando hay una dilatación completa del cuello uterino. Las fuerzas que actúan en este periodo son las contracciones uterinas. Es el periodo más extenso del parto y en él se distinguen dos fases: la fase de latencia y la fase activa .

- **Fase de latencia:**

Se produce el reblandecimiento y borramiento del cuello uterino (se acorta hasta que desaparece) y se inicia la dilatación. En las primíparas durante el periodo de dilatación, primero borran y luego dilatan, en las múltiparas el borrado y dilatación ocurre a la vez es la fase más larga. La dilatación del cuello uterino progresa de forma lenta hasta alcanzar 4-5 cm, esta fase puede durar hasta 20 horas en las pacientes nulíparas.

- **Fase activa:**

Las contracciones son más frecuentes (2/10 minutos) y dolorosas es una fase de duración variable que está en relación con la paridad (es más rápida en las múltiparas dilatan 1,5 cm/hora, mientras que las primigestas dilatan 1.2 cm/hora). Finaliza la fase activa con dilatación completa.

3) Segundo Periodo del trabajo de parto

Período del trabajo del parto que comienza con la dilatación completa y termina con la expulsión del feto. Para que el periodo expulsivo vaya bien es necesario que el feto realice movimientos adaptativos como la entrada en el estrecho superior, flexión, descenso, rotación interna, deflexión, rotación externa, expulsión de los hombros. (Primero el anterior y luego el posterior) movimientos que realiza al atravesar el canal óseo y el canal blando.

Las características en este periodo son: Contracciones intensas (porque son las que verdaderamente ayudan al feto a seguir la trayectoria), que se presentan con menor frecuencia, aparición de pujos, abombamiento del periné, protrusión y



dilatación del ano, congestión de la vulva. (La vulva cambia de color por éxtasis venoso por la presencia del feto), visualización de la presentación

4) Periodo de alumbramiento o tercer periodo

Se inicia al terminar la salida del feto y finaliza con la salida de la placenta y membranas ovulares. Las fuerzas que actúan en este periodo son las contracciones uterinas y la presión abdominal de la mujer. La duración máxima es de 30 minutos, el cual tiene dos periodos:

- Desprendimiento de la placenta y las membranas.
- Expulsión de la placenta y las membranas

PARTO DISTOCICO

El parto distócico o parto anormal es un parto complicado, que tiene dificultades, esto sucede cuando el feto tiene anomalías tanto anatómicas como funcionales.

La distocia se define como la dificultad para el progreso adecuado del parto vaginal

A su vez se clasifica en:

1-Distocia dinámica: Son aquellas en las que existen alteraciones de la contractilidad uterina que interfieren en la progresión normal del parto.

2-Distocias de presentación:

Son aquellas en las que se dan alteraciones de la posición, presentación o variedad fetal que dificultan o imposibilitan el parto normal.

3-Distocias de partes óseas:

Alteración de la forma, dimensión o inclinación de la pelvis materna, que dificulta o imposibilita el parto vaginal.



4-Distocia de partes blandas:

Anormalidad de los tejidos blandos que participan en la labor de parto y cuya disfunción anatómico funcional dificulta el parto

COMPLICACIONES MATERNAS DEL SEGUNDO PERIODO DEL TRABAJO DE PARTO

En lo que respecta a las complicaciones del parto, se señala que mientras más joven es la adolescente, mayores son las alteraciones que pueden ocurrir en relación al parto.

Esto es debido principalmente a una falta de desarrollo de la pelvis materna, lo que condicionaría una mayor incidencia de desproporción cefalopélvica, constituyendo esto, una causa importante de trabajos de parto prolongado y partos operatorios, lo cual podría influir en la condición inmediata de la madre y del recién nacido.

- **PROLONGACION DEL SEGUNDO PERIODO:**

Antiguamente una segunda etapa que durará más de 2 horas, se consideraba como anormal y a su vez constituía una indicación para parto vaginal operatorio o cesárea.

En la actualidad, la tendencia es que mientras el feto tolere bien el estrés de la segunda fase y mantenga bienestar fetal, con cierto avance, aunque lento, no hay indicación para terminar, no importa el tiempo acumulativo del pujo, aunque existen excepciones como la presencia de meconio. En este periodo un tiempo de 10 minutos se considera adecuado, sin embargo, existen tiempos establecidos en múltiparas de 40 min y en nulíparas entre 50 - 60 min cuando estos tiempos son mayores se considera que existe una prolongación del segundo periodo.



Factores de riesgo de la prolongación del segundo periodo: Desproporción céfalo-pélvica, mala posición de la cabeza fetal (OPP), fatiga materna, presencia de globo vesical, anestesia regional.

Las complicaciones de la prolongación del segundo periodo del parto son:

Hemorragia obstétrica, ruptura uterina, sufrimiento fetal agudo, corioamnionitis, aumento del índice de cesárea, asfixia perinatal, cefalohematoma neonatal

2. HEMORRAGIAS EN EL SEGUNDO PERIODO DEL TRABAJO DE PARTO:

Dentro de las hemorragias del segundo periodo se encuentran:

- **ABRUPTIO DE PLACENTA**

Es el desprendimiento de la placenta normalmente inserta antes del tercer periodo del parto.

Se define a la hemorragia obstétrica grave, con pérdida sanguínea de origen obstétrico, con presencia de alguno de los siguientes criterios: pérdida del 25% de la volemia, caída del hematocrito mayor de 10 puntos, presencia de cambios hemodinámicos o pérdida mayor de 150 ml/min.

Factores de riesgo: Trastornos de la coagulación de la sangre (trombofilias), edad materna debajo de 18 años y arriba de 35 años, tabaquismo (más de 5 al día), consumo de cocaína, diabetes, beber más de 14 tragos (unidades) de alcohol por semana durante el embarazo, presión arterial alta durante el embarazo (aproximadamente la mitad de los casos de desprendimiento prematuro de placenta que llevan a la muerte del bebé están asociados con hipertensión arterial), antecedentes de desprendimiento prematuro de placenta, aumento de la distensión uterina (puede ocurrir con embarazos múltiples o un volumen muy grande de líquido amniótico), ruptura prematura de membranas, miomas uterinos, trastornos hipertensivos en el embarazo, edad materna mayor de 35 años, iatrogénica (uso inadecuado de oxitocina o prostaglandinas, traumatismo abdominal, corioamnionitis, ruptura prematura de membranas (prolongada)



3 -RUPTURA UTERINA:

Se define como la completa separación del miometrio con o sin expulsión de las partes fetales en la cavidad uterina peritoneal y requiere de una cesárea de emergencia o de una laparotomía. Se da un desgarro del útero, no se considera como tal la perforación translegrado, la ruptura por embarazo intersticial o la prolongación de la incisión en el momento de la operación cesárea

La ruptura uterina, es la complicación, más grave del trabajo de parto o después de una cesárea; sin embargo, es una complicación rara después de un parto, o después de una cesárea previa, pero es asociada al aumento de la mortalidad y morbilidades maternas y perinatales. El signo más común asociado en la ruptura uterina son las alteraciones de la frecuencia cardiaca fetal.

Factores de riesgo: Cirugía uterina previa, miomectomía, cesárea anterior, plastia uterina, periodo intergenésico de 18-24 meses de una cesárea anterior, ruptura uterina previa, cesárea corporal o segmento corporal, uso de prostaglandina E2 (dinoprostona) con cesárea previa, uso de prostaglandina E1 (misoprostol) con cesárea previa, tener más de una cesárea

El diagnóstico se confirma con una cesárea de emergencia o laparotomía posparto

4- METRITIS POST PARTO:

Inflamación aguda de la membrana mucosa que reviste al útero puede ser de origen bacteriano, afecta al endometrio y al miometrio.

Factores de riesgo: Distocia, manipulaciones obstétricas, retención de placentas y partos en lugares con condiciones higiénico- sanitarias inadecuadas.

5- MANIOBRAS DE KRISTELLER:

Son maniobras en las que se ejerce una presión abdominal mediante la compresión del fondo uterino, bien con una mano, dos o el antebrazo,



conjuntamente con la contracción y en dirección a la pelvis materna, con el fin de acortar el tiempo de expulsivo y ayudar en la extracción fetal

La mala realización de las maniobras se ha relacionado con las siguientes complicaciones:

MATERNAS: Aumento del riesgo de desgarros de tercer y cuarto grado, desgarro cervical inversión uterina, rotura del útero, prolapso uterino, desprendimiento prematuro de placenta.

FETALES: Fractura de humero y clavícula, incremento de la presión intracraneal, cefalohematoma, hemorragias intracraneales, hipoxia.

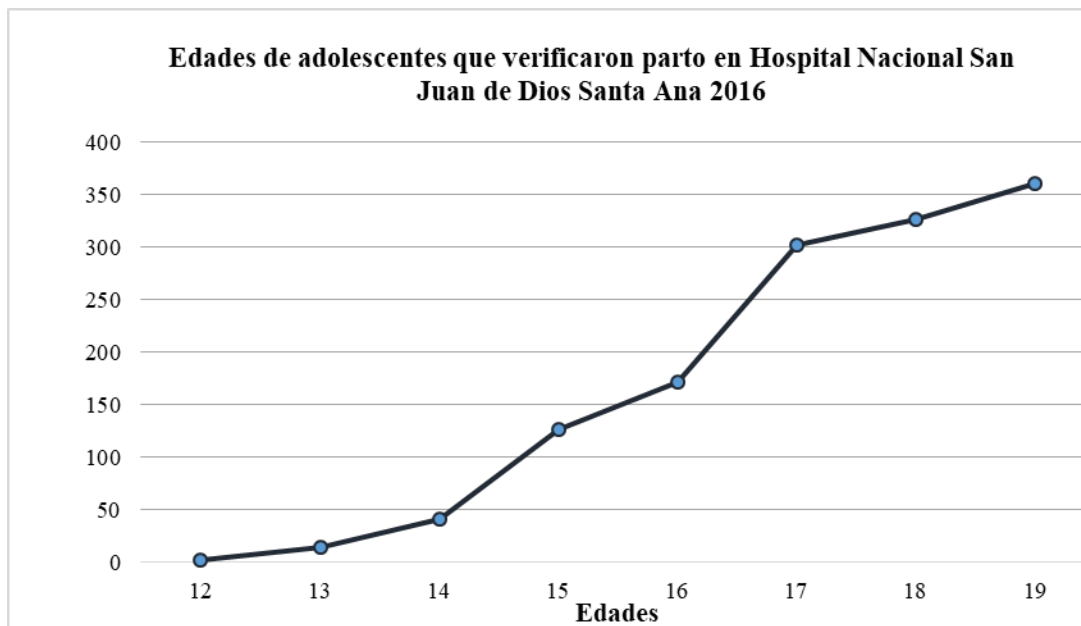


RESULTADOS Y ANÁLISIS

Características sociodemográficas

Verificación de parto hospitalario según la edad: De 1345 partos de adolescentes incluidos en el estudio, el mayor número de partos se encontró en las edades de 18 años y 19 años, con 327 partos (24.3%) y 361 partos (26.8%) respectivamente.

Gráfico 1.



Fuente: Elaboración propia a partir de resultados de estudio complicaciones materno durante el parto adolescentes atendidas en el Hospital Nacional "San Juan de Dios de Santa Ana en el año 2016.

COMPLICACIONES MATERNAS EN ADOLESCENTES QUE VERIFICARON PARTO EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA EN EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DE 2016



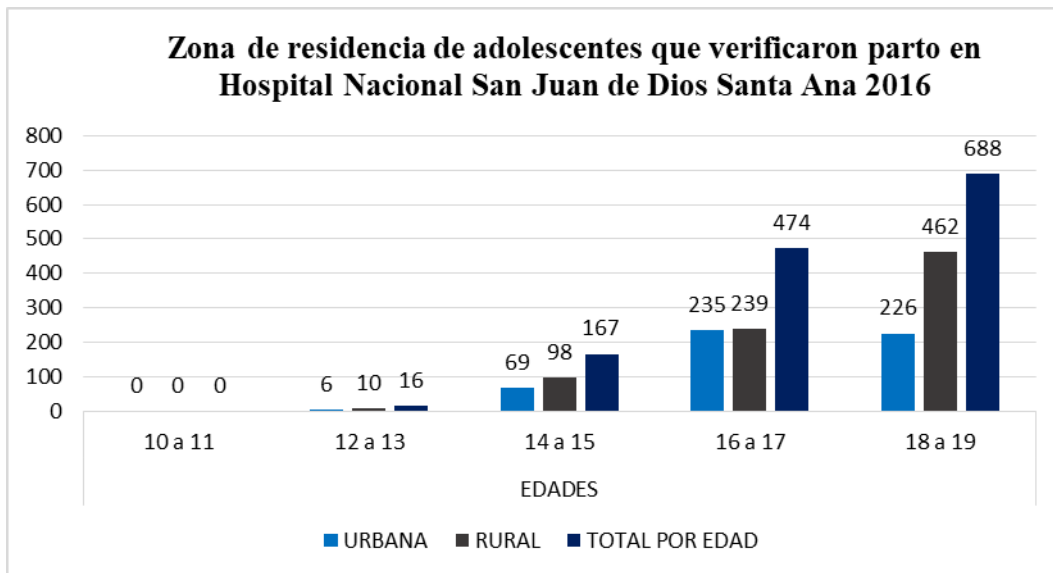
Zona de residencia de pacientes que verificaron parto: Se puede observar que el 60.1 % de adolescentes que verificaron parto viven en zona rural del país, la mayoría de lugares de difícil acceso geográfico.

Tabla 1

ZONA	EIDADES					TOTAL POR ZONA
	10-11	12-13	14-15	16-17	18-19	
URBANA	0	6(1.1%)	69(12.9%)	235(43.8%)	226(42.2%)	536(39.9%)
RURAL	0	10(1.2%)	98(12.1%)	239(29.5%)	462(57.2%)	809(60.1%)
TOTAL POR EDAD	0	16(1.2%)	167(12.4%)	474(35.2%)	688(51.2%)	1345

Fuente: Elaboración propia a partir de resultados de estudio complicaciones materno durante el parto en adolescentes atendidas en el Hospital Nacional "San Juan de Dios de Santa Ana en el año 2016.

Grafico 2



Fuente: Elaboración propia a partir de resultados de estudio complicaciones materno durante el parto en adolescentes atendidas en el Hospital Nacional "San Juan de Dios de Santa Ana en el año 2016.

COMPLICACIONES MATERNAS EN ADOLESCENTES QUE VERIFICARON PARTO EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA EN EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DE 2016



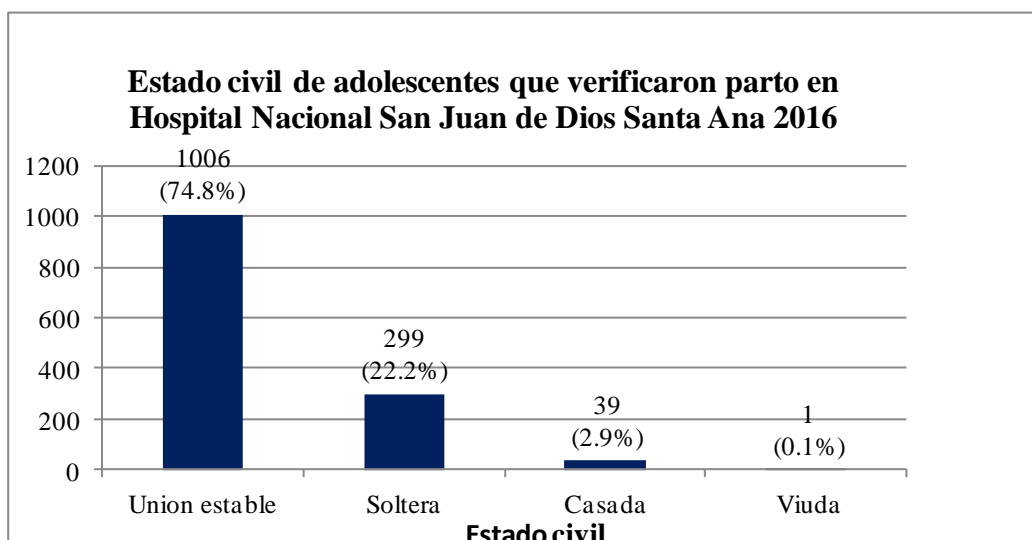
Edades de adolescentes vs estado civil: Se presentó que el estado civil más frecuente en niñas y adolescentes que verificaron parto fue la unión estable (74.8%) 1006 de estas adolescentes viven en unión libre con su pareja y solo una es viuda. Podemos observar que las adolescentes de menor edad tienen un alza a ser madres solteras.

Tabla 2.

EADADES	ESTADO CIVIL				TOTAL POR EADADES
	SOLTERA	UNION ESTABLE	CASADA	VIUDA	
10-11	0	0	0	0	0
12-13	14 (87.5%)	2 (12.5%)	0	0	16(1.2%)
14-15	78 (46.7%)	89 (53.3%)	0	0	167(12.4%)
16-17	111 (23.4%)	363 (76.6%)	0	0	474(35.2%)
18-19	96 (14%)	552 (80.2%)	39 (5.7%)	1 (0.1%)	688(51.2%)
TOTAL	299	1006	39	1	1345

Fuente: Elaboración propia a partir de resultados de estudio complicaciones materno durante el parto en adolescentes atendidas en el Hospital Nacional "San Juan de Dios de Santa Ana en el año 2016.

Grafico 3



Fuente: Elaboración propia a partir de resultados de estudio complicaciones materno durante el parto en niñas y adolescentes atendidas en el Hospital Nacional "San Juan de Dios de Santa Ana en el año 2016.

COMPLICACIONES MATERNAS EN ADOLESCENTES QUE VERIFICARON PARTO EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA EN EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DE 2016



Departamento de procedencia por edades de adolescentes que verificaron parto:

Siendo el hospital San Juan de Dios el principal hospital de referencia de la zona occidental encontramos que un 87.6% (1179) de adolescentes que verificaron parto en dicha institución son procedentes del departamento de Santa Ana, sin embargo, hay un 12.4% (166) de adolescentes que migran de otros departamentos incluyendo de otros países.

Tabla 3

DEPARTAMENTO	EDADES					TOTAL POR DEPARTAMENTO
	10-11	12-13	14-15	16-17	18-19	
SANTA ANA	0	11(0.9%)	146(12.4%)	412(35%)	610(51.7%)	1179(87.6%)
LA LIBERTAD	0	3(3.5%)	11(13%)	28(33%)	43(50.5%)	85(6.3%)
AHUACHAPAN	0	1(2.6%)	6(15.4%)	15(38.5%)	17(43.5%)	39(2.9%)
SONSONATE	0	1(3.2%)	3(9.7%)	14(45.2%)	13(41.9%)	31(2.3%)
CHALATENANGO	0	0	0	1(100%)	0	1(0.1%)
SAN VICENTE	0	0	0	0	1(100%)	1(0.1%)
OTROS PAISES	0	0	1(11.2%)	4(44.4%)	4(44.4%)	9(0.7%)
TOTAL POR EDAD	0	16	167	474	688	1345

Fuente: Elaboración propia a partir de resultados de estudio complicaciones materno durante el parto en adolescentes atendidas en el Hospital Nacional "San Juan de Dios de Santa Ana en el año 2016.



Verificación del parto/nivel escolar: En lo que respecta al nivel escolar, el 67.8% de estas niñas cursaron únicamente primaria (de primero a sexto grado) siendo este el nivel educativo más frecuente encontrado, resaltando que un 9.1% de estas adolescentes no posee ningún nivel educativo.

Tabla 4

NIVEL DE ESTUDIO					
EDADES	SIN NIVEL	PRIMARIA	SECUNDARIA	BACHILLER	TOTAL POR EDAD
10-11	0	0	0	0	0
12-13	4(25%)	12(75%)	0	0	16(1.2%)
14-15	52(31.1%)	115(68.9%)	0	0	167(12.4%)
16-17	38(8%)	414(87.3%)	22(4.7%)	0	474(35.2%)
18-19	29(4.2%)	372(54%)	271(39.5%)	16(2.3%)	688(51.2%)
TOTAL	123	913	293	16	1345

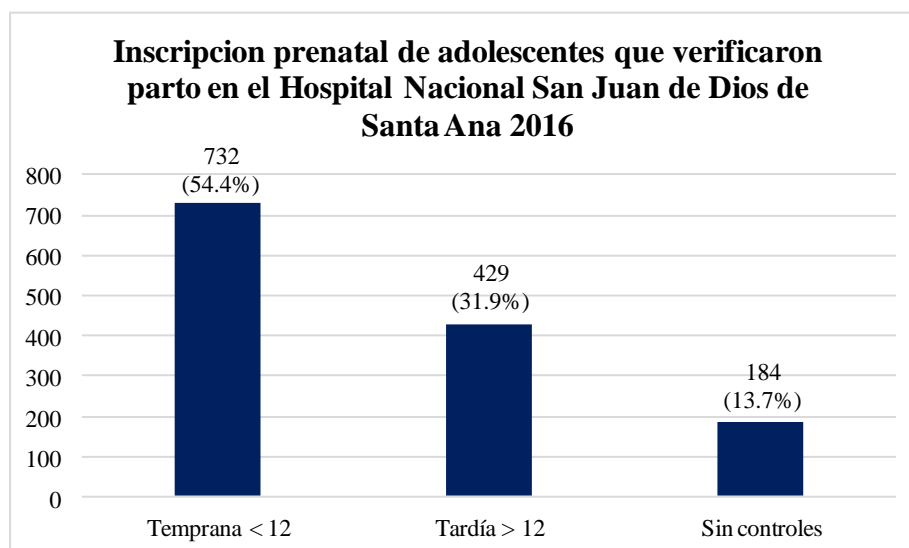
Fuente: Elaboración propia a partir de resultados de estudio complicaciones materno durante el parto en adolescentes atendidas en el Hospital Nacional "San Juan de Dios de Santa Ana en el año 2016.

Historia obstétrica

Inscripción prenatal: Más de la mitad de las inscripciones prenatales de las adolescentes que verificaron parto fueron inscripciones tempranas y solo un 13.7% no llevo control prenatal. Las inscripciones prenatales tardías disminuyen la posibilidad de prevenir morbilidades que conllevan a complicaciones tales como la prematuridad.



Gráfico 4



Fuente: Elaboración propia a partir de resultados de estudio complicaciones materno durante el parto en adolescentes atendidas en el Hospital Nacional "San Juan de Dios de Santa Ana en el año 2016.

Gestas previas de la adolescente al momento del parto: Según las formulas obstétricas encontradas se determinó que casi la cuarta parte de la población estudiada fueron adolescentes que ya habían tenido al menos un embarazo previo, la gran mayoría 79.7% fueron primigestas.

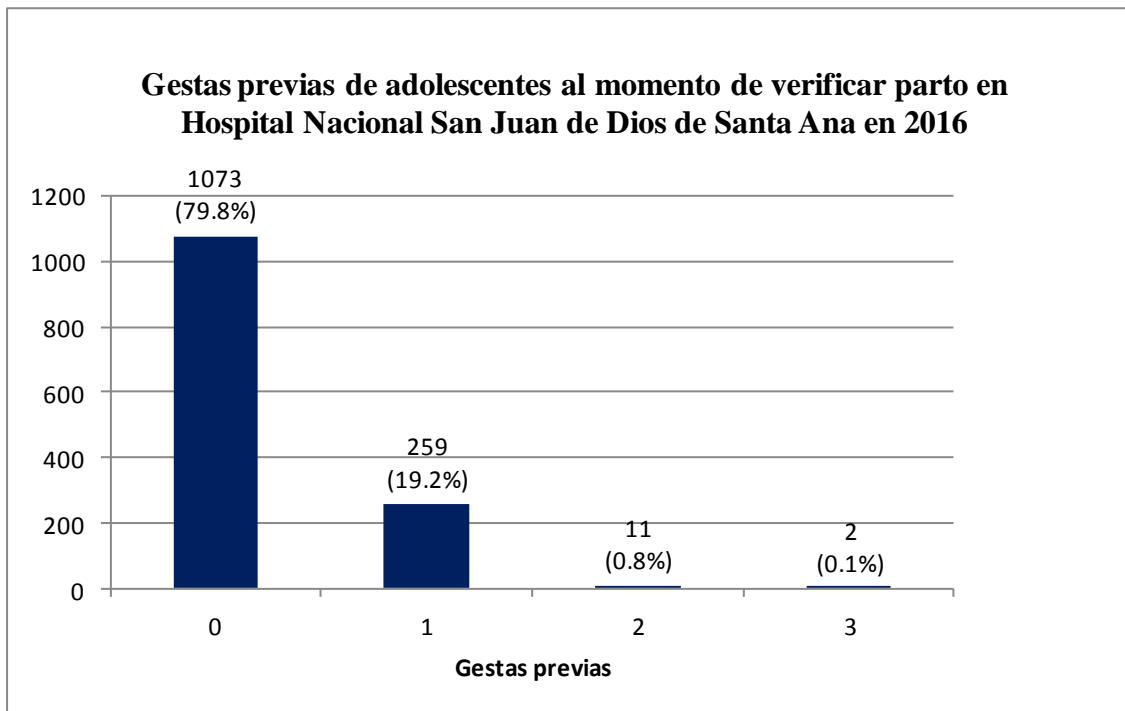
Tabla 5

GESTAS PREVIAS					
EDADES	0 HIJO	1 HIJO	2 HIJOS	3 O MAS HIJOS	TOTAL POR EDAD
10-11	0	0	0	0	0
12-13	15(93.8%)	1(6.2%)	0	0	16(1.2%)
14-15	166(99.4%)	1(0.6%)	0	0	167(12.5%)
16-17	398(84%)	72(15.2%)	4(0.8%)	0	474(35.2%)
18-19	494(71.8%)	185(27%)	7(1%)	2(0.2%)	688(51.1%)
TOTAL	1073	259	11	2	1345

Fuente: Elaboración propia a partir de resultados de estudio complicaciones materno durante el parto en adolescentes atendidas en el Hospital Nacional "San Juan de Dios de Santa Ana en el año 2016.



Grafico 5



Fuente: Elaboración propia a partir de resultados de estudio complicaciones materno durante el parto en adolescentes atendidas en el Hospital Nacional "San Juan de Dios de Santa Ana en el año 2016

Complicaciones Maternas

Cesáreas y partos vaginales encontrados según edad de adolescentes.

Según datos encontrados en el estudio 912 (67.8%) partos de niñas y adolescentes fueron por vía vaginal y 433 (32.2%) fueron por cesárea. Se observó que adolescentes que verificaron parto vaginal igual presentaron complicaciones y en adolescentes a las que se les realizó cesárea, algunas de las indicaciones de esta, fueron las mismas complicaciones que presentaban.



Cesáreas realizadas e indicación según edad de la adolescente: Entre las cinco principales indicaciones de cesárea principalmente encontramos que existe la necesidad de realizar parto operatorio por cesáreas previas que presentaban las adolescentes, siendo esta la tercera indicación más frecuente 7.9% del total de cesáreas, un 82.3% de esta indicación fue en adolescentes de 18-19 años, siendo este mismo rango de edad el más frecuente en la realización de cesárea 53.3%.

Tabla 6

INDICACION DE CESAREA	EADADES					Total por indicación
	10-11	12-13	14-15	16-17	18-19	
Sufrimiento fetal	0	2(1.3%)	18(11.8%)	53(34.6%)	80(52.3%)	153(35.3%)
Inducción fallida	0	0	12(13.2%)	35(38.5%)	44(48.6%)	91(21%)
Cesárea anterior	0	0	2(5.9%)	4(11.7%)	28(82.4%)	34(8%)
DCP	0	0	5(16.7%)	9(30%)	16(53.3%)	30(7%)
Presentación podálica	0	0	1(4.5%)	4(18.2%)	17(77.3%)	22(5%)
Oligoamnios	0	0	2(9%)	6(27.4%)	14(63.6%)	22(5%)
Otras	0	0	9(11.1%)	40(49.4%)	32(39.5%)	81(18.7%)
Total	0	2	49	151	231	433

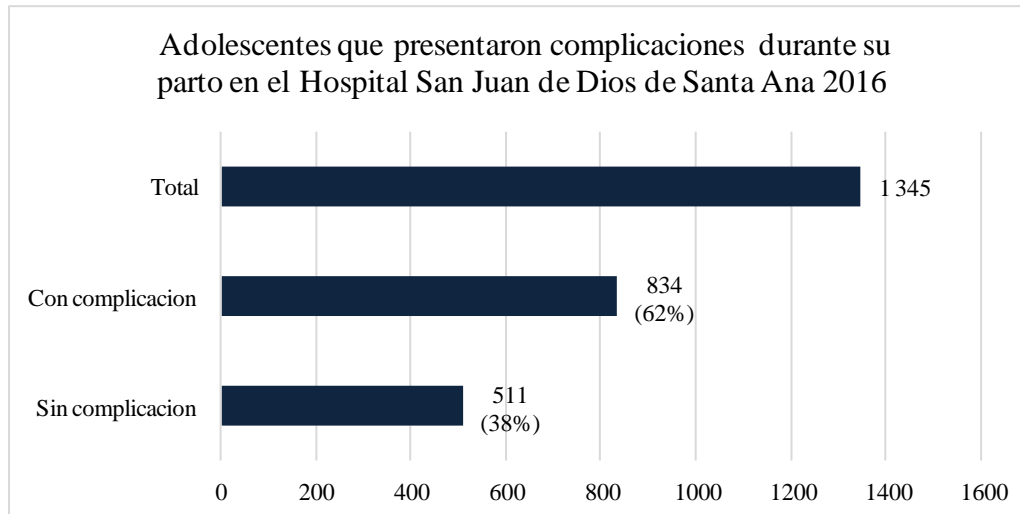
Fuente: Elaboración propia a partir de resultados de estudio complicaciones materno durante el parto en adolescentes atendidas en el Hospital Nacional "San Juan de Dios de Santa Ana en el año 2016

Entre las otras indicaciones de cesárea se encontraron: Condilomas vaginales, embarazo múltiple, macrosomia fetal, parto prolongado, falla en el descenso y dilatación, prolongación del segundo periodo y placenta previa total. Estas corresponden al 18.7% del total de indicaciones.



De las 1 mil 345 adolescente incluidas en el estudio, 834 (62%) tuvieron al menos una complicación durante el parto y 511 (38%) ninguna.

Gráfico 6



Fuente: Elaboración propia a partir de resultados de estudio complicaciones materno durante el parto en adolescentes atendidas en el Hospital Nacional "San Juan de Dios de Santa Ana en el año 2016

Principales complicaciones de las embarazadas adolescentes

Se tuvieron un total de 834 adolescentes con complicaciones, categorizándose 21 diagnósticos. Dentro de las primeras cinco complicaciones en las embarazadas adolescentes se encontró (Tabla 7): sospecha de infección de vías urinarias post parto 189 (22.7%) casos, anemia 169 (20.3%) casos, parto prematuro 106 (12.7%) casos, desgarros 99 (11.9%) casos, preeclampsia 62 (9.3%) casos, en el grupo de otras están: ruptura prematura de membrana, eclampsia, atonía uterina, coriomnionitis, parto distócico, desproporción cefalo pélvica.

COMPLICACIONES MATERNAS EN ADOLESCENTES QUE VERIFICARON PARTO EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA EN EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DE 2016



Complicaciones maternas en adolescentes según edades encontradas: el 50% de las complicaciones encontradas en niñas de 12-13 años fueron los desgarros vaginales, siendo la sospecha de infección de vías urinarias la complicación más frecuente encontrada en este estudio (22.7%), y el rango de edad más afectado con estas complicaciones fue de 18-19 años teniendo un 72.1% del total de complicaciones.

Tabla 7

COMPLICACIONES	EDADES					TOTAL
	10-11	12-13	14-15	16-17	18-19	
SOSPECHA DE IVU	0	0	25(13.2%)	57(30.2%)	107(56.6%)	189(22.7%)
ANEMIA	0	2(1.2%)	10(5.9%)	19(11.2%)	138(81.7%)	169(20.3%)
PARTO PREMATURO	0	0	17(16%)	26(24.5%)	63(59.5%)	106(12.7%)
DESGARRO PERINEAL	0	3(3%)	3(3%)	15(15.1%)	78(78.9%)	99(11.9%)
PREECLAMPSIA	0	1(1.3%)	6(7.7%)	17(21.8%)	54(69.2%)	78(9.3%)
OTRAS	0	0	8(4.2%)	23(11.9%)	162(83.9%)	193(23.1%)
TOTAL	0	6	69	157	602	834

Fuente: Elaboración propia a partir de resultados de estudio complicaciones materno durante el parto en adolescentes atendidas en el Hospital Nacional "San Juan de Dios de Santa Ana en el año 2016

COMPLICACIONES MATERNAS EN ADOLESCENTES QUE VERIFICARON PARTO EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA EN EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DE 2016



Factores de riesgo más comunes por complicación encontrada, según rango de edad: Existen diferentes factores de riesgo para cada complicación que se encontró en las niñas y adolescentes, a continuación, se resumen estos factores de riesgo (tabla 8)

Tabla 8

FACTORES DE RIESGOS POR EDAD	COMPLICACIONES					
		IVU	ANEMIA	P. PREMATURO	DESGARROS	PREECLAMPSIA
10 A 11						
12 A 13			Desgarros perineales		Talla baja	
14 A 15	Inscripción tardía	Anemia no tratada	Inscripción tardía	Oxitocina en trabajo de parto	Edad	
16 A 17	Bacteria asintomática en el embarazo	Hemorragia posparto	Ruptura prematura de membrana	Profesional que atendió el parto	Nuliparidad	
18 A 19	Control prenatal incompleto	Hemorragia posparto	Examen odontológico anormal	Profesional que atendió el parto	Anemia	

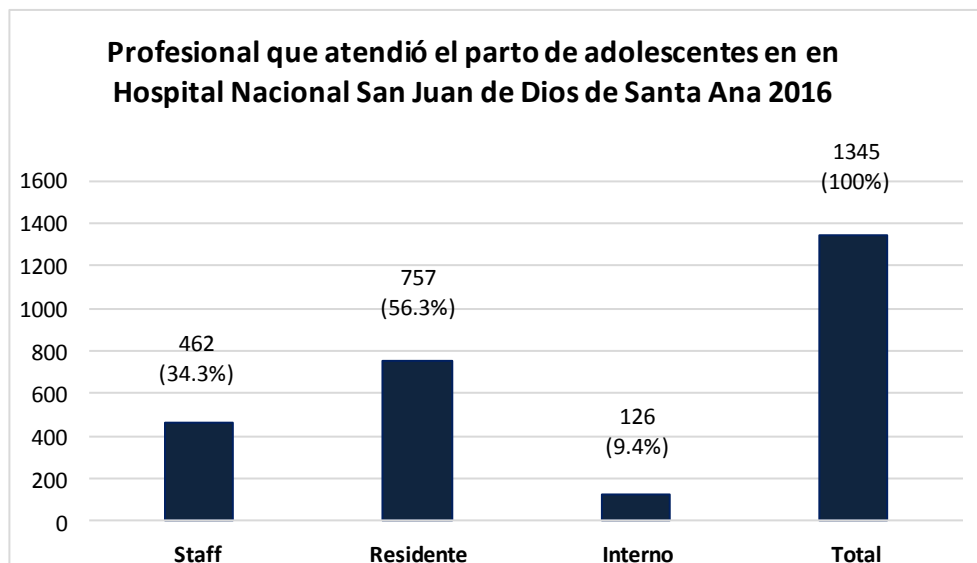
Fuente: Elaboración propia a partir de resultados de estudio complicaciones materno durante el parto en adolescentes atendidas en el Hospital Nacional "San Juan de Dios de Santa Ana en el año 2016

COMPLICACIONES MATERNAS EN ADOLESCENTES QUE VERIFICARON PARTO EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA EN EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DE 2016



Profesional que atendió el parto de niñas y adolescentes: se pudo corroborar que más de la mitad (56.2%) de adolescentes que verificaron parto, fueron atendidas por residentes de ginecología y obstetricia, de estos un 55.6% fueron atendidos por residentes de primer año, aumentando así los factores de riesgo para las complicaciones subsecuentes. (Grafico 6), siendo el desgarró perineal una de las principales complicaciones obstétricas encontradas, se encontró que el 9.4% de estas fueron en partos atendidos por estudiantes de medicina en su rotación de internado.

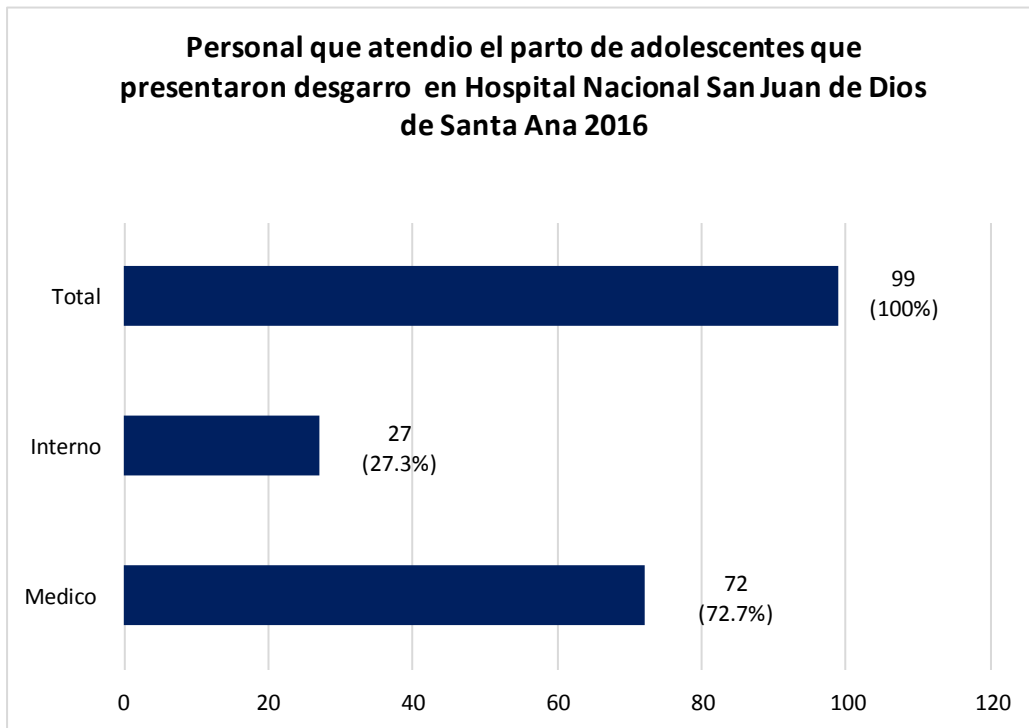
Grafico 7



Fuente: Elaboración propia a partir de resultados de estudio complicaciones materno durante el parto en adolescentes atendidas en el Hospital Nacional "San Juan de Dios de Santa Ana en el año 2016



Grafico 8

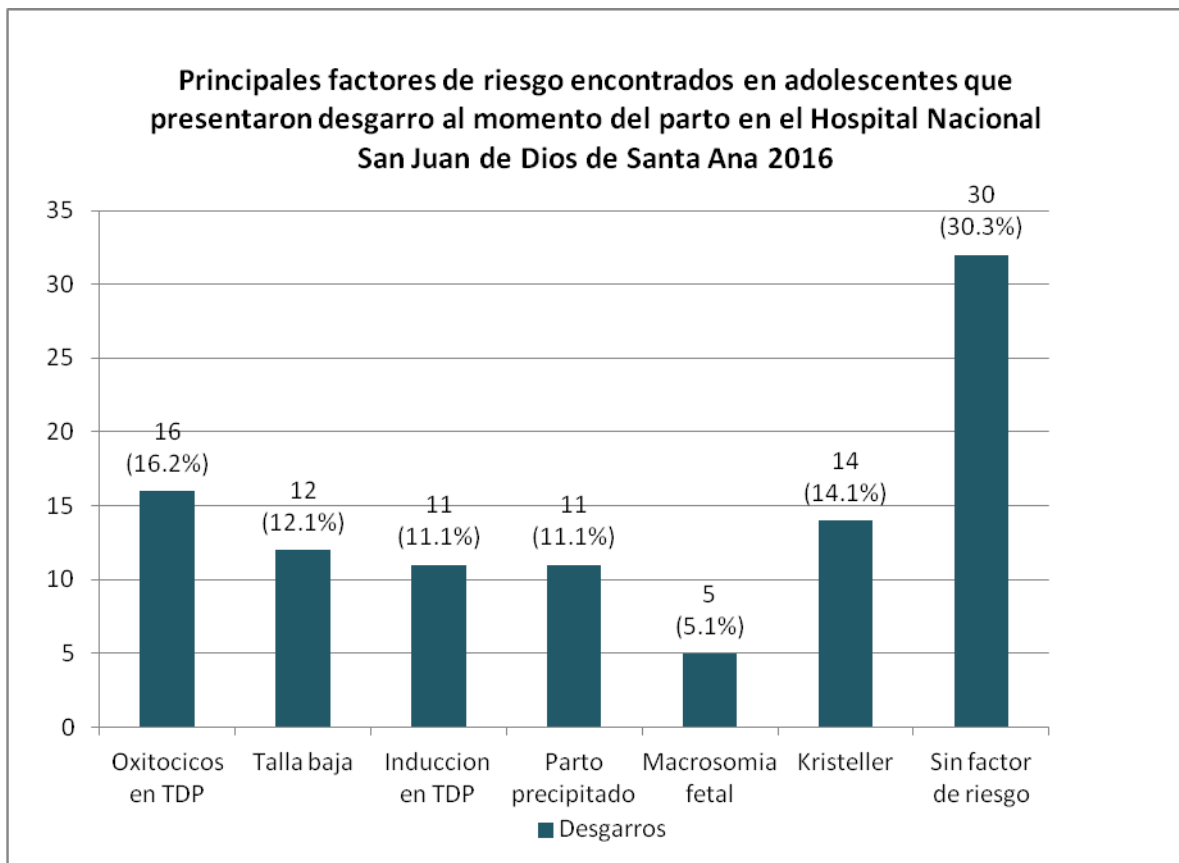


Fuente: Elaboración propia a partir de resultados de estudio complicaciones materno durante el parto en adolescentes atendidas en el Hospital Nacional "San Juan de Dios de Santa Ana en el año 2016



Factores de riesgo presentes en las adolescentes que presentaron desgarros: se encuentran múltiples factores de riesgo para desgarros a la hora del parto en este estudio el uso de oxitócicos en el trabajo de parto y la realización de la maniobra de kristeller ocupan el 30.3% de los factores de riesgo más comunes. (Grafico 9)

Grafico 9



Fuente: Elaboración propia a partir de resultados de estudio complicaciones materno durante el parto en adolescentes atendidas en el Hospital Nacional "San Juan de Dios de Santa Ana en el año 2016



CONCLUSIONES

Los embarazos adolescentes con parto hospitalario iniciaron desde los 12 años, habiendo un marcado aumento de embarazos entre los 16 y los 18 años. En estos hallazgos se encontraron no solo primigestas sino adolescentes multíparas, lo cual refleja la escasa o nula educación sexual en la familia, escuela y comunidad.

Además, pone en cuestión el seguimiento de las jóvenes dentro del programa de atención a adolescentes y el programa de planificación familiar para evitar embarazos precoces y segundos embarazos en esta etapa de la vida.

Las tres cuartas partes de las adolescentes venían de zonas rurales la mayoría de lugares de difícil acceso geográfico, lo que les dificulta su traslado a las unidades de salud u hospital.

Encontramos que un 8 de cada 10 de adolescentes que verificaron parto en dicha institución son procedentes del departamento de Santa Ana, sin embargo, hay adolescentes que migran de otros departamentos incluyendo de otros países.

El que existan adolescentes embarazadas confirma la vulneración de derechos humanos, además de sus derechos sexuales y reproductivos, por parte de sus familias, parejas y el Estado, al no procurar una educación integral de la sexualidad.

El grado de escolaridad de las adolescentes con parto hospitalario fue en el rango de primero a sexto grado al momento de experimentar su embarazo; por tanto, confirma que a menor escolaridad existe mayor vulnerabilidad de las niñas para experimentar un embarazo precoz.

La existencia de adolescentes embarazadas con estado civil heterogéneo, donde el mayor número de jóvenes convive en unión estable, refleja la naturalización del



matrimonio infantil y del embarazo adolescente por la familia, la pareja y la comunidad. A su vez nos demuestra que entre menos edad tiene la adolescente al momento del parto son más grandes las probabilidades de ser madre soltera.

Se observó que adolescentes que verificaron parto vaginal igual presentaron complicaciones y en adolescentes a las que se les realizó cesárea, algunas de las indicaciones de esta fueron las mismas complicaciones que presentaban.

En este estudio nos encontramos con que la cuarta parte de finalización del embarazo fue por parto abdominal esto debido a cesáreas previas o alguna otra complicación como sufrimiento fetal agudo.

Las primeras cinco complicaciones de las adolescentes embarazadas fueron: sospecha de infección de vías urinarias posparto (al no existir urocultivo en el momento de la investigación), anemia, parto prematuro, desgarros perineales de diferentes grados y ruptura prematura de membranas, en el grupo de otras están: preeclampsia, eclampsia, atonía uterina, coriomnionitis, parto distócico, desproporción cefalo pélvica coincidiendo con otros estudios a nivel latinoamericano en la ocurrencia de estas complicaciones, exceptuando la sospecha de infección de vías urinarias posparto. Su confirmación con urocultivo, aunque mandatorio, no se llevó a cabo.

Uno de los principales problemas encontrados en este estudio fue el riesgo de sufrir desgarro perineal ya que casi la mitad de partos de estas niñas y adolescentes fueron atendidos por residentes de primer año (al ser este un hospital escuela) y no así por personal médico capacitado que pueda brindarles la atención integral para que este sea un acontecimiento satisfactorio para la mujer y su familia. De todos los desgarros perineales encontrados el 9.4% fueron de partos atendidos por estudiantes de medicina.



Muchas de estas complicaciones pueden ser prevenibles si los partos de alto riesgo obstétrico son atendidos por médico residente de tercer año o médico especialista que posea las aptitudes profesionales necesarias para la atención de partos y el conocimiento sobre el tratamiento conveniente de sus complicaciones.

Las complicaciones más frecuentes en los recién nacidos de madres adolescentes fueron: bajo peso al nacer, síndrome de aspiración meconial, sufrimiento fetal agudo, recién nacidos prematuros y síndrome de distress respiratorio. Lo anterior coincide con lo informado por la Organización Mundial de la Salud, debido a la inmadurez biológica, psicológica y social de la adolescente.



BIBLIOGRAFIA

1. Sistema de Informacion de Morbimortalidad Via Web SIMMOW.
Disponible en <http://simmow.salud.gob.sv/>.
2. El embarazo en la adolescencia. OMS. [Sede web] Nota descriptiva N°
364; Actualización septiembre 2014; disponible en
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>; fecha de acceso
08/05/ 2017.
3. Autores: Pio Iván Gómez Ramiro Molina Nina Zamberlin Factores
relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años
en América Latina y el Caribe Factores relacionados con el embarazo y
la maternidad en menores de 15 años en América Latina y El Caribe
Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y
Reproductivos PROMSEX. Lima, Perú Primera edición, enero 2011
Tiraje: 500 ejemplares disponible en www.promsex.org.
4. Mapa de Embarazos en Niñas y Adolescentes en El Salvador 2015;
Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) El Salvador,
[Sede web] primera edición Julio 2016; pág. 5; disponible en
<http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/El%20Salvador%20Ma%20pa%20Embarazos.pdf> ; fecha de acceso 5 /05/ 2017.
5. Mortalidad materna. OMS. [Sede web]; nota descriptiva septiembre
2016; actualizado septiembre 2016; disponible en
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>; mortalidad; fecha
de acceso 09/05/2017.



6. Dirección de Vigilancia Sanitaria/ Unidad de Estadísticas e información en Salud Indicadores de Salud, República de El Salvador. Sistema estadístico del Sistema Nacional de Salud. Indicadores del Sistema Nacional de Salud, Año 2009 -2015 disponible en http://www.salud.gob.sv/archivos/pdf/boletines_indicadores_SNS/Boletin_de_indicadores_del_Sistema_Nacional_de_Salud_2015-2016.pdf

7. DR. Américo Peña-Oscuivilca, DR. William R. Peña-Ayudante, Impacto materno y neonatal del embarazo en la adolescencia, Facultad de Medicina Humana, Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión. Huacho, Perú, Rev Per Ginecol Obstet. 2011; 57: 43-48 disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=323428199009>

8. Fernando Caicedo, Fabian Emiliano Ahumada, Marco Andres Bolaños, Complicaciones maternas y neonatales en pacientes embarazadas adolescentes y mayores de 35 años durante julio a septiembre de 2008, Hospital universitario San Jose de Popayán Colombia <http://facultadsalud.unicauca.edu.co/revista/backweb/Revista/r2010junio/120206201002.pdf>

9. -El objetivo: mejorar la salud materna. UNICEF. [Sede web] UNICEF/HQ04-1219/Vitale; disponible en <https://www.unicef.org/spanish/mdg/maternal.html>; fecha de acceso 19/05/2017

10. Lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el período preconcepcional, parto, puerperio y al recién nacido. Ministerio de Salud de El Salvador; [sede web]; 4ª Edición. 2011. Apartado V. Antecedentes, párrafo 1. Disponible en



http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos_prenatal_parto_postparto_recien_nacido.pdf ; fecha de acceso 08/05/ 2017.

11. Reducción de mortalidad de recién nacidos. OMS. [Sede web] Nota descriptiva N° 333; actualizado enero 2016; disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs333/es/> ; fecha de acceso 19 /05/2017.
12. Resultados obstétricos y perinatales en adolescentes. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología 2004; Bojanini J, Gómez J. 55 (2): pp. 114-121. www.redalyc.org/pdf/1952/195214306003.pdf ; fecha de acceso 08/05/ 2017.
13. El embarazo de las adolescentes en México. [sede web] Gac Méd Méx, suplemento N°1 Julio –Agosto 2003 ppS23-S28; Díaz-Sánchez V. <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2003/gms031e.pdf>, visto 9/05/2017.
14. Fecundidad adolescente en América Latina: una actualización; Jorge Rodríguez Vignoli [sede web], capítulo 2, gráfico 1 pág. 34; disponible en http://www.alapop.org/alap/Serie-E-Investigaciones/N3/Capitulo2_SerieE-Investigaciones_N3_ALAP3.pdf; fecha de acceso 19/05/2017.



ANEXOS

COMPLICACIONES MATERNAS EN ADOLESCENTES QUE VERIFICARON PARTO EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA EN EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DE 2016



HISTORIA CLINICA PERINATAL - CLAP/SMR - OPS/OMS NOMBRE _____ APELLIDO _____ DOMICILIO _____ LOCALIDAD _____ TELEF. _____		FECHA DE NACIMIENTO día ____ mes ____ año ____		ETNIA <input type="radio"/> blanca <input type="radio"/> indígena <input type="radio"/> mestiza <input type="radio"/> negra <input type="radio"/> otra		ALFA BETA <input type="radio"/> ninguno <input type="radio"/> primaria <input type="radio"/> secund. univers. años en el mayor nivel		ESTUDIOS <input type="radio"/> casada <input type="radio"/> unión estable <input type="radio"/> soltera <input type="radio"/> viuda <input type="radio"/> no sabe			
ANTECEDENTES FAMILIARES: TBC, diabetes, hipertensión, preeclampsia, eclampsia, otra cont. medica grave PERSONALES: genito-urinfaria, interinidad, cardiopat., nefropatía, violencia OBSTETRICOS: gestas previas, abortos vaginales, nacidos vivos, viven, fin embarazo anterior (día, mes, año) ULTIMO PREVIO: n.c. <2500g, normal: >4000g, Antecedente de gemelares				gestas previas, abortos, vaginales, nacidos vivos, cesáreas, nacidos muertos, muertos 1° sem., después 1° sem., EMBARAZO PLANEADO, FRACASO METODO ANTICONCEP., DIU, hormo, emig, natural, usaba				EG CONFIABLE por FUM Eco <20 s. FUM ACT no si, FUM PAS no si, DROGAS no si, ALCOHOL no si, VIOLENCIA no si, ANTIRUBEOLA previa no sabe, ANTITETANICA vigente no si, DOSIS 1°, 2°, EX NORMAL ODONT. MAMAS			
GESTACION ACTUAL PESO ANTERIOR Kg, TALLA (cm), F.P.P., dia mes año, EG CONFIA, FUM Eco <20 s., FUM ACT no si, FUM PAS no si, DROGAS no si, ALCOHOL no si, VIOLENCIA no si, ANTIRUBEOLA previa no sabe, ANTITETANICA vigente no si, DOSIS 1°, 2°, EX NORMAL ODONT. MAMAS				TOXOPLASMOSIS <20sem IgG, ≥20sem IgG, 1° consulta IgM, VIH <20 sem no si, ≥20 sem no si, solici tado, reali zado, Hb <20 sem, >11.0 g/dl, Fe/FOLATOS indicados Fe, Ffolatos no, no, <11.0 g/dl, SIFILIS - Diagnostico y Tratamiento, Prueba treponémica no si, Sí, Sí, Tratamiento no si, Sí, Sí, Nc, Tto. de la pareja no si, Sí, Nc				CHAGAS (insp. visual, PAP, COLP), PALUDISMO/MALARIA, BACTERIURIAS sem. normal anormal no se hizo, GLUCEMIA EN AYUNAS <20 sem, ≥30 sem, ≥105 mg/dl, ESTREPTOCOCCO B 35-37 semanas no se hizo, PREPARACION PARA EL PARTO no si, CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA no si, SIFILIS - Diagnostico y Tratamiento, Prueba treponémica no si, Sí, Sí, Tratamiento no si, Sí, Sí, Nc, Tto. de la pareja no si, Sí, Nc			
CONSULTAS ANTERIORES día mes año, edad gest., peso, P.A, altura uterina, presión tación, FCF (fpm), movim. fetales, proteinuria, signos de alarma, exámenes, tratamientos, Iniciales Técnico, próxima cita		PARTO (Fecha de ingreso, consultas pre-natales, hospitaliz. en embarazo, corticoides antenatales, inicio espontáneo o inducido, rotura de membranas anteparto, edad gest. al parto, presentación, tamaño fetal, acompañante)		ENFERMEADES HTA previa, HTA inducida embarazo, preeclampsia, eclampsia, cardiopatía, nefropatía, diabetes, Hb <10, anemia, infección urinaria, amenorrea parto preter, R.CIU, rotura prem. de membranas, infección puerperal, otras cond. grave		TRABAJO DE PARTO hora, min, posición de la madre, PA, pulso, contr. /10, dilatación, altura present., variedad posic., meconio, FCF/dips, F 6 mltis, HTA inducida embarazo, preeclampsia, eclampsia, cardiopatía, nefropatía, diabetes, Hb <10, anemia, infección urinaria, amenorrea parto preter, R.CIU, rotura prem. de membranas, infección puerperal, otras cond. grave		EMERMEADES HTA previa, HTA inducida embarazo, preeclampsia, eclampsia, cardiopatía, nefropatía, diabetes, Hb <10, anemia, infección urinaria, amenorrea parto preter, R.CIU, rotura prem. de membranas, infección puerperal, otras cond. grave			
RECIEEN NACIDO SEXO (f, m), PESO AL NACER (<2500g, >4000g), P.CEFA LICOM, LONGITUD cm, EDAD GESTACIONAL sem. días, FUM, ECO, PESO E.G., APGAR (1°, 5°), REMANUCION (estimulac., aspiración, máscara, oxígeno, masaje, tubo)				MULTIPLE orden, TERMINACION (espont., cesárea, fórceps, vacuum), INDICACION PRINCIPAL DE INDUCCION O PARTO OPERATORIO, POSICION PARTO, DESGARROS Grado (1 a 4), OCITOCICOS, PLACENTA (completa, retenida), LIGADURA CORDON precoc, oclotoges en TUP, antibiot., analgesia, anest. local, anest. regional, anest. gen., transfusión, otros, especificar, medic 1, medic 2				ATENCION medico obst. enf. auxil. estud. empir. otro, Nombre, PARTO, NEONATO, PUERPERIO (día, hora, T°C, P.A, pulso, invol. uter, loquios)			
DEFECTOS CONGENITOS (menor, mayor), ENFERMEADES (ninguna, 1 o más, código)				TAMIZAJE NEONATAL (VDRL, Tsh, Hbbeat, Bilirub, Toxo Igm, Meconio 1° día no si)				ANTICONCEPCION (CONSEJERIA, METODO ELEGIDO: DIU post-evento, DIU, natural, barrera, otro, hormonal, ninguno)			
EGRESO RN vivo o fallece, traslado, fallece durante o en lugar de traslado, días completos, EDAD días completos, ALIMENTO AL ALTA (lact. excl., parcial, artificial)				EGRESO MATERNO traslado, lugar, fallece durante o en lugar de traslado, días completos desde el parto				ANTICONCEPCION (CONSEJERIA, METODO ELEGIDO: DIU post-evento, DIU, natural, barrera, otro, hormonal, ninguno)			

Este color significa ALERTA (no indica necesariamente riesgo o prácticas inadecuadas)
 Este color significa ALERTA (no indica necesariamente riesgo o prácticas inadecuadas)
 Descripción de códigos en el reverso
 HOPESAMP Regional 600

COMPLICACIONES MATERNAS EN ADOLESCENTES QUE VERIFICARON PARTO EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA EN EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DE 2016



Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Dirección General de Salud
Programa Nacional de Atención Integral en Salud a la Niñez



HOJA DE HISTORIA CLINICA NEONATAL AL MOMENTO DEL NACIMIENTO

Hospital: _____ Fecha y hora de historia: _____

IDENTIFICACION:

Nombre del recién nacido(a): _____ Sexo: M F Ambiguo

Nombre de la madre: _____ Registro materno: _____

Fecha y hora de nacimiento: _____

DATOS PERINATALES:

Fórmula obstétrica: G _____ P _____ P _____ A _____ V _____ Control prenatal: si no

No. de controles: _____ Lugar de control: _____

Tipo y Rh: _____ VDRL: _____ VIH: _____

Esteroides antenatales: si no Número de dosis: _____

Edad gestacional por FUR: _____ por USG: _____

Patología Materna: si no ¿Cuál?: _____

Inductores del trabajo de parto: Misoprostol Oxitocina Balón intracervical Ninguna

Duración del trabajo de parto: _____ Vía del parto: vaginal cesárea

Indicación de la cesárea: _____ RPM (horas): _____

Presentación: cefálico podálico transversa

Líquido amniótico: _____ Aspiración directa de tráquea: si no

Reanimación: bolsa máscara intubación masaje cardíaco medicamentos

Cumplen Vitamina "K": si no Profilaxis ocular con: _____

Otros datos: _____

EXAMEN FISICO:

FC: _____ FR: _____ T°: _____ Peso: _____ Longitud: _____

PC: _____ PT: _____ PA: _____ Edad gestacional por Ballard: _____

Apariencia general: _____

Cabeza: _____

Ojos: _____ Nariz: _____ Boca: _____ Orejas: _____

Cuello: _____ Piel: _____

Tórax: _____

Pulmones: _____

Cardiovascular: _____

Abdomen: _____

Cordón umbilical: _____

Extremidades: _____ Ortolani y Barlow: _____

Genitales externos: _____ Ano: _____

Neurológico: _____

Moro: _____ Succión: _____ Búsqueda: _____ Prensión: _____

Malformaciones Congénitas: _____

Impresión Diagnóstica: _____

Plan: _____

Firma y sello del médico que atendió al recién nacido:

COMPLICACIONES MATERNAS EN ADOLESCENTES QUE VERIFICARON PARTO EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA EN EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DE 2016



Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Dirección General de Salud
Programa Nacional de Atención Integral en Salud a la Niñez



Comité Nacional de Reanimación Neonatal
Programa Nacional de Garantía de la Calidad
S.I. – C.O.N.E. – P.F.

HOJA DE EVALUACION AL ALTA DEL RECIEN NACIDO

Nombre del R.N.: _____ Registro: _____

Fecha y hora de la evaluación: _____

Edad del recién nacido (horas o días): _____

Sexo: M F Peso: _____ Longitud: _____ PC: _____

FC: _____ FR: _____ Temperatura: _____

No olvide que para dar el alta a un recién nacido debe realizar examen físico completo antes de llenar la siguiente lista de chequeo. Aplica para todos aquellos recién nacidos egresados de Puerperio, ya sea que hayan nacido por parto vía vaginal o abdominal.

Idealmente todos los criterios deberán estar en "NO" para poder dar el alta al RN. En aquellos casos en que aparezca un "SI" en los últimos 4 ítems marcados con "asterisco" (*), puede darle el alta con las recomendaciones respectivas, si el RN se encuentra clínicamente estable.

CRITERIO A EVALUAR	SI	NO
Antecedentes maternos de riesgo		
Tiene fiebre		
Está icterico		
Ha vomitado		
Presenta succión débil		
Hay falta de micción		
Tiene ano imperforado		
Tiene fractura de clavícula u otros miembros		
Tiene céfalo hematoma*		
Se ausculta soplo cardíaco *		
Ortolani y Barlow positivo*		
Tiene una malformación congénita mayor*		

Otros hallazgos que reportar al examen físico: _____

Recomendaciones al alta: _____

Firma y sello del médico que da el alta: _____

COMPLICACIONES MATERNAS EN ADOLESCENTES QUE VERIFICARON PARTO EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA EN EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DE 2016



INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS						
Identificación de la paciente (Registro)			Número correlativo asignado			
Mes de la consulta						
Edad						
Paridad	1	2	Más de 3			
Procedencia	Rural			Urbana		
Estado civil	Soltera	Unión libre	Casada	Divorciada/separada		
Escolaridad	Ninguna	Primaria	Secundaria	Técnico/universitario		
Lugar donde llevó sus CP	Unidad de salud	Hospital	Clínica particular	Otros		
Calidad del control prenatal	Completo			Incompleto		
Ingreso hospitalario previo (Especificar diagnóstico)	Si			No		
Edad gestacional al ingreso	Segundo trimestre			Tercer trimestre		
Morbilidad materna asociada al ingreso (Patología no conocida diagnosticada en este ingreso)	Cardiacas	Renales	Endócrinas	Autoinmunes	Respiratorias	Otras
Morbilidad asociada al ingreso (Relacionadas directamente con el embarazo)	Trastornos hipertensivos	Rupturas de membranas (sin importar tiempo de evolución)	Amenaza de parto prematuro	Infecciosas		Otras
Vía de finalización del parto	Vaginal			Abdominal		
Morbilidad materna asociada al puerperio	Hipertensivos	Hemorrágicas		Infecciosas		Otras
APGAR del recién nacido a los 5 minutos	0 – 0	1 – 3	4 - 6		7 – 10	
Peso del recién nacido	Menos de 1,000 gr (EBPN)	De 1,000 a 1,499 gr (MBPN)	De 1,500 a 2,499 gr (BPN)	De 2,500 a 3,999 gr (PN)	Mayor o igual de 4,000 gr (Macrosomía)	