

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS VALLE DE SULA

ESCUELA UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

POSTGRADO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA



CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y CLÍNICA DEL TRAUMA DEL

CANAL DE PARTO EN ADOLESCENTES

PRESENTADO POR:

ALICIA PAOLA CERRATO GRANDE

PREVIA OPCIÓN AL GRADO DE:

ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

ASESOR:

DR. MARVIN RODRÍGUEZ

SAN PEDRO SULA, CORTÉS, HONDURAS, 21 DE NOVIEMBRE DE 2017

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS VALLE DE SULA

ESCUELA UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

POSTGRADO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA



CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y CLÍNICA DEL TRAUMA DEL

CANAL DE PARTO EN ADOLESCENTES

PRESENTADO POR:

ALICIA PAOLA CERRATO GRANDE

PREVIA OPCIÓN AL GRADO DE:

ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

ASESOR:

DR. MARVIN RODRÍGUEZ

SAN PEDRO SULA, CORTÉS, HONDURAS, 21 DE NOVIEMBRE DE 2017

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

UNAH

RECTOR

DR. FRANCISCO JOSÉ HERRERA ALVARADO

VICERECTORA ACADÉMICA

MSc. BELINDA FLORES.

SECRETARIA GENERAL

ABG. ENMA VIRGINIA RIVERA

DIRECTORA DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA Y POSGRADOS

MSc. LETICIA SALOMÓN

DECANO DE FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DR. MARCO TULIO MEDINA

SECRETARIO DE FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DR. JORGE ALBERTO VALLE RECONCO

COORDINADOR GENERAL POSGRADOS DE MEDICINA FCM.

OCTAVIO RUBÉN SÁNCHEZ MIDENCE

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

UNAH-VS

DIRECTORA

MSc. ISBELA ORELLANA RAMÍREZ

SUBDIRECTORA ACADÉMICO

MSc. ADA CANTARERO

SUBDIRECTOR VINCULACIÓN UNIVERSIDAD- SOCIEDAD

DR. FRANCISCO JAVIER SÁNCHEZ

SUBDIRECTOR DE DESARROLLO ESTUDIANTIL, CULTURA, ARTE Y DEPORTE

MSc. RAFAEL ENRIQUE MEJIA

SECRETARIA

DRA. JESSICA PATRICIA SÁNCHEZ MEDINA

COORDINADORA DE POSGRADOS

MSc. ISBELA ORELLANA RAMÍREZ

DIRECTOR ESCUELA UNIVERSITARIA DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD

DR. JOSÉ RAÚL ARITA CHÁVEZ

JEFE DEPARTAMENTO MEDICINA CLÍNICA INTEGRAL

DR. MARCO ANTONIO MOLINA SOTO

COORDINADOR CARRERA DE MEDICINA

DR. JOSÉ PASTOR LAÍNEZ MACIS

COORDINADORA GENERAL INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA POSGRADOS DE MEDICINA. EUCS

DRA. TANIA SOLEDAD LICONA RIVERA

COORDINADOR POSGRADO DE GINECOOBSTETRICIA

DRA. FRESIA MARÍA ALVARADO GÁMEZ

DEDICATORIA

Primeramente a Dios, dador de la vida, quien me ha permitido disfrutar de valiosas oportunidades en el camino de la sabiduría.

A mis padres, Javier y Genoveva, quienes con amor y esfuerzo apoyan diariamente mis sueños.

A mis hermanas, Andrea y Claudia, por ser la voz de mí conciencia y empujarme a alcanzar lo que me propongo.

A todos mis maestros y tutores quienes con sus enseñanzas, consejos y ejemplo demostraron el perfil profesional que todo ginecólogo debe respetar y hacer valer.

A mis pacientes y sus familiares, quienes sin conocerme, colocaron su vida y la del ser más importante para ellos, en mis manos. A ellos, por ser libros abiertos de conocimiento práctico e inolvidables experiencias, infinitas gracias.

ALICIA PAOLA CERRATO GRANDE

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| INTRODUCCIÓN | 1 |
| CAPITULO I: EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN | 4 |
| A. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 4 |
| B. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA | 5 |
| C. JUSTIFICACIÓN | 6 |
| D. OBJETIVOS | 7 |
| 1. Objetivo general | 7 |
| 2. Objetivos específicos | 7 |
| E. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN | 8 |
| CAPITULO II. MARCO TEÓRICO | 10 |
| A. ADOLESCENCIA | 10 |
| 1. Pubertad | 11 |
| 2. Cambios en el desarrollo corporal | 11 |
| 3. Desarrollo puberal normal..... | 12 |
| B. EMBARAZO Y ADOLESCENCIA..... | 13 |
| C. PROBLEMAS DE SALUD ASOCIADOS CON LA ADOLESCENCIA..... | 16 |
| 1. Aborto | 17 |
| 2. Anemia..... | 18 |

| | |
|--|----|
| 3. Infecciones urinarias | 18 |
| 4. Bacteriuria asintomática..... | 19 |
| 5. Trastornos hipertensivos del embarazo | 20 |
| 6. Prematurez | 20 |
| 7. Bajo peso al nacer | 21 |
| 8. Desproporción céfalo pélvica | 21 |
| 9. Muerte materna y perinatal | 21 |
| D. ACTITUD DE LA EMBARAZADA ADOLESCENTE | 23 |
| E. CARACTERÍSTICAS DEL TRABAJO DE PARTO NORMAL | 28 |
| F. TRAUMA EN EL CANAL DE PARTO | 35 |
| 1. Anatomía del canal del parto | 35 |
| 2. Trauma del canal de parto | 38 |
| G. VARIABLES EN ESTUDIO | 44 |
| 1, Características epidemiológicas | 44 |
| 2. Características clínicas | 51 |
| H. INVESTIGACIONES RELACIONADAS | 54 |
| CAPITULO III. METODOLOGÍA | 59 |
| a. ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN..... | 59 |
| b. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA | 59 |

| | |
|--|----|
| c. ALCANCE DE LA INVESTIGACIÓN | 60 |
| d. IDENTIFICACIÓN DE LAS VARIABLES | 60 |
| e. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES | 60 |
| f. POBLACIÓN Y MUESTRA | 62 |
| 1. Población o Universo | 62 |
| 2. Unidad de análisis..... | 63 |
| 3. Muestra | 63 |
| 4. Método de muestreo | 63 |
| 5. Criterios de inclusión:..... | 63 |
| g. PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS | 64 |
| 1. Método de recolección de datos | 64 |
| 2. Técnica de recolección de datos..... | 64 |
| 3. Instrumento de recolección de datos | 64 |
| 4. Validez..... | 64 |
| 5. Confiabilidad | 65 |
| 6. Procedimiento de aplicación del instrumento | 65 |
| h. PLAN DE ANÁLISIS | 66 |
| 1. Procesamiento de datos | 66 |
| 2. Presentación de los datos..... | 66 |

| | |
|---|----|
| Análisis e interpretación de la información..... | 66 |
| CAPITULO IV. CONSIDERACIONES ÉTICAS..... | 67 |
| A. LOS PRINCIPIOS ÉTICOS A CONSIDERAR SON: | 67 |
| 1. Principio de respeto a la dignidad humana | 67 |
| 2. Beneficiencia..... | 67 |
| 3. Justicia | 67 |
| B. CLASIFICACION DEL RIESGO DE LA INVESTIGACION | 67 |
| C. CONSENTIMIENTO INFORMADO | 68 |
| CAPÍTULO V: RESULTADOS | 69 |
| i. Edad..... | 70 |
| ii. Procedencia | 71 |
| iii. Raza | 72 |
| iv. Estado civil | 73 |
| v. Escolaridad | 74 |
| vi. Ocupación | 75 |
| vii. Índice de masa corporal | 76 |
| viii. Antecedentes personales patológicos | 77 |
| ix. Número de gestas..... | 78 |
| x. Número de partos | 79 |

| | |
|--|----|
| xi. Número de abortos..... | 80 |
| xii. Número de hijos vivos | 81 |
| xiii. Número de hijos muertos..... | 82 |
| xiv. Número de controles prenatales..... | 83 |
| xv. Unidad de salud del control prenatal | 84 |
| xvi. Edad gestacional | 85 |
| xvii. Tipo de parto | 86 |
| xviii. Turno médico de atención de parto | 87 |
| xix. Profesional que atendió el parto | 88 |
| xx. Eventos adversos durante el parto..... | 89 |
| xxi. Desgarros perineales | 90 |
| xxii. Desgarro de pared vaginal..... | 91 |
| xxiii. Desgarros cervicales..... | 92 |
| xxiv. Hematomas vulvares | 93 |
| xxv. Hemorragia postparto | 94 |
| xxvi. Tratamiento ofrecido | 95 |
| xxvii. Antibioticoterapia | 96 |
| xxviii. Antibiótico utilizado | 97 |
| xxix. Días de hospitalización | 98 |

| | |
|---|-----|
| xxx. Condición del egreso medico | 99 |
| xxxi. Seguimiento en consulta externa..... | 100 |
| xxxii. Tendencia del trauma del parto | 101 |
| CAPITULO VI. DISCUSIÓN A LA LUZ DE LA LITERATURA..... | 102 |
| CAPITULO VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES..... | 107 |
| A. CONCLUSIONES..... | 107 |
| B. RECOMENDACIONES..... | 109 |
| CAPITULO VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 110 |
| CAPÍTULO IX. ANEXOS..... | 116 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|---|----|
| Tabla 1. Edad..... | 70 |
| Tabla 2. Procedencia | 71 |
| Tabla 3. Raza..... | 72 |
| Tabla 4. Estado Civil | 73 |
| Tabla 5. Escolaridad | 74 |
| Tabla 6. Ocupación..... | 75 |
| Tabla 7. Índice de Masa Corporal | 76 |
| Tabla 8. Antecedentes Personales Patológicos..... | 77 |
| Tabla 9. Número de Gestas | 78 |
| Tabla 10. Número de Partos | 79 |
| Tabla 11. Número de Abortos..... | 80 |
| Tabla 12. Número de Hijos Vivos..... | 81 |
| Tabla 13. Número de hijos muertos | 82 |
| Tabla 14. Número de controles prenatales | 83 |
| Tabla 16. Edad Gestacional..... | 85 |
| Tabla 17. Tipo de Parto | 86 |
| Tabla 18. Turno Médico de atención de parto | 87 |
| Tabla 19. Profesional que atendió el parto | 88 |
| Tabla 20. Eventos adversos durante el parto | 89 |
| Tabla 21. Desgarros Perineales..... | 90 |
| Tabla 22. Desgarro de Pared Vaginal..... | 91 |

| | |
|--|-----|
| Tabla 23. Desgarros Cervicales..... | 92 |
| Tabla 24. Hematomas Vulvares..... | 93 |
| Tabla 25. Hemorragia Postparto..... | 94 |
| Tabla 26. Tratamiento Ofrecido..... | 95 |
| Tabla 27. Antibioticoterapia..... | 96 |
| Tabla 28. Antibiótico utilizado..... | 97 |
| Tabla 29. Días de Hospitalización..... | 98 |
| Tabla 30. Condición del Egreso Médico..... | 99 |
| Tabla 31. Seguimiento en Consulta Externa..... | 100 |

ÍNDICE DE GRÁFICOS

| | |
|---|----|
| Gráfico 1. Edad..... | 70 |
| Gráfico 2. Procedencia | 71 |
| Gráfico 3. Raza | 72 |
| Gráfico 4. Estado Civil | 73 |
| Gráfico 5. Escolaridad..... | 74 |
| Gráfico 6. Ocupación | 75 |
| Gráfico 7. Índice de Masa Corporal | 76 |
| Gráfico 8. Antecedentes Personales Patológicos | 77 |
| Gráfico 9. Número de Gestas | 78 |
| Gráfico 10. Número de Partos | 79 |
| Gráfico 11. Número de Abortos | 80 |
| Gráfico 12. Número de hijos vivos | 81 |
| Gráfico 13. Número de hijos muertos | 82 |
| Gráfico 14. Número de Controles Prenatales..... | 83 |
| Gráfico 15. Unidad de Salud del Control Prenatal..... | 84 |
| Gráfico 16. Edad Gestacional | 85 |
| Gráfico 17. Tipo de Parto..... | 86 |
| Gráfico 18. Turno Médico de atención del parto | 87 |
| Gráfico 19. Profesional que atendió el parto | 88 |
| Gráfico 20. Eventos Adversos durante el parto | 89 |
| Gráfico 21. Desgarros Perineales | 90 |

| | |
|---|-----|
| Gráfico 22. Desgarro Pared Vaginal..... | 91 |
| Gráfico 23. Desgarros Cervicales | 92 |
| Gráfico 24. Hematomas Vulvares | 93 |
| Gráfico 25. Hemorragia postparto..... | 94 |
| Gráfico 26. Tratamiento Ofrecido..... | 95 |
| Gráfico 27. Antibioticoterapia | 96 |
| Gráfico 28. Antibiotico utilizado | 97 |
| Gráfico 29. Días de Hospitalización | 98 |
| Gráfico 30. Condición del egreso médico | 99 |
| Gráfico 31. Seguimiento en Consulta Externa | 100 |
| Gráfico 32. Tendencia del trauma del parto..... | 101 |

INTRODUCCIÓN

El embarazo en adolescentes es un problema de gran repercusión a nivel mundial. No solo incide en los factores propios del desarrollo biopsicosocial de la mujer adolescente quien no ha completado su papel como individuo sino que además repercute en el sistema de salud, en la calidad de vida del recién nacido que se expone a una crianza deficiente y en la afectación del sistema económico del vínculo familiar del cual proviene. Según el boletín de la OMS (OMS, 2009), se estima que 16 millones de niñas en edades comprendidas entre los 15 y 19 años dan a luz cada año, y un 95% de esos nacimientos se originan en países en desarrollo.

En Honduras, la tasa de partos en adolescentes oscila alrededor del 21% de todas las atenciones. De acuerdo al informe de La ONU 2012, Honduras posee el segundo lugar en América Latina, de embarazo en adolescente, donde uno de cada 4 partos ocurre en menores de 19 años. Sin embargo los resultados de esta tesis reportan que en el Hospital Dr. Leonardo Martínez Valenzuela la tasa de embarazo en adolescentes representa el 57,4% de las atenciones durante el primer semestre del año 2017. De estas, el 4% sufren algún tipo de clase de trauma del canal de parto. Esto interfiere no solo en la calidad de la vida de la paciente, sino también en su desarrollo como ente social, ya que las repercusiones a mediano y largo plazo limitan su desarrollo profesional, la calidad de vida que ofrece a su hijo y al mismo tiempo produce limitaciones físicas propias de la incidencia de lesiones a nivel perineal o vulvar. Estas

lesiones, subestimadas en muchos casos, afectan la vida sexual por distorsión anatómica secundaria a la severidad de la lesión, esto influye en la autoestima y perfil psicológico de una paciente joven principalmente. En el peor de los casos, pacientes con desgarros que comprometen la mucosa rectal dejan por secuela la incontinencia de gas e inclusive incontinencia fecal, o formación de fistulas recto vaginales que traen infecciones vaginales recurrentes. En la presente tesis se describen las características epidemiológicas y clínicas del trauma del canal de parto en adolescentes que fueron atendidas en la sala de labor del Hospital Dr. Leonardo Martínez Valenzuela durante el primer semestre del año 2017.

En el Capítulo I se realiza el planteamiento del problema y las preguntas de investigación, permitiendo así el desarrollo de las características clínicas y el perfil epidemiológico de la paciente embarazada.

En el Capítulo II, se realiza un abordaje amplio de las características generales de la población adolescente, su clasificación según edad, los problemas derivados del embarazo durante la adolescencia, los mecanismos del trabajo de parto normal y finalmente un apartado donde se realiza un análisis del trauma del canal de parto. Esto con el fin de comparar estadísticas nacionales e internacionales con los resultados de nuestro estudio.

En el Capítulo III, se realiza la descripción de la metodología utilizada, así como la descripción y operacionalización de variables. Siendo este un estudio

descriptivo, el abordaje de la información se realizará mediante la investigación de características clínicas y epidemiológicas.

En el Capítulo IV se presentan las consideraciones éticas y los principios de beneficencia, autonomía y justicia.

En el Capítulo V se resumen los resultados del estudio realizado. Se enumeran algunos de los factores asociados y la identificación del tipo de parto brindado, la calidad de atención y la experiencia académica de la persona encargada de la atención del segundo y tercer estadio del trabajo de parto, entre otros.

En el Capítulo VI se realiza una discusión de los resultados a la luz de la literatura nacional e internacional realizando la comparación de los datos encontrados con la literatura para verificar la relación de nuestros resultados y la adaptación local de los mismos.

En el Capítulo VII, se realizan las conclusiones y recomendaciones para la adaptación local de los resultados y mejoría del sistema nacional de salud, en prevención de la alta tasa de embarazos en adolescentes y complicaciones derivadas.

En el Capítulo VIII, finalmente se comparten las fuentes bibliográficas y en el Capítulo IX se concluye con el anexo, instrumento tipo encuesta mediante el cual se recolectaron los datos adjuntos para la revisión del tema de investigación.

CAPITULO I: EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

A. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Desde el principio de los tiempos, la atención del trabajo de parto, puesta a cargo de comadronas o parteras, ha sido un tema de relevancia pero desapercibido en muchos aspectos. Cada vez que nace un niño, la familia en general e inclusive el médico o el personal de atención, regularmente se enfoca en el bienestar fetal y muy poco en lo sucedido a aquella madre que acaba de vivir un proceso fisiológico pero de gran trascendencia. El trauma obstétrico, es un problema frecuente en nuestro medio, solo en el año 2014 en el Hospital Materno Infantil Dr. Leonardo Martínez Valenzuela se atendieron 4,403 pacientes adolescente embarazadas, así mismo en el 2015 estadística similar con 4,035 pacientes y de todas estas, en el año 2014 se presentaron 502 casos con evidencia de trauma en el canal de parto, considerando únicamente desgarros perineales. La incidencia de estas lesiones puede variar entre un 2 - 7 por cada 1000 nacidos vivos. Sin embargo en nuestro medio, no existen estudios relevantes que justifiquen los factores asociados al aumento de su incidencia y tampoco los efectos de este, a corto, mediano y largo plazo. En Honduras la tasa de incidencia de embarazo en adolescentes es elevada y por razones epidemiológicas y clínicas, el trauma de canal de parto es un tema que amerita ser estudiado por las complicaciones y repercusiones que conllevan. De estas, el 4% sufren algún tipo de clase de trauma del canal de parto. Esto interfiere no solo en la calidad de la vida de la paciente, sino también en su

desarrollo como ente social, ya que las repercusiones a mediano y largo plazo limitan su desarrollo profesional, la calidad de vida que ofrece a su hijo y al mismo tiempo produce limitaciones físicas propias de la incidencia de lesiones a nivel perineal o vulvar. Estas lesiones, subestimadas en muchos casos, afectan la vida sexual por distorsión anatómica secundaria a la severidad de la lesión, esto influye en la autoestima y perfil psicológico de una paciente. Complicaciones a mediano y largo plazo también incluyen la presencia de dispareunia, fistulas rectovaginales, incontinencia fecal o de gas e infecciones vaginales recurrentes. Existe además, la inseguridad al momento de elegir nuevas parejas, pues secundario a la laxitud de los tejidos muchas adolescentes se creen incapaces de complacer a su pareja.

La mortalidad por “trauma de parto” ha disminuido claramente como consecuencia de los avances tecnológicos y la mejor práctica obstétrica, habiéndose estimado que en el año 2005 en EEUU la tasa se redujo a menos de 1 por cada 100.000 nacidos siendo la morbilidad total de 2.8 / 1000 aproximadamente. Existen lesiones maternas muy frecuentes como los desgarros cervicales, perineales y la formación de hematomas en área vaginal o vulvar respectivamente.

B. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las características epidemiológicas y clínicas del trauma del canal de parto en las adolescentes atendidas en el Hospital Materno Infantil Dr. Leonardo Martínez Valenzuela desde el 1ro de Enero al 30 de Junio del 2017?

C. JUSTIFICACIÓN

1. Conveniencia: esta investigación permitirá identificar las características clínicas y el perfil epidemiológico de la paciente embarazada, los factores de riesgo asociados y la identificación a su vez del tipo de parto que se está brindando a las usuarias de salud, la calidad de atención y la experiencia académica de la persona encargada de la atención del segundo y tercer estadio del trabajo de parto.

2. Relevancia: el estudio en conjunto y sus resultados servirán para beneficio del paciente y las futuras usuarias, también beneficiará a la institución con el fin de normatizar y crear un protocolo de atención, basado en los resultados, para disminuir la frecuencia de presentación y complicaciones asociadas al parto en adolescentes. Finalmente con menos complicaciones, se cumplirá con los estándares de calidad de la institución, y a su vez se mejorara la calidad de vida de las pacientes mediante la prevención de lesiones de suelo pélvico y sus complicaciones a corto, mediano y largo plazo.

3. Implicaciones prácticas: Se estima que la proyección del estudio ayudará a resolver un problema institucional ya que específicamente en el Hospital Dr. Leonardo Martínez en el año 2014 por ejemplo, se presentaron 502 adolescentes con desgarros perineales de diversos grados, lo cual representa aproximadamente un 25% de todos los partos vaginales atendidos en el transcurso del año. Esto es relevante pues mejoraría, de forma práctica, las estadísticas y la calidad de atención de un centro de segundo nivel.

4. Valor teórico: Este estudio también ayudara al programa de educación continua para el personal asistencial, pues de los resultados encontrados se investigará también el nivel de experiencia del partero y nos ayudará a impartir conocimiento a todos aquellos que participen de forma activa en el proceso de atención de las pacientes. Es necesario la educación continua para asegurar la calidad de atención, con este estudio se identificaran aspectos asociados a la experiencia del personal de salud a cargo, por lo cual se podrán corregir aspectos dependientes de la educación continua.

5. Utilidad metodológica: Con los resultados encontrados, de este modo, también se creara un nuevo instrumento de recolección de datos para la prevención del trauma en estas mujeres. Se hará un reforzamiento de las áreas que se encuentren deficientes y se investigarán los aspectos a mejorarse para crear una mejor atención de salud.

D. OBJETIVOS

1. Objetivo general

Describir las características epidemiológicas y clínicas del trauma del canal de parto en las adolescentes que fueron atendidas en la sala de labor y parto del Hospital Dr. Leonardo Martínez Valenzuela durante el primer semestre del año 2017.

2. Objetivos específicos

a. Determinar la tasa de partos en adolescentes.

b. Estimar la prevalencia del trauma del canal de parto en las pacientes

adolescentes.

- c. Describir las características personales de las adolescentes con trauma del canal de parto.
- d. Identificar las características geográficas de las adolescentes con trauma del canal de parto.
- e. Detallar la tendencia del trauma del canal de parto en las adolescentes.
- f. Describir el razonamiento clínico del trauma del canal de parto en las adolescentes.
- g. Clasificar la conclusión diagnóstica del trauma del canal de parto en las adolescentes.
- h. Detallar el tratamiento del trauma del canal de parto en las pacientes adolescentes.
- i. Describir el seguimiento de las pacientes con trauma obstétrico.

E. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

1. ¿Cuál es la tasa de partos en adolescentes atendidas en el Hospital Materno Infantil Dr. Leonardo Martínez Valenzuela?
2. ¿Cuál es la prevalencia del trauma del canal de parto en las pacientes adolescentes atendidas en el Hospital Materno Infantil Dr. Leonardo Martínez Valenzuela durante el periodo del 1ro de Enero al 30 de Junio del 2017?
3. ¿Cuáles son las características personales de las adolescentes con trauma del canal de parto, atendidas en el Hospital Materno Infantil Dr. Leonardo Martínez Valenzuela durante el periodo del 1ro de Enero al 30 de Junio del

2017?

4. ¿Cuáles son las características geográficas de las adolescentes con trauma del canal de parto atendidas en el Hospital Materno Infantil Dr. Leonardo Martínez Valenzuela durante el periodo del 1ro de Enero al 30 Junio del 2017?
5. ¿Cuál fue la tendencia del trauma del canal de parto en las adolescentes atendidas en el Hospital Materno Infantil Dr. Leonardo Martínez Valenzuela durante el periodo del 1ro de Enero al 30 de Junio del 2017?
6. ¿Cuál fue el razonamiento clínico del trauma del canal de parto en las adolescentes atendidas en el Hospital Materno Infantil Dr. Leonardo Martínez Valenzuela durante el periodo del 1ro de Enero al 30 de Junio del 2017?
7. ¿Cómo se clasificó la conclusión diagnóstica del trauma del canal de parto en las adolescentes atendidas en el Hospital Materno Infantil Dr. Leonardo Martínez Valenzuela durante el periodo del 1ro de Enero al 30 de Junio del 2017?
8. ¿Cuál fue el tratamiento aplicado en el trauma del canal de parto en las pacientes adolescentes atendidas en el Hospital Materno Infantil Dr. Leonardo Martínez Valenzuela durante el periodo del 1ro de Enero al 30 de Junio del 2017?
9. ¿Cuál fue el seguimiento brindado a las pacientes adolescentes con trauma del canal de parto, atendidas en el Hospital Materno Infantil Dr. Leonardo Martínez Valenzuela durante el periodo del 1ro de Enero al 30 de Junio del 2017?

CAPITULO II. MARCO TEÓRICO

A. ADOLESCENCIA

La definición de adolescencia es variable según diversas literaturas, sin embargo la Organización Mundial de la Salud define la adolescencia de la siguiente manera: *“aquellos jóvenes que alcanzan la edad de 10 a 19 años”*, clasificándose a su vez en adolescencia temprana que cursa de los 10 a los 14 y adolescencia tardía que va de los 15 a los 19 años específicamente. (“OMS | El embarazo en la adolescencia”, 2017) Aproximadamente, en el mundo hay 1.2 billones de adolescentes que constituyen el 20% de la población mundial total. El 85% de estos adolescentes viven en países en vías de desarrollo; en estos últimos, donde radica la población más joven en el mundo con una media de edad que oscila entre los 15 y 16 años aproximadamente. Lo interesante de este tema, es que alrededor del 45% de las adolescentes refieren haber iniciado su vida sexual alrededor de los 17 años y un 25% antes de los 15 años (Klein, 2005). Esta situación frecuentemente se asocia a la coerción por parte de adultos y la influencia hacia el inicio de actividad sexual de forma involuntaria. Reportes nos indican que hasta el 74% de las adolescentes menores de 14 años son abusadas de algún modo. Esto repercute también en la incidencia de embarazo no deseado y el incremento en el número de parejas sexuales a lo largo del desarrollo de la vida de una persona joven. A continuación se enlista una serie de factores que pueden incrementar el riesgo al desarrollo de una vida sexual temprana (Kirby, 2001): Desarrollo prematuro

de las características sexuales secundarias, Historia de abuso o coerción sexual, pobreza, desintegración familiar, patrones familiares de promiscuidad, abuso de alcohol, sustancias o drogas, analfabetismo y deserción escolar. Por otro lado, existen también factores protectores ante el inicio precoz de una vida sexual activa (Resnick, 2000): la presencia y educación de ambos padres en el núcleo familiar, estabilidad emocional y familiar, religión y nivel socioeconómico medio.

1. Pubertad

La pubertad es el periodo durante el cual se desarrollan los caracteres sexuales secundarios y se consigue la capacidad reproductiva. En el ser humano, esta se caracteriza, hormonalmente, por el reinicio del eje clásico de retroalimentación gonadal negativo, alteración de los ritmos circadianos y ultradianos de gonadotropinas, y en la adquisición de un eje de retroalimentación positivo, que controla los ritmos mensuales como una expresión interdependiente de las gonadotropinas y de los esteroides ováricos (Berek & Novak, 2013). Los adolescentes avanzan en estados de desarrollos predecibles; aunque son una población heterogénea, hay una gran varianza en su nivel de madurez, aun en aquellos de la misma edad.

2. Cambios en el desarrollo corporal

En esta edad pueden distinguirse dos períodos: uno denominado “pubertad” y otro, “adolescencia” propiamente dicha. Si comparamos la pubertad con la

adolescencia, encontraremos que el primer período hace referencia más directamente al aspecto fisiológico, caracterizado por la transformación “física y sexual” del individuo, y se define por la aptitud para la procreación. El segundo período, se centra en la aparición de características y fenómenos afectivos que determinan cambios en toda su personalidad y se manifiesta tempranamente en las niñas por la aparición de la menarquia. El término adolescencia proviene del verbo latino *adolecere*, que significa crecer, avanzar, desarrollarse, y hacerse fuerte. Este término traduce de modo perfecto lo que representa esta transición, que es precisamente el movimiento, la transformación y el momento dinámico del desarrollo global de una persona. La adolescencia constituye la transición hacia la vida adulta y ser mujer, implica también ejercer los papeles de esposa y madre según la asignación sociocultural. Durante este tiempo se incrementan las presiones y las responsabilidades, sin embargo ellas carecen muchas veces de las capacidades y habilidades, así también como los recursos financieros y emocionales de las personas adultas.

La adolescencia es, fundamentalmente, un período de rápido e intenso crecimiento físico, acompañado de profundos cambios en el cuerpo.

3. Desarrollo puberal normal

El principal determinante del momento de inicio de la pubertad es, sin duda, el factor genético, aunque otros factores influyen tanto en la edad de inicio como en la progresión del desarrollo puberal. Entre estas influencias están el estado

nutricional, la salud general, la localización geográfica, la exposición a la luz y el estado físico.

La concordancia en la edad de la menarquia entre madre e hija y entre hermanas ilustra la importancia del factor genético. También, las niñas que viven en ambientes urbanos, más cerca del ecuador, y en altitudes inferiores, empiezan la pubertad antes que las de áreas rurales, las que viven más lejos del ecuador y en altitudes más elevadas.

En las niñas, el desarrollo puberal dura unos 4 o 5 años. Aunque el primer signo de la pubertad generalmente es la aceleración del crecimiento, los primeros cambios que se reconocen son los botones mamarios, seguidos del vello púbico, el valor máximo de crecimiento y la menarquia (Berek & Novak, 2013).

B. EMBARAZO Y ADOLESCENCIA

Cada año, aproximadamente 900,000 adolescentes se embarazan en Estados Unidos. De estos casos, el 51% finalizan con una gestación a término, el 35% en aborto provocado y el 14% en aborto o pérdida fetal. En la actualidad y a nivel mundial se presentan aproximadamente 14 millones de nacimientos cada año, y la mayoría (hasta en un 90%) ocurren en países subdesarrollados de África sub-Sahariana, Asia y América Latina. A partir del año 1996, se con la introducción del aborto legalizado se produjo una tremenda disminución en la tasa de nacimientos a nivel mundial, sin embargo la población Hispana sigue manteniendo la prevalencia más alta de embarazos en adolescentes. (Klein, 2005).

Por lo que se refiere a México, por término medio entre 2003 y 2012 ocurrieron 2.59 millones de nacimientos anuales, lo que representa un promedio anual de 448,000 nacimientos anuales en madres que tenían menos de 19 años en el momento del parto, lo que constituye el 20% de los nacimientos anuales a esta edad en ese país. ("OMS | El embarazo en la adolescencia", 2017).

Más del 90% de todos los embarazos en adolescentes a nivel mundial describen su embarazo como no deseado. Aquellas menores de 17 años, regularmente poseen una alta incidencia de complicaciones médicas maternas, bajo peso fetal al nacer (menor a 2,500 gramos) e incremento tres veces mayor de muerte neonatal.

Algunos factores biológicos asociados con malos resultados perinatales son la desnutrición, talla baja, paridad y pobre ganancia de peso durante la gestación. Algunos factores sociales asociados son la pobreza, la soltería, nivel socioeconómico bajo, tabaquismo, uso de drogas y fallo en el control prenatal. (Klein, 2005).

El embarazo se produce cuando un espermatozoide alcanza y atraviesa la membrana celular del óvulo, fusionándose los núcleos y compartiendo ambos su dotación genética para dar lugar a una célula huevo o cigoto, en un proceso denominado fecundación. La fecundación tiene lugar en la región de la ampolla de la trompa uterina. Solo el 1% de los espermatozoides depositados en la vagina atraviesan el cuello uterino, donde pueden llegar a sobrevivir durante varias horas. El viaje, desde el cuello uterino hasta las trompas uterinas

requiere un mínimo de 2 a 7 horas, y, tras alcanzar el istmo, los espermatozoides disminuyen su movilidad y finalizan su migración (Sadler & Sadler-Redmond, 2016).

Las fases de la fecundación son las siguientes:

1. Penetración de la corona radiada

De los 200 a 300 millones, solo 300 a 500 llegan al sitio de la fecundación. De todos estos, solamente uno podrá pasar libremente a través de la corona radiada.

2. Penetración de la zona pelúcida

La zona pelúcida es una capa de glicoproteínas que rodean al ovocito, que facilita y mantiene la unión del espermatozoide e induce la reacción acrosómica que impide mediante liberación de enzimas la penetración de otros espermatozoides.

3. Fusión de las membranas celulares del ovocito y del espermatozoide

La adhesión inicial se da a través de la interacción de integrinas sobre el ovocito y sus ligandos, las desintegrinas sobre el espermatozoide. Tras esta adhesión, se fusionan sus membranas plasmáticas.

Los principales resultados de la fecundación son: el restablecimiento del número diploide de cromosomas y la determinación del sexo

4. Iniciación de la segmentación

La multiplicación celular del cigoto dará lugar al embrión, a través de la aparición del disco germinativo bilaminar en la segunda semana de gestación y posteriormente la gastrulación con el cambio a disco germinativo trilaminar.

De la segunda semana en adelante, se produce el desarrollo paulatino de la fase embrionaria que finaliza a las ocho semanas aproximadamente. Periodo de máxima sensibilidad, pues se produce el cierre de la placa neural y la formación de esbozos de donde posteriormente se dará la diferenciación en órganos y sistemas, periodo de desarrollo fetal que abarca de las 9 a las 38 semanas aproximadamente.

En general, se considera que la duración de la gestación es de 280 días o 40 semanas después del comienzo de la última menstruación o de manera más exacta, 266 días o 38 semanas después de la fecundación (Sadler & Sadler-Redmond, 2016).

C. PROBLEMAS DE SALUD ASOCIADOS CON LA ADOLESCENCIA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha señalado el embarazo como una de las prioridades en la atención de las adolescentes ya que repercute tanto en la salud de la madre como en la del niño. La mortalidad materna del grupo de 15 a 19 años en los países en desarrollo se duplica al compararla con la tasa de mortalidad con el grupo de 20 a 34 años; en México, la mortalidad en madres menores de 24 años corresponde al 33% del total (Who.int, 2017).

Los riesgos médicos asociados con el embarazo de las madres adolescentes, como patología hipertensiva, anemia, bajo peso al nacer, parto prematuro, así

como la nutrición insuficiente, determinan la elevación de la morbimortalidad materna y un aumento estimado de 2 a 3 veces en la mortalidad infantil al compararse con los grupos de edades entre 20 y 29 años. El 80% de los niños hospitalizados por desnutrición grave son hijos de madres adolescentes.

La morbilidad en la gestación de la adolescente se puede clasificar por períodos de la gestación. En la primera mitad destacan el aborto, la anemia, las infecciones urinarias y la bacteriuria asintomática.

1. Aborto

El aborto es la interrupción de manera espontánea o provocada del embarazo hasta las 20 semanas de gestación. Este conlleva repercusiones clínicas y psicológicas que pueden interferir en la recuperación a corto y largo plazo (Sefton, 2007)

Algunas de las complicaciones clínicas más frecuentes:

- a. Evacuación incompleta: En algunos casos puede ser necesaria una nueva intervención para evacuar el útero.
- b. Infecciones: muy poco habituales debido entre otras cosas a la técnica y a la protección antibiótica que se suele aportar.
- c. Perforaciones uterinas: patología obstétrica del musculo uterino que se caracteriza por una solución de continuidad secundaria al uso de legas metálicas regularmente, durante la evacuación del contenido uterino.

2. Anemia

Es una afección en la cual el cuerpo no tiene suficientes glóbulos rojos sanos para el transporte de oxígeno requerido por los órganos y tejidos. Regularmente secundario a anemia fisiológica del embarazo por hemodilución, aunque también puede ser secundaria a deficiencia de hierro y ácido fólico basados en el déficit nutricional de las pacientes que poseen niveles socioeconómicos bajos en países del tercer mundo predominantemente (Bindra, 2017).

Algunos factores de riesgo son:

- a. Bajo peso y desnutrición
- b. Enfermedades crónicas
- c. Perdidas menstruales mayores a 80 ml
- d. Obesidad
- e. Parasitismo intestinal

3. Infecciones urinarias

El factor de riesgo más importante en las infecciones de vías urinarias es el embarazo. El 5-10% de las embarazadas presentan una infección vías urinarias bajas (ITU) en el curso de la gestación. La bacteriuria asintomática no tratada es un factor de riesgo de pielonefritis, bajo peso al nacer y parto prematuro. (Maternofetal, Marzo 2017)

Algunos factores de riesgo para el desarrollo de una ITU son:

- a. Bacteriuria asintomática

- b. Historia de ITU de repetición
- c. Litiasis renal
- d. Malformaciones uro ginecológicas
- e. Reflujo vesico-ureteral
- f. Multiparidad
- g. Nivel socioeconómico bajo

Algunos de los gérmenes más frecuentes son los bacilos gram negativos como la *E. coli* causante del 80-90% de las infecciones. Seguido de *Proteus mirabilis*, *K. pneumoniae* y cocos gram positivos como *Enterococcus spp*, *Staphylococcus saprophyticus* o *Streptococcus agalactiae* (SGB). A mayor edad gestacional, mayor probabilidad de Gram positivos principalmente SGB. (Fournié, Jalle, Sentilhes & Lefebvre-Lacœuille, 2008).

4. Bacteriuria asintomática

Se denomina bacteriuria asintomática (B.A.), a la presencia de bacterias en orina cultivada (más de 100.000 colonias por ml) sin que existan síntomas clínicos de infección del tracto urinario. La mayoría de bacteriurias asintomáticas se dan en el primer trimestre de la gestación. El 25% de las bacteriurias asintomáticas no tratadas desarrollarán una pielonefritis aguda vs el 3% de las tratadas (Maternofetal, Marzo 2017).

En la segunda mitad del embarazo se encuentran los cuadros hipertensivos, las hemorragias asociadas con patologías placentarias, parto prematuro y la escasa ganancia de peso con malnutrición materna asociada, desproporción

cefalopélvica por desarrollo incompleto de la pelvis ósea materna y trabajo de parto prolongado.

5. Trastornos hipertensivos del embarazo

a. Preeclampsia: complicación médica del embarazo, denominada en el pasado; toxemia del embarazo, que se caracteriza por incremento en las cifras tensionales después de las 20 semanas de gestación asociada a elevados niveles de proteína en la orina. ("ACOG Practice Bulletin No. 33: Diagnosis and Management of Preeclampsia and Eclampsia", 2002)

b. Eclampsia: Es la aparición de convulsiones o coma durante el embarazo en una mujer después de la vigésima semana de gestación, el parto o en las primeras horas del puerperio sin tener relación con afecciones neurológicas.

6. Prematurez

El parto prematuro es un parto que se lleva a cabo antes de las treinta y siete semanas de gestación, en estos casos el bebé prematuro tiene órganos que no se han desarrollado completamente y, por lo tanto, necesita cuidados de sostén en una sala de cuidados neonatales. La prematurez es el resultado de una serie de fenómenos fisiopatológicos que tienen como efecto final el desencadenamiento de contracciones uterinas prematuras y eventualmente el parto. Los fenómenos primarios, en gran parte de origen desconocido, pueden ser infecciosos, isquémicos, mecánicos, alérgicos, inmunológicos. (Gupta, Kiran & Bhal, 2008).

Estudios realizados en poblaciones de adolescentes, demuestran que el riesgo de parto prematuro es mayor en las pacientes adolescentes embarazadas. La edad gestacional del parto está en relación con la edad materna, existiendo entonces mayor riesgo de partos prematuros a menor edad materna junto con mayor frecuencia de la rotura prematura de membranas.

7. Bajo peso al nacer

Es un término que se utiliza para describir a los bebés que nacen con un peso menor a los 2.500 gramos. Los bebés con bajo peso al nacer son mucho más pequeños que los que nacen con un peso normal. Son muy delgados, con tejido adiposo escaso y su cabeza se ve más grande que el resto del cuerpo.(Seince, Pharisien & Uzan, 2008)

8. Desproporción céfalo pélvica: Incapacidad del feto, para pasar a través de la pelvis materna por una relación desproporcionada entre la cabeza fetal, ya sea por tamaño, posición o el espacio pélvico.

9. Muerte materna y perinatal: La mortalidad materna o muerte materna es un término estadístico que describe la muerte de una mujer durante o poco después de un embarazo. La mayoría de estas muertes han sido médicamente prevenibles desde hace décadas. Como muerte perinatal se considera todas las muertes ocurridas entre la vigésima octava semana de gestación y el séptimo día de nacimiento. Es cierto que el embarazo en la adolescencia conlleva numerosos riesgos; pero también las condiciones económicas, sociales, culturales y sobre todo de atención médica en el sitio en

que se encuentra la adolescente pueden disminuir el daño de manera significativa. . En cuanto a la mortalidad perinatal, en la literatura se plantea que los nacidos de mujeres menores de 20 años tienen más riesgo de morir que los nacidos de madres con edad entre 20 a 29 años. (Herrera M, 2003)

El embarazo en la adolescencia también está asociado con diversos problemas biológicos, psicológicos y sociales. Dentro del grupo de edad en las adolescentes, es más frecuente en aquellas menores de 15 años. Ciertos problemas psicológicos se reflejan en la inmadurez física y psicosocial, como en los problemas derivados de la sexualidad precoz y desprotegida de las adolescentes. En muchas regiones, el embarazo en la adolescente está asociado a riesgo en el comportamiento; ejemplo son las múltiples parejas sexuales, infecciones de transmisión sexual, fallo en el uso de contracepción y abuso de alcohol. La relación entre el embarazo temprano y el nivel educativo pobre o estado socioeconómico bajo esta presentado también un reconocimiento valido ("OMS | El embarazo en la adolescencia", 2017).

De este modo, la unión de todos estos factores de riesgo conlleva a la importancia del seguimiento del embarazo por parte de un grupo multidisciplinario de personas que no solo debe incluir al obstetra sino al psicólogo, y terapeuta familiar también.

Durante la adolescencia, la mayoría de los embarazos no son planificados, mucho menos deseados; con la característica típica de adolescentes que no tienen ni las habilidades o recursos que tienen las mujeres mayores. El acceso

al aborto seguro y legal es otro factor importante que determina las tasas de natalidad. En los países desarrollados de Europa por ejemplo, donde la sexualidad adolescente es aceptada como parte normal del desarrollo humano y donde se les brinda acceso a la contracepción y al aborto, las tasas de natalidad son bajas. Pero en Estados Unidos o en Latinoamérica donde no se acepta el aborto legal en muchos países, la tasa de natalidad se incrementa en conjunto con la tasa de abortos ilícitos. (Álvarez Vázquez & Salomón Avich, 2012).

Las adolescentes, de igual forma y por naturaleza, usan menos contracepción en relación a las adultas. Aunque la proporción de adolescentes que tienen conocimiento de contracepción ha incrementado en los últimos años y especialmente en América Latina, existe una proporción significativa de ellos que no tiene el entendimiento básico de salud sexual o embarazo y tampoco tiene acceso directo a variedad de disposición de métodos de planificación familiar (Coles, Makino & Stanwood, 2009).

D. ACTITUD DE LA EMBARAZADA ADOLESCENTE

El embarazo en adolescentes está asociado con otras conductas antisociales, como el abuso de drogas, tabaco y alcohol, así como actos delictivos. Algunos autores sugieren que el embarazo en la adolescente surge a raíz de sentimientos de rechazo, abandono y soledad, a veces crónicos y, en otros casos, aparentemente en relación con una pérdida de un ser querido o cercano, o a la figura paterna por hogares desintegrados.

Las actitudes y expectativas que tiene una madre adolescente en cuanto al rol materno y la crianza de los hijos contribuyen a la calidad de la relación que establece con su hijo. También en este aspecto las madres adolescentes sufren una desventaja en comparación con las madres adultas, pues no poseen de la madurez o estabilidad emocional necesaria para el correcto desempeño de las funciones básicas de protección y atención al recién nacido (Gupta, Kiran & Bhal, 2008).

Factores predisponentes a un embarazo en adolescentes

1. Menarquía temprana: otorga la madurez física o reproductiva, presentando ovulación cuando aún no maneja las situaciones de posible riesgo en un embarazo.
2. Inicio precoz de relaciones sexuales: sea por abuso o relación sexual no consentida o en algunos casos, voluntariamente. La adolescente se enfrenta constantemente a la presión y la manipulación del enamorado para obligarla a tener una experiencia sexual, a fin de que acepte y ceda a sus requerimientos como parte del amor, la fidelidad y sobretodo la prueba física del amor (Gilson & Lancaster, 2008).
3. Familia disfuncional: desintegración familiar y patrones de matriarcado predominantemente por falta de paternidad. Su ausencia genera carencias afectivas que la joven interpreta con la necesidad física para recibir el afecto o la atención que desea. La falta de autoridad de un consejero del hogar y de reglas y normas claras trae el desorden a su estabilidad emocional. Sumado a

esto, también existe la falta de educación sexual en el hogar.

4. Bajo nivel educativo: Cuando hay un proyecto de vida que prioriza alcanzar un determinado nivel educativo y posponer la maternidad para la edad adulta, es más probable que la joven, aun teniendo relaciones sexuales, adopte una prevención efectiva del embarazo. ("OMS | El embarazo en la adolescencia", 2017).

5. Migraciones recientes: Frecuentemente asociado al traslado de residencia de la zona rural a la urbana por motivos de trabajo o intención de estudio. Esto secundario a la pérdida del vínculo familiar y el inicio de la libertad hacia una vida de independencia pero sin la protección y consejo de los mayores.

6. Mentalidad infantil: propios del niño o adolescente, donde creen que el embarazo no es opción pues no es deseado (Cancino & Valencia, 2015).

7. Aumento en número de adolescentes: alcanzando el 50% de la población femenina.

Tendencias hacia el embarazo en adolescentes: entre los principales problemas de salud encontrados en la adolescencia destacan los accidentes, la farmacodependencia, el embarazo no deseado y los suicidios (Cancino & Valencia, 2015).

El incremento demográfico, los cambios en el estilo de vida y los desequilibrios socioeconómicos han facilitado problemas de crecimiento y desarrollo, trastornos de conducta, afecciones emocionales, problemas de aprendizaje, embarazo adolescente y crianza de hijos a temprana edad.

A pesar de la disminución de la fertilidad en general, la tasa de embarazos en el grupo de adolescentes permanece estable, lo que se traduce en un aumento relativo del porcentaje de mujeres embarazadas menores de 20 años ("OMS | El embarazo en la adolescencia", 2017).

En los servicios de medicina de la adolescencia, como en el caso del Hospital Materno Infantil Dr. Leonardo Martínez Valenzuela, el embarazo en adolescentes osciló con un promedio de 4,403 atenciones en el año 2014 y 4,035 atenciones en el año 2015. Por ello puede afirmarse que el embarazo en adolescentes es un problema de salud actual en la población atendida en hospitales de este tipo.

Se ha descrito que el embarazo en adolescentes es en la actualidad uno de los principales problemas de salud pública en América Latina y el Caribe. En México, el Consejo Nacional de la Población (CONAPO), a través del Programa Nacional de Población 1995-2000, encontró que las mujeres menores de 20 años con condiciones socioeconómicas desfavorables eran quienes más frecuentemente experimentaban las repercusiones negativas de un embarazo temprano (Gobierno de la Republica, MEXICO, 2017)

El embarazo en la adolescencia también puede acarrear como consecuencia problemas sociales como la pérdida de autonomía, la interrupción de relaciones sociales, el aplazamiento o estancamiento en el desarrollo personal y el abandono escolar ("OMS | El embarazo en la adolescencia", 2017).

En una encuesta realizada por el Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CONASIDA) sobre la sexualidad en Ciudad de México se encontró que la media de edad de la primera penetración vaginal fue 17.4 años y que en generaciones previas, como aquéllas nacidas durante la década de 1970, el promedio fue 16.4 años ("Análisis sobre educación sexual integral, conocimientos y actitudes en sexualidad en adolescentes escolarizados", 2017).

En la encuesta nacional de jóvenes de educación media y media superior realizada por el CONAPO en México, también se encontró que los jóvenes empiezan a tener relaciones a los 16 años en el caso de las mujeres y entre los 14 y 15 años en el de los hombres. Por lo que respecta a la persona con quien inician su vida sexual, las mujeres generalmente informaron que habían tenido su primera y sus posteriores relaciones sexuales con su novio o enamorado (Gobierno de la Republica, MEXICO, 2017).

Otro factor asociado con la fecundidad adolescente es el medio en que crece y se desarrolla la mujer. Se observa de forma regular que los embarazos de madres adolescentes son más frecuentes en comunidades menos escolarizadas y en áreas rurales. Una posible razón sea que las uniones matrimoniales ocurren a más temprana edad. Así, por cada mujer urbana que se une antes de los 18 años, dos lo hacen en el medio rural y por cada mujer con educación primaria completa que se une antes de los 16 años (7.7%), casi

tres con educación primaria incompleta lo hacen (20.2%), y casi cinco, sin ninguna instrucción (35%).

La tasa de fecundidad reportada en mujeres adolescentes de áreas rurales es de 126 por cada 1,000; mientras que en las áreas metropolitanas se ha obtenido una tasa de 77 por cada 1,000 ("OMS | El embarazo en la adolescencia", 2017).

A pesar de que el número de personas que usan un método anticonceptivo ha aumentado, las barreras culturales y los mitos aún continúan siendo muy grandes. Por ejemplo, entre los métodos más usados se encuentra el condón y la responsabilidad sobre la decisión de usarlo ha correspondido tradicionalmente al hombre ya que él mantiene el control sobre las relaciones sexuales. Esta situación atribuye una mayor desventaja a la mujer ya que la falta de uso de algún método anticonceptivo constituye un posible riesgo para su salud, sobre todo por las consecuencias que esto trae consigo, como el embarazo temprano, no deseado, no planeado, no aceptado y la posibilidad de contraer enfermedades sexuales. Las adolescentes sexualmente activas quedan embarazadas en el 36% en un plazo inferior a 2 años después del inicio de su actividad sexual (Coles, Makino & Stanwood, 2009).

E. CARACTERÍSTICAS DEL TRABAJO DE PARTO NORMAL

1. Conceptos:

a. Trabajo de parto: Operacionalmente se define como la presencia de ≥ 2 o 3 contracciones en 10 minutos, de 30 o más segundos de duración, por un

período mínimo de una hora acompañadas de modificaciones cervicales (borramiento $\geq 50\%$ y dilatación ≥ 1 cm (del orificio cervical interno) (Seince, Pharisien & Uzan, 2008).

Se pueden utilizar varios métodos para definir su inicio:

- i. Cuando las contracciones dolorosas se vuelven regulares.
- ii. A partir del ingreso a la unidad de atención del trabajo de parto; verificando la presencia de contracciones dolorosas acompañadas por algunas circunstancias: Rotura de membrana o expulsión del tapón mucoso.

2. Primera etapa del trabajo de parto

Friedman inicio un abordaje científico en 1954, al descubrir un patrón sigmoideo característico del trabajo de parto mediante la graficación de la dilatación del cuello uterino con respecto al tiempo (Williams, Leveno, Cunningham & Bloom, 2011).

Creando así la división del trabajo de parto en tres etapas considerables:

- a. Durante el periodo preparatorio hay modificación considerable del tejido conectivo aunque el cuello se dilate poco. Puede ser detenida por la sedación y la analgesia. (Wong, 2009)

La división de la dilatación, durante la cual la dilatación avanza su tasa más rápida. No puede ser modificada por la sedación y la analgesia regional.

- b. La división pélvica, se inicia con la fase de desaceleración de la dilatación del cuello uterino. Los mecanismos comunes del trabajo de parto, incluidos los movimientos cardinales fetales en presentación cefálica, encajamiento, flexión,

descenso, rotación interna, extensión y rotación externa, ocurren sobre todo durante la división pélvica del trabajo de parto.

i. Fase latente

Lapso que media entre el inicio del trabajo de parto y la presencia de un cuello borrado y tres a cinco centímetros de dilatación, un umbral que puede ser clínicamente útil porque define los límites de la dilatación, más allá de los cuales es de esperar un trabajo de parto activo.(Williams, Leveno, Cunningham & Bloom, 2011).

ii. Fase latente prolongada

Definida como una fase de latencia mayor de 20 horas en la mujer nulípara y de 14 horas en la múltipara. Entre los factores que modifican esta fase latente se encuentran la sedación excesiva o la analgesia epidural, la condición desfavorable del cuello uterino, sin borramiento o dilatación, y el trabajo de parto falso. (Kjærgaard, Olsen, Ottesen, Nyberg & Dykes, 2008).

Esta condición oscila entre 0,3 y 4,2% de las mujeres. La etiología más frecuente en múltiparas, es falso trabajo de parto y en nulíparas un inicio de trabajo de parto con cuello inmaduro.

c. Trabajo de parto activo

Fase activa: Lapso que media entre los 3 y los 10 centímetros de dilatación.

A su vez, la fase activa presenta una fase aceleratoria (3-8 cm) y una fase desaceleratoria (8-10 cm).

En este período del parto tienen que producirse dos cambios: la dilatación y el

descenso progresivo de la presentación fetal. En la fase aceleratoria predomina la dilatación y en la fase desaceleratoria ocurre mayormente el descenso.

Según Friedman, la duración promedio de la fase activa del trabajo de parto en nulíparas fue de 4.9 horas. Sin embargo, la desviación estándar de 3.4 horas es amplia; de ahí que la fase activa se refería con una máxima estadística de 11.7 horas (Harrington, 2009).

Se recomienda no efectuar la ruptura artificial de membranas como una medida habitual en todo trabajo de parto y sólo realizarla bajo alguna indicación.

Indicaciones de RAM:

Necesidad de observar las características del líquido amniótico

Colocación de electrodo cefálico o amnioinfusión

Obtener descenso y/o apoyo cefálico

Optimizar la dinámica uterina. (Seince, Pharisien & Uzan, 2008)

3. Segunda etapa del parto

Tiempo que media entre la dilatación completa del cuello uterino y el nacimiento del feto. En nulíparas se aproxima a 50 minutos y 20 minutos en múltiparas pero es muy variable. (Williams, Leveno, Cunningham & Bloom, 2011).

a. Distocias del trabajo de parto

La distocia (dis: anormal, dificultoso + tocos: trabajo de parto) se caracteriza por progreso lento o eventualmente nulo del trabajo de parto.

Falla en la progresión del trabajo de parto (fase activa): Las alteraciones de la fase activa, han sido divididas en una serie de categorías, muchas veces superpuestas y que representan al 25% de los casos en nulíparas y 15% de los casos de multíparas. (Kjærgaard, Olsen, Ottesen, Nyberg & Dykes, 2008)

Friedman subdividió las anomalías en:

i. Trastornos de retraso y detención.

En donde el retraso fue definido como una velocidad baja de dilatación o el descenso, que para las nulíparas era menor de 1 o 2 centímetros de dilatación o de 1 centímetro de descenso por hora. Para multíparas es menor de 1.5 centímetros o un descenso menor de 2 centímetros por hora. Y en el caso de la detención, se definió como una cesación completa de la dilatación o el descenso. Que se observa en el transcurso de 2 horas sin cambios en el cuello uterino y la detención del descenso como el transcurso de 1 hora sin registrar descenso fetal. También en cuanto al descenso, en la fase máxima, éste es menor a 1 cm/hora en la nulípara y menor de 2 cm/hora en la multípara. Lo normal en nulíparas es de 3.3 cm/hora y en multíparas de 6,6 cm/hora. (Williams, Leveno, Cunningham & Bloom, 2011)

El pronóstico de los trastornos de prolongación y detención difirió de modo considerable. Encontrándose que casi el 30% de las mujeres con trastornos de prolongación tenía desproporción cefalopélvica en comparación con el 45% de aquellas en las que se detectó un trastorno de detención.

Los factores que contribuyeron a estos son la sedación excesiva, analgesia epidural y las posiciones anómalas del feto. ("OMS | El embarazo en la adolescencia", 2017)

La causa más frecuente de la falla en la progresión de la fase activa es la dinámica uterina inadecuada.: El manejo deberá intentar descartar la presencia de una DCP. Una vez descartada ésta, la segunda acción será evaluar la dinámica uterina. Si esta no es adecuada, de buena intensidad, frecuencia y duración entonces se produce la aceleración mediante uso de oxitocina. (Donadon, Martin Santos & De Lima Osório, 2017)

ii. Desproporción céfalo-pelviana: El diagnóstico de desproporción céfalo pelviana (DCP) es importante dado que indica la necesidad de un parto por cesárea. Por ello una parte importante de la evaluación de embarazadas con alteración del trabajo de parto, está dirigida al diagnóstico de esta condición. Desgraciadamente no existen elementos patognomónicos de DCP y su diagnóstico estará basado en signos indirectos y la valoración clínica de la pelvimetría materna. ("OMS | El embarazo en la adolescencia", 2017)

Signos clínicos sugerentes de DCP:

En el examen abdominal: feto que impresione clínicamente grande y rebalse supra púbico de la cabeza fetal.

En el examen pélvico: edema del cuello uterino, cabeza fetal que no apoya bien el cuello uterino, formación de caput, moldeamiento de la cabeza fetal, deflexión de la cabeza fetal y asinclitismo.

Durante la evaluación de la pelvimetría clínica valoramos un arco subpúbico agudo o aplanado, diámetro interisquiático menor de 8 cms, espinas isquiáticas prominentes, sacro plano o conjugada diagonal menor de 11,5 cms. ("OMS | El embarazo en la adolescencia", 2017). Otra maniobra importante es realizar la prueba de Hillis-Muller, la cual se efectúa a través del examen pélvico por tacto vaginal. En el momento de mayor intensidad de la contracción y ejerciendo presión sobre el fondo uterino, el examinador evalúa si la cabeza fetal desciende en el canal vaginal. Si la cabeza fetal no se desplaza, existe una alta probabilidad de DCP. (Kjærgaard, Olsen, Ottesen, Nyberg & Dykes, 2008).

4. Tercera etapa del parto

Lapso que media entre el nacimiento del RN y la expulsión de la placenta o el alumbramiento. El manejo activo de la tercera parte del trabajo de parto o alumbramiento, es una medida efectiva para prevenir la hemorragia postparto. Este manejo acelera la liberación de la placenta, incrementando las contracciones uterinas y previene la hemorragia postparto en un 68%, impidiendo la atonía uterina. (Klein, 2005)

Las medidas del manejo activo de la tercera etapa del trabajo de parto incluyen:
(Williams, Leveno, Cunningham & Bloom, 2011)

Uso de 5-10 U de oxitocina en bolo directo o 20-40 U en Infusión continua, drenaje del cordón umbilical, tracción suave del cordón umbilical con contracción suprap bica, la evaluación del fondo uterino luego de la expulsión de la placenta, evitar la instrumentalización y promover el uso de episiotomía

selectiva.

Otras medidas importantes son la aspiración del recién nacido, sin embargo como conducta de rutina no es necesaria; se reserva para los casos con presencia de meconio 2+ o mayor. (Blomberg, Birch Tyrberg & Kjølhed, 2014). Otra es la toma de gases de cordón del RN, se recomienda en todos los casos que haya habido una vigilancia intraparto que motive sospecha de hipoxia. La muestra debe ser idealmente de arteria umbilical, porque refleja de mejor manera el estado metabólico fetal (Cancino & Valencia, 2015).

La técnica recomendada es la siguiente: pinzar el cordón a unos 25 cm de la inserción del RN, pinzar nuevamente en el sitio esperado de colocación del hule permanente, exprimir el cordón desde la pinza distal al feto, logrando que el segmento de cordón entre pinzas se ingurgite y finalmente proceder a pinzar a distal con una tercera pinza, para posteriormente seccionar el cordón y entregar el RN. Por otro lado se recomienda efectuar apego entre mujer y el RN, apenas se haya verificado el nacimiento, especialmente cuando el padre está presente en el parto. Hacen excepción los casos en que hay sospecha de asfixia intraparto o alguna malformación fetal, que requiera manejo intensivo. (Kjærgaard, Olsen, Ottesen, Nyberg & Dykes, 2008).

F. TRAUMA EN EL CANAL DE PARTO

1. Anatomía del canal del parto

El piso es una estructura compuesta por músculos y tejido conectivo dando suspensión y soporte a órganos pélvicos y abdominales. Su principal

componente es el musculo elevador del ano. Se conocen tres compartimento: anterior (vejiga y uretra), medio (útero y vagina) y posterior (recto, conducto anal y aparato esfinteriano).

Musculatura del piso pélvico: corresponde a un grupo de músculos estriados dependientes del control voluntario que forman una estructura de soporte similar a una "hamaca". El musculo elevador del ano fue descrito inicialmente por Andreas Vesalius en el siglo XVI. Éste en conjunto con el musculo coccígeo forma el diafragma pélvico que se extiende hacia el pubis de forma anterior y posterior hacia el cóccix y lateralmente hacia ambas paredes de la pelvis menor. Existe además otro grupo muscular que conforma el diafragma urogenital, más inferior, que al igual que el diafragma pélvico participa en la continencia urinaria.

El musculo elevador del ano es el músculo más extenso de la pelvis. Es una estructura dinámica que en reposo presenta la forma de un embudo o domo, que al contraerse se horizontaliza, elevando y llevando hacia anterior a la unión anorrectal generando un ángulo que dificulta el paso de las heces desde el recto hasta el ano por un cambio en los ejes de ambos, y finalmente se relaja y estira coordinadamente durante la defecación descendiendo la unión anorrectal y alineando el recto con el conducto anal para permitir la defecación. Se compone por tres fascículos: el puborrectal, pubococcigeo e iliococcigeo. Los dos primeros cruzan sus fibras por detrás del recto y continúan hacia el cóccix. El haz iliococcígeo se inserta en las regiones laterales a la sínfisis del pubis y

en el arco tendinoso. El control de este músculo esta dado por inervación proveniente del nervio para el musculo del elevador del ano proveniente del plexo sacra, ramas del nervio pudendo, perineal y rectal inferior.

El diafragma urogenital está formado por el musculo transverso profundo del periné, encuadrado en la parte anterior del arco del pubis, con una abertura para dar paso a la uretra y la vagina. Se complementa por su parte externa por el rafe perineal, que es el punto de unión de todos los músculos superficiales y profundos del periné con los músculos elevadores. También forman parte del diafragma urogenital los músculos bulbocavernosos, el esfínter estriado externo del ano, los músculos isquiocavernosos y el transverso superficial del periné (Williams, Leveno, Cunningham & Bloom, 2011).

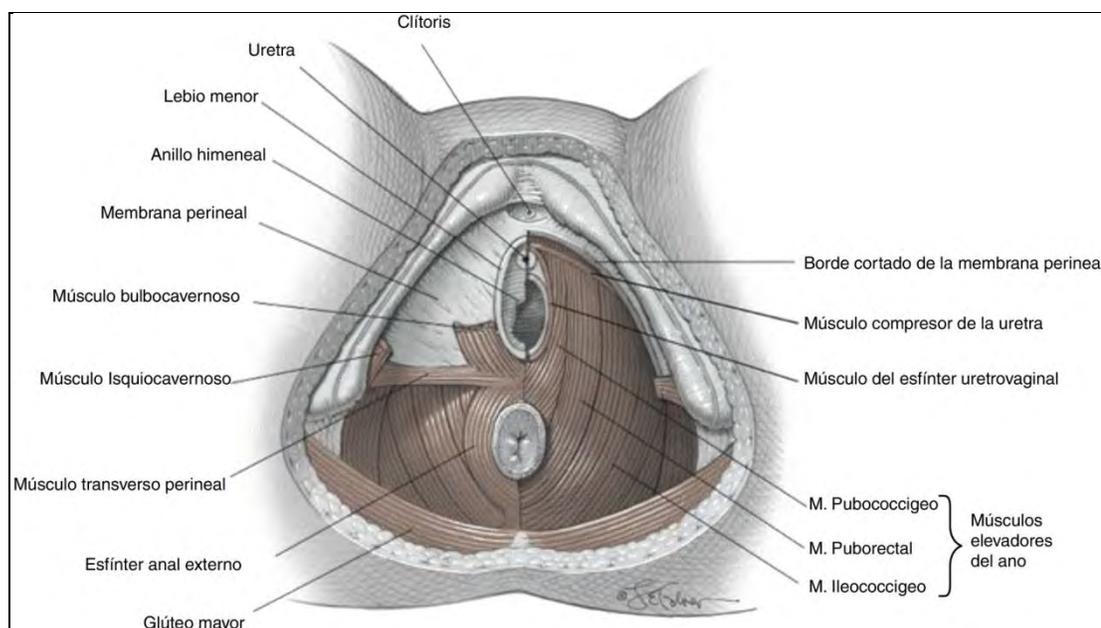


Figura 1. Musculos pélvicos (Williams, Leveno, Cunningham & Bloom, 2011).

2. Trauma del canal de parto

La mortalidad por “trauma de parto” ha disminuido claramente como consecuencia de los avances tecnológicos y la mejor práctica obstétrica, habiéndose estimado que en Estados Unidos para el año 2005 fue menos de 1 por cada 100.000 nacidos. La morbilidad total sin embargo, es de 2,8/1000 nacidos vivos. Las lesiones finalmente se producirán por la coincidencia de dos factores: las fuerzas que actúan durante el trabajo de parto y el grado de susceptibilidad del feto a estas fuerzas.

Las fuerzas que se producen por el proceso del parto en ocasiones se suman a las causadas por los instrumentos que se aplican. Estos últimos pueden producir lesiones directas en el canal de parto, pero conviene recordar que su empleo adecuado disminuirá la incidencia de los daños hipóxicos en el trabajo de parto prolongado e inclusive la muerte fetal cuando la situación lo requiera (Dickinson, 2013).

Las situaciones que pueden aumentar el riesgo de trauma de parto y que pueden interactuar entre ellas, son en síntesis: (Gupta, Kiran & Bhal, 2008)

1. Factores maternos

a. Primiparidad

b. Talla baja

c. Anomalías pélvicas

2. Anormalidades durante el parto

a. Presentaciones anómalas: especialmente la podálica que aumenta 4 veces el riesgo de sufrir traumatismos obstétricos. (LaCross, Groff & Smaldone, 2015).

3. Maniobras obstétricas

Existen algunas maniobras como la versión-gran extracción en el parto pélvico por ejemplo.

4. Parto instrumental

Únicamente indicados en situaciones donde hay pérdida del bienestar fetal y el parto es inminente, o no hay disposición de las condiciones para evacuación abdominal de urgencia.

5. Parto precipitado o expulsivo prolongado

Esta anomalía ocurre en un 10% de los partos. Normalmente sólo se hace el diagnóstico de ella en el puerperio al analizar el trabajo de parto y parto de la mujer. Aumenta el riesgo de lesiones del cuello uterino, del canal del parto y del recién nacido. La etiología es desconocida y si se sospecha en el trabajo de parto, debe efectuarse monitorización electrónica, dado que el feto puede no tolerar adecuadamente la hiperdinamia que acompaña a esta patología. Eventualmente puede utilizarse tocolítico si hay hiperdinamia.

6. Cualquier clase de distocia, de conducción o de presentación

En lo que respecta a las patologías del parto, se señala que mientras más joven es la adolescente, mayores son las alteraciones que pueden ocurrir en relación al parto y mayor frecuencia de lesiones secundarias. Todo esto debido

principalmente a una falta de desarrollo de la pelvis materna, lo que condicionaría una mayor incidencia de desproporción cefalopélvica, constituyendo una causa importante de trabajos de parto prolongado y partos instrumentados. En algunos casos, se culmina con extracción del producto vía abdominal (Gupta, Kiran & Bhal, 2008).

Las adolescentes embarazadas tienen mayor riesgo de culminar su parto con laceraciones del cuello uterino, vagina, vulva y periné, además de la formación de hematomas. Esta complicación está dada principalmente por la condición de inmadurez de estas jóvenes, manifestándose en una estrechez de las partes blandas del canal de parto (Dahlen, Ryan, Homer & Cooke, 2007).

7. Desgarros perineales y su reparación

Los desgarros perineales se clasifican en:

Desgarro grado I: Solo afectan a los tejidos superficiales del cuerpo perineal. Lesionan la horquilla vulvar, la piel perineal y la mucosa vaginal sin comprometer la fascia ni el musculo subyacente.

Desgarro grado II: Incluyen a todo el cuerpo perineal, sin alcanzar el esfínter anal. Además de las estructuras anteriores, incluyen los músculos perineales y la fascia, sin compromiso del esfínter anal.

Desgarro grado III: Abarcan la piel, la mucosa vaginal, el cuerpo perineal y la musculatura de esfínter anal.

Desgarro grado IV: Se extienden a la mucosa anorrectal y exponen la luz del recto.

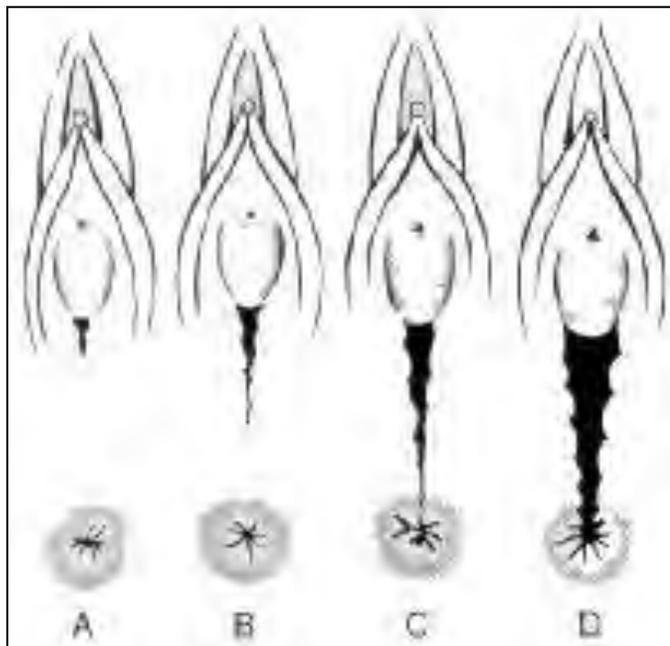


Figura 2. Clasificación de desgarros perineales.

A) Grado I B) Grado II C) Grado III D) Grado IV

(Williams, Leveno, Cunningham & Bloom, 2011).

Reparación de lesiones perineales: En la sutura de cualquiera de ellos será importante una buena iluminación y visualización del campo, una anestesia adecuada, así como los instrumentos quirúrgicos y suturas necesarias.

Sutura de mucosa vaginal: 1. Material de sutura: Vicryl rapid "Safil quick" 2/0. 2. Identificación del ángulo del desgarro. El punto de anclaje de la sutura debe estar 1cm por encima de este ángulo.

Realizar una sutura continua desde el ángulo hasta anillo himeneal. Debe englobarse la mucosa vaginal y la fascia vagino-rectal. Puede realizarse una sutura continua con puntos cruzados si se requiere hemostasia.

Sutura de músculos perineales: Identificar los músculos perineales a ambos lados de la lesión y aproximarlos con una sutura continua de Vicryl rapid "Safil quick" 2/0. La sutura continua ha demostrado menor dolor posterior que los puntos sueltos. Es importante la identificación del músculo bulbo cavernoso, y suturarlo con un punto suelto de Vicryl rapid "Safil quick" 2/0 o Vicryl 2/0 convencional.

Es importante diagnosticar la existencia de una lesión que afecte al músculo elevador del ano. Se debe objetivar la solución de continuidad de sus fibras y la presencia de grasa entre ellas; la presencia de dicha grasa es el signo que mejor identifica su rotura. Los cabos segmentados se suelen retraer, por lo que se deben buscar y unirse mediante puntos sueltos o sutura continua hasta obtener su continuidad y la superposición del tejido muscular sobre la grasa.

Sutura de piel: La piel debe quedar correctamente aproximada pero sin tensión, ya que la sutura de la piel puede aumentar la incidencia de dolor perineal en los primeros meses posparto. Por este motivo se aceptan 2 opciones: - Sutura continua subcutánea/intradérmica con Vicryl rapid "Safil quick" 2/0 o 3/0, sin suturar directamente la piel o puntos sueltos en piel de Vicryl rapid "Safil quick" 2/0 o 3/0, evitando la tensión de los mismos.

Reparación de desgarros de tercer y cuarto grado: la identificación del tipo y grado de lesión es fundamental para una correcta reparación de la lesión. Para que la exploración perineal sea precisa se debe realizar, de forma sistemática, un tacto rectal con el dedo índice, y una palpación digital de la masa del esfínter entre el dedo alojado en el recto y el pulgar que explora el periné. El esfínter externo puede no ser visible de entrada debido a la retracción lateral que sucede una vez seccionado. Está formado por fibras de musculatura estriada con morfología circular que se sitúan alrededor del esfínter interno.

Preparación: Se consideran lesiones contaminadas, por lo que antes de iniciar su reparación, debe asegurarse un campo quirúrgico limpio y con medidas de asepsia adecuadas, realizando lavados si es necesario. • Conseguir una buena relajación y analgesia de la zona para poder suturar correctamente. • Administrar una profilaxis antibiótica: dosis única de cefalosporina de 2ª o 3ª generación ev o im antes de suturar. Las cefalosporinas de 1ª generación no tienen una cobertura suficiente en estos casos. En pacientes alérgicas a β -lactámicos, administrar una dosis de Gentamicina 240mg ev + Metronidazol 500mg ev. Según el grado de desgarró, esta pauta se completará con un tratamiento antibiótico más prolongado (5-10 días).

Sutura mucosa rectal: La sutura de la mucosa rectal debe realizarse con una sutura continua submucosa o puntos sueltos utilizando Vicryl 3/0 convencional (no rapid) como primera elección o PDS 3/0, sin penetrar en toda la profundidad

de la mucosa rectal. No debe alcanzarse la luz del canal anal para evitar la formación de fístulas recto-vaginales.

Sutura de esfínter: Las fibras del esfínter externo suelen estar retraídas hacia los lados. Si no se accede correctamente a sus extremos, debe disecarse el tejido con tijeras Metzenbaum hasta conseguir extremos de fibras musculares de suficiente tamaño para asegurar una correcta reconstrucción. Los fijadores Allis pueden ser de ayuda para identificar y aislar los extremos.

Técnica de reparación: Pueden usarse 2 técnicas de sutura con resultados equivalentes: overlap o bien end-to-end utilizando hilo monofilamento (PDS) 3/0 o Vicryl 2/0 convencional para la sutura. Los hilos monofilamento parecen tener menor riesgo de infección. Cuando se identifica la lesión del esfínter interno se suturará con puntos sueltos de PDS 3/0 o Vicryl 2/0 convencional. La sutura de mucosa vaginal, músculos perineales, y piel se realizará según las indicaciones anteriormente. Se recomienda el uso de tratamiento antibiótico profiláctico para disminuir el riesgo de infección y dehiscencia de la herida (Dickinson, 2013).

G. VARIABLES EN ESTUDIO

1, Características epidemiológicas

Las características epidemiológicas de un estudio se refieren a un grupo de individuos, de sus problemas de salud/enfermedad en su entorno o ambiente externo. El enfoque epidemiológico de riesgo es un método que se emplea para medir la necesidad de atención por parte de grupos de población específicos. Ayuda a determinar prioridades de salud y es una herramienta para definir las

necesidades de reorganización de los servicios de salud. Además, intenta mejorar la atención para todos pero prestando mayor atención a aquellos que más la requieran; por lo que se puede afirmar que es un enfoque no igualitario, pues discrimina a favor de quienes tienen mayor necesidad de atención. La hipótesis en que se basa el informe de riesgo, es que mientras más exacta sea la medición del riesgo, mejor se comprenderán las necesidades de atención de la población, favoreciendo la efectividad de las intervenciones (Iiu, 2012)

Las características epidemiológicas incluyen una serie de indicadores y subindicadores, dentro de las dimensiones se encuentran los siguientes:

a. Índice de embarazo en adolescente: Proporción existente entre el total de embarazadas adolescentes y el total de embarazos.

b. Trauma de canal de parto en adolescentes: proporción existente entre el número de pacientes con lesión en canal de parto y el total de partos vaginales en adolescentes.

c. Persona: El término persona proviene del latín persona, y éste probablemente del etrusco phersona ('máscara del actor', 'personaje'), el cual según el diccionario de la lengua española— procede del griego πρόσωπον [prósôpon]. El concepto de persona es un concepto principalmente filosófico, que expresa la singularidad de cada individuo de la especie humana en contraposición al concepto filosófico de "naturaleza humana" que expresa lo común que hay en ellos. En el lenguaje cotidiano, la palabra persona hace referencia a un ser con poder de raciocinio que posee conciencia sobre sí

mismo y que cuenta con su propia identidad. El ejemplo excluyente suele ser el hombre, aunque algunos extienden el concepto a otras especies que pueblan este planeta.

El indicador persona incluye los siguientes subindicadores:

i. Edad: con origen en el latín *aetas*, es un vocablo que permite hacer mención al tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo. La noción de edad brinda la posibilidad, entonces, de segmentar la vida humana en diferentes periodos temporales

ii. Estado civil: Condición de soltería, matrimonio, viudez, etc., de un individuo. Se define la condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo o de su mismo sexo. El concepto de estado civil existe desde el momento en que el ser humano crea la institución del matrimonio, pero el mismo se vincula específicamente con el alcance que tiene el Estado como institución política para organizar y regir el establecimiento de vínculos de este tipo. Hay diferentes tipos de estado civil que varían de acuerdo al tipo de relaciones que una persona mantenga con otras. Entre los más comunes encontramos el de soltería (aquellas personas que no se encuentran comprometidas legalmente con otras), el de casado (aquellas que sí lo están) y otros como divorciado (las personas que han roto el vínculo amoroso o legal con sus parejas) o viudos (los que han perdido a su pareja por deceso). Estos son, entre otros, los vínculos que determinan el estado civil de una persona. Es importante señalar aquí que estos son los

posibles estados civiles que una persona puede tener para el Estado ya que por ejemplo una persona puede responder que se encuentra 'en pareja' ante la pregunta pero si esa pareja no ha sido consumada legalmente en las oficinas del Estado, la misma no cuenta con validez a la hora de realizar diferentes tipos de trámites.

iii. Raza: La palabra raza proveniente del latín "radius" (rayo refiriéndose a la línea hereditaria) o "radix" (raíz). Se refiere a un grupo de humanos caracterizado por un mismo rasgo físico, color de piel o la fisionomía que se transmite de generación en generación. Debido a un proceso de mestizaje de gran amplitud e igual complejidad no existe mundialmente una raza pura

iv. Escolaridad: tiempo durante un alumno asiste a la escuela o alguna institución de enseñanza.

v. Ocupación: término que proviene del latín occupatio y que está vinculado al verbo ocupar. El concepto se utiliza como sinónimo de trabajo, labor o quehacer.

vi. Historia Ginecoobstétrica: la obstetricia (del latín obstare «estar a la espera») es la ciencia de la salud o especialidad médica que se encarga del embarazo, el parto y el puerperio. La historia ginecoobstétrica la podemos definir utilizando la siguiente clasificación Gx Px Cx Ax, donde Gx corresponde al número de gestaciones de la gestante (por ejemplo, "G:1" significa "1 gestación"), Px corresponde al número de partos eutócicos (sin complicaciones) y Cx al número de cesáreas de la paciente (por ejemplo, "C:1" significa "1 cesárea"). Ax es el

número de abortos de la gestante. Todos estos datos están incluidos en los antecedentes gineco-obstétricos de la paciente:

Edad gestacional: La edad gestacional es el término común usado durante el embarazo para describir qué tan avanzado está éste. Se mide en semanas, desde el primer día del último ciclo menstrual de la mujer hasta la fecha actual. Debe medirse a más tardar en el segundo control prenatal y se divide según el número de semanas gestacionales en: Prematuro extremo si es menor de 28 semanas de gestación, muy prematuro si se encuentra entre 28y 32 SG y prematuro si tiene una edad gestacional comprendida entre 32 y 36 SG, a término de las 37-42 SG y posterior a esta fecha se denomina posttérmino.

Controles Prenatales: Control prenatal es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbimortalidad materna y perinatal. Mediante el control prenatal, podemos vigilar la evolución del embarazo y preparar a la madre para el parto y la crianza de su hijo. De esa forma, se podrá controlar el momento de mayor morbimortalidad en la vida del ser humano, como es el período perinatal y la principal causa de muerte de la mujer joven como es la mortalidad materna.

vii. **Antecedente patológico personal:** refiere a las diferentes patologías que ha padecido un individuo a lo largo de su vida.

viii. **Estado Nutricional:** estado nutricional es la situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen

lugar tras el ingreso de nutrientes. Evaluación del estado nutricional será por tanto la acción y efecto de estimar, apreciar y calcular la condición en la que se halle un individuo según las modificaciones nutricionales que se hayan podido afectar. La evaluación nutricional mide indicadores de la ingesta y de la salud de un individuo o grupo de individuos, relacionados con la nutrición. Pretende identificar la presencia, naturaleza y extensión de situaciones nutricionales alteradas, las cuales pueden oscilar desde la deficiencia al exceso.

b. Lugar: la palabra lugar tiene múltiples definiciones, una de ellas es el lugar que ocupa en un cuerpo en el espacio, como materia, un individuo o un objeto se encuentran en un lugar en específico del mundo, haciendo uso de este espacio y transitando por él. En su concepto más extenso se denomina lugar al espacio en el que se encuentra un poblado habitado o no. En el primer caso se puede referir a ciudades, pueblos o aldeas; en el segundo hace referencia a lugares que se encuentran en medio del océano. Esto se determina a partir de coordenadas específicas. En el caso de la geografía un lugar se refiere a una aglomeración secundaria: villa, poblado o aldea, ósea poblaciones con un número reducido de habitantes, visiblemente menores que una ciudad. El indicador lugar incluye los siguientes indicadores:

i. Procedencia: el latín *procedens*, procedencia es el origen de algo o el principio de donde nace o deriva. También hace referencia al punto de partida en cuanto al sitio desde donde se reside hasta un segundo lugar o domicilio, según el medio de transporte.

ii. Unidad de salud del control prenatal: se refiere al centro o institución donde la adolescente recibió la atención mensual propia del consejo periconcepcional y durante los meses de gestación.

c. Tiempo. Término que procede del latín. *tempus, -oris*, que significa la sucesión de instantes en los que se desarrollan los cambios de las cosas. Los principales indicadores de la dimensión tiempo son:

i. Tendencia: La palabra tendencia tiene su origen en el latín. Proviene del participio *tendens, tendentis* del verbo *tendo, tendere, tetendi, tentum* cuyo significado es extender, estirar, tender, tensar, dirigirse a. Este verbo se asocia a la raíz indoeuropea *ten- (extender, estirar). A la raíz verbal se le añade el sufijo -nt-ia que significa cualidad de un agente. La tendencia es una corriente o preferencia hacia determinados fines.

ii. Hora del ingreso, finalización del segundo estadio del trabajo de parto, traslado a camilla y hora de nacimiento: es la referencia de la hora específica en que se ingresó a la adolescente a la unidad de labor y parto. La finalización del segundo estadio es en el momento en que la paciente alcanza los 10 cms de dilatación y el descenso del producto hasta +2 o +3. La hora de traslado a camilla, es el preciso momento en el que la adolescente se traslada a la mesa operatoria en la sala de expulsivo y finalmente la hora de nacimiento es a la salida de la cabeza fetal. Esto con el fin de valorar la duración de los tiempos, desde la segunda etapa del trabajo de parto y la duración del expulsivo también.

2. Características clínicas

Estudia el problema de salud-enfermedad de un individuo, para lo cual recorre varias fases con sus distintas actuaciones, tratando de responder a las clásicas “preguntas”, qué, cómo y por qué para terminar actuando sobre el problema.

a. Razonamiento clínico: el razonamiento clínico es la médula espinal de la práctica médica, en él confluyen los tres saberes: conocer, hacer y saber ser. Es la capacidad de observación, reflexión, inferencia, juicio integral de los problemas clínicos del paciente. Hay diversas definiciones y enfoques del concepto de razonamiento clínico: Facultad que permite resolver problemas médicos, extraer conclusiones y aprender de manera consciente de los hechos, estableciendo conexiones causales y lógicas necesarias entre ellos. Algunos autores consideran que es una combinación entre el razonamiento hipotético-deductivo y el reconocimiento de patrones. (Jaime Claudio Villarroel Salinas¹, 2014).

Los indicadores de la dimension razonamiento clinico son:

i. Síntomas: es un término con origen en el latín *symptōma* que, a su vez, procede de un vocablo de la lengua griega. El concepto permite nombrar a la señal o indicio de algo que está sucediendo o que va a suceder en el futuro. En el ámbito de la medicina, un síntoma es un fenómeno que revela una enfermedad. El síntoma es referido de manera subjetiva por el enfermo cuando percibe algo anómalo en su organismo

ii. Signos: Los signos clínicos son las manifestaciones objetivas, clínicamente fiables, y observadas en la exploración médica.

Dentro de los signos, encontramos el tipo de lesión en canal de parto. Esto hace referencia a las lesiones que se producen de forma secundaria a la expulsión del producto a través de la vagina. Regularmente se clasifican en traumas perineales con su división en desgarró grado I, con lesión de piel perineal únicamente. Grado II, cuando existe lesión de músculos del periné pero sin afectar el esfínter anal. Grado III, ya existe lesión del esfínter anal. Grado IV, lesión del esfínter y mucosa rectal también.

b. Conclusión Diagnóstica: Es el procedimiento por el cual se identifica una enfermedad, entidad nosológica que hace referencia a cualquier condición de salud-enfermedad (el estado de salud también se diagnóstica). El diagnóstico es una palabra que tiene su origen etimológico en el griego y más aún en la unión de tres vocablos de dicha lengua. En concreto, es un término que está formado por el prefijo diag- que significa “a través de”; la palabra gnosis que es un sinónimo de “conocimiento”, y finalmente el sufijo -tico que se define como “relativo a” Por lo tanto, puede decirse que el diagnóstico es un procedimiento ordenado, sistemático, para conocer, para establecer de manera clara una circunstancia, a partir de observaciones y datos concretos. (Bautista, 2001)

c. Tratamiento: El origen etimológico del término tratamiento tenemos que dejar patente que este se encuentra en el latín. Así, podemos observar perfectamente que emana de la suma del verbo tractare, que puede traducirse como “tratar”, y

del sufijo -miento, que es sinónimo de “instrumento o resultado”. El término tratamiento hace referencia a la forma o los medios que se utilizan para llegar a la esencia de algo, bien porque ésta no se conozca o porque se encuentra alterada por otros elementos. De forma que, según el contexto: es el conjunto de medios de cualquier clase cuya finalidad es la curación o el alivio de las enfermedades o síntomas. En esta investigación se utilizaron algunos indicadores:

- i. Terapia médica o quirúrgica: En referencia a aquellas lesiones que no ameritaron el uso de suturas, se categorizaba en terapia con calor local, compresión, compresas frías o lámpara.
- ii. Uso de antibiótico: regularmente utilizado en casos donde hubo exposición de mucosa rectal o esfínter anal. La Secretaria de Salud recomienda el uso de ampicilina como uno de los medicamentos de elección durante el embarazo. El objetivo del antibiótico es la prevención de infecciones de sitio de episiotomía o desgarros para disminución de estancia hospitalaria, reingresos y casos de infección de sitio.
- iii. Número de días estancia hospitalaria: Es la unidad de medida de permanencia del paciente en régimen de hospitalización, ocupando una cama en un intervalo de tiempo y que se calcula por la diferencia entre la fecha de alta y la de ingreso. (Moreno Domene, Lucas.Joaquin, & Moreno Ruiz, 2010)
- iv. Condición del egreso médico: esto hace referencia a si la paciente fue egresada a través del alta médica, en fuga o referencia a centro de tercer nivel.

v. Seguimiento: cita de control en centro de salud.

H. INVESTIGACIONES RELACIONADAS

Según la OMS para el año 2009, el Reino Unido presentaba la tasa más alta de embarazos en adolescentes de Europa occidental, siendo esta de 26 partos en por cada 1000 mujeres, de acuerdo a las estadísticas sanitarias mundiales ("OMS | El embarazo en la adolescencia", 2017).

Contrario a otros países de Europa que presentan una tasas menor de embarazos de adolescentes, pues adoptan un enfoque diferente con respecto a la educación sexual y facilitan el acceso a la planificación familiar; donde en los países bajos se observa que poseen una de las tasas más bajas de Europa en cuanto a embarazos en adolescentes, siendo estos de 4partos por cada 1000 mujeres, debido a que siendo uno de los factores influyentes la educación sexual se comienza a enseñar en la escuela primaria.

En Honduras se realizó un estudio investigativo por los médicos de la Facultad de Ciencias Médicas, donde refieren que el embarazo en adolescentes no solo representa el 11% de todos los nacimientos; sino que contribuyen al 23% de la carga de enfermedad relacionada con el embarazo y el parto. Las jóvenes en edad comprendida de los 15 a 19 años son las más afectadas, con el doble de riesgo de muerte durante el parto, en comparación con las mujeres mayores de 20 años (Ivan Espinoza Salvado, 2016)

La incidencia de maternidad en adolescentes menores de 15 años se ha duplicado, pasando del 0,5% en 1993 hasta el 1,3% en el año 2005. Según el

informe de estado de población mundial para el año 2012 del fondo de población de naciones unidas (UNFPA) divulgado en Tegucigalpa, Honduras tiene una tasa de 108 nacimientos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años, por delante de Venezuela (101) y Ecuador (100), pero superada por Nicaragua (109).

El informe de la ONU (ONU, 2012), realizado el 12 de noviembre del 2012 refiere que Tegucigalpa - Honduras es el segundo país con más embarazos adolescentes de América Latina, donde uno de cada cuatro partos es de una menor de 19 años, alertó la ONU en Tegucigalpa, donde pidió extender el acceso a la planificación familiar.

"Los números son alarmantes, se ha incrementado de manera alarmante el embarazo precoz", advirtió Hugo González, representante del UNFPA en Tegucigalpa.

El 30 por ciento de la población de mujeres embarazadas en Honduras son menores de 18 años, según cifras de la Secretaría de Salud.(Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en adolescentes de Honduras (ENAPREAH), 2012)

Por tanto el reconocimiento del riesgo que representa el embarazo para la adolescente ha dirigido la atención de obstetras, psicólogos y sociólogos de forma espectacular hacia este grupo poblacional. El mayor peligro de prematurez y de muertes neonatales en los hijos de madres adolescentes fue descrito en 1964 por Stine. El mismo año, Hassan y Falls, (Pelaez Mendoza

Jorge, 1996) profundizaron sobre esa problemática identificando además la toxemia, partos prolongados y aumento de la incidencia de cesáreas en este grupo de riesgo.

Publicaciones especializadas coinciden en resaltar el incremento de la frecuencia de anemias, toxemia y complicaciones del puerperio en adolescentes embarazadas. Dott y Fort, al resumir una serie de artículos sobre adolescencia y embarazo, concluyen afirmando que las gestantes menores de 20 años presentan mayor incidencia de toxemia, desprendimiento prematuro de la placenta y desproporción feto-pélvica.

A pesar de estas evidencias, existe una corriente generalizada que afirma que con la excepción de una pelvis pequeña en adolescentes muy jóvenes, las causas y las complicaciones médicas en este grupo poblacional son, en su mayoría, secundarias a factores psicosociales. (Mendoza, 1997)

En Europa casi 5 de cada cien embarazos se da en adolescentes, siendo la cifra mucho mayor en América Latina. El único factor de riesgo biológico en un embarazo adolescente, destacado por algunos autores, es la menarquia precoz. El precedente familiar de maternidad adolescente es muy frecuente, generando situaciones conflictivas entre la pareja y los padres. La falta de educación sexual adecuada contribuye en gran medida, al aumento del número de embarazos adolescentes.

Klein (1980) menciona que cada año más de un millón de adolescentes en el mundo se embarazan 30,000 son menores de 15 años y su mayoría son

embarazos no planeados. (American Academy of Pediatrics, 1989). Según estadísticas mundiales en la actualidad la población adolescente representa el 20% de la población mundial de los cuales el 85% vive en países en vías de desarrollo. Otro dato importante es que las madres adolescentes tienen más probabilidades que las madres mayores de 20 años de tener un bebé prematuro y de bajo peso, por lo que corren un alto riesgo de sufrir problemas de salud, incapacidades duraderas e incluso la muerte. (Sevilla, 2009) Se han realizado estudios sobre factores socio-demográficos en adolescentes; en uno de ellos se incluyeron algunos factores obstétricos; pero no se había llevado a cabo ningún estudio sobre las características obstétricas.

En Honduras las cifras de embarazo en la adolescente no son exactas ya que se establecen principalmente de los registros de hospitales y centros de salud que excluyen a quienes no solicitan su servicio; sin embargo, se han realizado aproximaciones Un estudio realizado en el Bloque Materno Infantil del Hospital Escuela, informa que: la edad media de las 650 pacientes estudiadas fue de 17.2 años; el 10.9% de ellas eran menores de 15 años de edad. El 74.4% de las pacientes procedían del área urbana. En cuanto a la escolaridad, el 8.5% eran analfabetas, el 46.8% habían cursado estudios primarios completos.

Con respecto las características obstétricas; el 84.3% ingresaron con embarazos a término y el 9.8% con embarazos pre-término. El 64.3% de las pacientes eran primigestas al ingreso, y la media de la paridad fue de 2.1 embarazos. El parto normal ocurrió en el 86.7% y la cesárea fue la vía de

evacuación en el 13.3%, la causa más común de ésta fue la presentación pélvica en el 4.1%. Las complicaciones del embarazo más comunes fueron la ruptura prematura de membranas en 6.7%; la hipertensión inducida por el embarazo y el post-datismo en el 4.1 % cada uno.

La complicación más común en los recién nacidos fue la prematuridad en un 6.3%. Considerando que el 91.6% de las pacientes fueron ingresadas con embarazos a término (37-41 SG) y solo el 9.8% de éstas correspondían a embarazos con edad gestacional menor de 37 semanas.

El 71.1% de las pacientes habían recibido algún control pre-natal y de estas el 92.5% no habían visitado la clínica de la adolescente.

El 9.8% de las pacientes estudiadas ingresaron con el diagnóstico de embarazo pretérmino (<37 S.G.), cifra que resulta menor que la reportada en la literatura mundial que es del 13 al 17% (4,6); lo que podría deberse a que muchas de las pacientes no reciben control prenatal adecuado por lo que se subdiagnostica el embarazo pretérmino.

Se encontró que el 71.1% de las pacientes recibieron control prenatal, se menciona que el control prenatal adecuado y multidisciplinario favorece en los resultados del embarazo. La vía de evacuación del embarazo fue el parto normal en el 86.7% de los casos y la cesárea en el 13.3%, cifra similar a la reportada anteriormente que fue de 11.4%; porcentajes que se encuentran dentro de los reportados en una compilación de 15 estudios que refieren un rango del 2.7 al 13.8%.

CAPITULO III. METODOLOGÍA

A. ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN

Cuantitativo: Se hace énfasis en la medición numérica y análisis estadístico (Hernández Sampieri, 2010). El método cuantitativo también conocido como investigación cuantitativa, empírico-analítico, racionalista o positivista es aquel que se basa en los números para investigar, analizar y comprobar información y datos; este intenta especificar y delimitar la asociación o correlación, además de la fuerza de las variables, la generalización y objetivación de cada uno de los resultados obtenidos para deducir una población; y para esto se necesita una recaudación o acopio metódico u ordenado, y analizar toda la información numérica que se tiene.

B. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA

Observacional: Los estudios observacionales son estudios de carácter estadístico y demográfico, ya sean de tipo sociológico o biológico -estudios epidemiológicos- en los que no hay intervención por parte del investigador, y éste se limita a medir las variables que define en el estudio. Un estudio cuantitativo puede ser observacional o analítico. Observacional porque se estudió una situación ya existente que ocurre en la naturaleza donde no se tiene control de las variables y tampoco se puede influir o manipular las mismas. Kerlinger en 1985 lo define como “una indagación empírica y sistemática en la cual el investigador no tiene un control directo sobre las variables debido a que sus manifestaciones ya han ocurrido porque son

inherentemente no manipulables”. La investigación es de corte transversal porque se recolectaron los datos en un solo momento y en un tiempo determinado.

C. ALCANCE DE LA INVESTIGACIÓN

Descriptivo: Un estudio descriptivo es un tipo de metodología a aplicar para deducir un bien o circunstancia que se esté presentando; se aplica describiendo todas sus dimensiones, en este caso se describe el órgano u objeto a estudiar. Los estudios descriptivos se centran en recolectar datos que describan la situación tal y como es.

Se detallan ordenadamente las características, propiedades, cualidades y atributos del problema sin tratar de determinar relación, asociación o causalidad.

D. IDENTIFICACIÓN DE LAS VARIABLES

1. Características epidemiológicas

2. Características clínicas

E. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Consiste en especificar las características fundamentales de las variables, describiendo sus cualidades, relaciones, formas de medición, dimensiones e indicadores a través de un proceso de abstracción de lo general a lo particular

| Variable | Definición conceptual | Definición operacional | Dimensiones | Indicadores |
|---|--|---|-------------|--|
| Características dimensión epidemiológica | Estudio de un grupo de individuos, de sus problemas de salud/enfermedad en su entorno o ambiente externo (Iiu, 2012) | Índice sumativo de los indicadores de la variable | 1. Persona | a. Características demográficas -Edad -Estado civil -Raza -Escolaridad -Ocupación |
| | | | | b. Antecedentes obstétricos - G P C A HV - Edad gestacional - Control Prenatal - Anteced PP - Tipo de Parto |
| | | | | -Profesional que atendió el parto |
| | | | | c. Características biométricas -Talla -Peso -IMC |
| | | | 2. Lugar | - Procedencia -US control prenatal - US que refiere |
| | | | 3.Tiempo | - Tendencia - Tiempo del parto -Turno asignado |

| | | | | |
|--|---|---|---------------------------|--|
| Características dimensión clínica | Facultad que permite resolver problemas médicos, extraer conclusiones y aprender de manera consciente de los hechos, estableciendo conexiones causales y lógicas necesarias entre ellos (Jaime Claudio Villarroel Salinas ¹ , 2014). | Índice sumativo de los indicadores de la variable | 1. Razonamiento Clínico | - Síntomas - Signos |
| | | | 2. Conclusión diagnóstica | - Diagnóstico principal |
| | | | 3. Tratamiento | - Médico - Quirúrgico - Otros |
| | | | 4. Seguimiento | - Días hospitalización - Condición del egreso - Control en la CE |

F. POBLACIÓN Y MUESTRA

1. Población o Universo

Selltiz en 1974 la define como el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones. Está constituido por 116 pacientes adolescentes con diagnóstico de trauma de canal de parto, atendidas en el hospital Dr. Leonardo Martínez Valenzuela durante el periodo del primer semestre del 2017.

2. Unidad de análisis

“Quienes van a ser medidos” (Sampieri Roberto Hernandez, 2010). La unidad de análisis las constituyeron las adolescentes.

3. Muestra

Se tomaron las 116 pacientes a las que se les diagnosticó trauma del canal de parto y que fueron atendidas en el Hospital Leonardo Martínez Valenzuela desde el 1ro de Enero al 30 de Junio del 2017 y que cumplan con los criterios de inclusión.

4. Método de muestreo

Fue probabilístico, porque todos los casos tenían las mismas probabilidades de participar en la investigación.

5. Criterios de inclusión:

Pacientes embarazadas con edad comprendida entre los 10 y 19 años a quienes se les atendió parto vaginal y quienes sufrieron algún tipo de lesión en canal de parto.

Realizada en el Hospital Dr. Leonardo Martínez Valenzuela en el periodo desde el 1 de Enero al 30 de Junio del 2017.

6. Criterios de exclusión

Historias clínicas incompletas

G. PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1. Método de recolección de datos

Se utilizó la encuesta que es un instrumento "que consiste en realizar las mismas preguntas a la población en estudio obteniendo información sobre un hecho de interés a través de la interrogatorio escrito." (Zacarías, Ortez 2001)

2. Técnica de recolección de datos

La técnica de la encuesta es el Cuestionario, "es un conjunto de preguntas preparadas cuidadosamente sobre los hechos y aspectos que interesan en una investigación (Zacarías, Ortez 2001).

3. Instrumento de recolección de datos

El instrumento es la herramienta del método, tiene como propósito recolectar la información en forma organizada y que esta sea útil para alcanzar los objetivos de la investigación (Zacarías, Ortez 2001).

Para recolectar los datos se utilizó un formulario que contiene un total de 31 preguntas de las cuales las siguientes son:

Preguntas Abiertas: 21

Preguntas Cerradas: 2

Preguntas Categorizadas: 6

4. Validez

Se determinó la validez de contenido a través del juicio de expertos, quienes evaluaron y analizaron las preguntas basándose en los siguientes criterios:

a. Induce a una respuesta determinada

- b. Sencillez en la redacción
- c. Ambigüedad
- d. Relación con el tema
- e. Claridad
- f. Adaptada al contexto de aplicación. Antes de su aplicación fue aprobado por el asesor metodológico.

5. Confiabilidad

Se refiere al grado en que la aplicación repetida del instrumento al mismo sujeto u objeto produce iguales resultados (Hernández Sampieri, 2010).

6. Procedimiento de aplicación del instrumento

Se solicitó permiso al departamento de Gineco-obstetricia para la aplicación del instrumento el cual fue administrado con la colaboración del personal de Epidemiología y Estadística del Hospital Dr. Leonardo Martínez Valenzuela aplicando a todas las historias clínicas registradas en los expedientes de las pacientes ingresadas que cumplían con la definición de caso estandarizada de parto en adolescente con lesión en canal de parto. Recolectando la mayor información posible del archivo clínico, con previa autorización al jefe de dicho departamento, se revisaron y completaron cuestionarios con la información de los expedientes clínicos recolectados. Se completó cierta información en los registros de la base de datos de sala de Labor y Parto encontrados en el departamento de estadística del hospital (Sistema de Informática/ Epidemiología).

H. PLAN DE ANÁLISIS

1. Procesamiento de datos

Los datos se procesaran en una base electrónica del programa estadístico SPSS versión 18.

2. Presentación de los datos

Los datos recolectados se presentan por medio de tablas de distribución de frecuencias y gráficos, y para las variables cuantitativas grafico de barra.

Análisis e interpretación de la información

Se utilizaran medidas de resumen estadísticas para investigaciones descriptivas de acuerdo a lo siguiente:

- a. Las variables cualitativas: medidas de frecuencia como las tasas y el porcentaje y unas medidas de tendencia central (la moda).
- b. Las variables cuantitativas: medidas de tendencia central (moda, media, mediana) y medidas de dispersión (rango, desviación estándar e intervalo de confianza)

CAPITULO IV. CONSIDERACIONES ÉTICAS

A. LOS PRINCIPIOS ÉTICOS A CONSIDERAR SON:

1. Principio de respeto a la dignidad humana: Se obtuvo la aprobación para el estudio por parte de la Dirección del Hospital Dr. Leonardo Martínez Valenzuela y la supervisión del mismo fue hecha por el Jefe del Departamento de Ginecología, Dr. Adalberto Medina. Se formulara una hoja de consentimiento informado para el estudio y se manejará el principio de beneficencia, justicia y autonomía.

2. Beneficiencia: El principio de beneficencia se refiere a la obligación moral de actuar en beneficio de otros. Muchos actos de beneficencia son obligatorios, pero un principio de beneficencia, tal y como nosotros lo entendemos, impone una obligación de ayudar a otros a promover sus importantes y legítimos intereses.

3. Justicia: Igualmente la justicia ha sido entendida como virtud humana, puede ser definida como el arte de hacer lo justo, y de «dar a cada uno lo suyo» (latín: «suum quique tribuere» contenido en el Ars Iuris), básicamente esto nos dice que la justicia es la virtud de cumplir y respetar el derecho, es el exigir sus derechos, es otorgar los derechos a un individuo.

B. CLASIFICACION DEL RIESGO DE LA INVESTIGACION

Categoría I, porque es diseño observacional.

C. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por ser un estudio observacional y por clasificar el riesgo de la investigación en Categoría I consideramos no es necesario solicitar consentimiento informado pues la encuesta será aplicada a los expedientes de forma directa

CAPÍTULO V: RESULTADOS

A. DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN.

La población estudiada fue de 116 pacientes, adolescentes con diagnóstico del trauma del canal de parto atendidos en el Hospital Dr. Leonardo Martínez Valenzuela durante el periodo del 1ro de Enero al 30 de Junio del 2017. Los resultados son los siguientes.

B. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS

1. Análisis situacional

Prevalencia de embarazo en adolescente

$$\text{PEA: } \frac{\text{Total embarazo en adolescente} \times 100}{\text{Total de embarazos}}$$

Total de embarazos

$$\text{PEA: } 4177 / 7744 \times 100 = 28\%$$

$$\text{PEA: } 53.9\%$$

Prevalencia de trauma del canal del parto en adolescentes:

$$\text{PEA: } \frac{\text{Total adolescentes con trauma en canal de parto} \times 100}{\text{Total partos vaginales en adolescentes}}$$

Total partos vaginales en adolescentes

$$\text{PEA: } 116 / 2866 \times 100 = 28\%$$

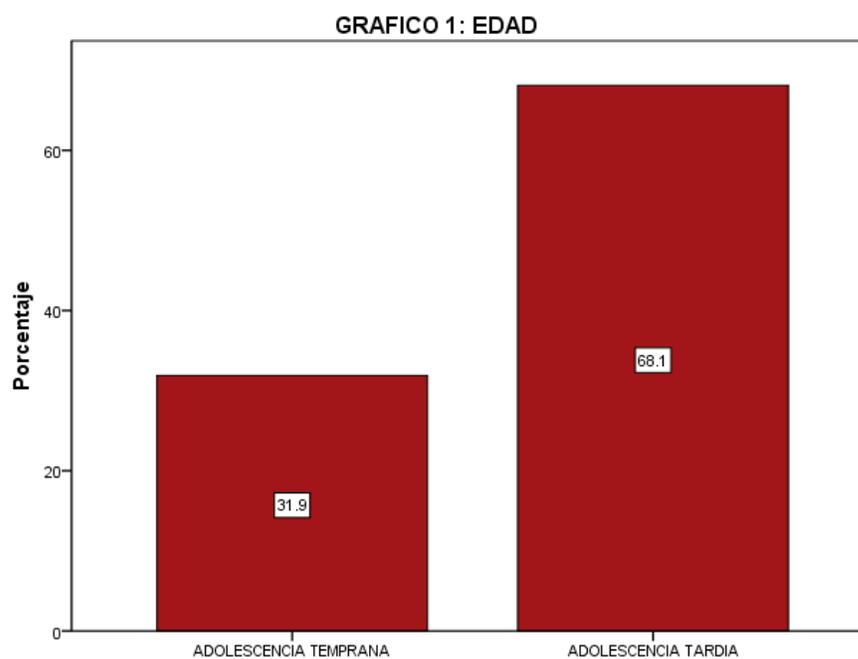
$$\text{PEA: } 4.04\%$$

2. Persona

i. Edad

TABLA No 1. EDAD

| | | |
|------------|----------|-----------------|
| N | Válidos | 116 |
| | Perdidos | 0 |
| Media | | 17.29 |
| Mediana | | 17.00 |
| Moda | | 18 ^a |
| Desv. típ. | | 1.358 |
| Rango | | 5 |
| Mínimo | | 14 |
| Máximo | | 19 |



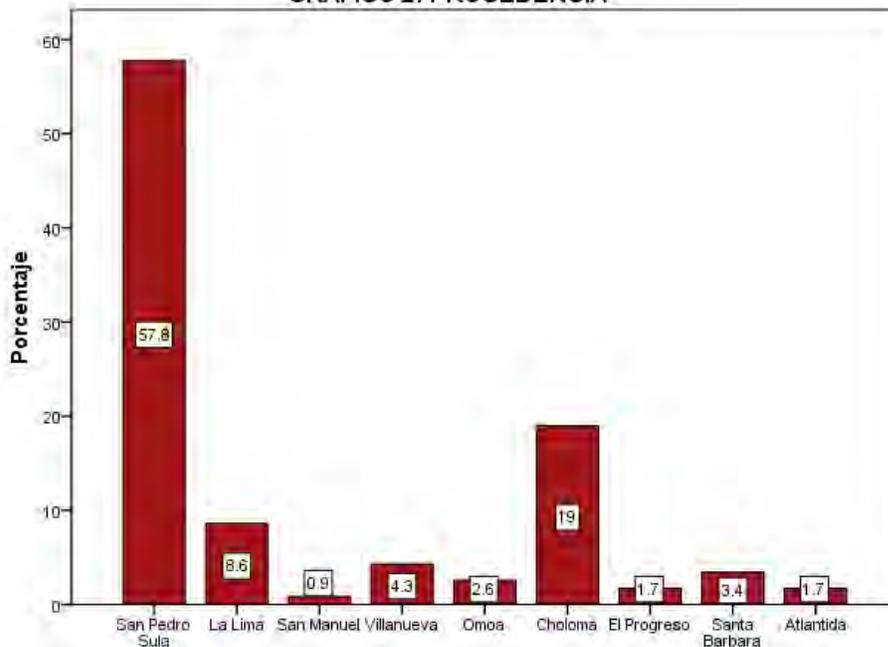
La edad más frecuente fue 18 años, con promedio de 17 ± 1 años, el 50% de las pacientes eran menor de 17 años. La paciente más joven fue de 14 y la mayor de 19 años, con un rango de edad de 5 años.

ii. Procedencia

TABLA No 2. PROCEDENCIA

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|----------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | San Pedro Sula | 67 | 57.8 | 57.8 | 57.8 |
| | La Lima | 10 | 8.6 | 8.6 | 66.4 |
| | San Manuel | 1 | .9 | .9 | 67.2 |
| | Villanueva | 5 | 4.3 | 4.3 | 71.6 |
| | Omoa | 3 | 2.6 | 2.6 | 74.1 |
| | Choloma | 22 | 19.0 | 19.0 | 93.1 |
| | El Progreso | 2 | 1.7 | 1.7 | 94.8 |
| | Santa Bárbara | 4 | 3.4 | 3.4 | 98.3 |
| | Atlántida | 2 | 1.7 | 1.7 | 100.0 |
| | Total | 116 | 100.0 | 100.0 | |

GRAFICO 2: PROCEDENCIA

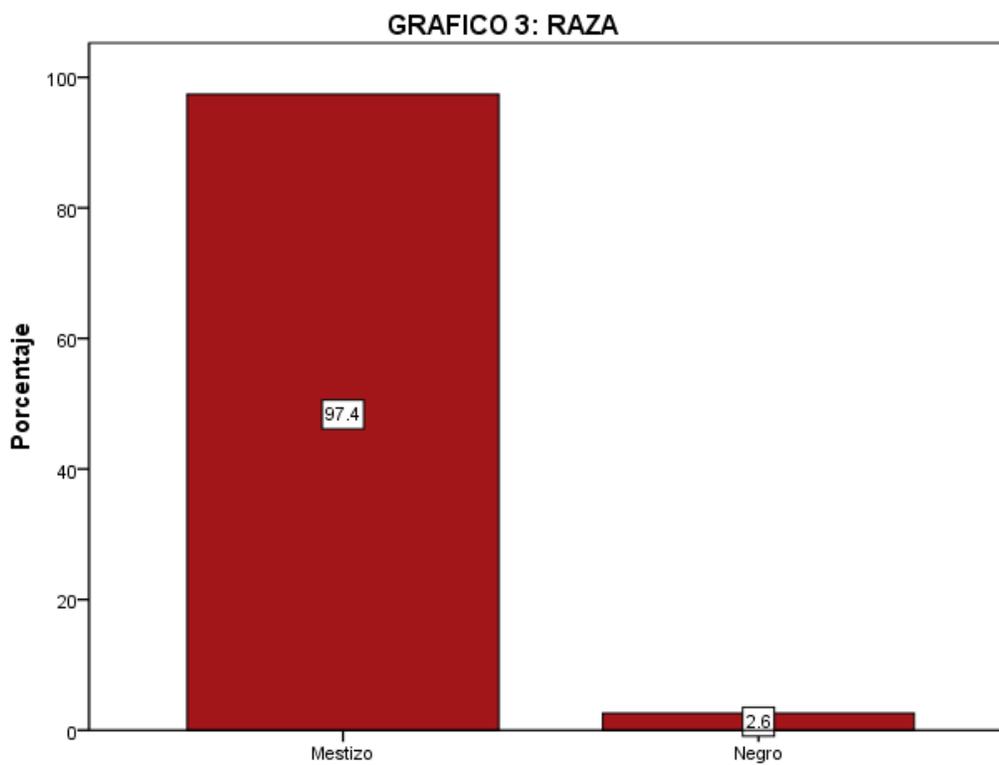


Según el orden de frecuencia el 57.8% de las pacientes proceden de San Pedro Sula, 19% de Choloma y el 8.6% de La Lima. Seguidos de Villanueva, Santa Bárbara y Omoa.

iii. Raza

TABLA No 3. RAZA

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|---------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Mestizo | 113 | 97.4 | 97.4 | 97.4 |
| | Negro | 3 | 2.6 | 2.6 | 100.0 |
| | Total | 116 | 100.0 | 100.0 | |



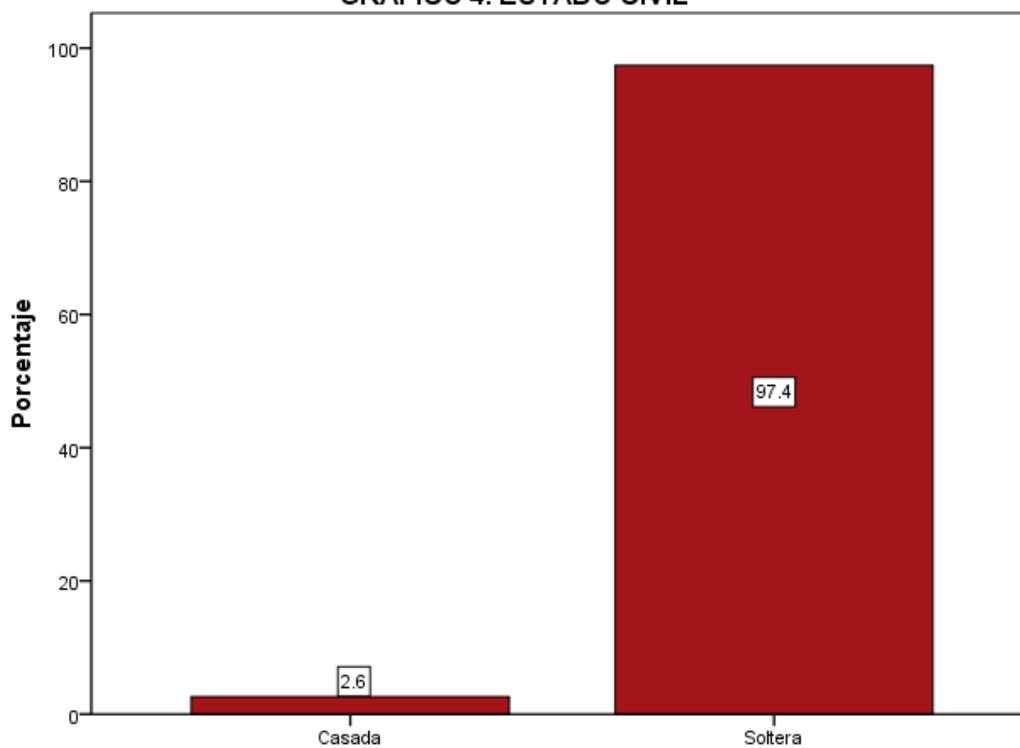
El 97.4% de las pacientes son de raza mestiza, y solo el 2.6% de raza negra.

iv. Estado civil

TABLA No 4. ESTADO CIVIL

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|---------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Casada | 3 | 2.6 | 2.6 | 2.6 |
| | Soltera | 113 | 97.4 | 97.4 | 100.0 |
| | Total | 116 | 100.0 | 100.0 | |

GRAFICO 4. ESTADO CIVIL

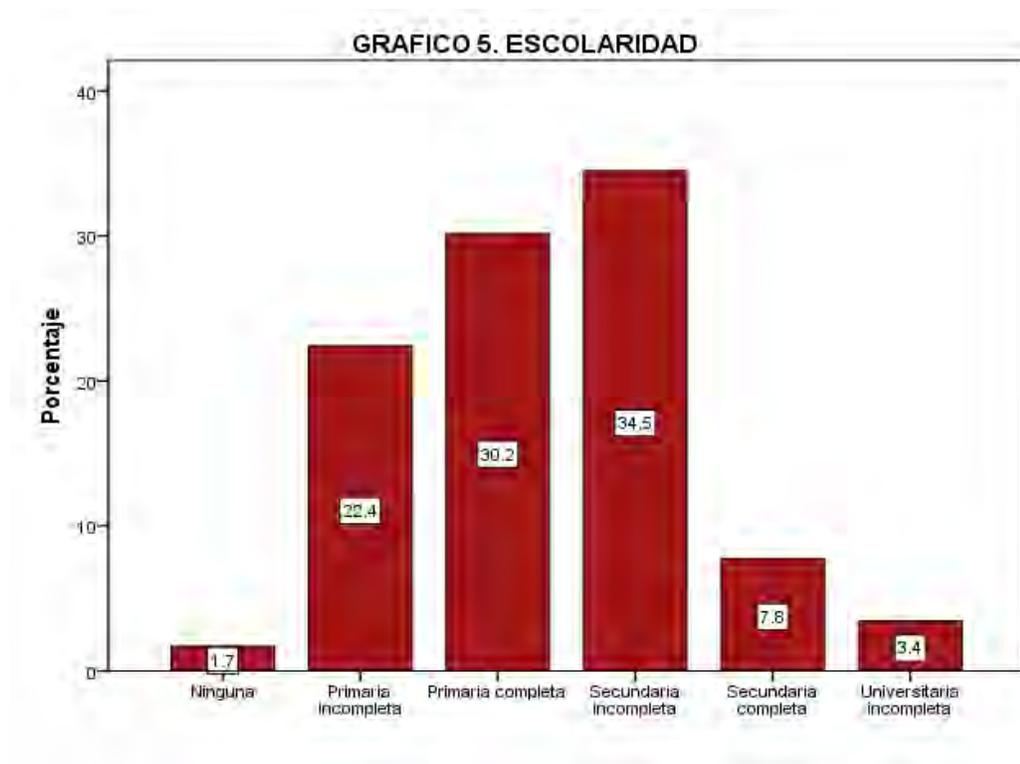


El 97.4% de las pacientes eran solteras. Únicamente el 2.6% eran casadas.

v. Escolaridad

TABLA No 2. ESCOLARIDAD

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|--------------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Ninguna | 2 | 1.7 | 1.7 | 1.7 |
| | Primaria incompleta | 26 | 22.4 | 22.4 | 24.1 |
| | Primaria completa | 35 | 30.2 | 30.2 | 54.3 |
| | Secundaria incompleta | 40 | 34.5 | 34.5 | 88.8 |
| | Secundaria completa | 9 | 7.8 | 7.8 | 96.6 |
| | Universitaria incompleta | 4 | 3.4 | 3.4 | 100.0 |
| | Total | 116 | 100.0 | 100.0 | |



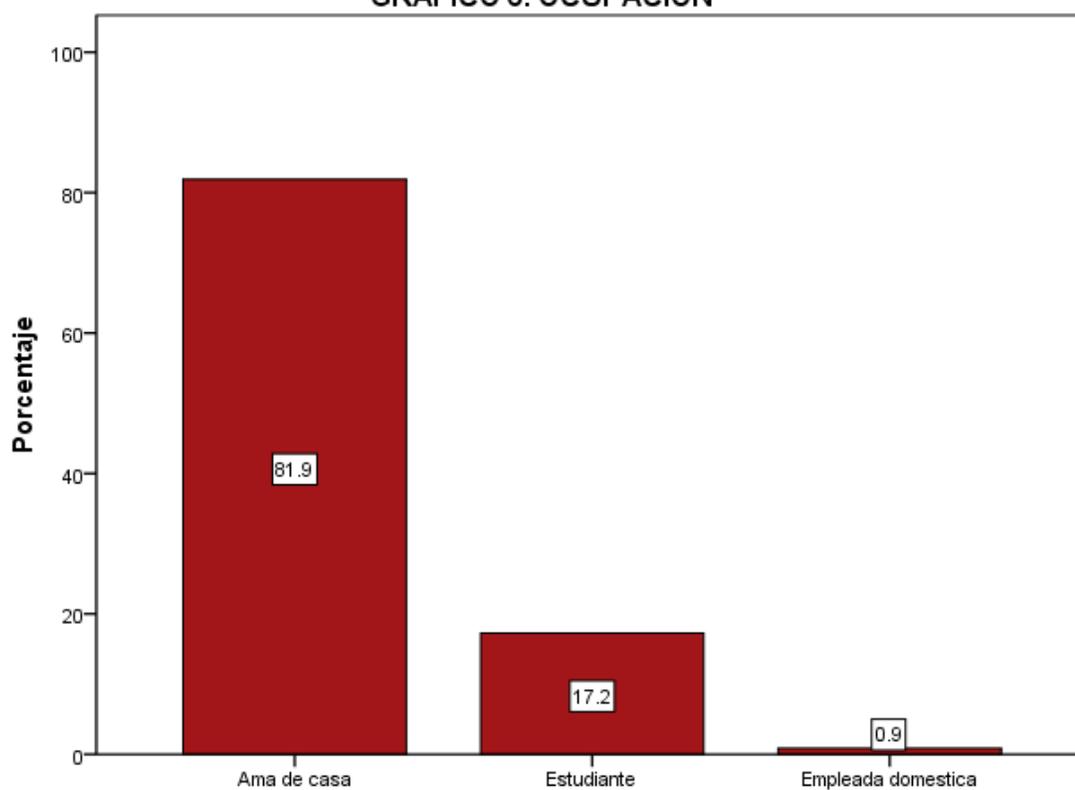
Los niveles de escolaridad más frecuentes fueron: secundaria incompleta (34.5%), primaria completa (30.2%) y primaria completa (22.4%). En el otro extremo de la distribución se observa que únicamente el 3.4% de las adolescentes son universitarias y el 1.7% son analfabetas

vi. Ocupación

TABLA No 6. OCUPACIÓN

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|--------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Ama de casa | 95 | 81.9 | 81.9 | 81.9 |
| | Estudiante | 20 | 17.2 | 17.2 | 99.1 |
| | Empleada domestica | 1 | .9 | .9 | 100.0 |
| | Total | 116 | 100.0 | 100.0 | |

GRAFICO 6. OCUPACION

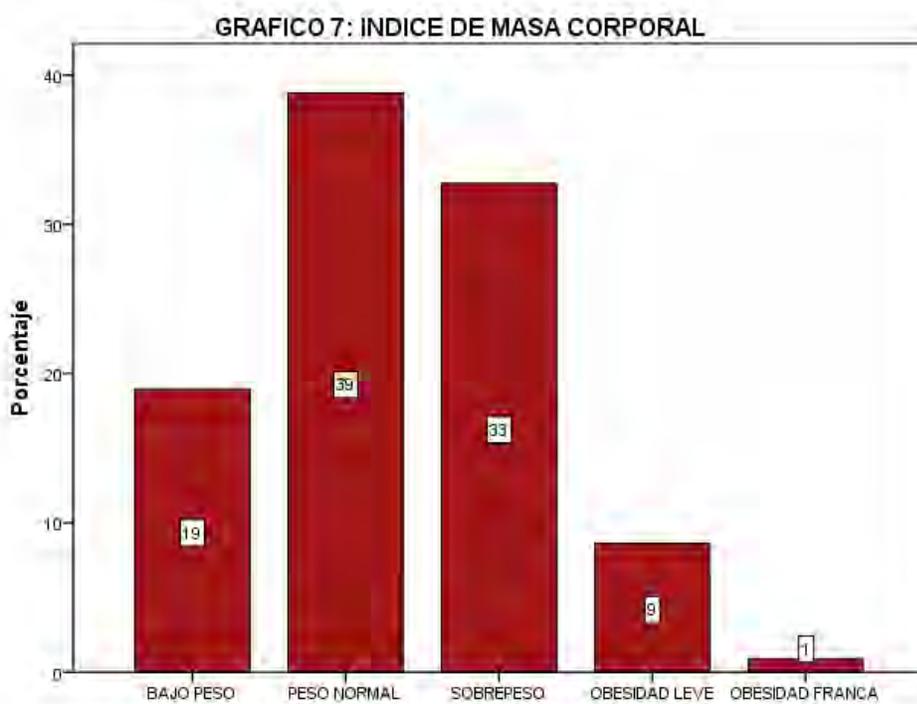


La ocupación más frecuente es ama de casa (81.9%).

vii. Índice de masa corporal

TABLA No 7. ÍNDICE DE MASA CORPORAL

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos BAJO PESO | 22 | 19.0 | 19.0 | 19.0 |
| PESO NORMAL | 45 | 38.8 | 38.8 | 57.8 |
| SOBREPESO | 38 | 32.8 | 32.8 | 90.5 |
| OBESIDAD LEVE | 10 | 8.6 | 8.6 | 99.1 |
| OBESIDAD FRANCA | 1 | .9 | .9 | 100.0 |
| Total | 116 | 100.0 | 100.0 | |

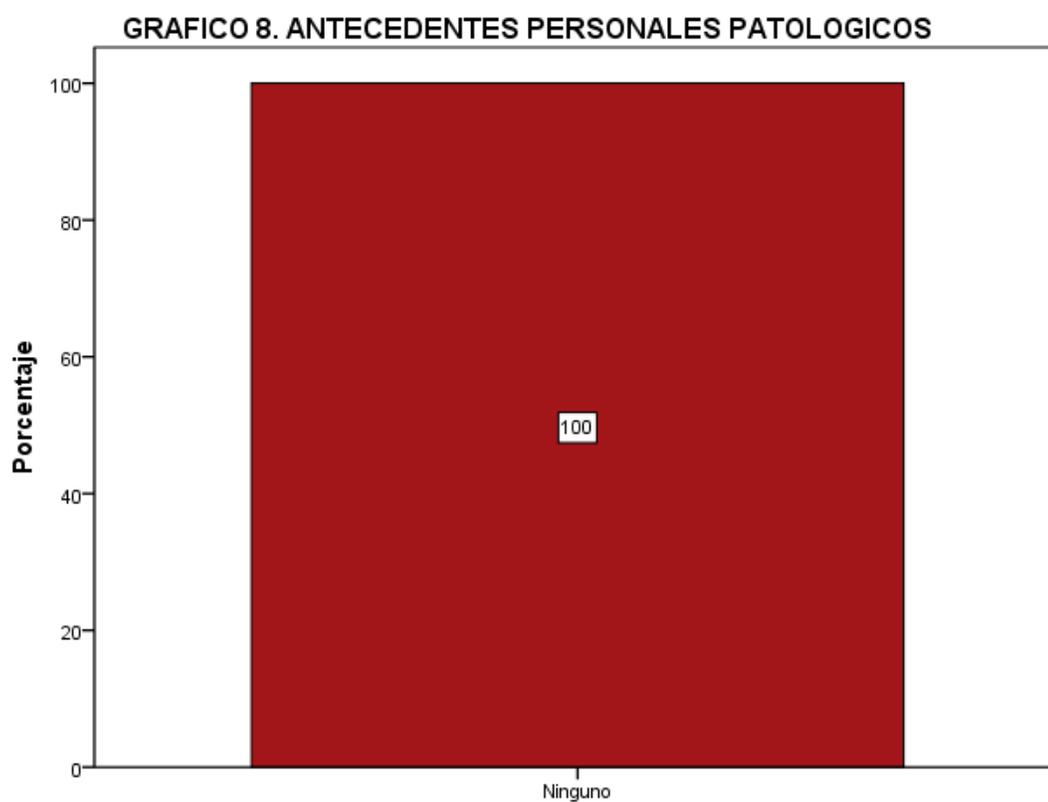


El 33% de las pacientes tenían sobrepeso y un 10% algún grado de obesidad.

viii. Antecedentes personales patológicos

TABLA No 8. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-----------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos Ninguno | 116 | 100.0 | 100.0 | 100.0 |

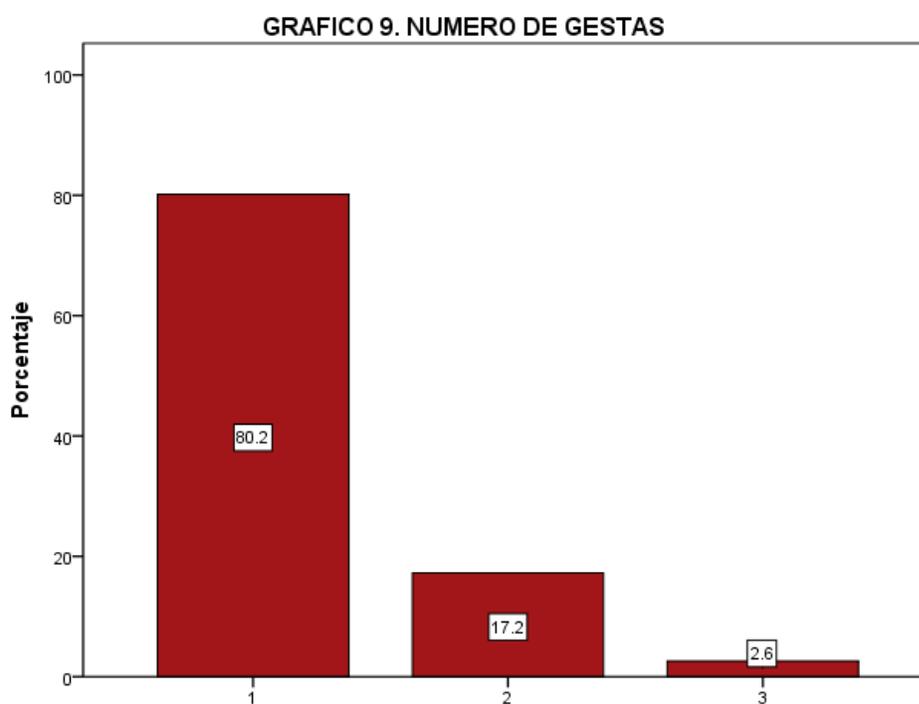


Del 100% de las adolescentes, ninguna presentó antecedentes patológicos.

ix. Número de gestas

TABLA No 9. NÚMERO DE GESTAS

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-----------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos 1 | 93 | 80.2 | 80.2 | 80.2 |
| 2 | 20 | 17.2 | 17.2 | 97.4 |
| 3 | 3 | 2.6 | 2.6 | 100.0 |
| Total | 116 | 100.0 | 100.0 | |



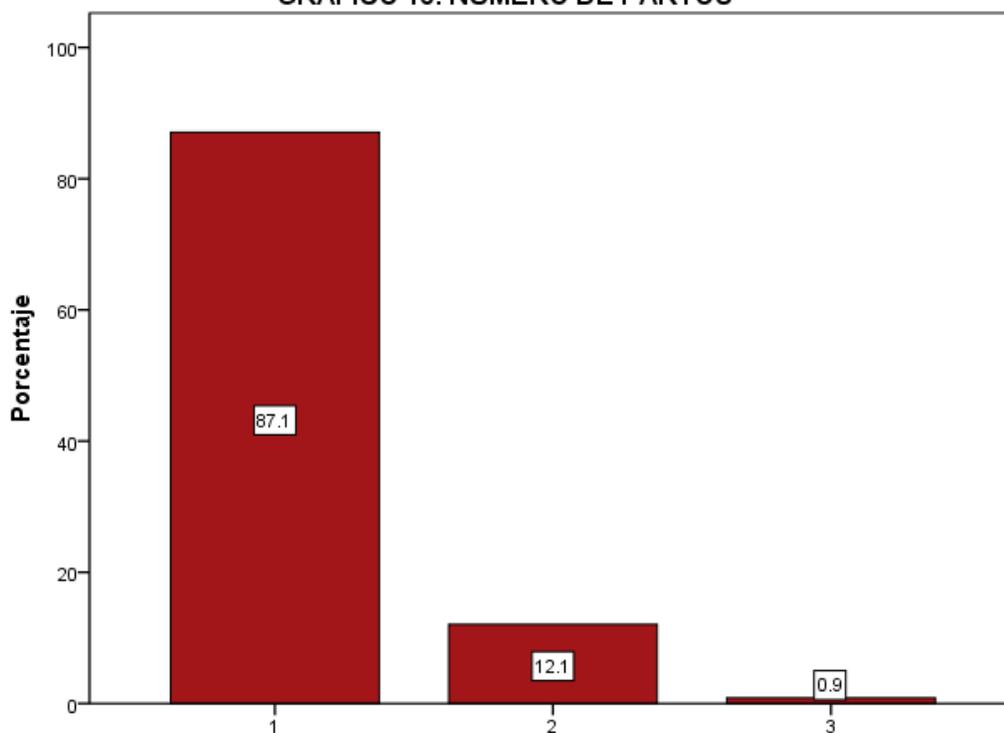
El 20% de las adolescentes tenían más de un embarazo.

x. Número de partos

TABLA No 10. NÚMERO DE PARTOS

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos 1 | 101 | 87.1 | 87.1 | 87.1 |
| 2 | 14 | 12.1 | 12.1 | 99.1 |
| 3 | 1 | .9 | .9 | 100.0 |
| Total | 116 | 100.0 | 100.0 | |

GRAFICO 10. NUMERO DE PARTOS



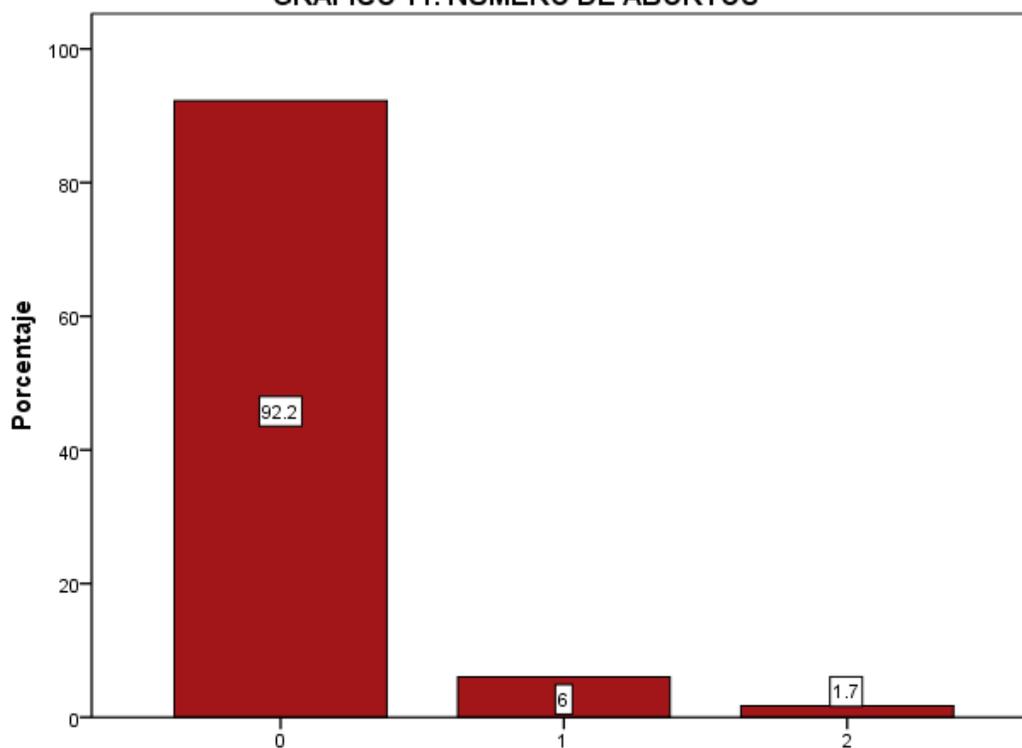
El 13% de las adolescentes eran multíparas.

xi. Número de abortos

TABLA No 11. NUMERO DE ABORTOS

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos 0 | 107 | 92.2 | 92.2 | 92.2 |
| 1 | 7 | 6.0 | 6.0 | 98.3 |
| 2 | 2 | 1.7 | 1.7 | 100.0 |
| Total | 116 | 100.0 | 100.0 | |

GRAFICO 11. NUMERO DE ABORTOS

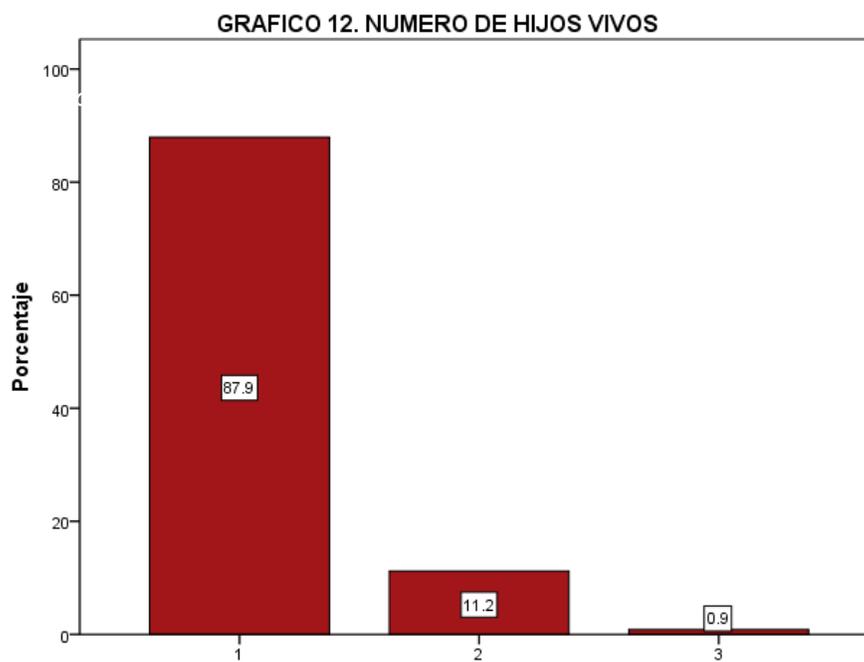


Según la historia obstétrica, el 7.7% de las adolescentes tenían antecedente de uno o más abortos.

xii. Número de hijos vivos

TABLA No 12. NUMERO DE HIJOS VIVOS

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-----------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos 1 | 102 | 87.9 | 87.9 | 87.9 |
| 2 | 13 | 11.2 | 11.2 | 99.1 |
| 3 | 1 | .9 | .9 | 100.0 |
| Total | 116 | 100.0 | 100.0 | |

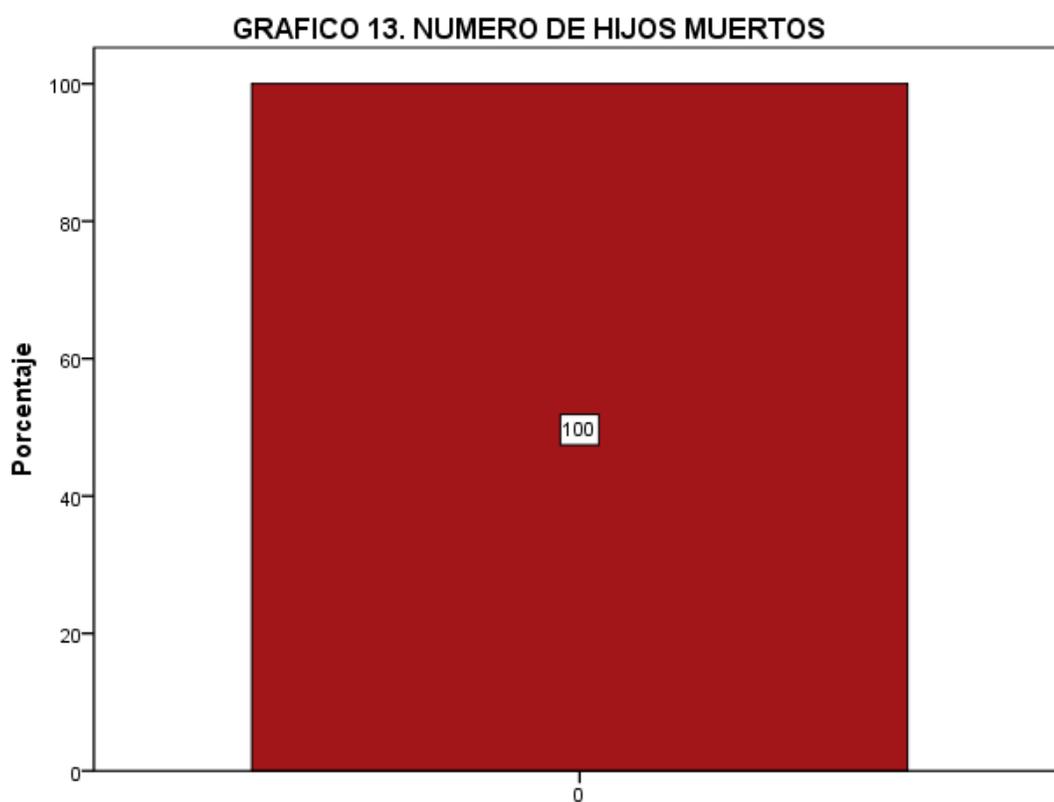


Según la historia obstétrica, el 12% de las adolescentes tenían uno o más hijos vivos.

xiii. Número de hijos muertos

TABLA No 13. NUMERO DE HIJOS MUERTOS

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-----------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos 0 | 116 | 100.0 | 100.0 | 100.0 |



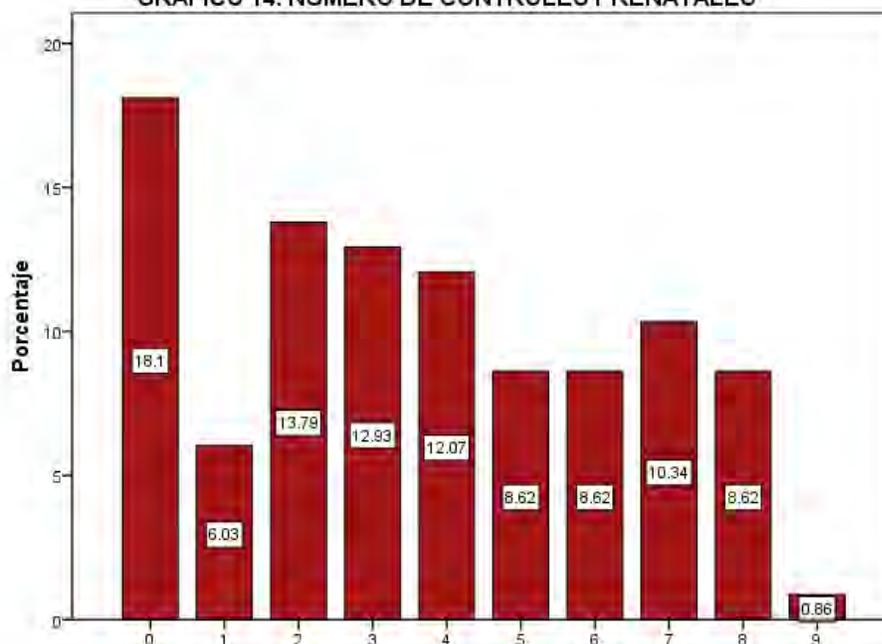
Ninguna paciente tenía hijos muertos.

xiv. Número de controles prenatales

TABLA No 14. NUMERO DE CONTROLES PRENATALES

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|-------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | 0 | 21 | 18.1 | 18.1 | 18.1 |
| | 1 | 7 | 6.0 | 6.0 | 24.1 |
| | 2 | 16 | 13.8 | 13.8 | 37.9 |
| | 3 | 15 | 12.9 | 12.9 | 50.9 |
| | 4 | 14 | 12.1 | 12.1 | 62.9 |
| | 5 | 10 | 8.6 | 8.6 | 71.6 |
| | 6 | 10 | 8.6 | 8.6 | 80.2 |
| | 7 | 12 | 10.3 | 10.3 | 90.5 |
| | 8 | 10 | 8.6 | 8.6 | 99.1 |
| | 9 | 1 | .9 | .9 | 100.0 |
| | Total | 116 | 100.0 | 100.0 | |

GRAFICO 14. NUMERO DE CONTROLES PRENATALES



El 53% de las pacientes asistieron a menos de 5 controles prenatales, y el 18% de las adolescentes no acudieron a ningún control prenatal.

xv. Unidad de salud del control prenatal

TABLA No 15. UNIDAD DE SALUD DEL CONTROL PRENATAL

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos Ninguno | 21 | 18.1 | 18.1 | 18.1 |
| Centro de Salud | 54 | 46.6 | 46.6 | 64.7 |
| Clínica Materno Infantil | 12 | 10.3 | 10.3 | 75.0 |
| Hospital de Área | 23 | 19.8 | 19.8 | 94.8 |
| IHSS | 2 | 1.7 | 1.7 | 96.6 |
| Ashonplafa | 1 | .9 | .9 | 97.4 |
| Privada | 3 | 2.6 | 2.6 | 100.0 |
| Total | 116 | 100.0 | 100.0 | |

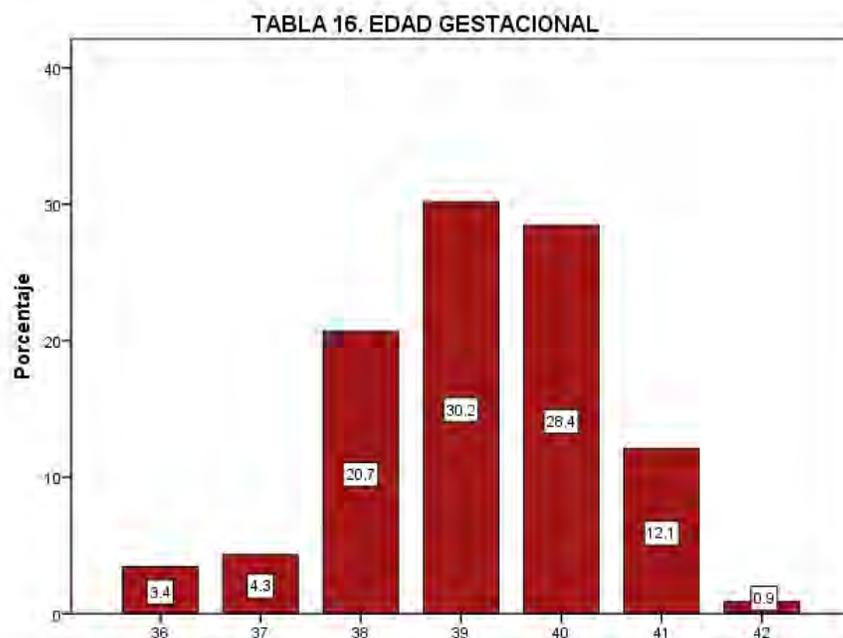


El 46.6% de las adolescentes que recibieron control prenatal acudieron a centros de salud, seguidos del 31.8% de los casos que recibieron control en establecimientos de salud de segundo nivel.

xvi. Edad gestacional

TABLA No 16. EDAD GESTACIONAL

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|--------------|------------|--------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | 36 | 4 | 3.4 | 3.4 | 3.4 |
| | 37 | 5 | 4.3 | 4.3 | 7.8 |
| | 38 | 24 | 20.7 | 20.7 | 28.4 |
| | 39 | 35 | 30.2 | 30.2 | 58.6 |
| | 40 | 33 | 28.4 | 28.4 | 87.1 |
| | 41 | 14 | 12.1 | 12.1 | 99.1 |
| | 42 | 1 | .9 | .9 | 100.0 |
| | Total | 116 | 100.0 | 100.0 | |



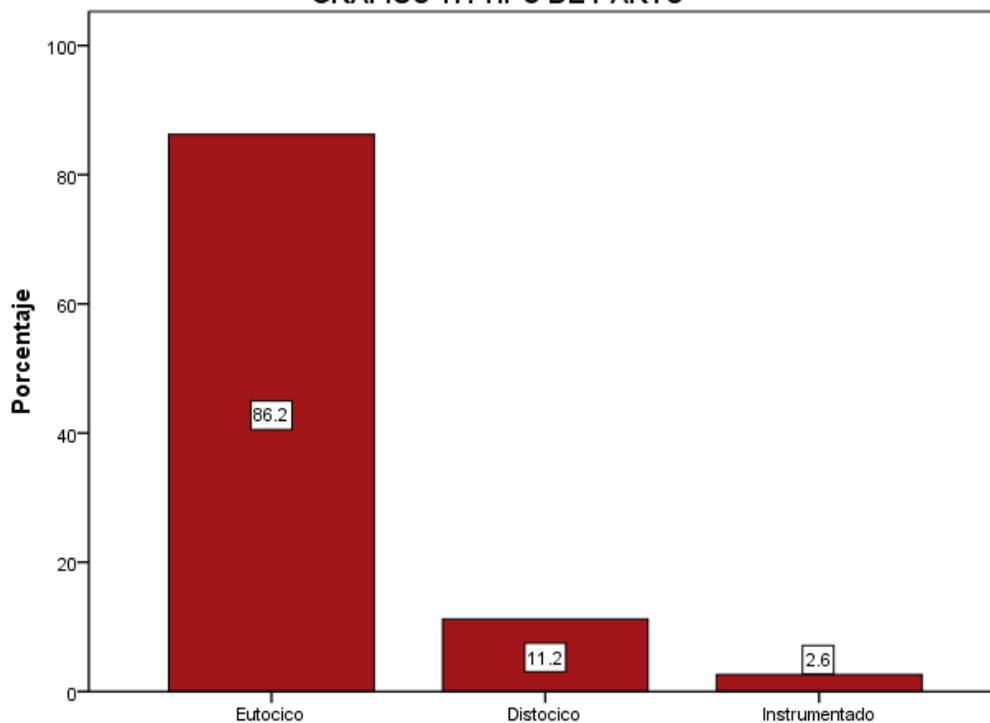
El 96.6% de las adolescentes atendidas tenían embarazo de término, únicamente el 3.4% eran pre término. La edad gestacional de ingreso más frecuente en el 30.2% de los casos era a las 39 semanas.

xvii. Tipo de parto

TABLA No 17. TIPO DE PARTO

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos Eutócico | 100 | 86.2 | 86.2 | 86.2 |
| Distócico | 13 | 11.2 | 11.2 | 97.4 |
| Instrumentado | 3 | 2.6 | 2.6 | 100.0 |
| Total | 116 | 100.0 | 100.0 | |

GRAFICO 17. TIPO DE PARTO

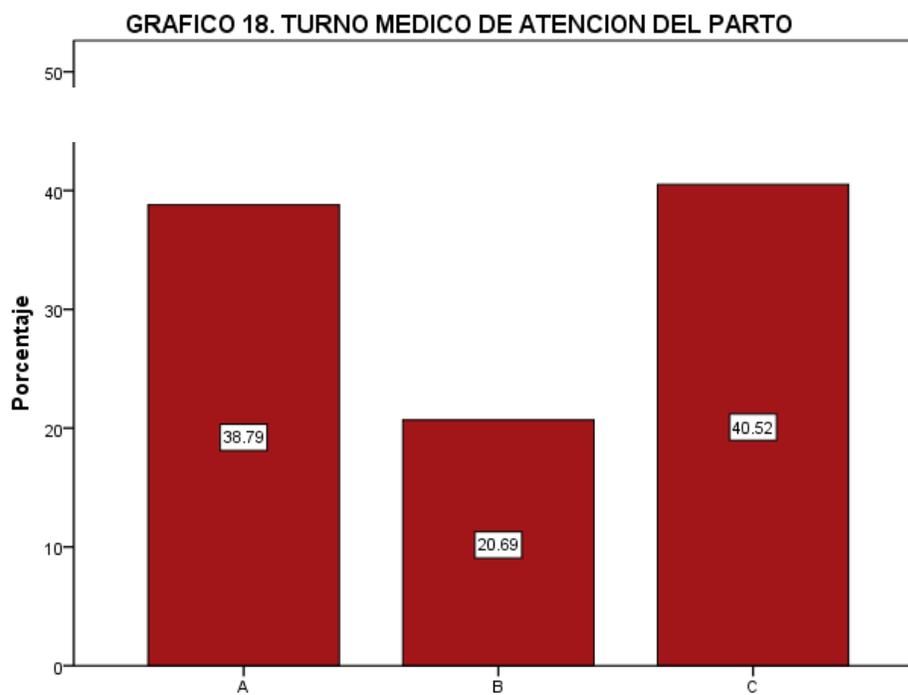


El 86.2% de las adolescentes tuvieron parto eutócico, el 11.2% distócico y el 2.6% parto asistido mediante vacuum.

xviii. Turno médico de atención de parto

TABLA No 18. TURNO MEDICO DE ATENCION DE PARTO

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|-------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | A | 45 | 38.8 | 38.8 | 38.8 |
| | B | 24 | 20.7 | 20.7 | 59.5 |
| | C | 47 | 40.5 | 40.5 | 100.0 |
| | Total | 116 | 100.0 | 100.0 | |



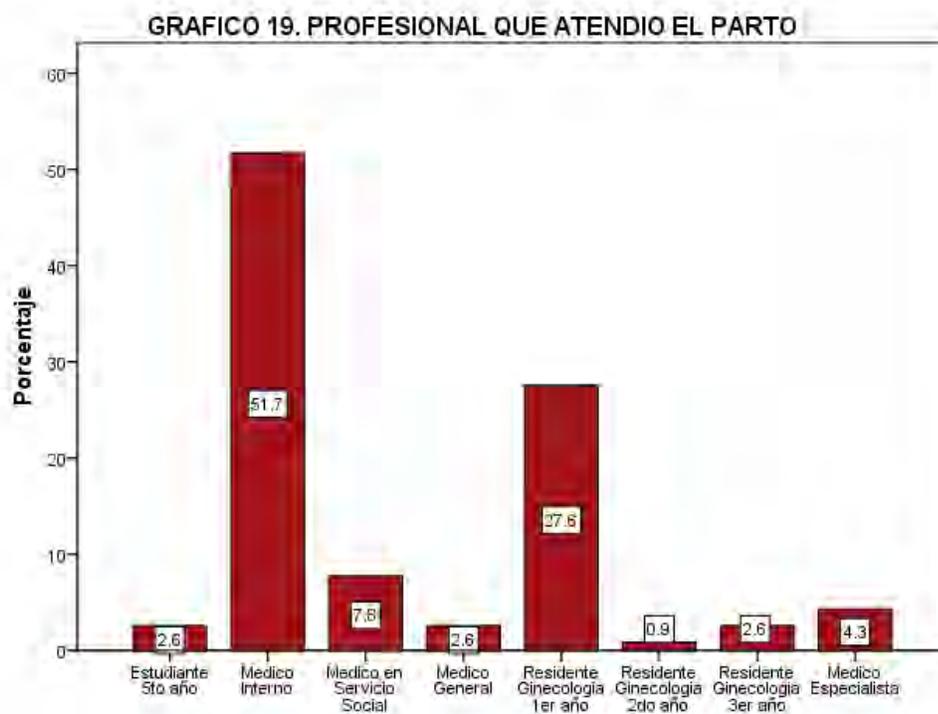
El 40.5% de los partos fueron atendidos en turno C, seguido del 38.8% en turno

A.

xix. Profesional que atendió el parto

TABLA No 19. PROFESIONAL QUE ATENDIO EL PARTO

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|-------------------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Estudiante 5to año | 3 | 2.6 | 2.6 | 2.6 |
| | Médico Interno | 60 | 51.7 | 51.7 | 54.3 |
| | Medico en Servicio Social | 9 | 7.8 | 7.8 | 62.1 |
| | Médico General | 3 | 2.6 | 2.6 | 64.7 |
| | Residente Ginecología 1er año | 32 | 27.6 | 27.6 | 92.2 |
| | Residente Ginecología 2do año | 1 | .9 | .9 | 93.1 |
| | Residente Ginecología 3er año | 3 | 2.6 | 2.6 | 95.7 |
| | Médico Especialista | 5 | 4.3 | 4.3 | 100.0 |
| | Total | 116 | 100.0 | 100.0 | |

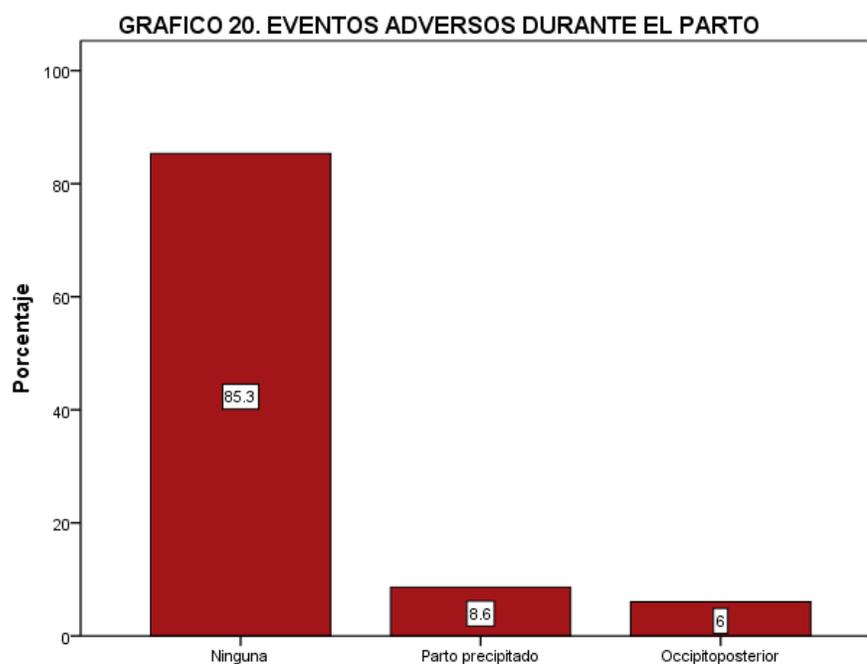


El 51.7% de los partos fueron atendidos por médicos internos, y el 27.6% por residentes de ginecología de primer año.

xx. Eventos adversos durante el parto

TABLA No 20. EVENTOS ADVERSOS DURANTE EL PARTO

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|-------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Ninguna | 99 | 85.3 | 85.3 | 85.3 |
| | Parto precipitado | 10 | 8.6 | 8.6 | 94.0 |
| | Occipitoposterior | 7 | 6.0 | 6.0 | 100.0 |
| | Total | 116 | 100.0 | 100.0 | |

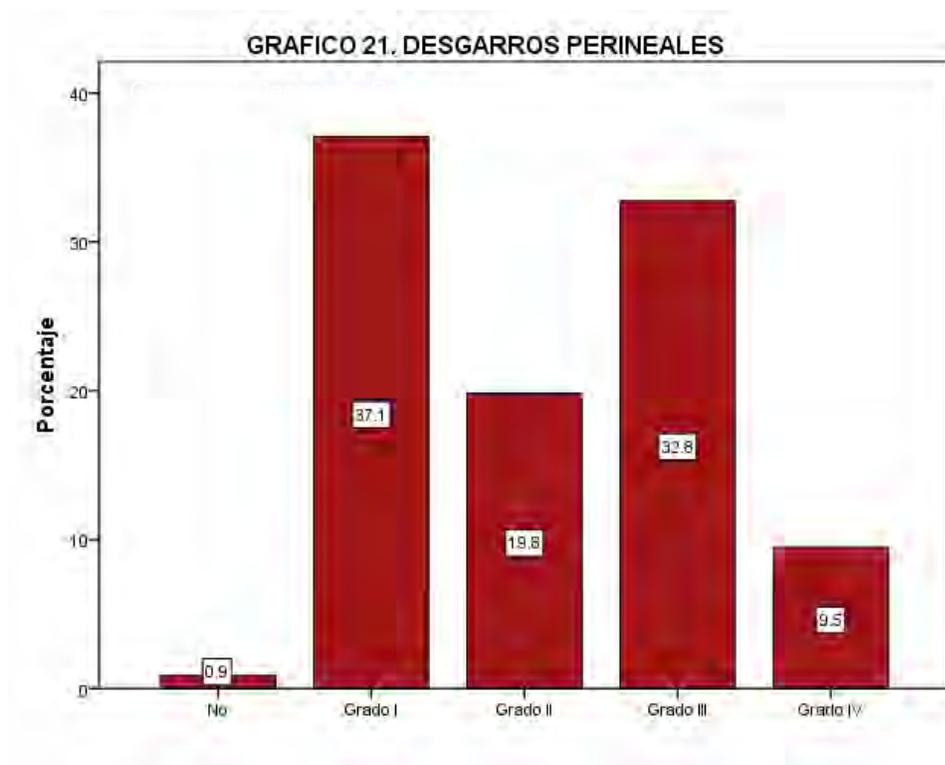


El 85.3% de las pacientes adolescentes no presentaron ningún evento adverso durante el trabajo parto, el 8.6% de las adolescentes presentaron parto precipitado y el 6% restante, fetos en occipitoposterior.

xxi. Desgarros perineales

TABLA No 21. DESGARROS PERINEALES

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos No | 1 | .9 | .9 | .9 |
| Grado I | 43 | 37.1 | 37.1 | 37.9 |
| Grado II | 23 | 19.8 | 19.8 | 57.8 |
| Grado III | 38 | 32.8 | 32.8 | 90.5 |
| Grado IV | 11 | 9.5 | 9.5 | 100.0 |
| Total | 116 | 100.0 | 100.0 | |

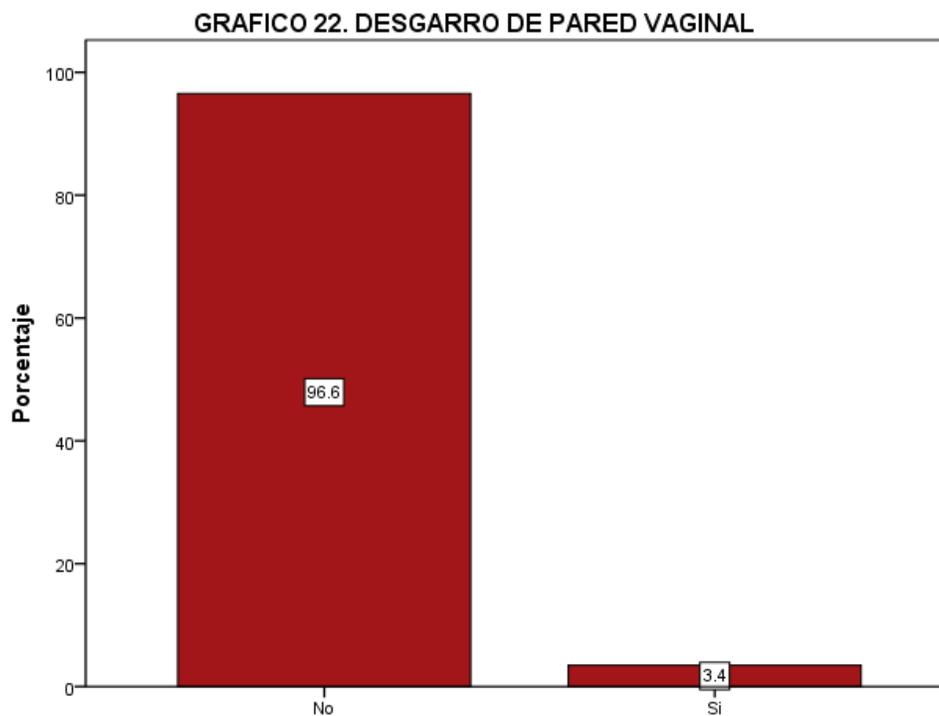


El 37.1% de las adolescentes sufrieron desgarros perineales grado I y el 32.8% desgarros grado III. El 30% restante presentó desgarros grado II y IV.

xxii. Desgarro de pared vaginal

TABLA No 22. DESGARRO DE PARED VAGINAL

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|--------------|------------|--------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | No | 112 | 96.6 | 96.6 | 96.6 |
| | Si | 4 | 3.4 | 3.4 | 100.0 |
| | Total | 116 | 100.0 | 100.0 | |



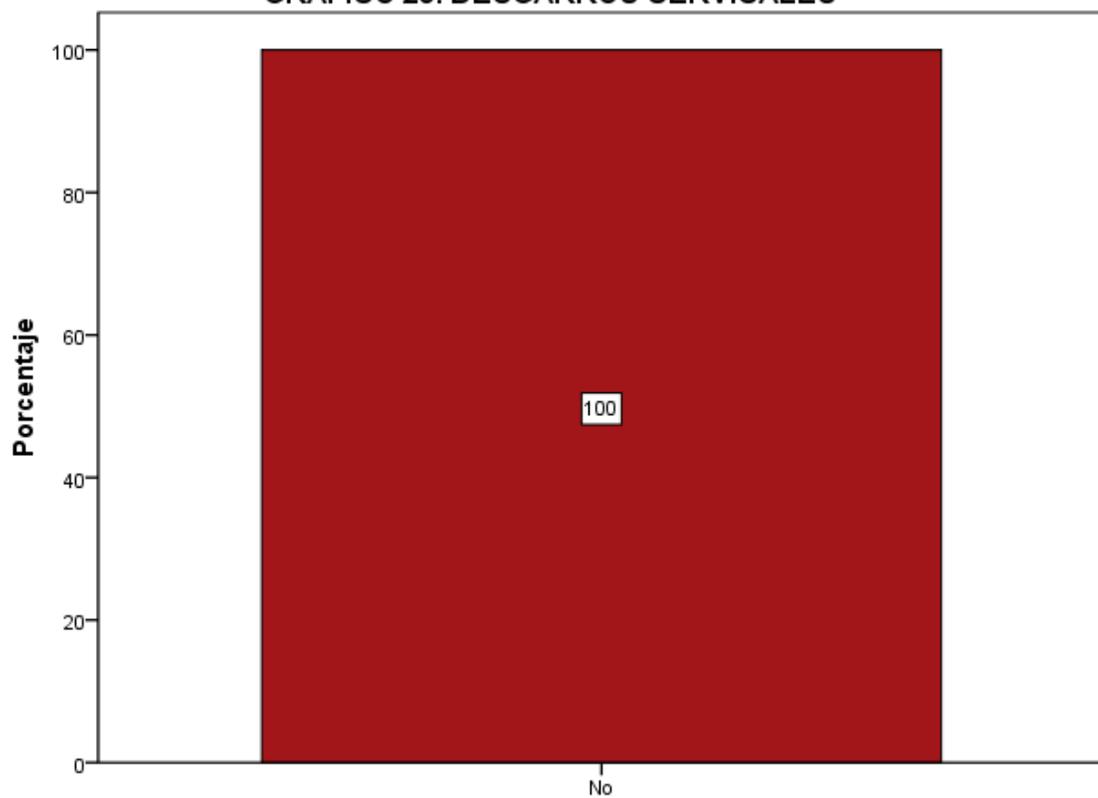
Únicamente el 3.4% de las adolescentes presentaron desgarros de pared vaginal.

xxiii. Desgarros cervicales

TABLA No 23. DESGARROS CERVICALES

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos No | 116 | 100.0 | 100.0 | 100.0 |

GRAFICO 23. DESGARROS CERVICALES



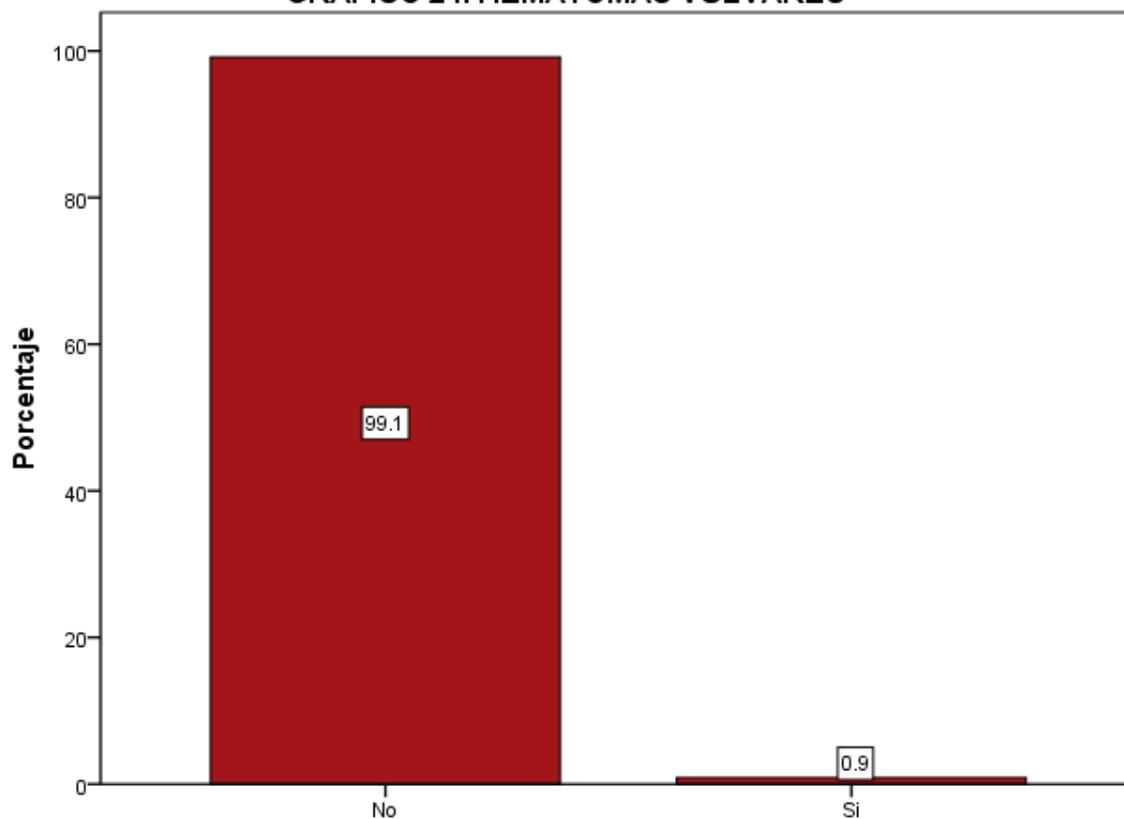
Ninguna de las pacientes adolescentes presentaron desgarros cervicales.

xxiv. Hematomas vulvares

TABLA No 24. HEMATOMAS VULVARES

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|----------------|--------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | No | 115 | 99.1 | 99.1 | 99.1 |
| | Si | 1 | .9 | .9 | 100.0 |
| | Total | 116 | 100.0 | 100.0 | |

GRAFICO 24. HEMATOMAS VULVARES



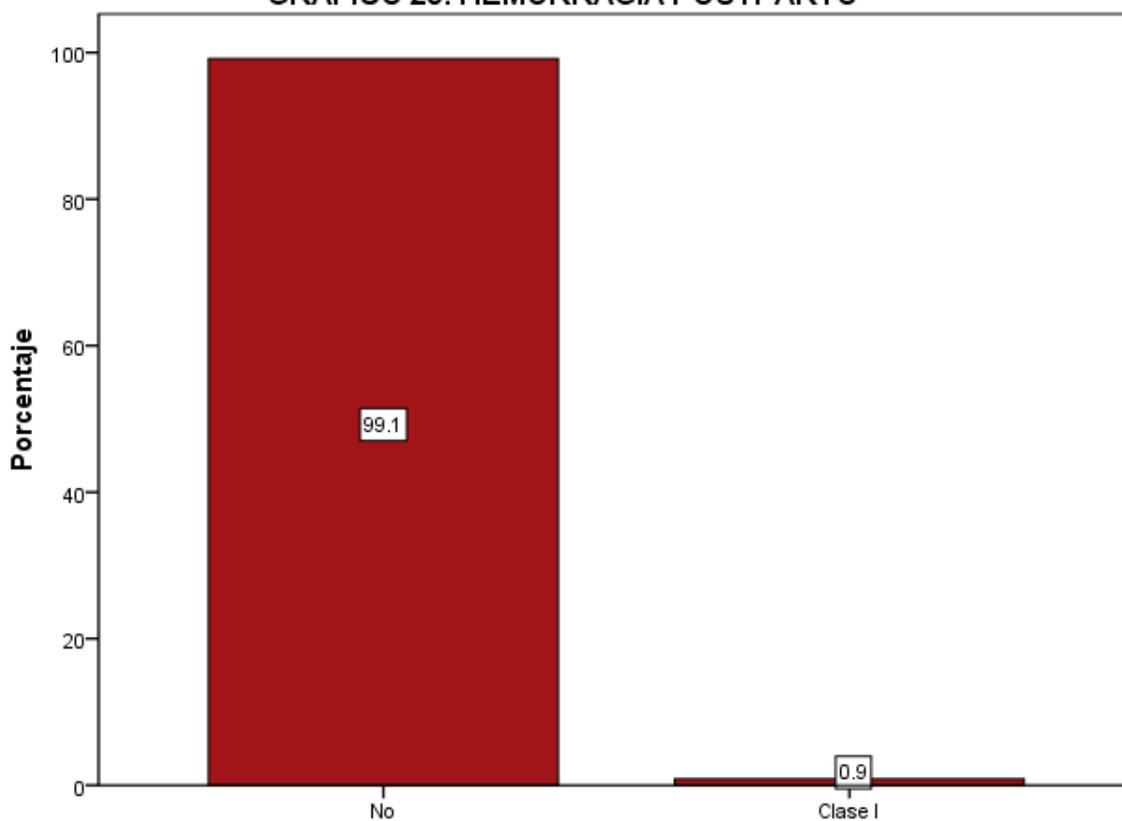
Únicamente el 0.9% de las adolescentes se complicaron con hematomas vulvares.

xxv. Hemorragia postparto

TABLA 25. HEMORRAGIA POSTPARTO

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|--------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | No | 115 | 99.1 | 99.1 | 99.1 |
| | Clase I | 1 | .9 | .9 | 100.0 |
| | Total | 116 | 100.0 | 100.0 | |

GRAFICO 25. HEMORRAGIA POSTPARTO



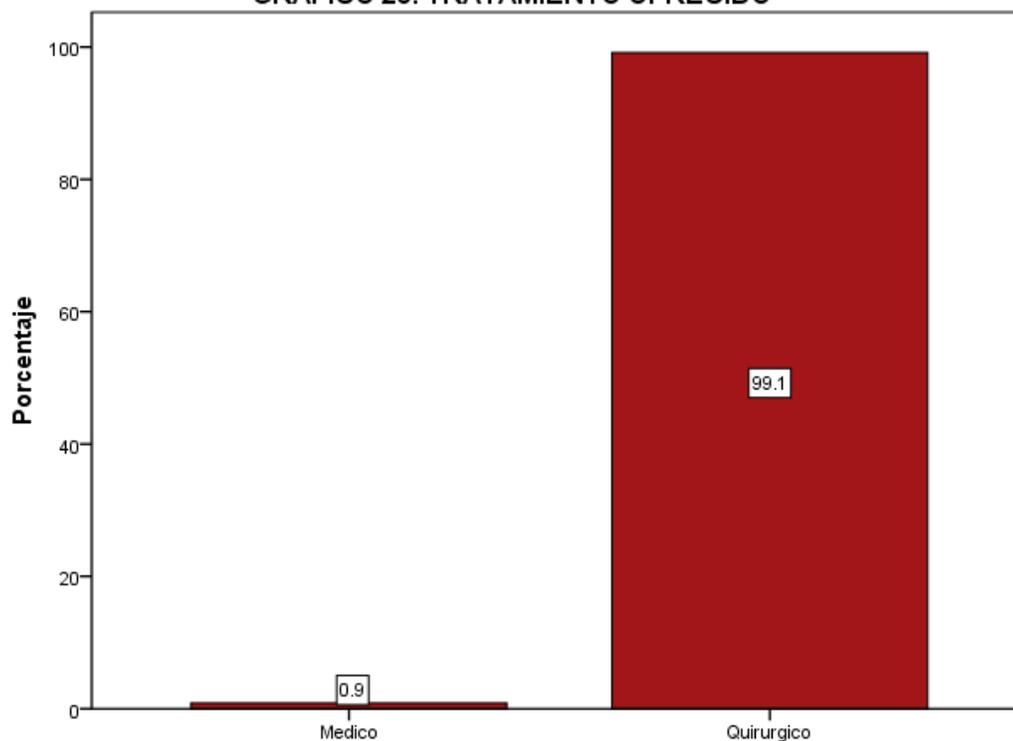
Únicamente el 0.9% de las adolescentes se complicaron con hemorragia postparto.

xxvi. Tratamiento ofrecido

TABLA 26. TRATAMIENTO OFRECIDO

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|----------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos Medico | 1 | .9 | .9 | .9 |
| Quirúrgico | 115 | 99.1 | 99.1 | 100.0 |
| Total | 116 | 100.0 | 100.0 | |

GRAFICO 26. TRATAMIENTO OFRECIDO



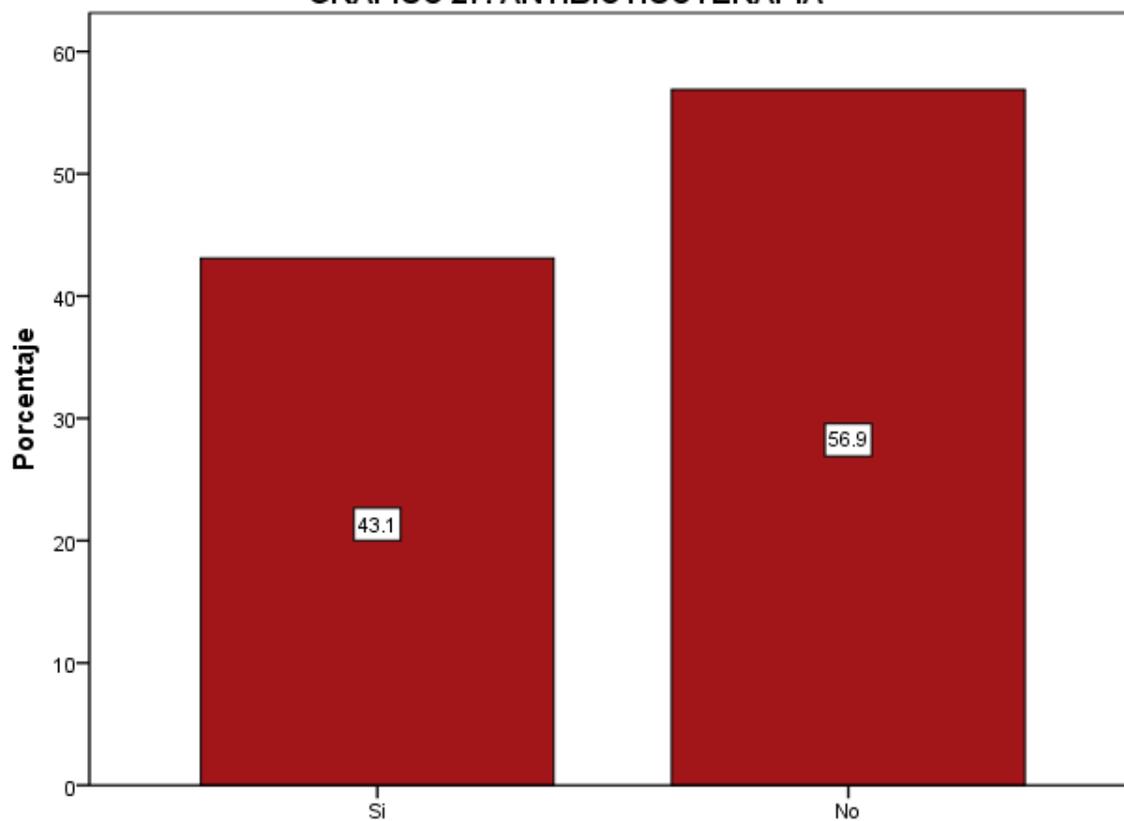
El 99.1% de las lesiones en adolescentes recibieron tratamiento quirúrgico mediante suturas, únicamente el 0.9% de los casos que correspondía a un hematoma vulvar fue manejado con calor local.

xxvii. Antibioticoterapia

TABLA 27. ANTIBIOTICOTERAPIA

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|-------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Si | 50 | 43.1 | 43.1 | 43.1 |
| | No | 66 | 56.9 | 56.9 | 100.0 |
| | Total | 116 | 100.0 | 100.0 | |

GRAFICO 27. ANTIBIOTICOTERAPIA

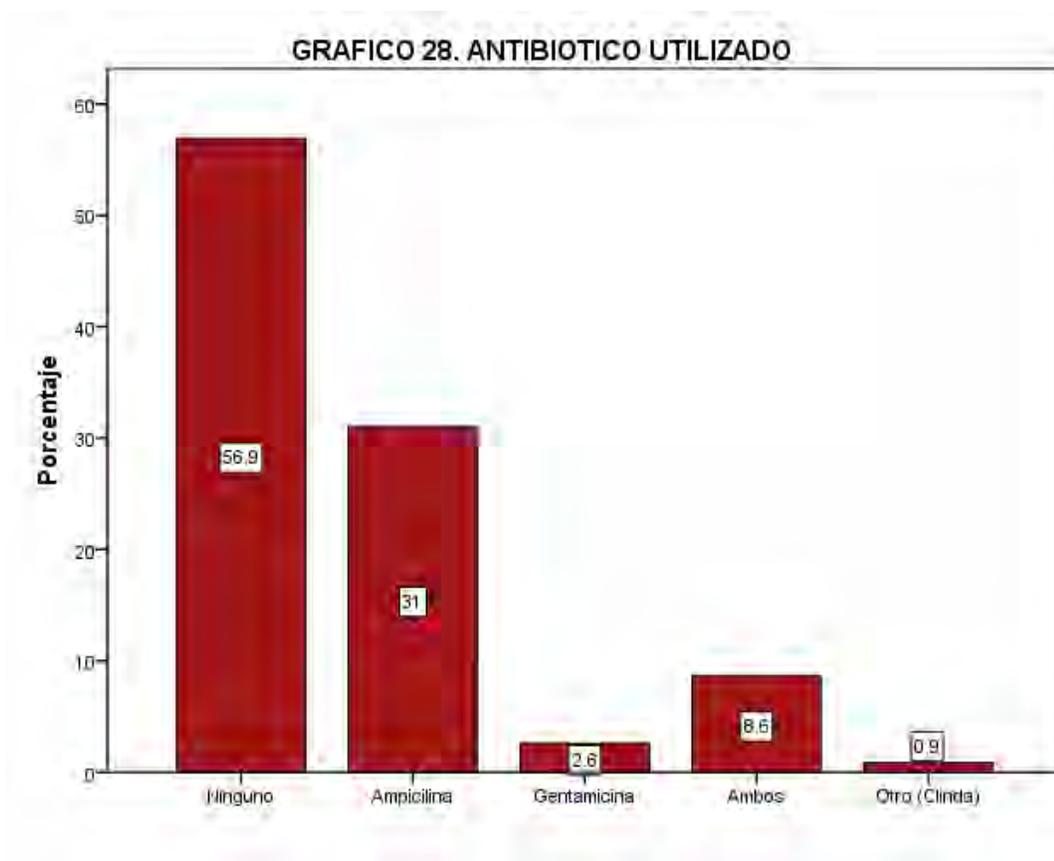


El 56.9% de las pacientes no ameritaron antibiótico, porcentaje similar a las que si utilizaron.

xxviii. Antibiótico utilizado

TABLA 28. ANTIBIÓTICO UTILIZADO

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|---------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Ninguno | 66 | 56.9 | 56.9 | 56.9 |
| | Ampicilina | 36 | 31.0 | 31.0 | 87.9 |
| | Gentamicina | 3 | 2.6 | 2.6 | 90.5 |
| | Ambos | 10 | 8.6 | 8.6 | 99.1 |
| | Otro (Clinda) | 1 | .9 | .9 | 100.0 |
| | Total | 116 | 100.0 | 100.0 | |



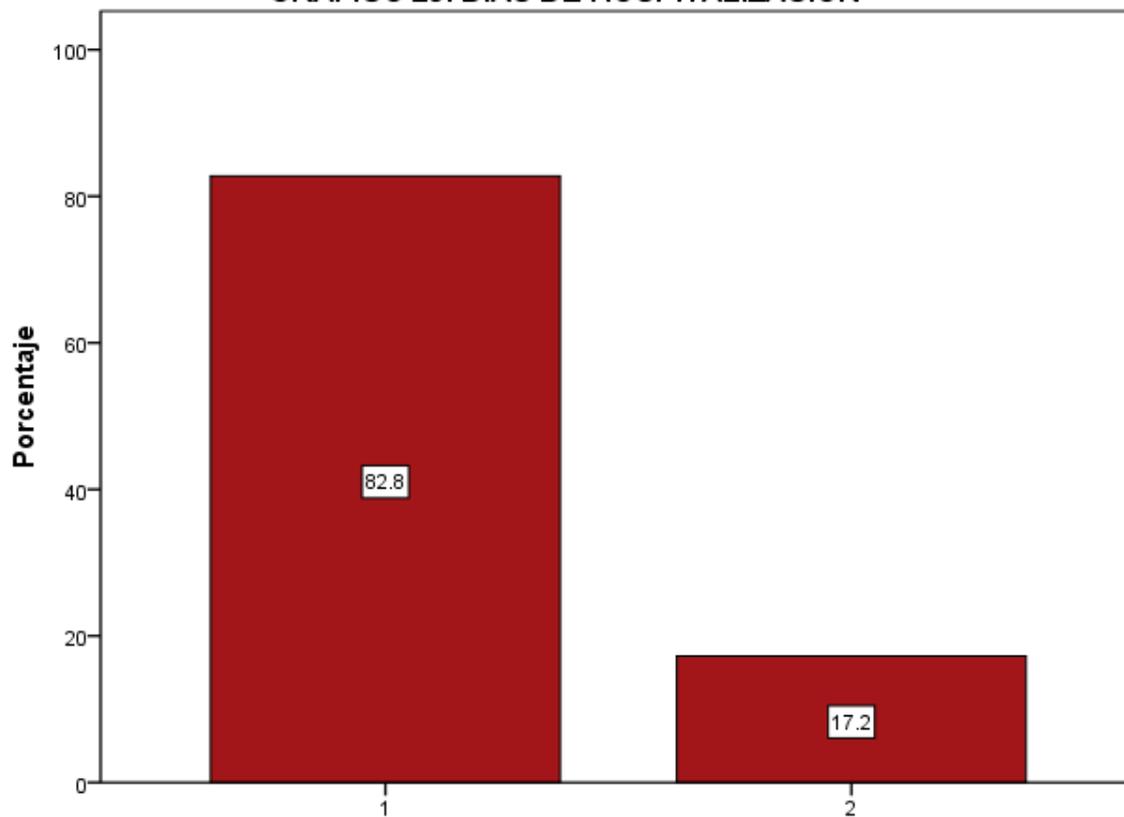
El 56.9% de los casos no ameritó uso de antibiótico, el 31% de las adolescentes utilizaron ampicilina, 8.6% ampicilina-gentamicina y únicamente el 2.6% monoterapia con gentamicina.

xxix. Días de hospitalización

TABLA No 29. DIAS DE HOSPITALIZACIÓN

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-----------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos 1 | 96 | 82.8 | 82.8 | 82.8 |
| 2 | 20 | 17.2 | 17.2 | 100.0 |
| Total | 116 | 100.0 | 100.0 | |

GRAFICO 29. DIAS DE HOSPITALIZACIÓN



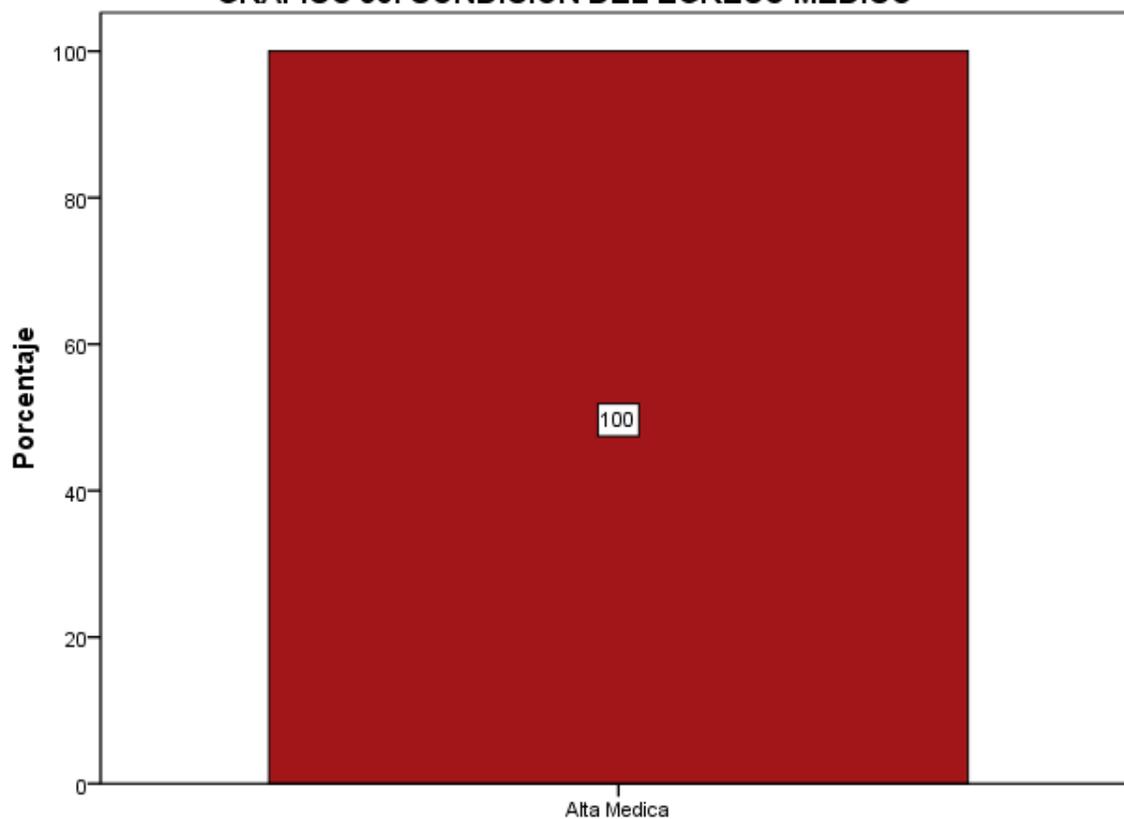
El 82.8% de las pacientes estuvieron hospitalizadas únicamente un día.

xxx. Condición del egreso medico

TABLA 30. CONDICIÓN DEL EGRESO MÉDICO

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos Alta Médica | 116 | 100.0 | 100.0 | 100.0 |

GRAFICO 30. CONDICIÓN DEL EGRESO MÉDICO



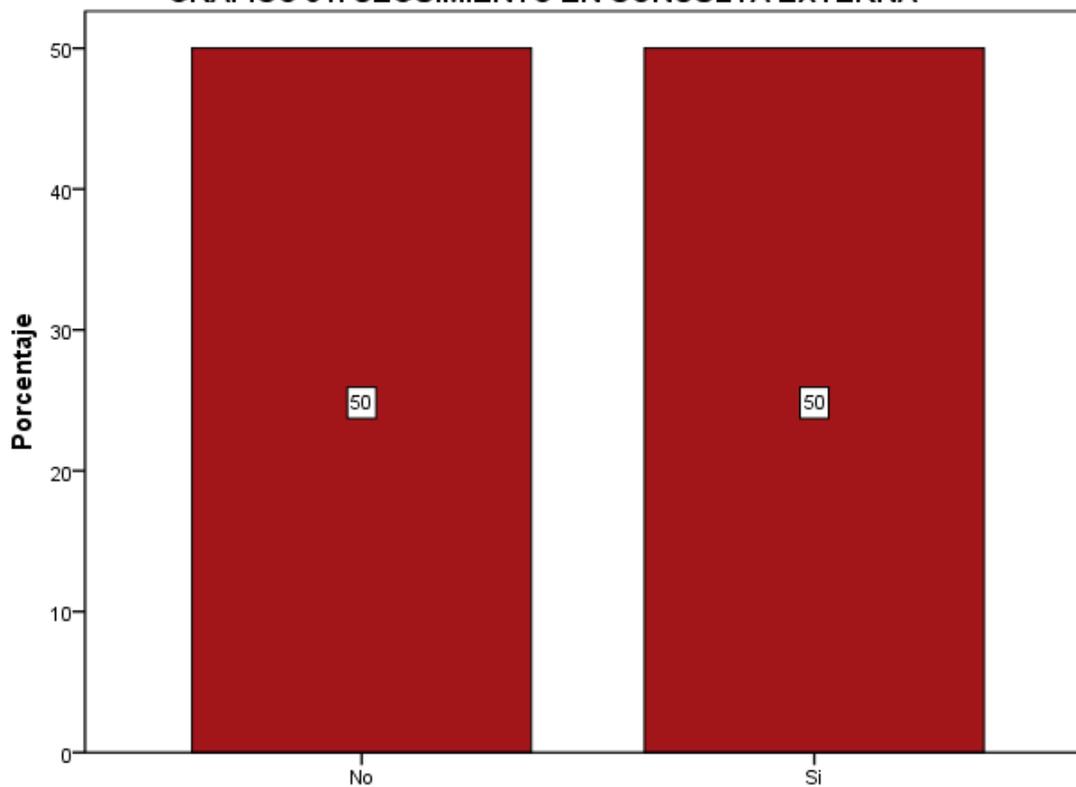
El 100% de las pacientes fueron egresadas en condición de alta médica.

xxxi. Seguimiento en consulta externa

TABLA 31. SEGUIMIENTO EN CONSULTA EXTERNA

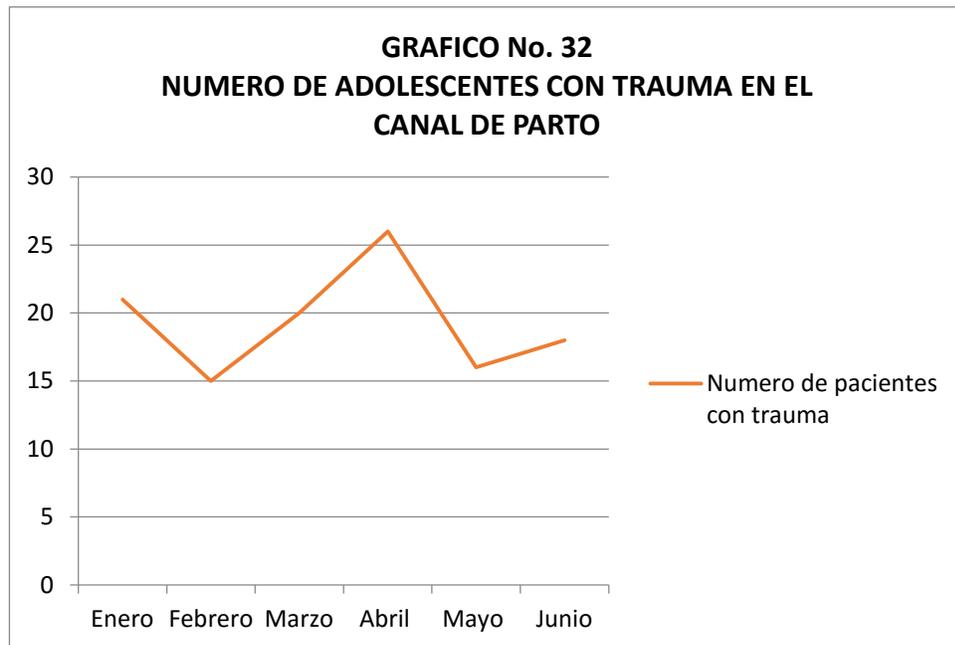
| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|--------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | No | 58 | 50.0 | 50.0 | 50.0 |
| | Si | 58 | 50.0 | 50.0 | 100.0 |
| | Total | 116 | 100.0 | 100.0 | |

GRAFICO 31. SEGUIMIENTO EN CONSULTA EXTERNA



Un 50% de las pacientes fueron atendidas en control de seguimiento en la consulta externa.

xxxii. Tendencia del trauma del parto



En la tendencia del trauma del parto, los meses con mayor numero de pacientes fueron Abril (26) y Enero (21).

CAPITULO VI. DISCUSIÓN A LA LUZ DE LA LITERATURA

La tasa de partos en adolescentes atendidas en San Pedro Sula, específicamente en el Hospital Dr. Leonardo Martínez Valenzuela, oscila en alrededor del 53.94% del total de nacimientos recibidos durante el primer semestre del año 2017. La prevalencia del trauma en canal de parto representa únicamente el 4% de los casos. Un estudio llevado a cabo en Suiza según el Consejo Nacional de Estadística para el periodo de 1973-2010 reporta una estadística que varía del 7.7% de los casos y con disminución de este a 1.10% en el año 2010 (Tyrberg, Blomberg & Kjølhede, 2013). En México por ejemplo, según estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud, los niveles más altos de embarazo en adolescentes se dan en los países en vías de desarrollo los cuales representan el 11% de todos los nacimientos en el mundo. En América Latina y el Caribe la prevalencia de parto es del 18%. ("OMS | El embarazo en la adolescencia", 2017). Partiendo de estos datos, es de reconocer entonces que la situación en Honduras es alarmante. No solo duplicamos el porcentaje de embarazo en adolescentes; sino que de éstos, 4 de cada 10 sufren algún tipo de trauma en el canal de parto, lo cual repercutirá de diversos modos, a corto y largo plazo.

La edad más frecuente, dentro del grupo de pacientes embarazadas atendidas, fue 18 años, con promedio de 17 ± 1 años, el 50% de las pacientes eran menor de 17 años. La paciente más joven fue de 14 y la mayor de 19 años. En lo que se refiere a México, en ese mismo grupo de edad se registran 400,000

nacimientos anuales, 20% en mujeres menores de 20 años de edad (Cancino & Valencia, 2015). En cuanto al estado civil, el 97.4% de las pacientes eran solteras y únicamente el 2.6% eran casadas. Esto por participación de diversos factores que incluyen la falta de madurez propia de la adolescencia, la inexperiencia para elegir una pareja estable, el inicio de vida sexual precoz o múltiples compañeros sexuales. Según el Consejo Nacional de Población en México, reportado para el 2015, por cada mujer urbana que se une antes de los 18 años, dos lo hacen en el medio rural, y por cada mujer con primaria completa que se une antes de los 16 años (7.7%), casi tres con primaria incompleta lo hacen (20.2%), y casi cinco, sin ninguna instrucción (35%) (Gobierno de la Republica, MEXICO, 2017). En Honduras, los niveles de escolaridad más frecuentes fueron: secundaria incompleta (34.5%), primaria completa (30.2%) y primaria incompleta (22.4%). De este grupo, 1.7% son analfabetas. Esto repercute del mismo modo, en la falta de visión a mediano y largo plazo, pues con el nacimiento de un hijo se establecen nuevas prioridades donde se enfoca la atención y el presupuesto brindado por parte de los familiares hacia el nuevo miembro de la familia. A largo plazo, la adolescente deja a un lado el sentido de crecimiento personal para centrar su capacidad única y exclusiva como madre y ama de casa.

Secundario a esta situación, el 81,9% de las adolescentes se dedican a ser amas de casa y solamente una pequeña proporción son estudiantes.

Según las características geográficas de las adolescentes atendidas, el 57.8% de las pacientes eran procedentes de San Pedro Sula, 19% de Choloma y el 8.6% de La Lima. Seguidos de Villanueva, Santa Bárbara y Omoa en menor cantidad. Estadística contraria a la literatura latinoamericana y de otros países pues en este sentido, muchas de estas pacientes proceden de áreas urbanas pero que proceden de áreas en zonas marginales en las afueras de la ciudad. Sumado a esto en zonas rurales del país donde también se atiende gran parte de población adolescente. En el 2009, se realiza estudio similar al nuestro en el Departamento de Intibucá, donde en un periodo de tres meses fueron atendidas aproximadamente 189 partos de adolescentes en un solo centro de segundo nivel (Andino, 2009).

Por otro lado, y haciendo énfasis en el razonamiento clínico del trauma de canal de parto. Según la historia obstétrica, alrededor del 20% de las adolescentes tenían antecedente de más de 1 gestación. 13% de estas, con antecedente de un parto previo que culminó con la presencia de un hijo vivo, y el 7% restante con antecedente de un embarazo anterior pero que finalizó con la pérdida de éste antes de las 20 semanas de gestación. En un estudio publicado en el 2001 por Kirby y colaboradores también denotan la importancia de la propagación del uso de métodos anticonceptivos efectivos mediante campañas a gran escala para la prevención de enfermedades de transmisión sexual y embarazos subsiguientes en aquella población que inicio tempranamente su vida sexual (Kirby, 2001).

Al momento del ingreso, el 96.6% tenían embarazo de término, únicamente el 3.4% eran pre término, esto condicionado por los protocolos institucionales que evitan el ingreso de pacientes con embarazo pre término lejos del termino pues no cuentan con unidad amplia de cuidados intensivos neonatal. La edad gestacional de ingreso más frecuente en el 30.2% de los casos fue a las 39 semanas, lo cual difiere de la literatura internacional que nos comenta que en aproximadamente un 34% de los embarazos en adolescentes la finalización se da alrededor de las 32 semanas de gestación. (Blomberg, Birch Tyrberg & Kjølhede, 2014).

Según la conclusión diagnóstica del trauma de canal de parto en adolescentes, el 86.2% de las adolescentes tuvieron parto eutócico, el 11.2% distócico y el 2.6% fue parto asistido mediante vacuum. No hubo utilización de fórceps. El 40.5% de los partos fueron atendidos en turno C, seguido del 38.8% en turno A. Interesante dato, pues es de reconocer que en turno C existe la mayor atención de pacientes vía vaginal, sin embargo es el turno donde hay menos personal capacitado y cobertura asistencial tanto de médicos y estudiantes, como personal de enfermería. Por dicha razón, el 51.7% de los partos fueron atendidos por médicos internos, y el 27.6% por residentes de ginecología de primer año. Regularmente en turno C, no hay residentes de mayor jerarquía y únicamente se cuenta con un solo médico especialista quien se encuentra en sala de operaciones realizando las intervenciones quirúrgicas o atendiendo complicaciones médicas que requieran un mayor nivel expertiz.

En el 85.3% de los casos descritos no se presentó ningún evento adverso durante el trabajo parto, el 8.6% de las adolescentes presentaron parto precipitado y el 6% restante, fetos en variedad de presentación occipitoposterior. Como consecuencia de esto, el 37.1% de las adolescentes sufrieron desgarros perineales grado I y el 32.8% desgarros grado III. El 30% restante presentó desgarros grado II y IV. Únicamente el 3.4% de las adolescentes presentaron desgarros de pared vaginal, el 0.9% de las adolescentes se complicaron con hematomas vulvares y mismo valor, para la hemorragia postparto secundaria. No hubo desgarros cervicales asociados descritos.

El tratamiento ofrecido en el 99.1% de las lesiones descritas, fue terapia quirúrgica mediante cierre primario con suturas absorbibles, y únicamente el 0.9% de los casos que correspondía a un hematoma vulvar fue manejado con calor local. El 56.9% de las pacientes no ameritaron antibiótico, porcentaje similar a las que si utilizaron. De estas últimas, el 31% de las adolescentes recibieron ampicilina, 8.6% ampicilina-gentamicina y únicamente el 2.6% monoterapia con gentamicina. Finalmente el 82.8% de las pacientes estuvieron hospitalizadas únicamente un día y de todos los casos reportados, el 100% fueron egresadas en condición de alta médica.

CAPITULO VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A. CONCLUSIONES

La tasa de partos en adolescentes atendidas en el Hospital Dr. Leonardo Martínez Valenzuela durante el primer semestre del año 2017 fue dos veces más alta que la establecida a nivel nacional.

La prevalencia del trauma en canal de parto fue del 4% de los casos, estadística similar a lo reportado en la literatura para este tipo de población.

Dentro de las características personales más frecuentes de las adolescentes con trauma de canal de parto fueron: adolescentes tardías, solteras, de raza mestiza, de baja escolaridad, y amas de casa. Con índice de masa corporal normal y sin antecedentes personales patológicos.

Según la historia obstétrica, dos de cada 10 adolescentes eran multíparas y solamente la mitad de todas las atendidas acudieron a control prenatal en alguna ocasión.

En el Hospital Dr. Leonardo Martínez Valenzuela existe una baja tasa de prevalencia de partos pretermino. La edad gestacional de ingreso más frecuente casos fue a las 39 semanas.

Según las características geográficas de las pacientes estudiadas procedían de San Pedro Sula y sus alrededores como Choloma y La Lima. Seguidos de Villanueva, Santa Bárbara y Omoa en menor cantidad.

La mayor parte de los partos fueron eutócicos, sin complicaciones y atendidos en turno C.

La tendencia del trauma en canal de parto en adolescentes fue mayor en el mes de Abril y Enero.

Según el razonamiento clínico y conclusión diagnóstica se presentaron en igual proporción desgarros perineales grado I, II y III. En mínima proporción presencia de hematomas vulvares y hemorragia postparto. No hubo desgarros cervicales asociados descritos.

Casi en la totalidad de los casos, el tratamiento ofrecido fue la terapia quirúrgica mediante cierre primario con suturas absorbibles.

La mitad de las pacientes con trauma en canal de parto recibieron terapia antibiótica profiláctica.

De las pacientes hospitalizadas, únicamente las que tuvieron desgarros grado IV permanecieron hospitalizadas más de un día. De todas las pacientes atendidas, la proporción total fue egresada en condición de alta médica y la mitad de estas se citaron a la consulta externa para seguimiento.

B. RECOMENDACIONES

Socialización de la norma de Atención al Adolescente en todos los hospitales Nacionales para brindar mejor atención a las usuarias adolescentes.

Mejorar la comunicación padre-hijo a través de conferencias educativas que eliminen el tabú o la costumbre de nuestro pueblo por no hacer referencia al tema del sexo libremente. Inculcar los valores familiares mediante el apoyo de la iglesia para promoción de los valores cristianos, la integridad familiar, la comunicación entre pareja y recuperación de la familia como pilar de la sociedad.

Consejería espiritual diaria a través del sistema nacional de educación para promoción de los valores cristianos, la abstinencia sexual, la importancia del matrimonio, la fidelidad y la lealtad evitando de este modo la desintegración familiar.

Fortalecer los sistemas de atención en las salas de Maternidad mediante la contratación de personal capacitado.

Brindar seguimiento mediante la consulta externa a las pacientes con antecedente de trauma del canal de parto para estadificar las complicaciones y secuelas a mediano y largo plazo.

CAPITULO VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACOG Practice Bulletin No. 33: Diagnosis and Management of Preeclampsia and Eclampsia. (2002). *Obstetrics & Gynecology*, 99(1), pp.159-167.
- Aiken, C., Aiken, A. and Prentice, A. (2016). Influence of the Duration of the Second Stage of Labor on the Likelihood of Obstetric Anal Sphincter Injury. *Obstetric Anesthesia Digest*, 36(1), pp.42-43.
- Álvarez Vázquez, L. and Salomón Avich, N. (2012). El aborto en adolescentes en un contexto legal. *Revista Cubana de Salud Pública*, 38(1), pp.45-53.
- Berek, J. and Novak, E. (2013). *Female Reproductive Health*. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins, p.992.
- Bindra, V. (2017). Anemia in Adolescence. *The World Journal of Anemia*, 1(1), pp.18-19.
- Blomberg, M., Birch Tyrberg, R. and Kjølhede, P. (2014). Impact of maternal age on obstetric and neonatal outcome with emphasis on primiparous adolescents and older women: a Swedish Medical Birth Register Study. *BMJ Open*, 4(11), p.e005840.
- Cancino, A. and Valencia, M. (2015). Embarazo en la adolescencia: cómo ocurre en la sociedad actual. *Perinatología y Reproducción Humana*, 29(2), pp.76-82.

Censida. (2017). *Análisis sobre educación sexual integral, conocimientos y actitudes en sexualidad en adolescentes escolarizados*. [online] Available at:

http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/transparencia/estudios_opinion/es/InformeFinal_INSP.pdf [Accessed 10 Oct. 2017].

Coles, M., Makino, K. and Stanwood, N. (2009). Contraceptive practices among adolescents who experienced an unintended birth. *Contraception*, 80(2), p.217.

Dahlen, H., Ryan, M., Homer, C. and Cooke, M. (2007). An Australian prospective cohort study of risk factors for severe perineal trauma during childbirth. *Midwifery*, 23(2), pp.196-203.

Dickinson, J. (2013). Obstetric perineal trauma. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 53(1), pp.1-2.

Donadon, M., Martin Santos, R. and De Lima Osório, F. (2017). Oxytocine and early and current trauma: A systematic review and meta-analysis. *European Psychiatry*, 41, p.S680.

Fianchino, B., Del Re, S., Faraoni, S., Castelli, L., De Paola, M., Gregori, G., Sergi, G., Abozzi, M. and Milano, R. (2003). STREPTOCOCCO β -EMOLITICO DI GRUPPO B: UN ANNO DI ESPERIENZA PRESSO IL

NOSTRO LABORATORIO. DATI PRELIMINARI. *Microbiologia Medica*, 18(2).

Fournié, A., Jalle, T., Sentilhes, L. and Lefebvre-Lacœuille, C. (2008). Infecciones urinarias en el embarazo. *EMC - Ginecología-Obstetricia*, 44(4), pp.1-9.

Gilson, K. and Lancaster, S. (2008). Childhood sexual abuse in pregnant and parenting adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 32(9), pp.869-877.

Gobierno de la Republica, MEXICO (2017). *Estrategia nacional para la prevencion del embarazo en adolescentes*. Ciudad de Mexico, DF, pp.1-128.

González, A., Ottolino, P., Rosendi, N., Rodríguez, L., Medina, L., Bello, E., Camacho, L. and Richard, L. (2015). Características Clínico—Epidemiológicas del Trauma en Adolescentes, Durante el Período 2012 – 2013 en el Hospital General Del Este ‘Dr Domingo Luciani’ Caracas, Venezuela. *Panamerican Journal of Trauma, Critical Care & Emergency Surgery*, 4, pp.180-187.

Gupta, N., Kiran, U. and Bhal, K. (2008). Teenage pregnancies: Obstetric characteristics and outcome. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 137(2), pp.165-171.

- Harrington, L. (2009). Normal Labor and Delivery. *The Global Library of Women's Medicine*.
- Herrera M, M. (2003). MORTALIDAD MATERNA EN EL MUNDO. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 68(6).
- Kirby, D. (2001). Emerging Answers: Research Findings on Programs to Reduce Teen Pregnancy (Summary). *American Journal of Health Education*, 32(6), pp.348-355.
- Kjærgaard, H., Olsen, J., Ottesen, B., Nyberg, P. and Dykes, A. (2008). Obstetric risk indicators for labour dystocia in nulliparous women: A multi-centre cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 8(1).
- Klein, J. (2005). Adolescent Pregnancy: Current Trends and Issues. *PEDIATRICS*, 116(1), pp.281-286.
- LaCross, A., Groff, M. and Smaldone, A. (2015). Obstetric Anal Sphincter Injury and Anal Incontinence Following Vaginal Birth: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 60(1), pp.37-47.
- Maternofetal, S. d. (Marzo 2017). Protocolo: Infecciones vias urinarias y gestacion. *Institut Clínic de Ginecologia, Obstetrícia i Neonatologia, Hospital Clínic de Barcelona* .

- Musacchio, N. and Forcier, M. (2008). Adolescent Health. *International Encyclopedia of Public Health*, pp.33-48.
- ONU. (14 de Noviembre de 2012). [www.departamento 19.hn>nuestra gente>reportajes](http://www.departamento19.hn/nuestra-gente/reportajes). Recuperado el Mayo de 2016
- Resnick, M. (2000). Resilience and protective factors in the lives of adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 27(1), pp.1-2.
- Sadler, T. and Sadler-Redmond, S. (2016). *an an e olo a d ca*. Barcelona: Wolters Kluwer, pp.40-53.
- Sefton, M. (2007). Grief Analysis of Adolescents Experiencing an Early Miscarriage. *Hispanic Health Care International*, 5(1), pp.13-20.
- Seince, N., Pharisien, I. and Uzan, M. (2008). Embarazo y parto en adolescentes. *EMC - Ginecología-Obstetricia*, 44(3), pp.1-7.
- Sulaiman, S., Othman, S., Razali, N. and Hassan, J. (2013). Obstetric and perinatal outcome in teenage pregnancies. *South African Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 19(3), p.77.
- Tyrberg, R., Blomberg, M. and Kjølhede, P. (2013). Deliveries among teenage women – with emphasis on incidence and mode of delivery: a Swedish national survey from 1973 to 2010. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13(1).

Vathanan, V., Ashokkumar, O. and McAree, T. (2014). Obstetric anal sphincter injury risk reduction: a retrospective observational analysis. *Journal of Perinatal Medicine*, 42(6).

Who.int. (2017). OMS | *El embarazo en la adolescencia*. [online] Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/> [Accessed 13 Oct. 2017].

Williams, J., Leveno, K., Cunningham, F. and Bloom, S. (2011). *Williams obstetricia*. 23rd ed. México, D.F.: McGraw-Hill Interamericana, pp.382-390.

Wong, C. (2009). Analgesia and Anesthesia for Labor and Delivery. *The Global Library of Women's Medicine*.

CAPÍTULO IX. ANEXOS

ENCUESTA

“CARACTERIZACION EPIDEMIOLOGICA Y CLINICA DE ADOLESCENTES CON TRAUMA DEL CANAL DE PARTO”

Instrucciones: Lea detenidamente el contenido de este instrumento de recolección de información. Elija una respuesta de las opciones referidas mediante el dibujo de un círculo y proporcione por escrito la solicitud de preguntas mediante respuesta breve y con letra clara.

No de Encuesta: _____

A. CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS

Edad: _____

Procedencia: _____ Casco: Urbano / Rural

Raza: _____ Peso: _____ kgs

Estado Civil: _____ Talla: _____ mts

Escolaridad: _____ IMC: _____ kg/m²

Ocupación: _____

Antecedentes Patológicos personales: _____

Antecedentes obstétricos:

G: _____ P: _____ A: _____ C: _____ HV: _____ HM: _____

Edad gestacional al momento del parto: _____ SG.

Número de Controles Prenatal/Unidad de salud: _____ / _____

Fecha/Hora del Ingreso: _____ : _____

Fecha/Hora de finalización del segundo estadio del trabajo de parto:

_____ : _____

Hora del nacimiento: _____ : _____

Eventos durante el parto: _____

Profesional que atendió el parto:

Estudiante pregrado a) 5to b) 6to c) Interno d)MSS

Médico General

Residente: a) MR1 b) MR2 c) MR3

Médico especialista

Tipo de Parto: Eutócico Distócico Instrumentado

B. CARACTERISTICAS CLINICAS

Diagnóstico del ingreso: _____

Tipo de lesión: Desgarro perineal: No Si /Grado: _____

Desgarro de pared vaginal: No Si

Desgarro cervical: No Si

Hematomas: No Si

Hemorragia postparto: No Si/Clase: _____

Tratamiento ofrecido

❖ Médico:

- Calor local
- Compresión
- Compresas frías
- Otro

❖ Quirúrgico: Describa: _____

Seguimiento:

Días de hospitalización: _____

Antibioticoterapia: Si / No

- Profiláctico: Especifique dosis: _____
- Terapéutico: Especifique dosis y duración: _____

Condición del egreso:

- Alta medica
- Fuga
- Referido

Cita en Consulta externa: Si / No