



Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Facultad de Medicina

Av. 12 de Octubre 1076 y Roca
Apartado postal 17-01-2184
Fax: 2509-584
Telf: 2509-582
Quito - Ecuador

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

DECLARACIÓN y AUTORIZACIÓN

Nosotras, **Karina Alexandra Vargas Muñoz y Carvajal Taco Jenny Patricia**
C.I. **171675164-7 y 020171684-2** autoras del trabajo de graduación intitulado:
**“Comparación de partograma alterado, terminación del embarazo y bienestar
del recién nacido en pacientes primíparas adolescentes y embarazadas
adultas atendidas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital
General “Enrique Garcés” de Quito período 2011”**, previa a la obtención del
título profesional de **Médico/a Cirujano/a** en la Facultad de **Medicina**:

- 1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.
- 2.- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Quito, 31 de mayo del 2011

Karina Alexandra Vargas Muñoz
C.I. 171675164-7

Carvajal Taco Jenny Patricia
C.I. 020171684-2

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

**COMPARACIÓN DE PARTOGRAMA ALTERADO, TERMINACIÓN DEL EMBARAZO Y BIENESTAR
DEL RECIÉN NACIDO EN PACIENTES PRIMÍPARAS ADOLESCENTES Y EMBARAZADAS ADULTAS
ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL
“ENRIQUE GARCÉS” DE QUITO PERÍODO 2011**

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MEDICO CIRUJANO

CARVAJAL TACO JENNY PATRICIA

VARGAS MUÑOZ KARINA ALEXANDRA

DIRECTOR Dr. César Enrique Amores Espín

Mayo 2011

**COMPARACIÓN DE PARTOGRAMA ALTERADO, TERMINACIÓN DEL EMBARAZO Y BIENESTAR
DEL RECIÉN NACIDO EN PACIENTES PRIMÍPARAS ADOLESCENTES Y EMBARAZADAS ADULTAS
ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL
“ENRIQUE GARCÉS” DE QUITO PERÍODO 2011”**

Agradecimiento

*En la vida siempre tenemos **sueños, deseos, y metas** por cumplir; **el sueño** cumplido de ser madre y dar gracias a Dios por darme una hija maravillosa, **el deseo** de tener una familia y tengo la mejor, pero desde niña **mi meta** fue ser profesional y hoy la estoy cumpliendo; aspiro, consagrar el juramento de salvar vidas, de seguir creciendo emocional y espiritualmente, pero sobre todo, el no defraudar a los seres que más quiero, como también a aquellas personas que necesitan ayuda y me entregan su confianza; tener siempre la convicción, de llegar a ser la mejor hija, la mejor madre, la mejor esposa y la mejor profesional; claro, buscando siempre la perfección como mujer.*

Por todo esto doy gracias a Dios quien ha sido y es para mí refugio, amor, sabiduría y esperanza a mi hija quien con su sonrisa ha llenado mi vida de felicidad y fortaleza, a mi madre que con su inmenso amor ha sabido enseñarme a ser una persona con valores y responsabilidades, a mis hermanos quien han sido mi apoyo incondicional a mi familia que ha estado a mi lado siempre, de manera especial a Elsa quien es como mi segunda madre, a mi esposo por su paciencia y amor que me expresa cada día, a mis amigos y a todas las personas que han estado junto a mí en este camino que hoy con orgullo y felicidad llego a su fin.

Jenny

Agradecimiento

Con mi fe religiosa, en primer lugar quiero agradecer a Dios, por haberme dado la oportunidad de vivir cada día para luchar por mi sueño, por brindarme la fortaleza para poder levantarme cuando me sentía derrotada, por estar junto a mí y guiar mi camino.

A mi madre, mujer excepcional, gracias, simplemente por estar presente en este largo camino y brindarme tu apoyo incondicional, por ser mi ejemplo de amor y paciencia. A ti papá, por enseñarme el significado de la perseverancia, por ser mi mentor, gracias a ambos, pilares fundamentales de mi vida. Hermana, gracias por tu fuerza, cariño y tus locuras que jamás pasaron desapercibidas.

Y a toda mi familia que de una u otra manera siempre compartieron conmigo en este arduo camino, brindándome el amor y la confianza, fortaleciendo nuestros lazos.

A mis amigas, que hoy saben lo que siento dentro de mi corazón, aunque yo, no lo pueda demostrar, gracias por estar presente durante todos estos años, sigamos, un paso a la vez, transitando temporalmente hacia nuevos retos, por este mundo.

Karina

LISTA DE CUADROS:

Tabla 1

COMPARACIÓN DE PARTOGRAMA ALTERADO, TERMINACIÓN DEL EMBARAZO Y BIENESTAR DEL RECIÉN NACIDO EN PACIENTES PRIMIPARAS ADOLESCENTES y EMBARAZADAS ADULTAS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL "ENRIQUE GARCÉS" DE QUITO PERÍODO 2011.

Tabla 2

COMPARACIÓN DE PARTOGRAMA ALTERADO, TERMINACIÓN DEL EMBARAZO Y BIENESTAR DEL RECIÉN NACIDO EN PACIENTES PRIMIPARAS ADOLESCENTES y EMBARAZADAS ADULTAS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL "ENRIQUE GARCÉS" DE QUITO PERÍODO 2011.

Tabla 3

FACTORES DE RIESGO PRENATALES EN ADOLESCENTES PRIMIPARAS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL "ENRIQUE GARCÉS" DE QUITO PERÍODO 2011.

Tabla 4

DATOS RELEVANTES EN LA HISTORIA CLÍNICA PERINATAL EN PACIENTES ADOLESCENTES PRIMIPARAS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL "ENRIQUE GARCÉS" DE QUITO PERÍODO 2011.

Tabla 5

CONTROLES PRENATALES EN PACIENTES EMBARAZADAS ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL "ENRIQUE GARCÉS" DE QUITO PERÍODO 2011.

TABLA 6

RELACIÓN DE LA EDAD DE INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA CON PACIENTES PRIMIPARAS ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL "ENRIQUE GARCÉS" DE QUITO PERÍODO 2011

TABLA DE CONTENIDOS

- I. AGRADECIMIENTOS
- II. DEDICATORIA
- III. LISTA DE CUADROS
- IV. RESUMEN Y ABSTRACT
- V. JUSTIFICACIÓN

CAPÍTULO I MARCO TEÓRICO

1. ADOLESCENCIA	
1.1.1.Introducción	1- 2
1.1.2.Embarazo en la adolescencia	3
1.1.3.Epidemiología	4- 5
1.1.4.Patología Obstétrica y perinatal en la adolescente	6
1.1.5.Patologías en el embarazo	7- 9
1.1.6.Patologías del parto	10
1.1.7.Patologías del recién nacido	11
2. ATENCION PRENATAL	
2.1.1.Introducción	12- 13
2.1.2.Antecedentes ginecoobstetricos	
2.1.2.1. Fecha probable de parto	14
2.1.2.2. Antecedentes de embarazo previo	15
2.1.3.Exploración física	16- 20
2.1.4.Tratamiento prenatal	21- 23
2.1.5.Visitas al consultorio	23- 24
2.1.6.Nutrición	25
3. PARTO	
3.1.1.Estadios del trabajo de parto	28
3.1.2.Instalación clínica del trabajo de parto	28- 29
3.1.3.Contracciones uterinas características del trabajo de parto	29- 33
3.1.4.Modificaciones de la configuración del útero	33
3.1.5.Fuerzas auxiliares del trabajo de parto	34- 35
3.1.6.Modificaciones cervicales del trabajo de parto	35- 36
3.2. PROTOCOLO DE MANEJO DE LAS ETAPAS DEL PARTO	
3.2.1.Primera etapa	37- 41
3.2.2.Segunda etapa	42- 44
3.2.3.Tercera etapa	45- 46
3.3. ATENCION DEL RECIEN NACIDO	
3.3.1.Valoración de apgar	47- 49

3.4. COMPLICACIONES DEL PARTO	
3.4.1.Hemorragia posparto	49
4. EPISIOTOMIA	50
5. PARTO POR CESAREA	
5.1.1.Indicaciones de parto por cesárea	51
5.1.2.Trastornos por prolongación o detección del parto	51- 52
5.1.3.Etiopatogenia de las hipodinamias	52
5.1.4.Distocias del trabajo de parto	53- 56
5.1.5.Estado fetal preocupante	57
5.2. COMPLICACIONES ASOCIADAS A LA CESAREA	
5.2.1.Madre	58- 59
5.2.2.Recién Nacido	60- 62
6. PARTOGRAMA	
6.1.1.Concepto	63
6.1.2.Objetivos del partograma	64
6.1.3.Aspectos relevantes de llenado en el partograma	64- 66
CAPÍTULO II METODOLOGÍA	
I. TIPO DE ESTUDIO	68
II. MUESTRA	68
III. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	69
IV. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	70
V. TÉCNICAS DE ANÁLISIS	71
VI. CRITERIOS DE INCLUSIÓN y EXCLUSIÓN	71- 72
VII. ASPECTOS BIOÉTICOS	72- 73
CAPÍTULO III	
I. RESULTADOS	74- 88
CAPÍTULO IV	
I. DISCUSIÓN	89- 96
II. CONCLUSIONES	
III. RECOMENDACIONES	
CAPÍTULO V BIBLIOGRAFÍA Y ANEXOS	
I. BIBLIOGRAFÍA	97- 105
II. ANEXOS	106
a. Consentimiento informado	
b. Gráficos	

Resumen:

Objetivo: El propósito del estudio Comparar la proporción de cesáreas por partograma alterado y bienestar del recién nacido en pacientes adolescentes con adultas primíparas en el Hospital General "Enrique Garcés" de la ciudad de Quito desde el 28 de febrero del 2011 hasta el 1 de mayo del 2011. Material y método: Estudio de tipo observacional, descriptivo, realizado de manera prospectiva. Universo del estudio: constituido por un total de 188 pacientes de las cuales 66 correspondían a adolescentes y 122 a adultas primíparas. La obtención de los datos fue mediante la hoja 0.51 del Ministerio de Salud Pública y la historia clínica perinatal. Los datos fueron tabulados mediante el programa epi info. Los resultados se analizaron mediante método estadístico, con prueba chi cuadrado y considerado significativo un valor de $p > 0.05\%$. Como resultados relevantes encontramos que no existe una diferencia estadísticamente significativa en la terminación del parto en cesárea entre adolescentes y adultas, a su vez los factores de riesgo, pueden presentarse en ambos grupos etáreos de esta población del Hospital Enrique Garcés en forma similar. Las edades promedio de inicio de vida sexual de las adolescentes fueron a los 15 años y en el caso de las adultas fue en promedio a los 18 años de edad. La mayoría de adolescentes inicia su vida sexual antes de los 2 años de haber presentado la menarquía. Conclusión: Determinamos que las adolescentes tienen la misma probabilidad de presentar problemas durante el embarazo y terminación del mismo. Finalmente el ser una adolescente embarazada no es considerado una indicación para cesárea.

Palabras clave: embarazo adolescente, cesárea, parto.

Abstract:

Objective: The purpose of this study is to compare the proportion of caesarean's supported by an altered partogram and welfare of the newborn, in primiparous adolescents compared to adult primiparous at General Hospital "Enrique Garcés" in Quito, Ecuador, from 28 February 2011 until May 1, 2011. Materials and methods: Observational, descriptive study conducted prospectively. Participants: consisting of a total of 188 patients of which 66 were adolescents and 122 were adult primiparae. The data collection sheet was 0.51 taken from the Public Health Ministry and perinatal history. The data was analyzed using the program Epi Info. The results were analyzed by statistical method using the chi square test with a significant P value > 0.05%. The results support that there is no significant statistically difference in the completion of Caesarean delivery in adolescents, and in adults; in turn, risk factors, can occur similarly in both age groups of this study's population. The average age of the adolescent group's first sexual encounter was at 15, while in the case of the adult group the average age was 18. Most teenagers begin their sex life within 2 years after menarche. Conclusion: We found that adolescents are just as likely to have problems during pregnancy or during termination. Finally, being a pregnant teenager is not considered an indication that caesarean section will be required.

Key words: Adolescent pregnancy, caesarean, delivery.

Justificación

En nuestra sociedad ecuatoriana el embarazo en la adolescencia se considera como un problema de salud pública son hechos más frecuentes que lo que la sociedad quisiera aceptar y son experiencias difíciles que afectan la salud integral tanto de los padres adolescentes como de sus hijos familiares y la sociedad.

A nivel mundial, el embarazo en la adolescencia sigue siendo un impedimento para mejorar las condiciones educativas, económicas y sociales de la mujer. En el caso de las jóvenes, el matrimonio y la maternidad precoz limitan en alto grado las oportunidades de educación y empleo.

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

En los últimos tiempos se ha multiplicado el interés de las ciencias biomédicas y sociales, en el logro de un estilo de vida sano por parte de los adolescentes, especialmente, en lo que se refiere a su SALUD REPRODUCTIVA, ya que existe el supuesto erróneo, del enfoque dado a querer “PLANIFICAR LAS FAMILIAS” de los adolescentes que no se identifican con este concepto.

El embarazo en la adolescencia implica alto riesgo para la salud de la madre, del feto y del recién nacido, que puede incluso llevarlos hasta la muerte. Los riesgos derivan de 2 situaciones: Una de tipo biológica y la otra condicionada por factores psicosociales. En lo biológico, los peligros están determinados por la inmadurez de las estructuras pélvicas y del sistema reproductor en general.

Con una política orientada a la educación sexual y sanitaria de las nuevas generaciones, podría lograrse en el futuro mejorar los indicadores relacionados con la incidencia de embarazos en la adolescencia, para mejorar así los resultados perinatales.

La maternidad en adolescentes constituye un riesgo potencial de alteraciones biológicas, ya que existe inexperiencia en el cuidado de los niños, modelos parenterales inadecuados y la existencia de disfunción familiar que determinan un contexto que se asocia con alteraciones tanto maternas como perinatales.

Por tratarse de un tema importante para la mujer, el niño, la familia y la sociedad en general, hemos decido realizar este trabajo para conocer los factores biológicos maternos y perinatales más frecuentes en la aparición de estas complicaciones y de esa forma contribuir a su disminución.

Capítulo I

MARCO TEÒRICO

La OMS define como adolescencia al "período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio –económica" y fija sus límites entre los 10 y 20 años. (18,19)

Es considerada como un periodo de la vida libre de problemas de salud pero, desde el punto de vista de los cuidados de la salud reproductiva, el adolescente es, en muchos aspectos, un caso especial

En muchos países, los adolescentes llegan a representar del 20 al 25% de su población. En 1980 en el mundo había 856 millones de adolescentes y fueron en el 2000 aproximadamente 1,1 millones. La actividad sexual de los adolescentes va en aumento en todo el mundo, incrementando la incidencia de partos en mujeres menores de 20 años.

A la adolescencia se la puede dividir en tres etapas:

Adolescencia Temprana (10 a 13 años)

Biológicamente, es el periodo peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca. Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo.

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

Adolescencia media (14 a 16 años)

Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático.

Para muchos, es la edad promedio del inicio de la experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas irresistibles casi siempre generadoras de riesgo.

Muy preocupados por su apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.

Adolescencia tardía (17 a 19 años)

Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas; y, desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales. (20,21,22,23,24)

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

EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

Se lo define como: "el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarca y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familia de origen".

El embarazo en la adolescencia es una situación condicionante de alto riesgo obstétrico y perinatal. Frecuentemente se utiliza el término "primigesta precoz " para referirse a la adolescente menor de 16 años (norma ministerial) , pero lo más adecuado es el de adolescente embarazada, ya que involucra no sólo patología orgánica ginecoobstetra, sino además aspectos sociales, legales y de salud mental, indispensables en el manejo clínico de estas pacientes.

Los problemas orgánicos derivados del embarazo adolescente pueden ser solucionados mediante un sistema de atención médica multidisciplinario, ya que se ha visto que cuando la familia y la sociedad brindan apoyo, incluyendo un eficiente control prenatal y atención profesional del parto y recién nacido, el riesgo materno-perinatal es semejante al de las mujeres adultas. (25,26,27,28,29)

2.- Epidemiología

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

El embarazo adolescente se ha convertido en un problema de salud pública importante, debido a que básicamente son las condiciones socioculturales las que han determinado un aumento considerable en su prevalencia, aconteciendo con mayor frecuencia en sectores socioeconómicos más disminuidos, aunque se presenta en todos los estratos económicos de la sociedad. (30,31)

En el Ecuador viven cerca de dos millones y medio de adolescentes entre 10 y 19 años, Los/as adolescentes representan el 20% del total de la población ecuatoriana.

La tendencia de la fecundidad adolescente en el país en la última década es al Incremento, siendo la más alta de la sub-región andina y oscila alrededor de 100 nacimientos por cada mil mujeres.

Se estima que en los países en desarrollo aproximadamente el 20 % a 60% de los embarazos son no deseados y que los adolescentes generalmente tienen escasa información sobre el correcto uso de medidas anticonceptivas y sobre la fertilidad. Las pacientes adolescentes

embarazadas sufren posteriormente problemas de tipo socioeconómicos, determinados por rechazo familiar, una menor educación, mayor dificultad para conseguir empleo, generalmente el abandono de pareja y finalmente mayor pobreza en la población. En este último punto es interesante destacar que el nivel de escolaridad es inferior al de la población general, con elevados índices de deserción escolar pre y posgestacional. (32,33,34)

La adolescencia es un grupo etario que presenta un riesgo de muerte 13 a 14 veces inferior que la población general, los problemas de salud no causan gran mortalidad, por lo tanto los programas de atención deben estar enfocados a conseguir mejor nivel de salud, especialmente en el área mental y social. Sólo la tasa de mortalidad materna es mayor en este grupo, siendo en el subgrupo de 10 a 14 años 3 veces mayor, y para el subgrupo de 15 a 19 años de 1.2 veces mayor que la mortalidad materna a toda edad.

Este grupo utiliza el 15% de los recursos de hospitalización, siendo la causa más importante de egresos hospitalarios en el subgrupo de 15-19 años “la gestacional” ya que este grupo aporta en promedio 1/3 de los nacimientos del país, del análisis se puede deducir que la salud reproductiva cobra inusitada importancia relativa y complejidad en su resolución.

Es así como nace el concepto de Medicina Reproductiva del Adolescente, que se define como “el conjunto de fenómenos y problemas del crecimiento y desarrollo normal y de sus desviaciones, relacionados con la evolución del proceso endocrino-sexual y mental del adolescente la fecundidad y su entorno social”. (35,36,37,38,39)

Patología Obstétrica y Perinatal en la Adolescente

Es ampliamente aceptado que la fecundidad en las edades extremas del período reproductivo presenta mayor riesgo de mortalidad materno-perinatal. Los riesgos médicos asociados al embarazo adolescente determinan una mortalidad materna 60% mayor y un aumento de 2 a 3 veces en la mortalidad infantil. Esto se debe más bien a variables socioculturales y a las condiciones de cuidado y atención médica que se les proporcione, antes que a condiciones fisiológicas especiales.

Habitualmente el embarazo en este grupo etario se presenta como un hecho sorpresivo, no deseado y con una relación de pareja débil lo que determina una actitud de rechazo y ocultamiento, lo que lleva a un control prenatal tardío e insuficiente.

El embarazo irrumpe en la adolescente cuando no se ha alcanzado la madurez física y mental, a veces en condiciones de mal nutrición y en un medio poco receptivo para aceptarlo. El embarazo es más vulnerable a mayor cercanía de la menarquía, ya que a partir de 5 años post-menarquía se alcanza la madurez reproductiva. Entre los 10 y 15 años se produce el mayor requerimiento calórico y proteico en relación al desarrollo físico puberal y cuando a esto se superpone un embarazo el riesgo de desnutrición es mayor.

Las elevadas tasas de mortalidad materna, perinatal e infantil observadas en América Latina están asociadas a condiciones de vida deficientes (bajo nivel socioeconómico, educacional, alimentario, etc.), y a los diferentes recursos y organización de los servicios de atención médica.

PATOLOGÍAS EN EL EMBARAZO:

PRIMER TRIMESTRE

Trastornos Digestivos

En 1/3 de las gestantes adolescentes se presentan vómitos, proporción bastante semejante a la población de adultas. En algunas circunstancias pueden colaborar otros factores como la gestación no deseada. Un trabajo nigeriano al respecto informa que los vómitos se ocurrieron en el 83,3% de controladas y el 86% de no controladas.

Abortos Espontáneos

Leroy y Brams detectaron un 28,2% de abortos espontáneos en las adolescentes.

Embarazos Extrauterinos

Ocurren en el 0,5% de las adolescentes embarazadas y en el 1,5% de las adultas.

SEGUNDO Y TERCER TRIMESTRE

Anemia

Especialmente en sectores de bajo nivel social y cultural. El déficit nutricional condiciona la anemia ferropénica, problema que comenzó a ser estudiado por Wallace en 1965. Tejerizo encuentra un 16,99% de anemias en las adolescentes gestantes y un 3,97% en las adultas. En el Hospital Universitario Clínico de Salamanca se encontró un 53,8% de anemias ferropénicas en adolescentes.

Infecciones Urinarias

Hay discrepancias respecto de si es o no más frecuente esta complicación en la adolescente embarazada. Al parecer habría un discreto aumento de la frecuencia entre las de 14 años pudiendo alcanzar, para algunos autores, un 23,1%.

Amenaza De Parto Pretérmino

Afecta aproximadamente al 11,42% de las gestantes embarazadas y, para algunos autores, no es diferente al porcentaje de las mujeres adultas. No obstante, la adolescencia en sí, es un factor de riesgo para esta complicación.

Hipertensión Arterial Gravídica

Complicación que se presenta entre el 13 y 20% de las adolescentes gestantes, posiblemente es mayor el porcentaje entre las gestantes menores de 15 años, notándose una sensible disminución en la frecuencia de la eclampsia (0,10 a 0,58%), dependiendo en gran medida de la procedencia de la gestante, su nivel social y de la realización de los controles prenatales. En algunos países del 3er mundo puede alcanzar un 18,2% de preeclampsias y un 5% de eclampsias. Para algunos autores, esta incidencia es doble entre las primigrávidas entre 12 y 16 años.

Parto Prematuro

Es más frecuente en las adolescentes, con una media de menos una semana respecto de las adultas, cubriendo todas sus necesidades (nutritivas, médicas, sociales, psicológicas).

Crecimiento Intrauterino Retardado

Quizás por inmadurez biológica materna, y el riesgo aumenta por condiciones socioeconómicas adversas (malnutrición) o por alguna complicación médica (toxemia). El bajo peso al nacer se

asocia al aumento de la morbilidad perinatal e infantil y al deterioro del desarrollo físico y mental posterior del niño.

Presentaciones Fetales Distólicas

Las presentaciones de nalgas afecta del 1,9% al 10% de las adolescentes.

Desproporciones Cefalopélvicas

Es muy frecuente en adolescentes que inician su embarazo antes de que su pelvis alcance la configuración y tamaño propios de la madurez.

Tipo De Parto

Existe una mayor frecuencia de extracciones fetales vaginales instrumentales y de cesáreas.

Alumbramiento

En el alumbramiento podemos encontrar mayor riesgo de hemorragias en adolescentes que en las mujeres entre 20 y 24 años.

Otras Complicaciones

La prevalencia del *test de Sullivan* y la *curva de glucemia positiva* es posible que ocurra en un 38,4% de las adolescentes gestantes. (34,35,36,37,38,39)

PATOLOGÍAS DEL PARTO.

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. Esto es debido principalmente a una falta de desarrollo de la pelvis materna, lo que condicionaría una mayor incidencia de desproporción cefalopélvica, constituyendo esto, una causa importante de trabajos de parto prolongado ,partos operatorios y partos instrumentados como la utilización de fórceps.

Como se ha mencionado anteriormente, la existencia de desproporción cefalopélvica en la adolescente embarazada muchas veces determina el desarrollo de un trabajo de parto prolongado y expulsivos laboriosos, lo cual podría influir en la condición inmediata del recién nacido (35,36)

Distocias de presentación, posición y canal, constituyen los problemas más frecuentes estando relacionados con un desarrollo incompleto de la pelvis materna. Esto determina un aumento de los partos operatorios fórceps y cesárea , además la estrechez de canal blando determina mayor riesgo de lesiones anatómicas (desgarro) y así también de hemorragia e infección .(37)

PATOLOGÍAS DEL RECIÉN NACIDO.

Mortalidad Fetal

PESO

No existen diferencias significativas con relación a las mujeres adultas, aunque parece existir entre las menores de 15 años, debiendo diferenciarse claramente los nacimientos pretérmino de los retardos del crecimiento fetal, con definidas repercusiones sobre la morbimortalidad perinatal. Entre la menores de 17 años hay mayor frecuencia de bajos pesos, con una prevalencia cercana al 14% de RN con menos de 2500 g.

INTERNACION EN NEONATOLOGIA

Los hijos de adolescentes registran una mayor frecuencia de ingresos a Neonatología sin diferencias entre las edad de las adolescentes.

MALFORMACIONES

Se informa mayor incidencia entre hijos de adolescentes menores de 15 años (20%) respecto de las de mayor edad (4%), siendo los defectos de cierre del tubo neural las malformaciones más frecuentes, y con un número importante de retrasos mentales de por vida.

MORTALIDAD PERINATAL

Su índice es elevado entre las adolescentes, siendo mayor entre las adolescentes tempranas (edad entre 10 – 13 años).

ATENCION PRENATAL

La atención prenatal óptima inicia cuando se cree que una mujer está embarazada. Deben tomarse en consideración los siguientes elementos:

1. Identificación de los riesgos antes de la concepción y valoración de los antecedentes genéticos de los padres también son de importancia.
2. Estado nutricional.
3. Exposición ambiental y ocupacional y aspectos sociales.
4. Medicamentos que actualmente consume la paciente (de prescripción o de venta libre)
5. Uso de sustancias tóxicas, lo que incluye alcohol, tabaco y drogas ilegales.
6. Estado de inmunización contra rubeola. Se inmuniza a pacientes susceptibles.
7. Estado de inmunización contra hepatitis B. Se ofrece la inmunización a la paciente.
8. Estado de infección por toxoplasmosis. Se realizan estudios de detección en las pacientes poseedoras de gestos en busca de toxoplasmosis.
9. Estado de inmunización contra varicela. Se hace detección de las pacientes en busca de varicela.
10. Estado de HIV. Se ofrece la prueba de HIV.
11. Trastornos genéticos.
 - a. Los futuros padres deberán ser sometidos a exámenes en busca de las siguientes enfermedades, con base en sus antecedentes étnicos: hemoglobinopatías con drepanocitosis, talasemia B, talasemia a, enfermedad de Tay-Sachs y enfermedad de Canavan.

- b. La detención de otros trastornos genéticos se realizara con base en los antecedentes familiares fibrosis quística, cromosoma X frágil en caso de antecedentes familiares o retraso mental inespecífico, distrofia muscular de Duchenne).
12. Uso de vitaminas. Se inicia la administración prenatal de vitaminas y acido fólico. (6)

DEFINICIONES

Paridad. Se acostumbra resumir los antecedentes obstétricos utilizando una serie de dígitos conectados con guiones. El primer digito se refiere al número de embarazos, el segundo al número de recién nacidos prematuros, el tercero al número de abortos pueden ser espontáneos o terapéuticos.

- a. Una primípara es una mujer que ha completado un embarazo (embarazo único o múltiple) hasta la etapa de viabilidad fetal.
- b. Una mujer múltipara es la que ha completado dos o más embarazos hasta la etapa de viabilidad fetal. Es el número de embarazos que alcanzan la viabilidad lo que determina la paridad, no el número de fetos paridos.
- c. Una mujer grávida es la que se ha embarazado, sin importar el resultado de dicho embarazo. Una mujer primigravida es la que se encuentra en su primer embarazo y una multigravida es la que ha tenido varios embarazos.
- d. Parturienta. Este término se refiere a la mujer que se encuentra en trabajo de parto.
- e. Puerpera. Se refiere a las mujeres que acaban de parir. (6)

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS

Fecha probable de parto

1. El cálculo de la fecha probable de parto es más preciso cuando la mujer tiene periodos menstruales regulares. El cálculo preciso de la edad gestacional es de gran importancia en el tratamiento del embarazo.
 - a. De acuerdo con la regla de Nagele la fecha probable de parto se calcula al restarle tres meses y añadir una semana al último periodo menstrual. Esta regla asume un ciclo de 28 días con ovulación que ocurre en el día catorce.
 - b. Las reglas de cálculo del embarazo se basan en 10 meses lunares (la duración del embarazo es de 280 días) a partir del primer día del último periodo menstrual.
2. Se ha utilizado el ultrasonido para calcular o confirmar la fecha probable de parto.
 - a. En el lapso de seis a 10 semanas, se utiliza la longitud cefalocaudal; la fecha probablemente de parto con base en dicha medición es precisa, con un rango de tres a siete días.

La actividad cardiaca fetal puede detectarse con un transductor vaginal ultrasonográfico entre la quinta y sexta semanas a partir de la última menstruación o cuando la gonadotropina coriónica humana alcanza concentraciones de 1500 a 2000 mUI /mililitro.

Con ultrasonido intraabdominal puede detectarse la frecuencia cardiaca fetal con concentraciones de hCG de 5000 a 6000 mUI mililitro.
 - b. En las semanas 12 a 28 se utiliza el diámetro biparietal y la fecha probable de parto con base en dicha medición tiene una precisión de más ocho a 14 días.

- c. En el tercer trimestre se utilizan el diámetro biparietal o la longitud del fémur y dicha medición tiene una precisión para la fecha probable de parto de más 21 días.

Antecedentes de los embarazos previos

- 1. Se obtienen los antecedentes de cada embarazo. Se interroga con respecto a lo siguiente:
 - a. Semanas de embarazo al momento del parto
 - b. Peso de recién nacido
 - c. Anestesia utilizada
 - d. Vía de nacimiento
 - 1. Parto vaginal espontaneo
 - 2. Parto vaginal asistido con fórceps
 - 3. Parto vaginal asistido con bombas de vacío
 - 4. Operación cesárea, lo que incluye las indicaciones
 - a. Cesárea transversa baja (la paciente podría ser sometida a trabajo de parto en un embarazo subsiguiente).
 - b. Cesárea clásica (a estas pacientes se les realiza una incisión vertical en la capa muscular del útero y no deben ser sometidas a trabajo de parto en embarazos subsiguientes y necesitaran repetir la operación cesárea para el nacimiento del producto)
 - e. Antecedentes de diabetes mellitus. Interroga si la enfermedad se controla con dieta o insulina y si ya estaba presente en los embarazos previos.

2. Complicaciones de los embarazos previos.
 - a. Trabajo de parto prematuro. Se documenta el tiempo de inicio del trabajo de parto, tratamientos recibidos y fecha de parto.
 - b. Rotura prematura de membranas. Se documenta el tiempo desde la rotura de las membranas hasta el parto. Se realizaran pruebas de detención de vaginosis bacteriana y de otras infecciones vaginales, por que el tratamiento de esas infecciones puede evitar la rotura prematura de membranas.
 - c. Preeclampsia. Documentar cuando inicio la enfermedad y si la mujer recibió sulfato de magnesio. (6)

EXPLORACION FISICA

Exploración general: En el expediente se registran talla, peso y presión arterial en la primera visita. Se realiza exploración de área cardiaca, campos pulmonares, mamas y exploración abdominal y rectal. También se exploran las extremidades.

Hallazgos relevantes en la exploración física:

1. Es normal un soplo sistólico suave en el borde esternal izquierdo.
2. El edema es común en el embarazo.
 - a. Es normal si se limita a pies y tobillos
 - b. Es anormal en cara, manos o abdomen.

La exploración abdominal permite la valoración continua del crecimiento y estado fetales.

1. Entre las semanas 18 y 30, la medición de la distancia entre la sínfisis del pubis hasta la porción superior del útero en centímetros se correlaciona bien con la edad gestacional.
2. Los ruidos cardiacos fetales pueden identificarse con ultrasonido Doppler desde las 12 a 14 semanas de embarazo y con fetoscopia desde las semanas 18 a 20.
(4,7,)

MANIOBRAS DE LEOPOLD. Debe efectuarse en forma sistemática mediante las cuatro maniobras en las que la mujer debe estar acostada en posición supina con el abdomen descubierto. Durante las primeras tres maniobras el examinador se ubica de pie y de frente a la paciente del lado de la camilla que le resulte más conveniente, la ultima se realiza con el examinador de pie pero de cara a los pies de la paciente.

PRIMERA MANIOBRA Después de identificar el contorno uterino y determinar la distancia entre los cartílagos xifoides y el fondo uterino, el examinador palpa con suavidad el fondo uterino con los extremos de los dedos de ambas manos para establecer el polo fetal presente en el fondo uterino. Las nalgas se palpan como un cuerpo nodular voluminoso, mientras que la cabeza es una estructura dura y redondeada con una mayor movilidad.

SEGUNDA MANIOBRA Después de determinar el polo fetal presente en el fondo del útero, el examinador coloca las palmas de las manos a ambos lados del abdomen y ejerce una presión suave pero firme. De uno de los lados es posible percibir una estructura dura y resistente que

corresponde a la espalda, del lado opuesto la palpación revela numerosas partes pequeñas, irregulares y móviles correspondientes a las extremidades fetales, en las mujeres con una pared abdominal delgada las extremidades fetales a menudo pueden diferenciarse con precisión pero en las más voluminosas solo pueden percibirse las modularidades mencionadas antes. En presencia de obesidad o cantidad considerable de líquido amniótico la espalda se percibe con más facilidad si se ejerce una presión firme con una mano y contra palpación con la mano opuesta. La determinación de la dirección anterior transversal o posterior de la espalda permite evaluar con mayor precisión la orientación fetal.

TERCERA MANIOBRA Y CUARTA MANIOBRA

Se valora la presentación y el encajamiento respectivamente.

Mediante el pulgar y los dedos de una mano el examinador pinza la parte inferior del abdomen de la madre inmediatamente por arriba de la sínfisis del pubis. Si la presentación no se encuentra encajada es posible percibir una parte libremente móvil la cabeza y las nalgas se establecen de acuerdo con lo indicado en la primera maniobra. Si la parte de presentación no se encuentra encajada solo resta determinar la actitud de la cabeza. Si mediante una palpación cuidadosa es posible establecer que la prominencia cefálica se encuentra del mismo lado que las partes fetales pequeñas, la cabeza debe estar flexionada y en consecuencia la parte de la presentación es el vértice. Si la prominencia cefálica fetal se encuentra del mismo lado que la espalda, la cabeza debe estar extendida. (7) La cuarta maniobra no se usa debido a la incomodidad y dolor provocada a la paciente.

Exploración pélvica. La exploración con espejo vaginal permite la visualización de la vagina y cuello uterino.

1. Vagina y cuello uterino

- a. El signo de Chadwick es la hiperemia violáceo-rojiza del cuello uterino que se observa en el primer trimestre.
- b. Es normal la secreción vaginal en cantidades moderadas de secreción mucosa blanquecina.
- c. Secreción vaginal anormal
 - 1. El líquido blanquecino espumoso con coloración rojiza sugiere infección por trichomonas.
 - 2. La secreción blancuzca con grumos sugiere infección por candida.
 - 3. La secreción grisácea fétida podría indicar vaginosis bacteriana.

Es importante identificar a las pacientes que pueden estar infectadas, porque aquella que no reciben tratamiento tienen una mayor incidencia de rotura prematura de membranas y trabajo de parto prematuro.
- d. Se obtienen cultivos en busca de gonorrea e infecciones por chlamydia y se realiza examen de Papanicolaou.

2. Útero

- a. El tamaño del útero se mide y se correlaciona con la edad gestacional esperada.
- b. El signo de Hegar consiste en el reblandecimiento del istmo del útero y da la impresión de que el útero y cuello uterino se encuentran separados.

3. Pelvis

- a. La configuración y capacidad de la pelvis ósea se valora con pelvimetría clínica

1. El conjugado verdadero es una medición desde el promontorio del sacro a la rama anterosuperior de la sínfisis del pubis, que puede obtenerse solo con radiografías.
 2. El conjugado diagonal es una medición del promontorio del sacro a la cara anteroinferior de la sínfisis del pubis y puede obtenerse por medios clínicos.
 3. El conjugado obstétrico es la medición desde el promontorio del sacro a la cara posterior de la sínfisis del pubis. Esta por lo común mide 1.5 a 2 cm +/- que el conjugado diagonal. El conjugado obstétrico es más corto que el diámetro antero posterior a través del cual pasara la cabeza fetal.
- b. Las mujeres tienen cuatro tipos básicos de pelvis
1. Pelvis ginecoide. Este es el tipo más común de la pelvis. En términos generales tiene forma redondeada, con divergencia de las espinas isquiáticas y un arco púbico amplio.
 2. Pelvis androide. Este tipo se encuentra en mayor proporción en las mujeres caucásicas. La forma es similar a la de un corazón, con espinas isquiáticas prominentes y arco público estrecho.
 3. Pelvis antropoide. La forma general es alargada y oval, con prominencia de las espinas isquiáticas y estrechamiento del arco púbico.
 4. Pelvis platipeloide. Este tipo se encuentra en menor proporción de las mujeres. Es aplanada y oval, con espinas isquiáticas muy separadas.

TRATAMIENTO PRENATAL

Exámenes de laboratorio

1. Los estudios iniciales de detención incluyen los siguientes:
 - a. Hemoglobina, hematocrito y plaquetas
 - b. Examen de orina y urocultivo
 - c. Grupo y Rh sanguíneo
 - d. Prueba serológica para detección de VIH
 - e. Búsqueda de anticuerpos
 - f. Títulos de rubeola. Las pacientes no inmunizadas deben vacunarse en el puerperio
 - g. Pruebas serológicas para sífilis y hepatitis B
 - h. Cultivos cervicales para gonorrea e infección por chlamydia
 - i. Análisis citológico del cuello uterino
 - j. Pruebas cutáneas para tuberculosis en casos de mujeres expuestas o en aquellas que provienen de áreas endémicas
 - k. Prueba de tolerancia a la glucosa de una hora, en particular en mujeres con antecedentes de parto de productos de gran tamaño (más de 4000 gramos) o pacientes con Diabetes Mellitus previa.

2. Entre las 15 y 20 semanas de embarazo se miden las concentraciones de fetoproteína a en suero materno. Las cifras se reportan como múltiplos del valor de la media.
 - a. La elevación de alfa feto proteína (2.5 MOM o mas) podrían indicar:

1. Defectos por abertura en el tubo neural (p. ej. Anencefalia, espina bífida o mielomeningocele)
 2. Defectos de la pared abdominal ventral (p. ej. Onfalocele o gastrosquisis)
 3. Embarazo múltiple
 4. Atresia duodenal
 5. Medición de alfa feto proteína con base en fechas incorrectas
- b. La disminución de las concentraciones de alfa feto proteína (0.7 MOM o más) se relacionan con síndrome de Down.
 - c. Alfa feto proteína puede encontrarse alta o baja sin una razón obvia y con un feto sano.
 - d. Algunos casos de concentraciones elevadas de alfa feto proteína (MSAFP) se han relacionado con anomalías placentarias inespecíficas. Las pacientes con concentraciones elevadas de MSAFP de causa inexplicable se someterán a pruebas sin estrés cada semana, a partir de las 32 a 34 semanas.
3. El examen de detección triple (también conocido como detección de múltiples marcadores) es una prueba de detección para síndrome de Down y síndrome de Edward. Se realiza entre las 15 y 20 semanas de embarazo en mujeres menores de 35 años de edad y se mide MSAFP (alfa feto proteína), hCG (gonadotropina corionica humana) y estriol.
 - a. Casi 60% de las madres con hijos con síndrome de Down tiene resultados anormales en la prueba de detección triple con bajas concentraciones de MSAFP (alfa feto proteína), estriol y altas concentraciones de hCG (gonadotropina corionica humana).

- b. Cerca de 80% de las madres con hijos con síndrome de Edwar tienen resultados anormales en la prueba de detección triple, con concentraciones bajas de MSAFP (alfa feto proteína),hCG (gonadotropina corionica humana) y estriol.
4. Las pruebas de detección sistemática en el tercer trimestre deben incluir los siguientes estudios :
- a. Mediciones repetidas de hemoglobina y hematocrito
 - b. Detección de diabetes con prueba de tolerancia a la glucosa con 50g (semana 28)
 - c. Repetir las detecciones de anticuerpos a la semana 28. Si La paciente es Rh negativo, se administra inmunoglobulina Rho (anti-D) profiláctica, 300 ug para reducir la frecuencia de isoinmunización Rh en una mujer Rh negativo y cuando el padre sea Rh positivo.
 - d. Cultivos para estreptococos del grupo B en vagina y perineo (semanas 35 a 37)

Visitas al consultorio

- 1. Frecuencia
 - a. En el embarazo no complicado deberá valorarse a la mujer cada 4 semanas durante las primeras 28 semanas cada 2 semanas hasta la semana 36 y en lo sucesivo cada semana hasta el momento del parto.
 - b. Las mujeres con embarazo de alto riesgo con otros problemas médicos u obstétricos necesitan vigilancia más estrecha a intervalos que se determina con base en la gravedad del problema.
- 2. Vigilancia
 - a. Madre

1. Tomar la presión arterial en cada visita
 2. Medición de proteínas y glucosa en orina con tiras reactivas
 3. Peso
 4. Presencia de cefalea, dolor, náusea, vómito, hemorragia, pérdida de líquido y disuria
 5. Altura del fondo uterino desde la sínfisis del pubis
 6. Posición, consistencia, borramiento y dilatación del cuello uterino (a partir de la semana 38)
- b. Feto
1. Frecuencia cardíaca fetal
 2. Tamaño del feto
 3. Actividad fetal
 4. Parte de presentación (en etapas avanzadas del embarazo), a través de las maniobras de Leopold (palpación)
3. Instrucciones especiales. Se dará información a la paciente con respecto a signos de alerta y alarma, que se reportaran de inmediato cuando ocurran.
- a. Cualquier sangrado transvaginal
 - b. Edema de cara o manos
 - c. Cefaleas continuas intensas
 - d. Visión borrosa
 - e. Dolor abdominal
 - f. Vómito persistente
 - g. Escalofríos o fiebre

- h. Disuria
- i. Pérdida del líquido a través de la vagina
- j. Salida de moco con sangre a través de vagina
- k. Disminución de la frecuencia de movimientos fetales. Lo normal son al menos 10 movimientos fetales en un periodo de 2 horas.
- l. Contracciones uterinas, que aumenten de frecuencia e intensidad. Diferenciándolas de las de Braxton Hicks que son propias del embarazo.

NUTRICION

El aumento de peso recomendado en un embarazo normalmente es de 11.5 a 16 kg, aunque estas cifras permanecen en controversia.

1. Los cambios conducidos por el embarazo constituyen casi 9 a 10 kg en el aumento de peso en condiciones normales con la siguiente distribución aproximada.
 - a. Feto 3.4 kg
 - b. Placenta y membranas 0.7 kg
 - c. Líquido amniótico 0.9 kg
 - d. Incremento en el peso del útero 1.1 kg
 - e. Aumento del volumen sanguíneo 1.6 kg
 - f. Mamas 0.45 kg
 - g. Líquidos en las extremidades inferiores 1.1 kg
 - h. La falta de aumento de eso es un signo de alarma.

Calorías. La mujer embarazada necesita casi 300 kcal/día por arriba de sus necesidades antes del embarazo.

Proteínas. El consumo inadecuado de proteínas conduce al crecimiento sub óptimo del feto, disminución en el tamaño de varios órganos y quizá aumento de la morbilidad y mortalidad prenatales. Las mejores fuentes de proteínas son de origen animal, como carne, leche, huevos, queso, pollo, pescado, porque el aporte de aminoácidos se presenta en combinaciones óptimas. Durante el embarazo se deposita 1 kg de proteínas, la mitad del feto y placenta y la otra mitad a la madre.

MINERALES

1. Hierro

- a. muchas mujeres tienen reservas inadecuadas por la pérdida de sangre por la menstruación. Durante el embarazo las reservas de hierro se reducen aun más. A su vez cabe recalcar que a mayor altura se evidencia poliglobulia.
- b. Se necesita la administración de hierro complementario para la madre y para el feto.
 1. El consumo recomendado para la madre es de 30 a 60 mg de hierro elemental por día. El hierro se encuentra en el hígado, carnes rojas, leguminosas secas, vegetales de hoja de verde, cereales de grano entero y frutas secas.
 2. El feto mantiene concentraciones de hemoglobina a expensas de la madre.

2. Calcio

El consumo recomendado de calcio es de 1200 mg/día y las mejores fuentes son los alimentos ricos en este mineral como la leche, queso, yogurt y tofu; podría ser necesario utilizar complementos si las fuentes alimentarias son insuficientes.

3. Sodio. Ya no se recomienda la restricción de sodio que se empleaba en el pasado, por efectos natriureticos de la progesterona. Excepto en los casos de hipertensión crónica.

VITAMINAS

1. Se necesita ácido fólico para la formación del grupo hem, la proteína que contiene hierro en la hemoglobina. Su deficiencia puede ocasionar anemia megaloblástica.
 - a. Se necesita casi 1 mg de ácido fólico por día durante el embarazo. El ácido fólico se encuentra en muchos de los alimentos que contienen hierro como vegetales de hoja verde.
 - b. Las mujeres con antecedentes de hijos con defectos del tubo neural recibirán 4 mg de ácido fólico por día iniciando desde el primer mes de embarazo.
 - c. Todas las mujeres en edad fértil deberán tomarse 0.4 mg/día de ácido fólico.
2. La vitamina B se encuentra de manera natural en alimentos de origen animal. Los complementos pueden ser necesarios en vegetarianas que pueden deficiencia en esta vitamina.
3. La vitamina C se encuentra fácilmente disponible en el régimen alimentario habitual. Las recomendaciones diarias en mujeres embarazadas son de 70 mg/día. (6)

PARTO

ESTADIOS DEL TRABAJO DE PARTO.

El trabajo de parto activo se divide en tres estadios distintos:

- *Dilatación y borramiento:* El primer estadio comienza cuando se alcanzan contracciones del útero de frecuencia, intensidad y duración suficientes para inducir el borramiento y la dilatación del cuello uterino. Este primer estadio finaliza cuando el cuello uterino se encuentra completamente dilatado; es decir la dilatación cervical es suficiente para permitir el pasaje de cabeza fetal (10 cm).
- *Expulsivo:* El segundo estadio comienza cuando la dilatación cervical es completa y finaliza con la expulsión del feto.
- *Alumbramiento:* El tercer estadio comienza inmediatamente después de la expulsión del feto y finaliza con la expulsión de la placenta y las membranas fetales. (4,7)

INSTALACION CLINICA DEL TRABAJO DE PARTO

Un signo relativamente confiable de instalación inminente del trabajo de parto (siempre que no se haya hecho un tacto rectal ni examen vaginal en las 48 horas previas consiste en la eliminación vaginal de una escasa cantidad de moco teñido de sangre.

Este hallazgo refleja el desprendimiento del tapón mucoso que ocupaba el canal cervical durante el embarazo el cual es un indicador tardío, dado que en ese momento el trabajo de parto ya está en curso o a punto de comenzar en las próximas horas o días, en condiciones

normales el desprendimiento del tapón mucoso solo provoca algunas gotas de sangre; todo sangrado de mayor magnitud sugiere un proceso anormal. (7)

CONTRACCIONES UTERINAS CARACTERISTICAS DEL TRABAJO DE PARTO

Las contracciones miométricas propias del trabajo de parto se diferencian de otras contracciones musculares fisiológicas por el hecho de ser dolorosas. Las causas del dolor no se conocen con certeza, pero se han sugerido varias etiologías posibles:

1. La hipoxia del miometrio contraído (como ocurre en la angina de pecho).
2. La compresión de los ganglios nerviosos del cuello uterino y la parte inferior del útero por los fascículos musculares entrelazados.
3. El estiramiento del cuello uterino durante la dilatación.
4. El estiramiento del peritoneo que recubre el fondo del útero.

El útero tiene contractilidad durante todo el embarazo.

- En las etapas iniciales y hasta las 28 semanas, se registran las contracciones A o de Hermógenes Alvarez de muy baja intensidad y de escasa frecuencia. No son percibidas nunca por la embarazada.
- Entre las 28 semanas y el parto, aparecen las contracciones B o de Braxton Hicks. Con intensidades superiores a los 10 mm de Hg, tono de 3 a 8 mm de Hg y frecuencia baja que aumenta a medida que se desarrolla el embarazo. Son percibidas por la paciente, pero sin que experimente dolor. Mientras existen estos tipos de contracciones uterinas, el cérvix presenta algún grado de maduración clasificado como Grado I, el

cual tiene las siguientes características: longitud de 2 a 3 centímetros, posición posterior con el eje cervical dirigido hacia la cara posterior de la vagina, y sin ningún grado de dilatación. Por otra parte la consistencia es dura, cartilaginosa.

- En las dos últimas semanas del embarazo, las contracciones B se hacen más intensas y frecuentes, provocando un aumento en grado de maduración cervical, conocido como Grado II, por el cual el cérvix se acorta a 1 o 2 centímetros, la posición se hace intermedia, y se ablanda. Puede o no tener 1 o 2 centímetros de dilatación.

La onda contráctil del útero, presenta durante el trabajo de parto algunas características que la diferencian de la onda contráctil del embarazo y que le permiten producir modificaciones cervicales, tales como el borramiento y la dilatación.

El cambio más importante es la adquisición del TRIPLE GRADIENTE DESCENDENTE, fenómeno mediante el cual la actividad de las parte altas del útero es mayor y tiene dominancia sobre las partes bajas.

- La onda contráctil se origina en las vecindades del cuerno derecho o izquierdo del útero, se propaga hacia el otro cuerno y posteriormente hasta abajo hasta abarcar la totalidad del órgano. Este es el primer componente del triple gradiente, el GRADIENTE DESCENDENTE DE PROPAGACIÓN.
- Todas las ondas originadas desde arriba hacia abajo llegan a su punto máximo o acmé al mismo tiempo, pero como tuvieron distintos orígenes en tiempo, se deduce que la duración de la fase de contracción es mayor en el fondo que en las zonas inferiores del

útero. Esto constituye la segunda fase del triple gradiente, el GRADIENTE DESCENDENTE DE DURACIÓN.

- Finalmente la intensidad de las contracciones en las partes más altas del útero es mayor que en las partes inferiores, constituyendo la tercera fase del triple gradiente, el GRADIENTE DE INTENSIDAD.

En resumen la onda contráctil comienza y es más intensa en el fondo del útero y se propaga hacia las partes bajas del mismo.

Cuando se desata el fenómeno de las contracciones uterinas coincidentes con el llamado Primer período del Parto o Período dilatante, entre 3 - 4 centímetros de dilatación hasta la dilatación completa, las contracciones tienen una intensidad promedio de 30 mm de Hg, la frecuencia es de 3 – 4 en 10 minutos y el tono está entre 8 y 12 mmHg. El cuello ya ha llegado a su máximo de madurez, Grado III, por la que se acorta hasta desaparecer (borramiento), es completamente anterior, y muy blando y con dilatación progresiva.

La dilatación cervical se va consiguiendo mediante dos mecanismos regidos por las contracciones uterinas; **la tracción longitudinal**, ejercida por cuerpo uterino que se contrae en su parte más alta, se acorta y tracciona a las fibras musculares de las partes bajas aún no contraídas, que se comportan como un cuerpo elástico y se dejan estirar. A medida que la contracción desciende a lo largo del útero, la contracción va siendo mejor transmitida hacia las partes inferiores. Cuando todo el útero alcanza el máximo de contracción, ejerce las máximas fuerzas de tracción y dilata lenta y progresivamente el cuello uterino.

El segundo mecanismo el de **presión excéntrica**, se debe a la presión que ejerce sobre el cuello uterino, o la bolsa de las aguas o la presentación, durante cada contracción uterina.

El segundo período del parto es el expulsivo y allí las contracciones son de intensidad de 45 a 55 mm de Hg la frecuencia de de 5 a 6 en 10 minutos y el cérvix está totalmente dilatado, por encima totalmente dilatado, por encima de los 10 centímetros. En este período la presión que ejerce la presentación sobre las estructuras nerviosas rectales y para rectales estimulan el reflejo de pujo, que hace que se produzcan contracciones de los músculos abdominales y del diafragma, dando como resultado una mayor presión dentro de la cavidad uterina lo que facilita la expulsión del feto.

En el tercer período llamado alumbramiento que es el de la expulsión de la placenta y las membranas ovulares, el útero se sigue contrayendo rítmicamente y con gran intensidad y frecuencia, lo que continúa luego de la expulsión, con la finalidad de garantizar la hemostasia del miometrio y expulsar los loquios y coágulos durante el puerperio inmediato.

Las contracciones uterinas y las de la prensa abdominal y diafragmática que originan los pujos son los llamados **fenómenos activos** del trabajo de parto.

Los **fenómenos pasivos** del trabajo de parto, son las modificaciones consecutivas a la actividad contráctil del útero y son:

- 1.- Ampliación del segmento inferior

Durante el embarazo y hasta el inicio del trabajo de parto el útero está constituido por tres partes: una superior, el cuerpo, una intermedia, el segmento inferior y una inferior, el cuello

uterino o cérvix. De todas ellas, solo el cuerpo uterino tiene alta capacidad contráctil, mientras que los otros dos tienen una actitud pasiva durante la contracción debido a su escaso tejido muscular. De 8 centímetros originales el segmento inferior llega a tener 12 centímetros en la dilatación completa.

2.- Borramiento y dilatación

Por acción del Triple Gradiente Descendente y mediante los mecanismos de presión excéntrica y tracción longitudinal.

3.- Expulsión de los limos

Es la pérdida por la vulva de una sustancia espesa consistente en el tapón muco, que durante el embarazo ocupa el cérvix y que se desprende como consecuencia del comienzo de la dilatación.

4.- Formación de la bolsa de las agua (4,7)

MODIFICACIONES DE LA CONFIGURACION DEL UTERO

Cada contracción induce una elongación del útero en dirección longitudinal con una disminución concomitante del diámetro transversal. Esta modificación de la configuración del útero ejerce importantes efectos sobre el proceso del trabajo de parto. En primer lugar, la reducción del diámetro horizontal determina el enderezamiento de la columna vertebral fetal, con el polo superior fetal apoyado firmemente contra el fondo del útero y el polo inferior extendido hacia el interior de la pelvis. Se estima que este fenómeno permite un estiramiento fetal de 5 a 10cm. La presión asociada con este cambio morfológico se conoce con el nombre de presión del eje fetal.

En segundo término, la elongación del útero determina un estiramiento de las fibras musculares longitudinales; dado que las únicas partes flexibles del útero están representadas por el segmento inferior y el cuello uterino, estas estructuras son traccionadas hacia arriba más arriba del polo inferior del feto. Este efecto sobre la musculatura del segmento inferior del útero y el cuello uterino es un importante para la dilatación cervical. (7)

FUERZAS AUXILIARES EN EL TRABAJO DE PARTO

Después de la dilatación completa del cuello uterino, la fuerza más importante para la expulsión del feto es la generada por el aumento de la presión intraabdominal materna. Esta presión es una consecuencia de la contracción de los músculos abdominales simultáneamente con la aspiración forzada a glotis cerrada. Esta combinación se conoce con el nombre de “pujo”. El tipo de fuerza producido por los pujos es similar a la relacionada con la defecación, pero la intensidad generalmente es mucho mayor.

La dilatación cervical en gran medida es consecuencia de las contracciones uterinas que actúan sobre un cuello uterino ablandado y se producen normalmente, pero la expulsión del niño se facilita si la mujer es instruida para que puje y puede hacerlo durante una contracción uterina.

Sin bien la finalización espontánea del trabajo de parto requiere un aumento de la presión intraabdominal, esta fuerza es inútil si el cuello uterino no está completamente dilatado. Los pujos son un complemento necesario de las contracciones uterinas durante el segundo estadio del trabajo de parto, pero durante el primer estadio son inútiles y solo provocan fatiga. El

aumento de la presión intraabdominal también puede tener importancia durante el tercer estadio del trabajo de parto. Sobre todo si la parturienta no recibe atención médica. Una vez separada la placenta, su expulsión espontánea es facilitada por el aumento de la presión intraabdominal materna. (7)

MODIFICACIONES CERVICALES RELACIONADAS CON EL TRABAJO DE PARTO

La fuerza eficiente durante el primer estadio del trabajo de parto es la contracción uterina, la que a su vez ejerce presión hidrostática en el cuello uterino el segmento inferior del útero a través de las membranas fetales. En ausencia de membranas fetales íntegras, la parte de presentación fetal es comprimida correctamente contra el cuello uterino el segmento inferior del útero. Como consecuencia de la acción de estas fuerzas, el cuello previamente ablandado presenta cambios fundamentales; el borramiento y la dilatación. Para que la cabeza de un feto a término promedio pase por medio del cuello uterino es necesario que el canal cervical se dilate hasta que alcance un diámetro de 10 cm lo cual indica que el cuello uterino está completamente dilatado.

Durante el borramiento cervical es posible que no se produzca el descenso fetal, por lo general la parte de presentación fetal desciende en menor o mayor grado a medida que el cuello uterino se dilata. Durante el segundo estadio del trabajo de parto el descenso de la parte de presentación fetal generalmente es lento pero constante en las nulíparas y puede ser sumamente rápido en las multíparas.

BORRAMIENTO CERVICAL.- La “obliteración” del cuello uterino consiste en el acortamiento del canal cervical de una longitud de unos 2cm a un simple orificio circular de bordes sumamente finos. Este proceso tiene lugar de arriba hacia abajo. Las fibras musculares localizadas en el nivel del orificio cervical interno son traccionadas hacia el segmento inferior del útero mientras el orificio cervical externo permanece temporalmente sin cambios. Como consecuencia del aumento de la actividad miométrica durante la preparación del útero para el trabajo, a veces puede observarse un borramiento del cuello uterino antes de que comience el trabajo de parto activo. El borramiento determina la expulsión del tapón mucoso a medida que se acorta el canal cervical.

DILATACION CERVICAL. En comparación con el cuerpo uterino, el segmento inferior del útero y el cuello uterino son regiones de menor resistencia. Por lo tanto, durante las contracciones uterinas estas estructuras experimentan una distensión durante la cual se ejerce una tracción centrífuga sobre el cuello uterino. La presión ejercida sobre las membranas fetales durante las contracciones uterinas determinan que la acción hidrostática del saco amniótico abra el canal cervical como si fuera una cuña. En ausencia de membranas fetales íntegras, la presión ejercida por la parte de presentación fetal sobre el cuello uterino y el segmento inferior del útero provoca un defecto similar. La ruptura prematura de las membranas no retarda la dilatación cervical en la medida que la parte de presentación fetal se encuentre situada de tal manera que ejerza presión sobre el cuello uterino y el segmento inferior del útero. Los procesos de borramiento y dilatación cervicales determinan la formación de la bolsa anterior del líquido amniótico. (7)

PROTOCOLO DE MANEJO DEL PARTO

PRIMERA ETAPA:

DILATACIÓN Y BORRAMIENTO

El espacio físico debe ser adecuado y contar con todos los materiales indispensables para la atención del parto. Jenny

DIAGNÓSTICO Y MEDIDAS INICIALES

- Reciba con calidez a la mujer en la unidad operativa y explíquele (también a la persona que le apoya, sea ésta su familiar o su partera) de manera clara y con términos no técnicos, lo que va a realizar.
- Escuche y responda atentamente sus preguntas e inquietudes usando términos fáciles de comprender.
- Brinde tranquilidad y apoyo emocional continuo. Adapte el ambiente en lo posible a los requerimientos de la gestante.
- Si la paciente no se realizó controles prenatales previos, explíquele cómo será el proceso del parto para disminuir el temor a lo desconocido sobre todo en pacientes nulíparas.
- Recaude la información de la paciente si no tiene historia clínica, llene de manera completa el Form. #051 de la Historia Clínica Perinatal.
- Si la paciente ya dispone de historia clínica, complete o actualice los datos del Form. #051 de la Historia Clínica Perinatal.

- Las preguntas que debemos realizar a las pacientes que son indispensables y jamás debemos olvidarlas son: si ha tenido contracciones, pérdida de líquido a través de la vagina, eliminación de tapón mucoso o sangrado genital, si ha tomado aguas medicinales para aumento de las contracciones y disminución de horas de labor de parto.
- Asegúrese de solicitar y tener registro de hemoglobina, hematocrito, VDRL, VIH (ELISA o prueba rápida con consentimiento informado) en la Historia Clínica Perinatal. Explicar a la paciente en lo que consiste el examen y obtener su consentimiento antes de tomar la muestra sanguínea).
- Identifique factores de riesgo que determinen el nivel de atención de la paciente (parto pretermino, rotura de membranas de más de 12 horas, fiebre, hemorragias o patologías del alumbramiento en embarazos anteriores, signos de sufrimiento fetal o alteraciones del estado materno.
- Realice una evaluación clínica inicial identificando signos de alarma que determinen el nivel de atención de la paciente, éste examen debe incluir: presión arterial, frecuencia cardiaca/pulso, frecuencia respiratoria y temperatura, siempre explicando a la paciente lo que se va a realizar y solicitando apoyo a la familia y partera o partero para el consentimiento de la paciente.
- Realice una evaluación obstétrica que incluya: altura de fondo uterino como un cálculo aproximado del tamaño fetal y la edad gestacional.
- Realice las maniobras de Leopold para confirmar situación, posición y presentación fetal.

- Ausculte la frecuencia cardiaca fetal durante un minuto con cualquier método (el de elección es la auscultación intermitente) y durante un minuto completo inmediatamente después de una contracción uterina.
- Control y Registro de la frecuencia, duración e intensidad de las contracciones uterinas, evaluadas clínicamente por un lapso de 10 minutos.
- Realice el primer examen o tacto vaginal en condiciones de asepsia, cuando sospeche que la paciente ya está en fase activa de la labor de parto se graficara la curva de alerta en el partograma y cuando sospeche por clínica y examen físico externo una posible distocia, en este momento.
- La primera valoración debe ser realizada por el personal de más experiencia fin de evitar reevaluaciones antes de lo previsto, determinando:
 - Dilatación cervical
 - Borramiento cervical
 - Consistencia del cuello
 - Posición del cuello
 - Altura de la presentación fetal por Planos de Hodge o por Estaciones de DeLee.
 - Estado de las membranas y verificación de eliminación transvaginal de líquido amniótico, sangrado, tapón mucoso o leucorrea.
 - Coloración del líquido amniótico.
 - Capacidad de la pelvis en relación al tamaño fetal.

- Si son proporcionales, continúe con el protocolo de atención del parto normal. Si no son proporcionales indique la necesidad de una cesárea (Protocolo de manejo del parto distócico y protocolo de manejo de cesárea, en normativa de MSP).
- Luego del primer examen repetir el siguiente tacto vaginal (TV) cuando sea estrictamente necesario (Organización Mundial de la Salud), intentar espaciarlo, habitualmente cada 4 horas y registrarlo en el partograma.
- Numerar en secuencia los tactos vaginales realizados para limitar los exámenes excesivos, por ejemplo:
 TV #.1 (20:34 Horas) dilatación 5 cm., borramiento 60%, etc.
 TV #.2 (24:30 Horas) dilatación 9 cm., borramiento 100%, etc.
- Realice el TV antes si: hay ruptura espontánea de membranas, si la embarazada refiere deseo de pujar.
- Luego de realizar el examen vaginal, determine la etapa y la fase de la labor de parto en la que se encuentra la paciente. Si detecta factores de riesgo realice la referencia a otra unidad de mayor resolución donde sea atendida por médico/a calificado; envíe con el personal médico y su acompañante (familiar o partera) la hoja de referencia llena, con firma, nombre y sello legible del responsable, junto con el carné perinatal.
- No realice enema evacuante por que no es beneficioso.
- No rasure el vello púbico
- No mantenga el ayuno.

- Es necesario un registro estricto los signos vitales de la paciente, frecuencia cardíaca fetal, duración de las contracciones uterinas y movimientos fetales durante toda la labor de parto. DE LA LABOR DE PARTO Y PARTO
- Tensión arterial. Mínimo cada hora durante toda la labor de parto. Actividad uterina. Frecuencia, duración e intensidad durante 10 minutos cada 30 minutos – 60 minutos.
- Frecuencia cardíaca fetal por cualquier método. El de elección es la auscultación intermitente. Cada 30 minutos durante la fase activa y cada cinco minutos durante el expulsivo.
- Los hallazgos que sugieren un progreso insatisfactorio en la fase activa de la primera etapa de la labor de parto son:
- Contracciones irregulares e infrecuentes después de la fase latente; Tasa de dilatación del cuello uterino más lenta que 1 cm por hora durante la fase activa del trabajo de parto (dilatación del cuello uterino a la derecha de la línea de alerta); Cuello uterino mal adosado a la presentación fetal. No descenso de la presentación fetal con dilataciones avanzadas o en período expulsivo. El progreso insatisfactorio del trabajo de parto puede conducir a un trabajo de parto prolongado con compromiso materno y fetal.(8)

SEGUNDA ETAPA DEL PARTO

EXPULSIVO

- La progresión adecuada de la dilatación en el partograma permite generar la expectativa de espera para la segunda etapa de la labor de parto.
- Permitir que la mujer cambie de posición buscando la que le dé la mayor fuerza para la expulsión del feto.
- Una vez que el cuello uterino está totalmente dilatado y la mujer está en período expulsivo, aliente a la mujer para que jadee o que dé sólo pequeños pujos acompañando las contracciones a medida que se expulsa la cabeza del bebé, permita que la partera o partero tradicional dé las orientaciones sobre cómo realizar el jadeo si ella lo acepta.
- Para controlar la expulsión de la cabeza, coloque suavemente los dedos de una mano contra la cabeza del bebé para mantenerla flexionada.
- Continúe sosteniendo con delicadeza el perineo, mejor con un paño estéril de ser posible, a medida que la cabeza del bebé se expulsa.
- Valore la necesidad de realizar EPISIOTOMÍA SELECTIVA. NO REALICE EPISIOTOMÍA RUTINARIA a todas las mujeres.
- No hay ninguna evidencia de que la episiotomía de rutina reduzca el daño perineal, un futuro prolapso vaginal o la incontinencia urinaria.
- La episiotomía de rutina se asocia con un aumento de los desgarros de tercer y cuarto grados y disfunción del esfínter anal. Una vez que se ha expulsado la cabeza del bebé,

pida a la mujer que deje de pujar. Aspire la boca y luego la nariz del bebé sólo si tiene líquido amniótico meconial.

- Verifique con los dedos alrededor del cuello del bebé para constatar si encuentra el cordón umbilical. NO HAY APURO EN LA EXPULSIÓN.
- Si el cordón umbilical está alrededor del cuello pero está flojo, deslícelo por encima de la cabeza del bebé.
- Sólo si el cordón umbilical está ajustado alrededor del cuello, píncelo dos veces y córtelo entre las pinzas antes de desenrollarlo del cuello.

FINALIZACIÓN DEL PARTO, INICIO DEL NACIMIENTO

- Permita que la cabeza del bebé gire espontáneamente en su movimiento de rotación externa.
- Después de que la cabeza haya girado, coloque una mano a cada lado de la cabeza del bebé a nivel de los parietales.
- Pídale a la mujer que puje suavemente con la próxima contracción. Lleve la cabeza del bebé hacia la región anterior para extraer el hombro posterior. Sostenga el resto del cuerpo del bebé con una mano mientras se desliza hacia afuera.
- Coloque al bebé SIEMPRE sobre el abdomen de la madre para que ella lo pueda tocar (si la condición y posición de la madre lo permite), mientras, seque al bebé por completo y evalúe las condiciones del recién nacido (puede requerir atención urgente).

- La mayoría de los bebés comienzan a respirar o llorar espontáneamente dentro de los primeros 30 segundos después del nacimiento.
- Pince y corte el cordón umbilical cuando ha dejado de latir, permita cortar el cordón umbilical a la partera o al partero tradicional, y al familiar, según las prácticas de la comunidad.

NO REALICE PINZAMIENTO PRECOZ DEL CORDÓN UMBILICAL.

- Si la posición adoptada por la embarazada es vertical, la cabeza se desprenderá sola recibéndole con una mano y con la otra recibir el cuerpo del niño, de lo contrario o si es otra posición mueva suavemente hacia la región anal la cabeza del bebé para extraer el hombro anterior.

(8)

TERCERA ETAPA DEL PARTO

ALUMBRAMIENTO

Luego de la salida del bebé, palpe el abdomen para descartar la presencia de otro u otros bebés.

MANEJO ACTIVO DEL PARTO.

ADMINISTRACIÓN DE UTEROTÓONICO.

- Administre oxitocina 10 unidades IM, posterior a la salida de la cabeza fetal.
- Si no dispone de oxitocina, administre ergometrina 0.2 mg IM. No administre ergometrina a mujeres con Preeclampsia, eclampsia o presión arterial elevada porque aumenta el riesgo de convulsiones y accidentes cerebro vasculares.

TRACCIÓN CONTROLADA DEL CORDÓN UMBILICAL.

- La paciente generalmente en éste momento se encuentra ya recostada, si es así: acerque la pinza que está en el cordón para pinzarlo cerca del periné. Sostenga el cordón pinzado y el extremo de la pinza con una mano.
- Coloque la otra mano apenas por encima del pubis de la mujer, estabilice el útero aplicando contracción durante la tracción controlada del cordón umbilical.
- Mantenga tensión leve en el cordón umbilical y espere una contracción fuerte del útero (2-3 minutos. Cuando el útero se contraiga o el cordón se alargue, hale del

cordón con mucha delicadeza para extraer la placenta. Con la otra mano continúe ejerciendo contra-tracción sobre el útero.

- Si la placenta no desciende después de 30-40 segundos de tracción controlada del cordón (es decir si no hay ningún signo de separación placentaria), no continúe halando del cordón.
- Sostenga con delicadeza el cordón umbilical y espere hasta que el útero esté bien contraído nuevamente.
- Con la contracción siguiente, repita la tracción controlada del cordón umbilical, manteniendo la contra-tracción para evitar la inversión uterina.
- Verifique y examine que la placenta y las membranas se expulsaron completamente, luego realizar aseo perineal.

MASAJE UTERINO

- Masajee de inmediato el fondo uterino a través del abdomen de la mujer hasta conseguir que el útero se mantenga contraído.
- Repita el masaje uterino cada 15 minutos durante las 2 primeras horas. Asegúrese que el útero no se relaje después de detener el masaje uterino. Examine cuidadosamente a la mujer y repare la episiotomía o los desgarros.
- En el caso de retención placentaria por más de 30 minutos, con o sin sangrado, realizar la extracción manual de placenta y/o la revisión de la cavidad bajo anestesia general o sedación profunda.

ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO

- Después de ligar el cordón umbilical el pediatra-neonatólogo o personal de salud que cumpla la función de atender al recién nacido seguirá secando al bebé. Realizará apego precoz e iniciará de ser posible lactancia materna.
- Simultáneamente, verificará que exista una adecuada entrada de aire así como el tono muscular, respiración, frecuencia cardíaca y color cada 30 segundos.
- La conducta será de observación si el bebé está en buenas condiciones, con color rosado, respiración rítmica y frecuencia cardíaca mayor de 100 latidos por minuto.
- Si el bebé presenta meconio pero está vigoroso, con llanto fuerte y frecuencia cardíaca mayor de 100 latidos por minuto, sólo requerirá de aspiración.
- El recién nacido necesitará reanimación si: presenta cianosis generalizada, ausencia de respiración o llanto débil, frecuencia cardíaca menor de 100 latido por minuto, presencia de meconio pesado.
- Identifique y realice la valoración de APGAR al primer y al quinto minutos de vida, cuidando el calor que se debe proporcionar al bebé. (12)

VALORACIÓN DEL APGAR

Los cinco criterios del Apgar son:

	0 puntos	1 punto	2 puntos	Acrónimo
Color de la piel	todo azul	extremidades azules	normal	Apariencia
Frecuencia cardíaca	no posee	<100	>100	Pulso
Reflejos e irritabilidad	sin respuesta a estimulación	mueca / llanto débil al ser estimulado	estornudos / tos / pataleo al ser estimulado	Gesto
Tono muscular	ninguna	alguna flexión	movimiento activo	Actividad
Respiración	ausente	débil o irregular	fuerte	Respiración

Interpretación

De 0-3 = severamente deprimido

De 4-6 = moderadamente deprimido

7 = bienestar

- El puntaje bajo al minuto indica la condición en ese momento, mientras que a los 5 minutos es útil como indicador de la efectividad de las maniobras de reanimación. En dependencia de su puntuación se manejará de acuerdo a la norma de atención neonatológica.

- Se pesará y medirá al recién nacido, se permitirá que sea vestido con ropa limpia traída por los familiares.
- Promover la lactancia materna
- Se dará el Alta entre 24 a 48 horas del parto según evolución del caso. Previo al alta se indicarán los signos de alarma a observarse tanto en la madre como en el recién nacido.

COMPLICACIONES DEL PARTO

- Hemorragia posparto

Se define mal por medio del simple cálculo de la pérdida de sangre. Es difícil, si no imposible, determinar la verdadera pérdida de sangre o un porcentaje de la pérdida de sangre. Además, la expansión del volumen sanguíneo es variable durante el embarazo y puede cambiar por muchas variables, como hipertensión, enfermedad renal, tamaño materno y embarazos múltiples. Los efectos potenciales de la pérdida de sangre dependen en gran medida del grado de expansión del volumen. Por ejemplo, la pérdida de sangre promedio en una cesárea oscila entre 1.000 y 1.100 ml.

Esta magnitud de pérdida de sangre suele ser bien tolerada por la mujer embarazada normal. Sin embargo una pérdida de sangre de entre 500 y 750 ml, puede no ser tolerada por una mujer con una expansión de sangre escasa o nula o por una paciente con hemoconcentración secundaria a preeclampsia o eclampsia grave.

EPISIOTOMIA

Una episiotomía es una incisión quirúrgica en el cuerpo perineal con el propósito de ayudar en el proceso del parto o de evitar desgarros o laceraciones.

Algunas indicaciones de la episiotomía:

- Riesgo significativo de lesión perineal mayor
- Parto vaginal operatorio
 - Aplicación de fórceps
 - Aplicación de ventosa
- Parto en presentación pelviana
- Parto gemelar
- Macrosomía fetal
- Distocia de hombros
- Parto pretérmino

Complicaciones de la episiotomía

- Infección
- Hematoma
- Extensiones de tercero o cuarto grado
- Celulitis
- Dehiscencia
- Formación de abscesos
- Incontinencia de gases
- Incontinencia de material fecal
- Fístula rectovaginal
- Alteración de la conducción del nervio pudendo
- Tono esfinteriano inadecuado
- Fascitis necrosante
- Muerte

Es probable que la complicación individual más frecuente sea el desgarro (es decir, laceración de tercero o cuarto grado). En definitiva, los desgarros pueden originar incontinencia de gases o material fecal, fístulas rectovaginales o infección. Ya se analizó la asociación de los desgarros con el tipo de episiotomía. (10)

PARTO POR CESAREA

El concepto de parto de un niño vivo a través de una incisión abdominal se origina en tiempos prehistóricos. La mayoría de los informes tempranos sobre este modo de parto corresponde al nacimiento de héroes o dioses, para demostrar sus características sobrehumanas.

INDICACIONES DE PARTO POR CESAREA

Entre las indicaciones podemos encontrar:

- Trastorno por prolongación o detención del parto
- Sufrimiento feta agudo
- Placenta previa
- Desproporción cefalopélvica
- Presentación de feto

1. TRASTORNOS POR PROLONGACIÓN O DETENCIÓN DEL PARTO

Concepto de parto lento (distocia, progresión anómala)

En un parto lento puede existir:

- Una distocia fetal (anomalías del tamaño y estática fetal)
- Una distocia pélvica (anormalidades de la pelvis ósea)
- Una distocia de partes blandas.
- Una DISTOCIA DINÁMICA.

El concepto actual de parto lento es:

- Funcional, ya que se realiza y aplica en cada momento del parto.
- Precoz y profiláctico, ya que no se precisa una valoración retrospectiva, después de horas de evolución, para diagnosticar una anomalía del progreso.

Además, la rapidez del diagnóstico nos permite tomar medidas encaminadas a esclarecer la etiología y a adoptar la conducta obstétrica más adecuada. Por lo tanto, el diagnóstico de un parto lento se fundamenta en la correcta interpretación del partograma, analizando la velocidad de dilatación cervical o del descenso fetal. No obstante, el partograma es descriptivo, pero no especifica la causa que determina la anormalidad del progreso del parto, aunque nos proporciona datos para valorar el pronóstico y tomar la decisión obstétrica más adecuada.

Etiopatogenia de las hipodinamias

Hipodinamias primarias

Disminuye la contractilidad y excitabilidad miometrial. Se trata de un útero extraordinariamente perezoso que origina una dinámica hipoactiva de permanente bajo tono basal. Se suele retrasar el inicio o puesta en marcha del parto, es decir, la fase prodrómica.

Por disminución de la contractilidad y excitabilidad miometrial o Malformaciones uterinas útero bicorne. La mayoría de las cesáreas se efectúa debido a una de las indicaciones que siguen.

DISTOCIA DEL TRABAJO DE PARTO

La distocia del trabajo de parto es la indicación más frecuente de cesárea primaria en los Estados Unidos en la actualidad. En general no se debe efectuar cesárea debido a distocias en la fase latente del trabajo de parto ni en la fase activa, antes de lograr una actividad uterina adecuada. Gifford y col. (2000), en un estudio de "falta de progresión" del trabajo de parto como indicación de cesárea, comunicaron que el 68% de las cesáreas no planificadas se debía a esta razón. Asimismo, el 16% de las mujeres se encontraba en la fase latente del trabajo de parto y el 36% de las que presentaban dilatación completa (10 cm) no tuvo un segundo estadio del trabajo prolongado. Información reciente sugiere que la definición actual de detención de la fase activa, es decir 2 horas sin cambios cervicales, podría ser demasiado rígida. La extensión de este intervalo puede aumentar el número de partos vaginales en forma segura.

DISTOCIAS DINÁMICAS:

CONDUCTA

Las distocias dinámicas son aquellas producidas por la existencia de una actividad uterina defectuosa, ineficaz o inapropiada para conseguir la dilatación cervical y/o el descenso de la presentación.

La dinámica uterina se mide por diferentes parámetros que son:

- Frecuencia: es el número de contracciones que aparecen en un periodo de 10 minutos. Lo normal es de 3-5 cada 10 minutos.

- Intensidad: se mide en mmHg y compara la diferencia de presión desde el tono basal hasta el punto más alto de la contracción. Lo aceptado es de 30 a 50 mmHg.
- Duración: es el tiempo transcurrido desde que se inicia la contracción hasta que recupera el tono basal existente antes de su inicio. Lo normal es entre 30 y 90 segundos.
- Tono basal: es la presión intrauterina existente en un útero en reposo, entre dos contracciones. Esta oscila entre 8 y 12 mmHg.

Los patrones anormales en la evolución del parto pueden clasificarse en dos grupos:

- Trastornos por prolongación o detención del parto (parto lento, parto distócico, parto prolongado).
- Trastornos por aceleración del parto (parto precipitado, parto en avalancha).

Dado el auge actual de ciertas tendencias vanguardistas que defienden y contemplan el parto “no intervenido”, es posible que la importancia de la dinámica uterina como factor destacadísimo dentro del proceso del parto, se vea razonablemente incrementada en un próximo futuro.

Así mismo, cabe destacar que no se puede hablar de distocias dinámicas sin valorar antes el resto de parámetros que pueden alterar el progreso del parto, como son la capacidad pélvica, el canal blando, y el tamaño y estática fetal, ya que muchas de las distocias dinámicas no son primarias sino que surgen como consecuencia de alteraciones en dichas variables.

Las contracciones uterinas pueden evaluarse por diferentes medios:

- Palpación manual: es palpable cuando se alcanzan los 20 mmHg, y a partir de 30 mmHg el endurecimiento del útero es importante, así como la percepción de dolor por parte de la paciente. Cuando se alcanzan los 40 mmHg el útero adquiere una consistencia leñosa.

- Tocografía externa: es un método no invasivo pero no es capaz de medir el tono basal uterino ni la intensidad real de las contracciones. Produciéndose artefactos durante el registro por movimientos fetales y maternos.

- Tocografía interna: obtiene registros de alta calidad, permitiendo la medición de todos los parámetros de la contracción. Sin embargo se trata de un método invasivo sólo útil intraparto con dilatación suficiente como para poder introducir el catéter y con la bolsa rota, teniendo en cuenta que la técnica puede producir complicaciones.

Clasificación de las Dinamias:

HIPODINAMIAS (anomalías por defecto):

- Hiposistolias: contracciones de menos de 25 a 30 mm Hg de intensidad.
- Bradisistolias: menos de dos contracciones en 10 minutos.
- Hipotonías: menos de 8 mm Hg de tono de basal.

HIPERDINAMIAS (anomalías por exceso):

- Hipersistolias: contracciones de más de 60 mm Hg de intensidad.
- Taquisistolias: más de 5 contracciones en 10 minutos.
- Hipertonía: tono basal superior a 12 mm Hg.

- Polistolias: Onda uterina anómala, en la que se producen 2 o más picos, o dos contracciones yuxtapuestas.

INCOORDINACIONES UTERINAS O DISDINAMIAS:

Son alteraciones de la coordinación y regularidad de la contracción uterina. Para que la contracción sea efectiva es necesario el mantenimiento del triple gradiente de la contracción uterina. Es decir, la contracción se origina en el ángulo tubárico del útero y desde allí desciende hasta el cuello, de tal manera que las contracciones en el fondo uterino son más fuertes, más duraderas y comienzan antes que en las partes más inferiores.

- Incoordinación de 1º grado: aquella actividad contráctil que al emerger de dos marcapasos uterinos se expresa como dos contracciones simultáneas de distinto ritmo e intensidad.

Inversión de gradientes: también es denominada incoordinación de tercer grado. Existe una ausencia completa de la predominancia fúndica que caracteriza normalmente a la contracción uterina. Se inicia en la zona inferior del útero, se propaga hacia arriba, y es más intensa y duradera en el segmento uterino inferior que en el superior (fondo).

Puede ser parcial o total. En la inversión total el parto no puede progresar ni en dilatación ni en descenso de la presentación, existiendo el riesgo de dinámica de lucha, hipertonía, riesgo de pérdida del bienestar fetal e incluso rotura uterina.

Gráficamente la contracción no puede distinguirse de una fisiológica, tanto en su duración como en su intensidad y propagación. El diagnóstico, es pues, clínico, mediante la observación de la ausencia de progresión del parto y a veces por la percepción manual de que la contracción se propaga en dirección inversa.

2. ESTADO FETAL PREOCUPANTE

Ensayos prospectivos aleatorizados grandes demostraron que el monitoreo de la frecuencia cardiaca fetal durante el parto en forma continua incrementa la tasa de cesárea, en especial en la población de bajo riesgo. La realización de una o más medidas como administrar oxígeno, desplazar el útero hacia el decúbito lateral izquierdo, corregir la hipotensión, suspender la oxitocina, reducir el tono uterino a través del empleo de agentes tocolíticos o amnioinfusión pueden rectificar patrones anormales de frecuencia cardiaca y en consecuencia, evitar cesáreas innecesarias.

Cuando se diagnostica hipoxemia y acidosis fetal, el monitoreo fetal externo posee sensibilidad y valor predictivo negativo (VPN) excelentes. En otras palabras, esta modalidad de evaluación suele ser anormal cuando haya hipoxia y acidosis (sensibilidad), y descarta muy bien la hipoxia y la acidosis fetal (VPN). Sin embargo, es importante reconocer el valor predictivo positivo (VPP) escaso de monitoreo de la frecuencia cardiaca fetal que genera una tasa de falsos positivos elevada. En otras palabras, el trazado de la frecuencia cardiaca fetal puede ser anormal, sin que el feto este hipoxico, ni acidotico. En el futuro la oximetría de pulso continua podría incrementar el VPP del monitoreo fetal externo y disminuir la cantidad de cesáreas por estado fetales preocupantes.

COMPLICACIONES ASOCIADAS A LA CESÁREA

Madre

En la salud de la madre hay mayor riesgo de complicaciones en el parto por cesàrea. Por ejemplo, se ha reportado que la frecuencia de infecciones en partos vaginales es de 1.3%, cifra que contrasta con 13% observado entre mujeres con cesàrea.

Por su frecuencia, el desarrollo de infecciones constituye una de las principales complicaciones asociadas con la cesàrea y uno de los principales motivos de rehospitalización. De entre éstas, la mayoría corresponde a afecciones de la herida quirúrgica.

Entre los factores que han sido señalados como propicios para el desarrollo de infección postcesàrea están: el sobrepeso; las ruptura de membranas de más de seis horas de evolución; cesàrea de emergencia; las condiciones socioeconómicas; el número de revisiones vaginales; nuliparidad, corioamnionitis, el volumen de pérdida sanguínea transquirúrgica, la presencia de infección en otro sitio y preeclampsia.

Sin embargo, al controlar simultáneamente con algunos factores demográficos: la duración de ruptura de membranas, el número de revisiones vaginales, la corioamnionitis, el tipo de incisión cutánea o la duración de la cirugía, únicamente el grosor del tejido subcutáneo se ha visto asociado con el desarrollo de infección de la herida quirúrgica.

La infección de la herida no es la única complicación vinculada a la incisión quirúrgica. La dehiscencia de ésta puede provocar hemorragia postparto o ruptura uterina, ambas

situaciones pueden hacer necesaria una histerectomía. Adicionalmente, el hallazgo de un caso de endometriosis vesical ha hecho suponer que la dehiscencia de la incisión uterina podría ser el mecanismo de infiltración del tejido endometrial en vejiga.

Asimismo, se ha observado el desarrollo de fascitis necrotizante postcesárea. Al respecto, los reportes en la literatura señalan que ésta se debe a la presencia simultánea de diversos microorganismos, lo que aumenta la severidad de la infección. Se ha estimado que la incidencia de fascitis necrotizante es de 1.8 casos por cada 1,000 cesáreas.

La endometritis también ha sido asociada con la práctica de cesárea. En algunos casos, la endometritis puede ser tan severa que ocasiona septicemias fatales. Algunos estudios han encontrado que el desarrollo de ésta se relaciona con el momento de la gestación en el cual se lleva a cabo la cesárea, siendo más probable cuando se realiza antes de las 28 semanas. Adicionalmente, la edad parece ser un factor determinante en su presentación, se ha encontrado una diferencia estadísticamente significativa en la incidencia de endometritis entre adolescentes (23%) y mujeres adultas (11%). De igual forma, el análisis de muestras endometriales indica diferentes microorganismos causantes de acuerdo con la edad de la mujer *Chlamydia Trachomatis* fue encontrada en 21 y *Gardnerella vaginalis* en 32% de los casos en adolescentes comparado con 6 y 9%, respectivamente, en adultas.

La revisión del proceso de cicatrización uterina a través de resonancia magnética indica que se requieren al menos seis meses para la recuperación de la zona afectada. Sin embargo, el estudio histológico de úteros de mujeres con el antecedente de cesárea, señala que los

cambios anatómicos secundarios al proceso de cicatrización pueden provocar la manifestación de síntomas tales como menorragia, dolor abdominal bajo, dispareunia y dismenorrea. Adicionalmente, el uso de la resonancia magnética ha permitido identificar una deformación donde el cuello se observa elongado y el útero pareciera estar unido a la pared abdominal anterior. Kawakami y colaboradores reportan una incidencia de 5.4 casos de esta deformación por cada mil cesáreas.

La asociación entre cesárea y mortalidad materna representa la complicación más preocupante de la práctica innecesaria de esta intervención o bien de su realización en condiciones inadecuadas. Los estudios que han observado esta asociación son de muy diverso tipo y han sido llevados a cabo analizando poblaciones con diferentes características. La tasa de mortalidad asociada a la cesárea ha disminuido.

Recién nacido

Diversos estudios señalan, un aumento tanto de la morbilidad neonatal asociada al nacimiento por cesárea, como de las mortalidades intraparto o neonatal temprana. gestación se asocian con prematurez iatrogénica, la cual propicia el desarrollo de cuadros respiratorios severos.

El que la cesárea se realice antes de iniciada la fase de labor, también aumenta la posibilidad de que los recién nacidos desarrollen patologías respiratorias.

El estudio comparativo de niños nacidos por vía vaginal o por cesáreas llevadas a cabo después de un intento fallido de parto vaginal o antes del inicio de las contracciones, mostró que los

recién nacidos que no llegaron al inicio de la labor tienen mayor riesgo de padecer síndrome de dificultad respiratoria en el periodo neonatal. Se estima una incidencia de síndrome de dificultad respiratoria de 4.1 casos por cada mil cesáreas de repetición practicadas antes del inicio de labor.

La cesárea en sí misma y el momento en el cual se realiza no son los únicos factores asociados al desarrollo de patología respiratoria. El uso de anestesia regional se ha vinculado con la presentación de acidemia respiratoria aguda en niños nacidos por esta vía, al igual que la placenta previa.

Por otra parte, se ha reportado un caso de rigidez de la pared torácica en un recién nacido por cesárea la cual se consideró secundaria a la administración de fentonil a la madre. También se ha observado un impacto en la respuesta inmune de los recién nacidos debido a los medicamentos administrados a la madre.

La incisión quirúrgica también puede provocar daños al producto. Se encontró una incidencia de 1.8% de lesiones ocasionadas por el bisturí, en el total de cesáreas estudiadas. Aunque la mayoría de éstas no requirió tratamiento específico, en 25.8% se registró daño en zonas de importancia estética, como frente, pómulos o mejillas.

La prolongación de la estancia hospitalaria de niños nacidos por cesárea, aumenta el riesgo de adquirir una infección nosocomial debido a la intensa exposición a microorganismos, que además son muy diversos. La información acerca del número de días promedio de estancia hospitalaria postcesárea permite apreciar la magnitud de la exposición potencial a cepas

nosocomiales. Se ha encontrado que la flora entérica de los niños nacidos por cesárea con mayor frecuencia incluye, Proteus, Klebsiella, Enterobacter o Citrobacter.

De igual forma, se observa una modificación en los patrones de colonización de la flora intestinal en estos niños, misma que puede perdurar hasta seis meses después del nacimiento. Adicionalmente, aun cuando los resultados al respecto no son concluyentes, se ha sugerido un aumento en la incidencia de otitis media en niños nacidos por esta vía.

El nacimiento por cesárea también influye de manera indirecta en la posibilidad de presentar infecciones porque afecta las pautas de inicio y/o duración de la lactancia materna. Así mismo encontramos un acortamiento de la duración de la lactancia materna y un riesgo tres veces superior de interrumpirla durante el primer mes de vida. (11,12,13)

PARTOGRAMA

Una inquietud a nivel mundial es disminuir los problemas inherentes al parto y de esta manera reducir las complicaciones maternas y feto-neonatales. Esto ha obligado a prestar más atención en la vigilancia del trabajo de parto en todos sus períodos y una forma sencilla es la vigilancia en forma gráfica, donde se relaciona el tiempo de dilatación cervical con el descenso de la presentación (14, 15, 16, 17)

Concepto

Partograma es el registro gráfico de la evolución del trabajo de parto, tomando en cuenta la dilatación cervical y la altura de la presentación en función del tiempo.

Objetivos del partograma

1. Disminuir la morbilidad y mortalidad maternoperinatal mediante el diagnóstico precoz de las desviaciones en la evolución del trabajo de parto y parto.
2. Proveer al personal médico y paramédico de un instrumento económico y asequible, de uso universal, para el seguimiento adecuado del trabajo de parto.
3. Prevenir o diagnosticar, o ambos, el trabajo de parto prolongado para garantizar una intervención médica oportuna.
4. Reducir el índice de operaciones cesáreas y la asfixia, así como sus secuelas.
5. Garantiza un seguimiento con alta calidad.

6. Evita la prolongación del trabajo de parto y las consecuencias que de ello se derivan
 5. En el seguimiento del trabajo de parto con cicatriz uterina predice precozmente la rotura uterina.
 6. Facilita archivar y computar los datos.
 7. Constituye un método de lenguaje universal.
 8. Es económico y asequible.
 9. Es capaz de explicar bajas proporciones de cesáreas en algunos medios, así como la reducción de intervencionismo.
 10. En el seguimiento del trabajo de parto en pacientes con cicatriz uterina, es un predictor precoz de rotura uterina
 11. Constituye un método universal para la comunicación del personal médico.
- (14, 15, 16, 17)

El parto y la evolución histórica del partograma

En 1954, Friedman estableció el concepto de *análisis gráfico del trabajo de parto*, para lo cual planteó una curva normal de dilatación sigmoidea y de descenso hiperbólico. Dividió el período de dilatación en 2 fases: la latente y la activa del trabajo de parto. La primera puede prolongarse hasta 20 horas en nulíparas y 14 en multíparas, pero con 6,4 y 4,8 horas como promedio, respectivamente; aquí las contracciones siguen un patrón regular, aunque de baja intensidad y duración, con dilatación cervical muy lenta, por lo que su trazo y la curva son casi planos. (14, 15, 16, 17)

Aspectos relevantes del llenado del partograma

El llenado sólo se realiza una vez que la paciente ingrese a sala de parto, cuando se diagnostique la situación de trabajo de parto. El partograma consta de dos cuadrículas, en la superior, se traza la curva de dilatación cervical, la de descenso de la presentación y la de alerta, ésta última constituirá la base para diagnosticar cuando el caso comienza a desviarse de la normalidad. El trazado de la curva de alerta depende de varios parámetros (paridad, posición materna, bolsa de las aguas íntegras o no) lo cual dará a 5 tipos de patrones.

En el eje más izquierdo de las ordenadas se representa la escala para la dilatación cervical (desde 0 al parto) y para la frecuencia de las contracciones (0 a 10) donde cada cuadrado representa 1 cm de dilatación o 1 contracción por 10 minutos. En el eje más derecho de las ordenadas se representa la escala para la frecuencia cardíaca fetal (100 a 190) y con sentido descendente en números romanos los planos paralelos de Hodge. En el eje de las abcisas se representa las horas de trabajo de parto. La cuadrícula inferior está diagramada para siete evaluaciones completas relacionadas a hora de la evaluación, médico responsable, tensión arterial, posición materna, tono uterino, duración y frecuencia de las contracciones uterinas y observaciones. (13)

La OMS, presenta un esquema donde se propone que después de prolongarse la fase latente por más de 8 horas, se utilicen oxitocina y amniotomía; pero si en las próximas 8 horas no se alcanza la fase activa, debe procederse a la operación cesárea (tratamiento activo invasivo)

La línea de alerta une puntos que presentan un centímetro de dilatación en el momento de ingreso y la dilatación completa (10 cm.) 9 horas después. La línea de acción se traza paralela a la de alerta, pero a 4 horas de distancia; si la curva cruza la línea de alerta, indica a la partera la posibilidad de un trabajo de parto anormal. (14, 15, 16, 17)

Por lo tanto el partograma es un medio utilizado para la valoración adecuada de la labor de parto, el mismo que nos permite identificar los problemas que se pueden presentar y finalmente nos ayudará a determinar las indicaciones para la terminación del parto, ya sea cefalovaginal o por cesárea.

Ver anexos

Objetivo general:

Comparar la proporción de cesáreas por partograma alterado y bienestar del recién nacido en pacientes primíparas adolescentes con adultas.

Hipótesis:

La proporción de partogramas alterados, terminación del embarazo en cesárea y afectación del bienestar del recién nacido es mayor en pacientes primíparas adolescentes que en adultas.

Capítulo II

METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO

Estudio de tipo observacional, descriptivo, realizado de manera prospectiva.

MUESTRA

El universo de esta investigación está formado por embarazadas primíparas de 12 a 19 años de edad y pacientes primíparas adultas de 20 a 30 años de edad que tuvieron su parto en el Hospital Enrique Garcés de la ciudad de Quito, la muestra fue calculada mediante el programa epi info (stat calc)

- Adolescentes embarazadas (11 – 19 años): 66 pacientes
- Adultas entre (20 y 30 años): 122 pacientes
- TOTAL DE MUESTRA: 188 pacientes.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES:

DEFINICIÓN	VARIABLE	ESCALA	INDICADOR
Tiempo transcurrido desde el nacimiento	Edad	Años	Promedio.
Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia	Estado civil	Con pareja Sin pareja	Yes / No
Enseñanza de los conocimientos necesarios para una actividad	Grado de instrucción.	Escolaridad > 9 años	Yes / No
Acción o función que se desempeña para ganar el sustento que generalmente requiere conocimientos especializados	Ocupación	Trabaja en casa	Yes / No
Alteración de su estado ontológico de salud	Enfermedades en el embarazo	IVU Anemia Trastorno hipertensivo del embarazo	Yes / No
Evento no esperado en el curso de un embarazo normal que puede tener consecuencias negativas tanto en la mamá como en el bebé.	Complicaciones durante el embarazo	IVU Amenaza parto prematuro Amenaza de aborto RCIU	Yes / No
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.	CPN	Mayor de 5	Yes / No
Estancia en el hospital por compromiso del estado de salud	Hospitalizaciones durante el embarazo	Si No Razón	Yes / No
Hoja 051 del MSP	Partograma	Gráfica	
Culminación del embarazo periodo de salida del recién nacido del útero.	Tipo de parto	Cesárea	Yes / No

Datos del recién nacido	Datos perinatales	Apgar adecuado Peso bajo Peso alto Alteración en la talla Alteración del perímetro cefálico Presencia de meconio Reanimación Malformaciones congénitas	Yes/No
-------------------------	-------------------	---	--------

TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Fuente de información: Primaria

Método de recolección de información: Para la recolección de la muestra acudimos al Hospital Enrique Garcés de la ciudad de Quito al servicio de Ginecología y Obstetricia, diariamente desde el 28 de febrero hasta el 01 de mayo del 2011, la recolección fue personalmente por las autoras de esta investigación, a partir de las nueve de la mañana, los datos se obtuvieron de las pacientes que se encontraban en la sala de labor de parto mediante la hoja 0.51 del Ministerio de Salud, la historia perinatal y el consentimiento informado (anexo2) en pacientes menores de edad, el mismo que se firmaba en horario de 14h00 a 16h00 tiempo designado por este establecimiento para visitas.

Procedimiento de diagnóstico e intervención:

Con los datos obtenidos en la hoja 0.51 del MSP, se procedía a realizar las curvas de alerta del partograma y la curva definitiva.

Durante el período de investigación se llevó un registro de las pacientes con fecha, nombre, edad y número de historia clínica. Descartando a las pacientes que no cumplían con los criterios de inclusión. Para determinar las participantes que ingresaban en el estudio se tomaron en cuenta los siguientes criterios:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes primíparas adolescentes y adultas hasta 30 años de edad que acuden autoreferidas ingresadas por el servicio de emergencia y o consulta externa de ginecología y obstetricia del Hospital Enrique Garcés.
- Pacientes primíparas adolescentes y adultas hasta 30 años de edad que ingresan en labor de parto fase activa.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes primíparas mayores de 30 años de edad.
- Pacientes que acuden desde otro centro de salud con diagnóstico previo.
- Pacientes embarazos con feto en presentación pelviana.

- Pacientes con patología que no se relaciona con adolescencia.
- Pacientes con embarazo múltiple
- Pacientes embarazadas que ingresan en expulsivo.
- Pacientes que ingresan en labor de parto fase latente con ruptura prematura de membranas.

TÉCNICA DE ANÁLISIS

Los datos obtenidos fueron tabulados en forma electrónica con el programa Epi Info. Los resultados se analizaron bajo el método estadístico, con prueba de Chi cuadrado y considerando significativo un valor de p menor de 0,05, La razón de Momios (OR) con un valor menor a 1 indica que la exposición es un factor de protección, si es uno no hay riesgo, si es mayor a 2 que el riesgo es alto, además se realizaron modelos matemáticos mediante análisis multivariado (regresión logística) para identificar el “perfil típico” de la adolescente que desarrolla complicaciones.

ASPECTOS BIOÉTICOS

Para la recolección de la muestra del presente estudio se realizó una explicación previa a cada paciente, y en el caso de las pacientes menores de edad se redactó un documento “consentimiento informado” el mismo que fue firmado por su representante, por tratarse de datos muy íntimos y personales, además independientemente de los procedimientos que se encuentran estandarizados para realizar el examen físico de una paciente embarazada y

desarrollo de su labor de parto, se debe tomar en cuenta un respeto estricto a la profunda y celosa actividad.

Pero lo referido anteriormente no formo parte del tema de nuestra investigación, sino más bien se trabajó con datos que se obtuvieron de la hoja 0.51 del MSP y la historia perinatal, lo que debemos tener presente ya no es la intimidad si no el anonimato y la confidencialidad de los datos expuestos, además nos comprometemos a guardar muy sigilosamente toda la información para que no se expongan con otro fin que no sea el beneficio que aportó a nuestra investigación.

CAPITULO III

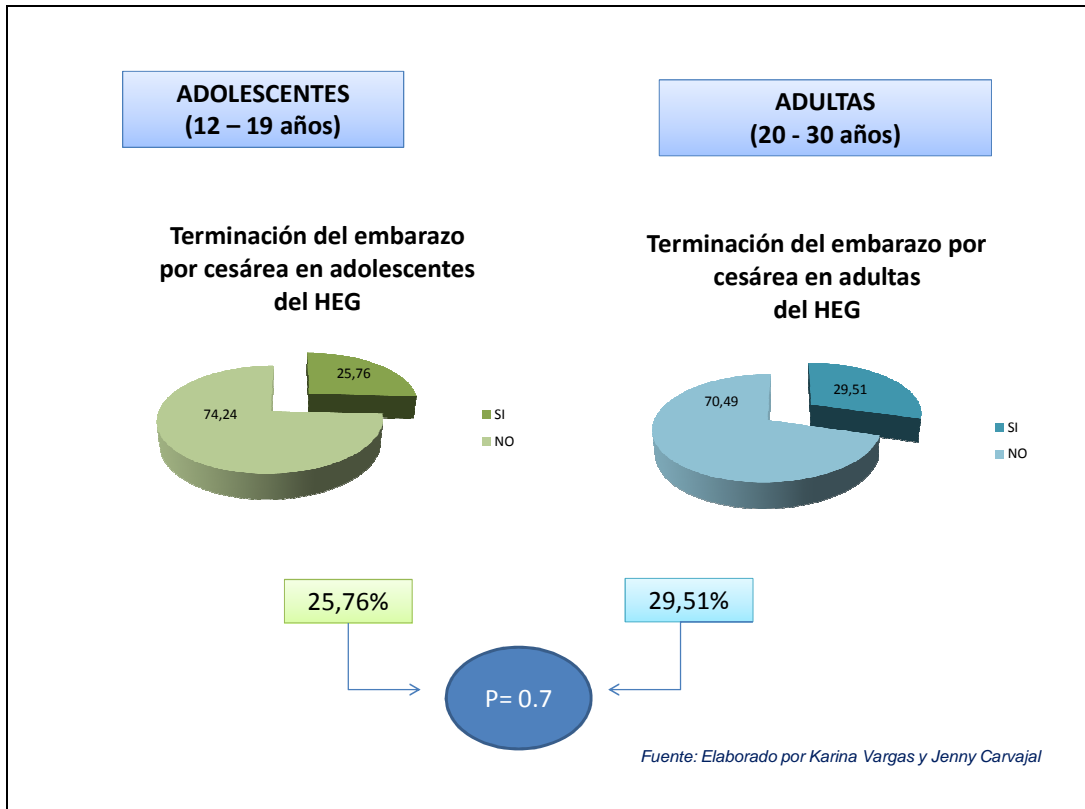
RESULTADOS

En la investigación realizada en el Hospital General Enrique Garcés en el Servicio de Ginecología y Obstetricia de la ciudad de Quito, no se encontró diferencias estadísticamente significativas en la terminación del embarazo por cesárea en las mujeres adolescentes primíparas comparadas con adultas.

Lo que nos permite interpretar que la valoración del embarazo se realiza siguiendo protocolos de manejo para la atención del parto con este resultado descartamos la hipótesis planteada en la cual considerábamos que el grupo de adolescentes embarazadas tenían una mayor frecuencia de terminar su embarazo en cesárea.

Tabla 1: COMPARACIÓN DE TERMINACIÓN DEL EMBARAZO EN PACIENTES PRIMIPARAS ADOLESCENTES y EMBARAZADAS ADULTAS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL "ENRIQUE GARCÉS" DE QUITO PERÍODO 2011.

VARIABLES	ADOLESCENTE	ADULTA	OR (LI-LS)	CHI2 (p)
TERMINACIÓN DEL EMBARAZO CESÁREA				
SI	17 (25.76%)	36 (29.51%)	0.82 (0.42-1.67)	0.14 (0.7)
NO	49 (74.24%)	86 (70.49%)		



En el análisis podemos determinar que la terminación del embarazo en cesárea no es estadísticamente significativa (valor $p > 0,05$ $p = 0,7$) en pacientes adolescentes primíparas, lo cual es un resultado no esperado pero satisfactorio, ya que nos permite establecer que este grupo de población tuvieron igual riesgo de terminar su embarazo por cesárea como en las mujeres adultas en el Hospital Enrique Garcés.

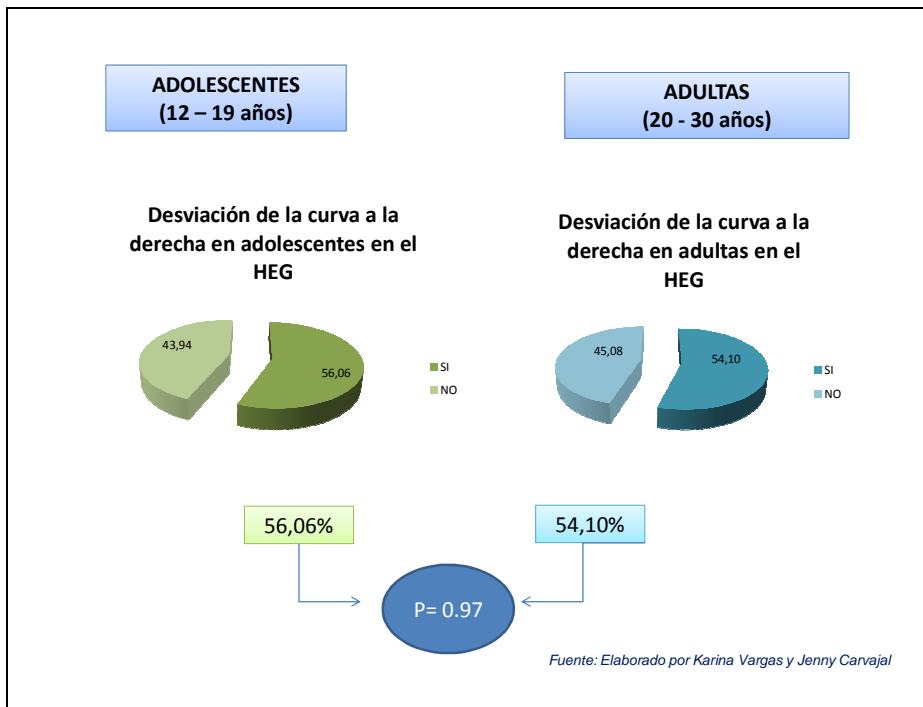
Tabla 2: COMPARACIÓN DE PARTOGRAMA ALTERADO, TERMINACIÓN DEL EMBARAZO Y BIENESTAR DEL RECIÉN NACIDO EN PACIENTES PRIMIPARAS ADOLESCENTES y EMBARAZADAS ADULTAS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL "ENRIQUE GARCÉS" DE QUITO PERÍODO 2011.

Desviación de la curva a la derecha

	Si	No
Adolescente	37 (56.06%)	29 (43.84%)
Adulta	66 (54.92%)	55(45.08%)

OR: 1.06 (0.6 - 1.9)

Chi (p): 0.002 (0.97)



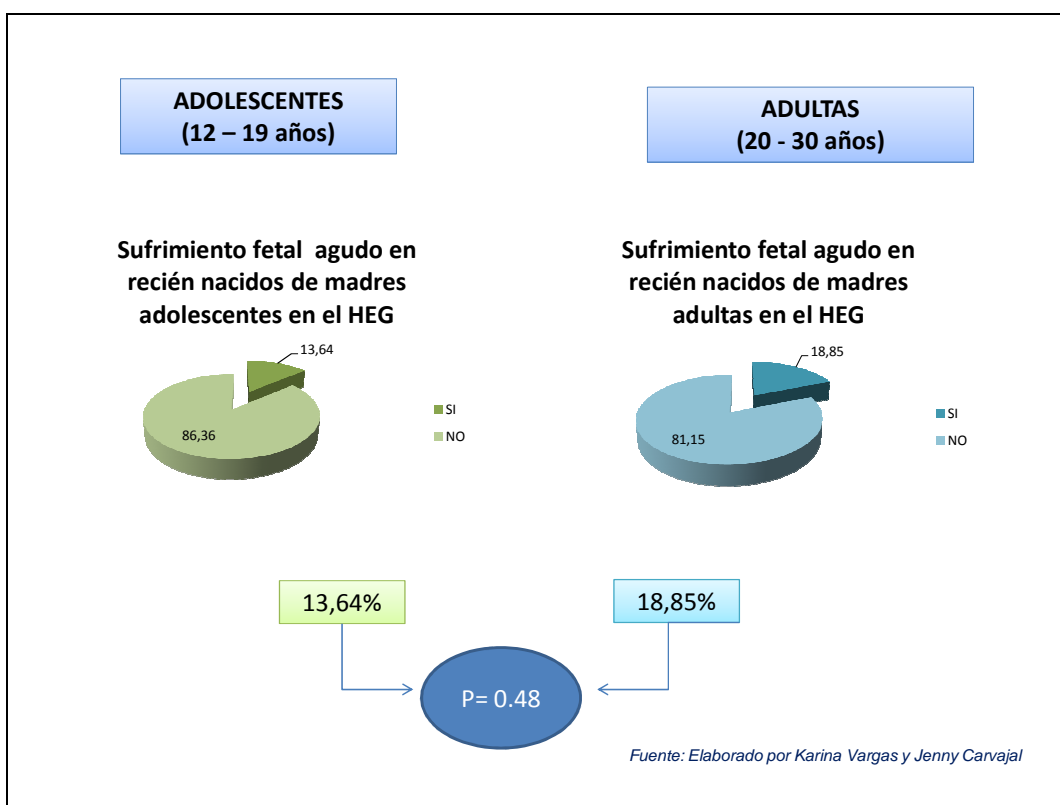
En la variable a desviación de la curva a la derecha del partograma no se encontraron diferencias entre las adolescentes y las adultas de nuestro estudio $p=0.97$, no es estadísticamente significativa. Por lo tanto las adolescentes no tuvieron más riesgo para presentar detención de fase activa.

Sufrimiento fetal agudo

	Si	No
Adolescente	9 (13.64%)	57 (86.36%)
Adulta	23(18.85%)	99(81.15%)

OR: 0.67 (0.3 - 1.56)

Chi (p): 0.5 (0.48)



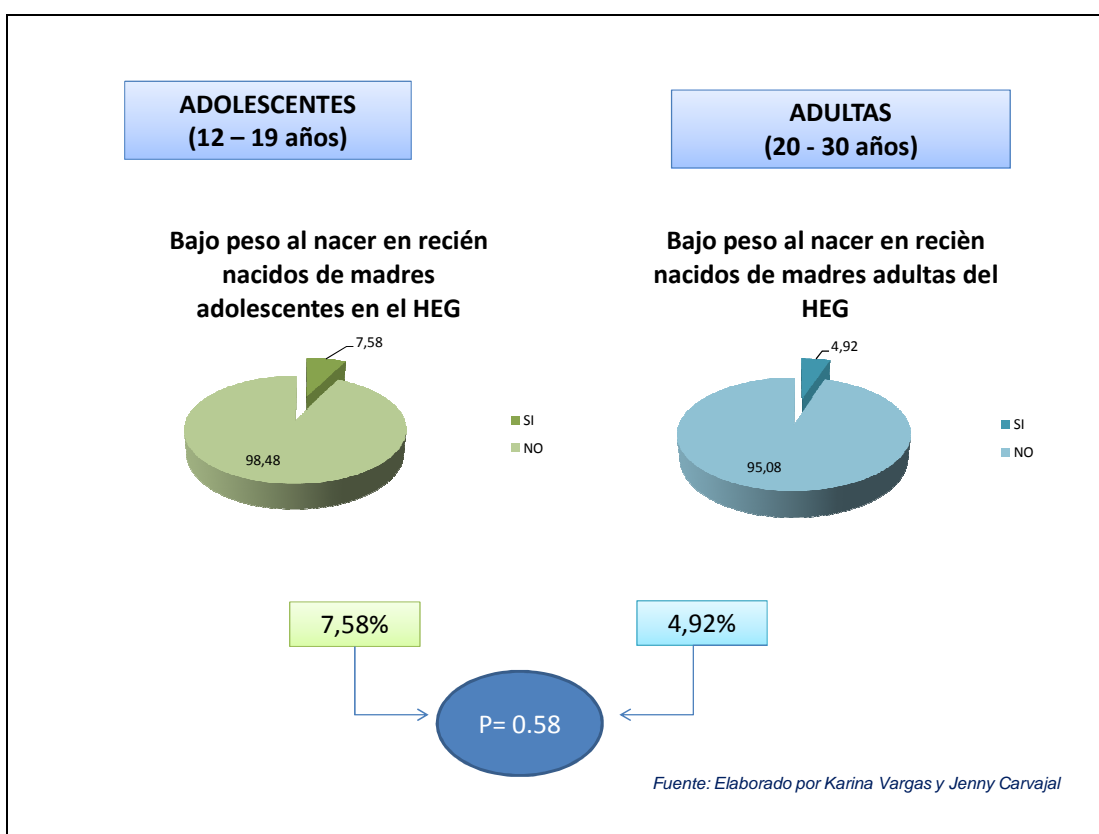
En la variable a sufrimiento fetal no se encontraron diferencias entre las adolescentes y las adultas de nuestro estudio $p=0.48$, no es estadísticamente significativa. Por lo tanto los recién nacidos de las adolescentes tuvieron iguales resultados obstétricos que los recién nacidos de las adultas.

Bajo peso al nacer

	si	No
Adolescente	3 (4.55%)	63 (95.45%)
Adulta	6 (4.92%)	116 (95.08%)

OR: 1.10 (0.2 - 4.7)

Fisher: 0.58



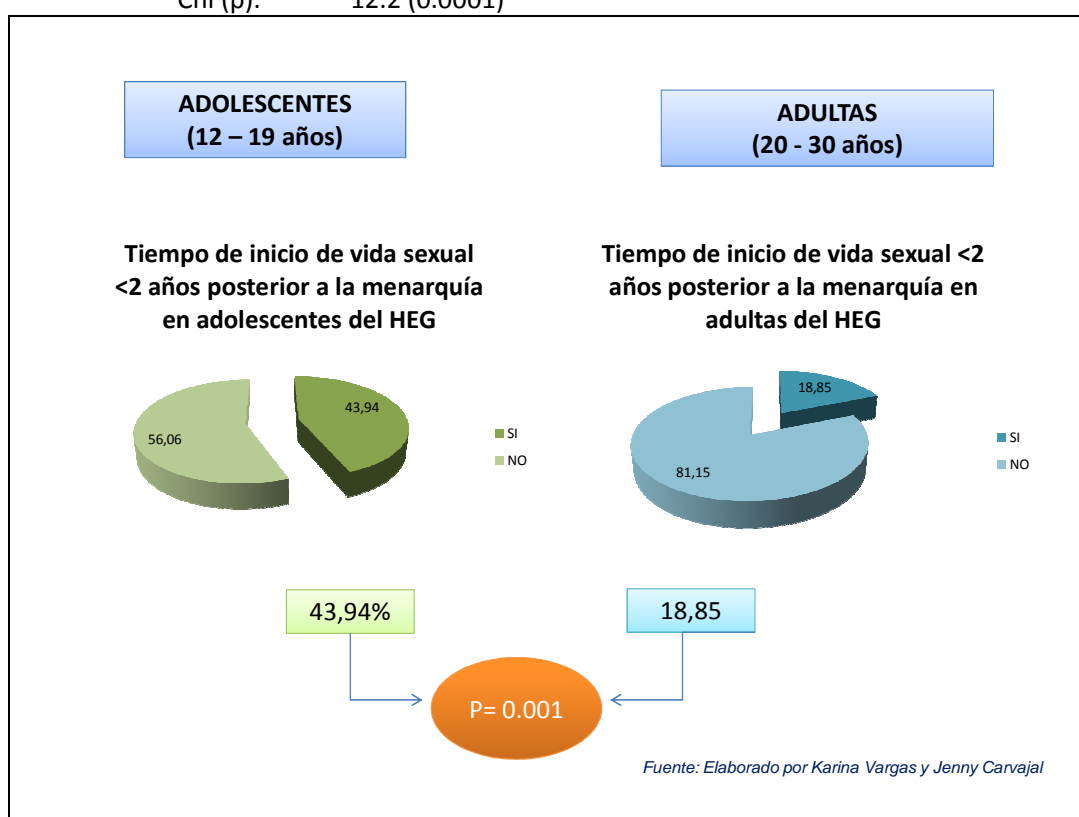
En la variable bajo peso al nacer no se encontraron diferencias entre las adolescentes y las adultas de nuestro estudio $p= 0.58$, no es estadísticamente significativa. Por lo tanto las madres adolescentes de los recién nacidos no tuvieron un embarazo de riesgo, que haya afectado el estado nutricional del mismo.

Tiempo de inicio de vida sexual <2 años posterior a la menarquía

	si	No
Adolescente	29 (43.84%)	37 (56.06%)
Adulta	23 (18.85%)	99 (81.15%)

OR: 3.37 (1.73 – 6.5)

Chi (p): 12.2 (0.0001)



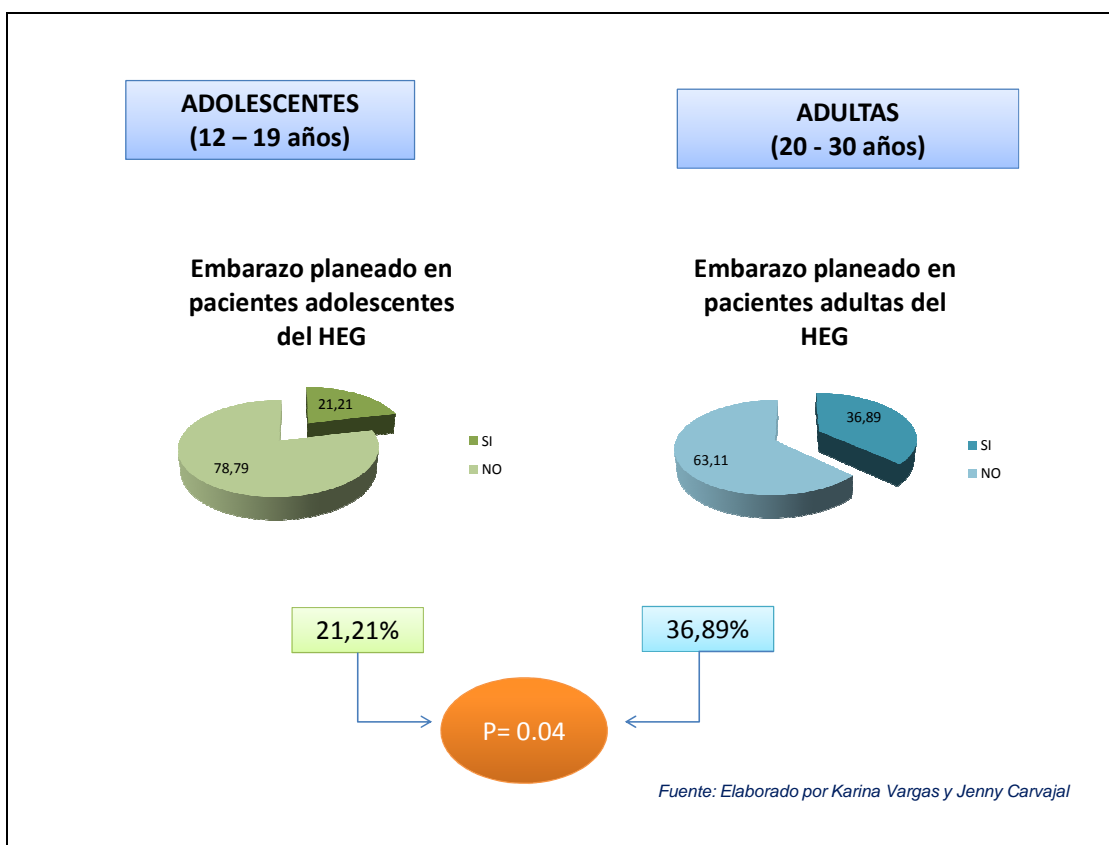
En la variable inicio de vida sexual menor de 2 años después de la menarquía, se encontraron diferencias entre las adolescentes y las adultas de nuestro estudio $p= 0.0001$, valor estadísticamente significativo. Por lo tanto las adolescentes del Hospital Enrique Garcés, iniciaron su vida sexual antes que las adultas.

Embarazo planeado

	si	No
adolescente	14 (21.21%)	52 (78.79%)
Adulta	45 (36.89%)	77 (63.11%)

OR: 0.46 (0.22 – 0.9)

Chi (p): 4.18 (0.04)



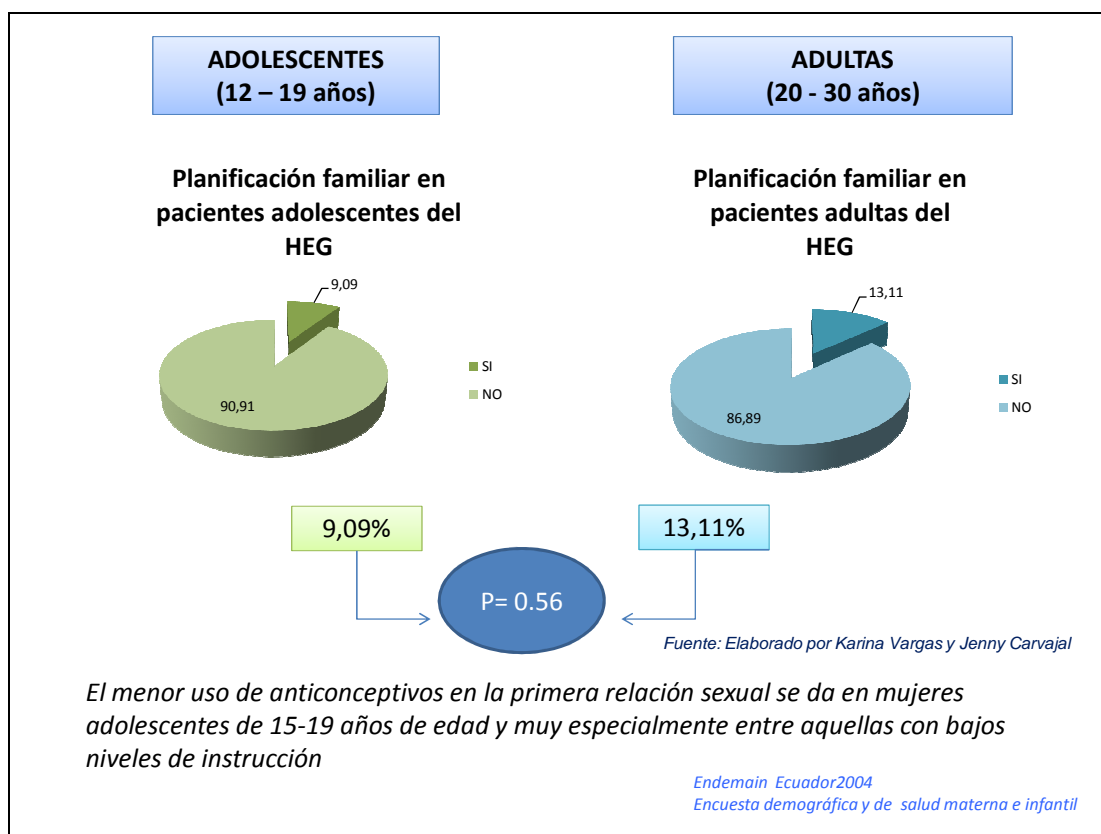
En la variable embarazo planeado se encontraron diferencias entre las adolescentes y las adultas de nuestro estudio $p = 0.004$ es estadísticamente significativa. Por lo tanto las adolescentes no planearon su embarazo, es decir, tuvieron la misma probabilidad de las adultas de presentar un embarazo deseado o no.

Planificación familiar

	si	No
adolescente	6 (9.09%)	60 (90.91%)
Adulta	16 (13.11%)	106 (86.89%)

OR: 0.66 (0.24 - 1.78)

Chi (p): 0.33 (0.56)



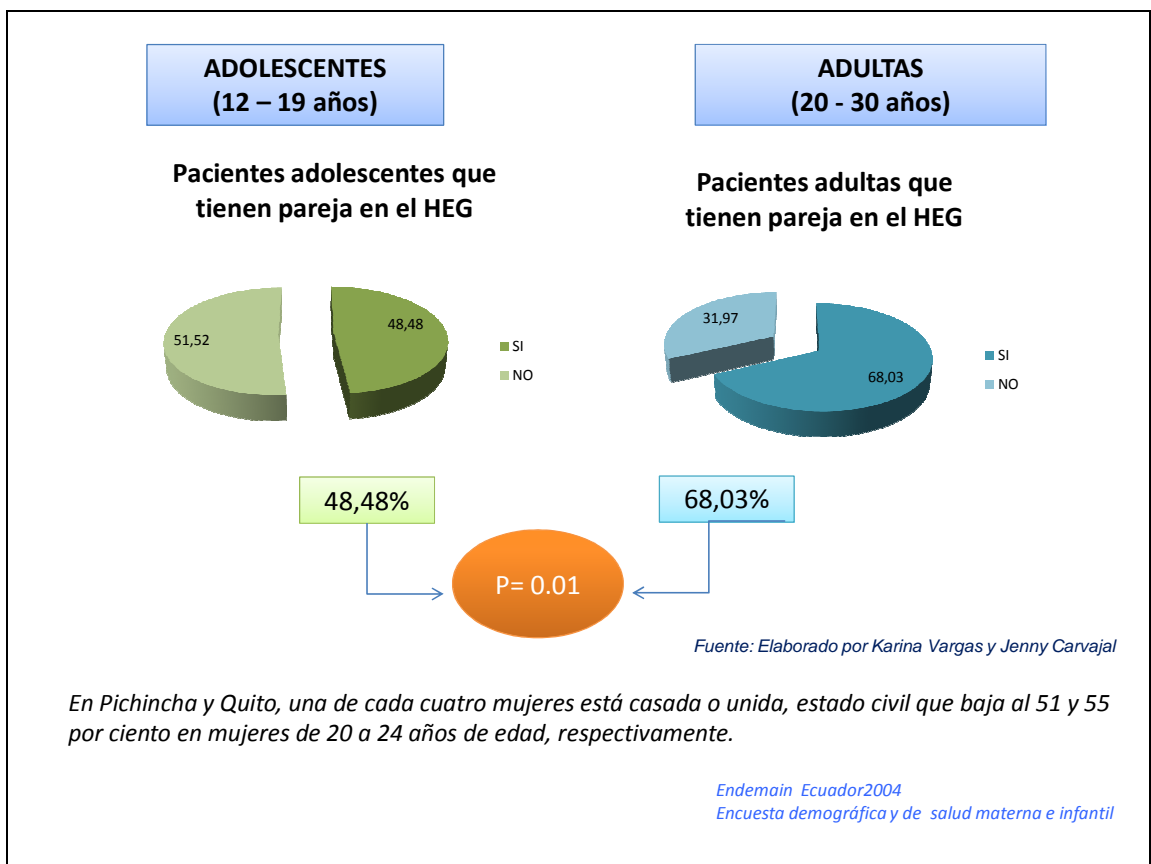
En la planificación familiar, no se encontraron diferencias entre las adolescentes y las adultas de nuestro estudio $p = 0.33$, no es estadísticamente significativo. Por lo tanto las adolescentes tuvieron la misma probabilidad de las adultas de utilizar un método anticonceptivo.

Tiene pareja

	si	No
Adolescente	32 (48.48%)	34 (51.52%)
Adulta	83 (68.03%)	39 (31.97%)

OR: 0.44 (0.23 – 0.81)

Chi (p): 6.09 (0.01)



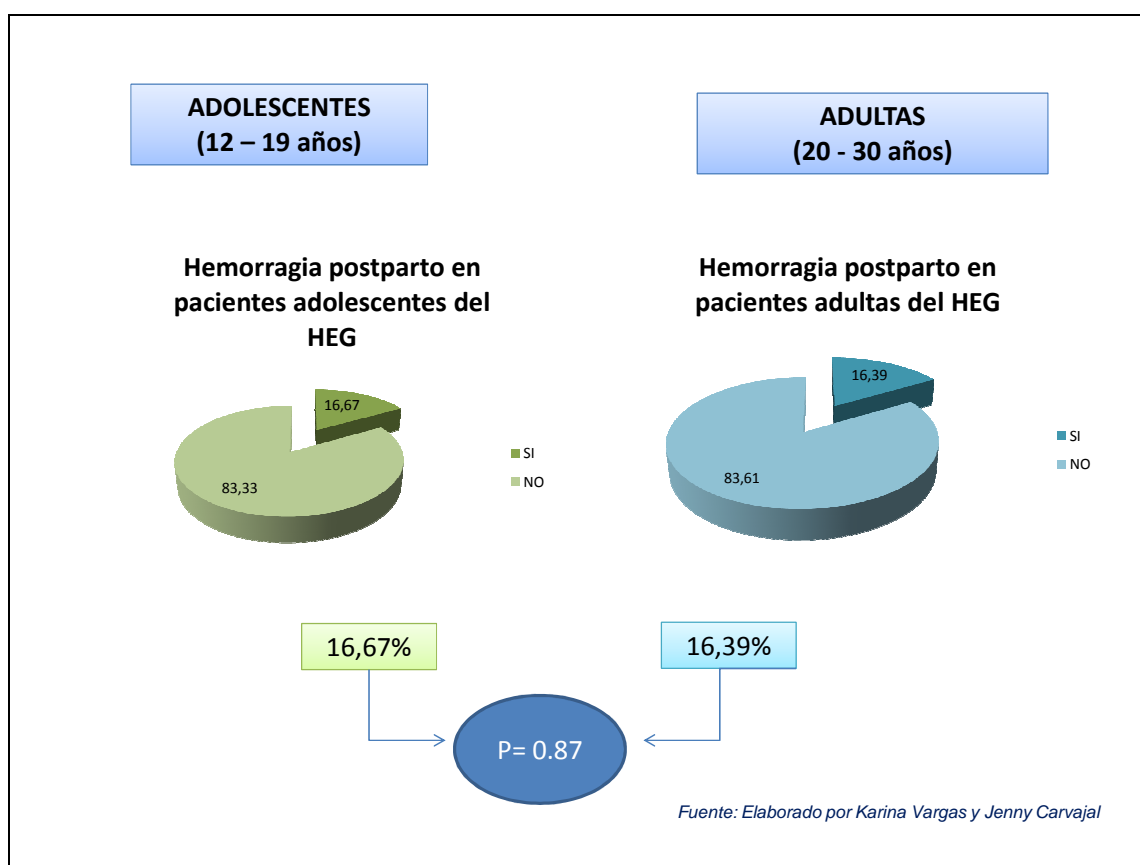
En la variable tiene pareja, se encontraron diferencias entre las adolescentes y las adultas de nuestro estudio $p = 0.01$ es estadísticamente significativa. Por lo tanto las adultas tuvieron mayor probabilidad de tener pareja que las adolescentes del Hospital Enrique Garcés.

Hemorragia posparto

	si	No
Adolescente	11 (16.63%)	55 (83.33%)
Adulta	20 (16.39%)	102 (83.61%)

OR: 1.01 (0.4 – 2.2)

Chi (p): 0.02 (0.87)



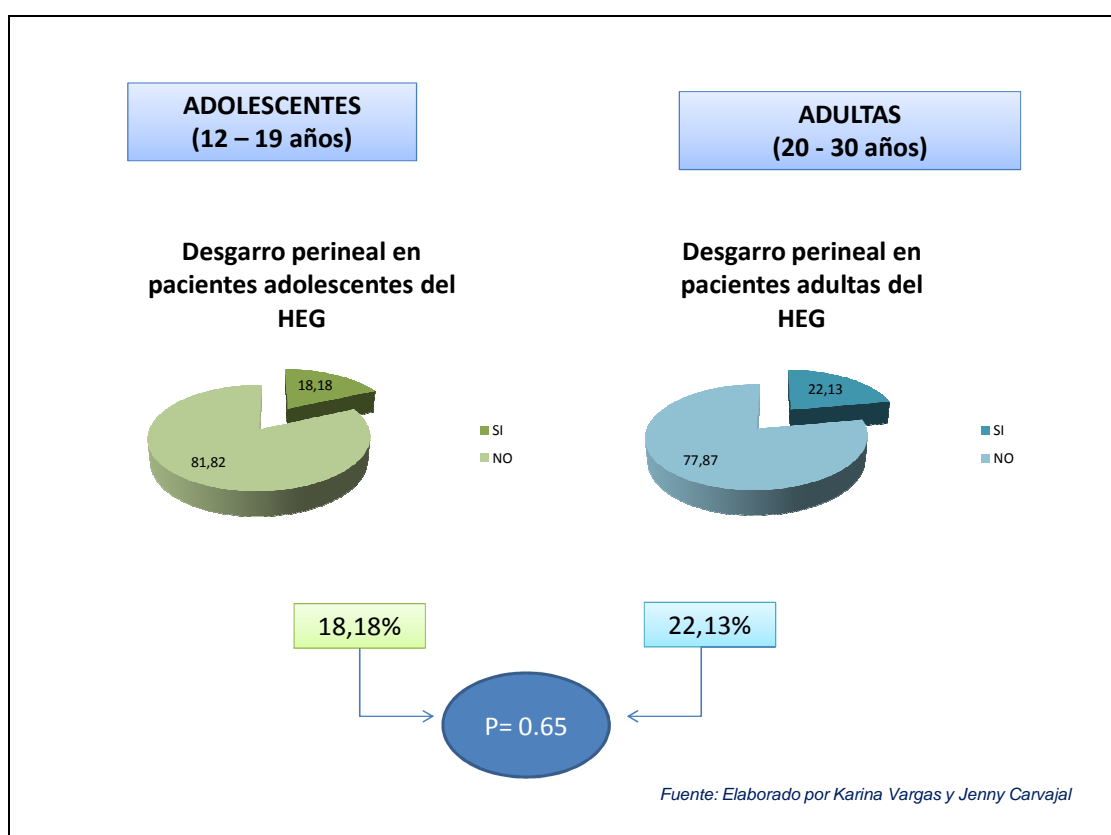
En la variable hemorragia posparto, no se encontraron diferencias entre las adolescentes y las adultas de nuestro estudio $p= 0.87$ no es estadísticamente significativa. Por lo tanto ambos grupos pudieron presentar esta complicación durante la terminación de su embarazo.

Desgarro perineal

	si	No
Adolescente	12 (18.18%)	54 (81.82%)
Adulta	27 (22.13%)	95 (77.87%)

OR: 0.78 (0.3 – 1.6)

Chi (p): 0.22 (0.65)



En la variable desgarro perineal, no se encontraron diferencias entre las adolescentes y las adultas de nuestro estudio $p= 0.65$ no es estadísticamente significativa. Por lo tanto ambos grupos pudieron presentar esta complicación durante el parto, debido a técnica inapropiada o por macrosomía fetal.

REGRESIÓN LOGÍSTICA

Tabla 3: FACTORES DE RIESGO PRENATALES EN ADOLESCENTES PRIMIPARAS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL "ENRIQUE GARCÉS" DE QUITO PERÍODO 2011.

Term	Odds Ratio	95% C.I.	Coefficient	S. E.	Z-Statistic	P-Value
Amenaza de aborto (Yes/No)	1,4057	0,5841 3,3828	0,3405	0,4481	0,7599	0,4473
Amenaza de parto pretérmino (Yes/No)	0,5559	0,1969 1,5694	-0,5871	0,5295	-1,1088	0,2675
anemiaHb<11gdl (Yes/No)	1,6271	0,7702 3,4372	0,4868	0,3816	1,2758	0,2020
Infección de vías urinarias (Yes/No)	1,2067	0,6217 2,3422	0,1879	0,3384	0,5553	0,5787
Infección ovular (Yes/No)	1,3169	0,6472 2,6796	0,2753	0,3625	0,7595	0,4475
Preclampsia (Yes/No)	2,3282	0,5452 9,9422	0,8451	0,7407	1,1409	0,2539

Al analizar los resultados de las variables mencionadas, encontramos que en nuestro grupo de estudio, tanto las adolescentes como las adultas, presentaron la misma probabilidad de amenaza de aborto, amenaza de parto pretérmino, anemia, infección de vías urinarias, infección ovular y preclampsia. Lo que nos indica que, las adolescentes no deben ser identificadas como factor de riesgo para presentar estas patologías.

Tabla 4: DATOS RELEVANTES EN LA HISTORIA CLÍNICA PERINATAL EN PACIENTES ADOLESCENTES PRIMIPARAS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL "ENRIQUE GARCÉS" DE QUITO PERÍODO 2011.

Term		Odds Ratio	95% C.I.	Coefficient	S. E.	Z-Statistic	P-Value
Antecedentes familiares (Yes/No)		1,1145	0,5122 2,4252	0,1084	0,3967	0,2733	0,7846
Antecedentes patológicos personales (Yes/No)		0,3190	0,0562 1,8126	-1,1425	0,8864	-1,2890	0,1974
Escolaridad (Yes/No)	>9años	0,1643	0,0813 0,3320	-1,8061	0,3589	-5,0324	0,0000
Fumadora (Yes/No)	activa	0,0000	0,0000 >1.0E12	-13,1501	292,0646	-0,0450	0,9641
Fumadora (Yes/No)	pasiva	2,1779	0,8509 5,5743	0,7784	0,4795	1,6233	0,1045
ocupación (Yes/No)		0,4367	0,2187 0,8718	-0,8285	0,3527	-2,3488	0,0188

Al comparar las variables relacionadas con la historia perinatal encontramos que la mayoría de adolescentes suspendieron sus estudios temporalmente y permanecen en su hogar, sin embargo el resultado de $p < 0.05$ en relación con la escolaridad mayor de 9 años, demuestra que las adolescentes no tienen un grado de instrucción secundaria mientras que las adulta sí. Por lo tanto, podríamos decir que el embarazo en la adolescencia sigue siendo un impedimento para mejorar las condiciones educativas, económicas y sociales de la mujer. En el caso de que no retomaran sus estudios. En las jóvenes, el matrimonio y la maternidad precoz limitan en alto grado las oportunidades de educación y empleo en las adolescentes del Hospital Enrique Garcés.

Tabla 5: CONTROLES PRENATALES EN PACIENTES EMBARAZADAS ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL "ENRIQUE GARCÉS" DE QUITO PERÍODO 2011.

Term	Odds Ratio	95%	C.I.	Coefficient	S. E.	Z-Statistic	P-Value
Controles prenatales (Yes/No)	0,8094	0,1054	6,2139	-0,2115	1,0400	-0,2034	0,8389
Controles prenatales > 5 (Yes/No)	0,5311	0,2630	1,0724	-0,6329	0,3585	-1,7651	0,0775
Controles prenatales Privado (Yes/No)	0,4217	0,1586	1,1216	-0,8634	0,4991	-1,7300	0,0836

Al analizar los datos de esta tabla podemos observar que tanto en las adolescentes como en las adultas el realizarse más de 5 controles dato establecido por la OMS, no muestra diferencias estadísticamente significativas.

TABLA 6: RELACIÓN DE LA EDAD DE INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA CON PACIENTES PRIMIPARAS ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL "ENRIQUE GARCÉS" DE QUITO PERÍODO 2011.

Descriptive Statistics for Each Value of Crosstab Variable

	Obs Total	Mean	Variance	Std Dev		
Yes	66	1028,0000	15,5758	1,5096	1,2286	
No	122	2272,0000	18,6230	7,7079	2,7763	
	Minimum	25%	Median	75%	Maximum	Mode
Yes	13,0000	15,0000	16,0000	16,0000	18,0000	15,0000
No	14,0000	17,0000	18,0000	20,0000	29,0000	17,0000

Mann-Whitney/Wilcoxon Two-Sample Test (Kruskal-Wallis test for two groups)

Kruskal-Wallis H (equivalent to Chi square) = 67,2622
 Degrees of freedom = 1
 P value = 0,0001

Según este análisis no se encontró que las adolescentes inicien su vida sexual antes que las adultas, sin embargo la mediana de edad del inicio de vida sexual en las adolescentes es a los 16 años mientras que en las adultas es de 18 años, la tendencia al adelantamiento de la edad de inicio de la pubertad que se está produciendo. Esta capacidad reproductiva a edades más tempranas implicaría también una disociación entre la maduración psicológica y la sexual que, a su vez, conlleva un mayor riesgo de embarazo en edades escolares.

Capítulo IV

DISCUSIÓN

En el estudio realizado en el Hospital Enrique Garcés de la ciudad de Quito, en el servicio de Ginecología y Obstetricia, al comparar la terminación del parto por cesárea entre adolescentes vs adultas se encontró que no hay una diferencia significativa en estos grupos de estudio y que tanto las adolescentes como las adultas tiene la misma probabilidad de terminar su parto por cesárea. Al analizar algunos estudios se encontró similares resultados, por ejemplo, en el estudio realizado en Bogotá, Colombia publicado en el año 2005, en la Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología¹, el cual indica que el ser adolescente es un factor protector que disminuye el riesgo de terminación del parto por cesárea. En el estudio, “Adolescents pregnancies: maternal and fetal outcomes”², indica que la terminación del embarazo en adolescente en cesárea es menor que en las adultas con una relación (36.7% vs 51.4%) respectivamente, con un valor de $p < 0.05$. Así también en el grupo de adolescentes que participaron en el estudio Teenage pregnancy: Are teenagers a risk group?³, se demostró que

¹ DRS. VIGIL DE GARCÍA PAULINO; ARIAS TOMÁS; LEZCANO GERARDO; CABALLERO LUIS; CHONG JOSÉ G; DE MENDIETA ARIS; BRAVO RAÚL; NAVARRO ELIECER Y URRIOLO CRISTOLA. “**EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN REPÚBLICA DE PANAMÁ**” Revista de Ginecología y Obstetricia. Caracas, Venezuela. vol. 67 N° 2. Junio 2007.

² CANDAN İLTEMİR DUVAN, NILGÜN ÖZTÜRK TURHAN, YÜKSEL ONARAN, İLKNUUR İNEGÖL GÜMÜŞ, HILAL YUVACI, ELIF GÖZDEMİR FATİH UNIVERSITY FACULTY OF MEDICINE DEPARTMENT OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY, ANKARA. **ADOLESCENT PREGNANCIES: MATERNAL AND FETAL OUTCOMES**. The New Journal of Medicine 2010;27: 113-116

³ SHABNAM NAZ, REHANA PARVEEN, AFSHAN BHATTI, RAFIA BALOCH, MOHAMMAD HANIF M.Phil **TEENAGE PREGNENCY: ARE ADOLESCENT TEENAGERS A HIGH RISK GROUP?** SUPLEMENTE OBSTETRICS & GYNAECOLOGY, MEDICAL CHANEL. VOL 16 N°1, JANUARY - MARCH 2010

las adolescentes tienen menor riesgo de terminar embarazo en cesárea. A su vez en el estudio realizado entre las madres adolescentes y la población general, Hospital J. R. Vidal, reportó en cuanto a la forma de terminación de embarazo en cesárea, se observó un menor porcentaje en madres adolescentes (22,13%) en relación al resto de las madres adultas (25,37%).⁴ Finalmente el resultado del estudio realizado en el Hospital de Maternidad Rafael Calvo⁵, indica el porcentaje de partos normales fue de 81,64% para las adolescentes y de 63,92% para el grupo de las adultas; las cesáreas un 10,12% del grupo de estudio (adolescentes) y un 25,94% en los controles (adultas), por lo tanto el promedio de cesáreas fue menor en adolescentes. Al realizar un análisis comparativo de estos estudios con nuestros datos encontramos coincidencias en los resultados antes mencionados, como es el hecho de que una adolescente tiene igual probabilidad de presentar factores de riesgo asociados a su embarazo, así como terminar su embarazo por cesárea, como fue el resultado obtenido por nosotros en un porcentaje de 25,75% en adolescentes vs 29,50% en adultas.

Sin embargo otros autores consideran que las adolescentes jóvenes están más expuestas a presentar efectos negativos (complicaciones maternas y fetales), durante su embarazo y terminación del parto por cesárea, como lo indica el estudio realizado en Lima Perú, que reporta que la tasa de cesárea fue 41,5% y la incidencia de cesáreas aumentó en la

⁴ Analía Soledad Lezcano, María Selva Vallejos Arce. Dr. Hipólito Soderó **ESTUDIO COMPARATIVO DEL BAJO PESO AL NACER, DEPRESIÓN AL PRIMER MINUTO Y TERMINACIÓN CESÁREA ENTRE MADRES ADOLESCENTES Y LA POBLACIÓN GENERAL. HOSPITAL "J. R. VIDAL"**. División Maternidad. Sector Obstetricia. Corrientes, 2005

⁵ Alvaro Moterosa- Castro, MD Merizalde Arias Martínez. **"PARTOS VAGINALES Y CESÁREAS EN ADOLESCENTES: COMPORTAMIENTO ENTRE 1993 Y 2005 HOSPITAL DE MATERNIDAD RAFAEL CALVO, CARTAGENA COLOMBIA"** Revista Colombiana de Ginecología y Obstetricia Vol 58 N°2 Año 2007.

adolescente de 17 años o menos⁶, datos que no coinciden con los obtenidos en nuestro estudio, puesto que en la población de adolescentes estudiada del Hospital Enrique Garcés, de las 66 pacientes que correspondían a este grupo etáreo, la mediana de edad fue de 18 años, es decir el 84.84% de las adolescentes se encontraban en la etapa de adolescencia tardía (entre los 17 a 19 años de edad).

De la lectura realizada se reporta un aumento de la incidencia de los partos operatorios en las edades tempranas, lo cual podría deberse a la inmadurez o incompleto desarrollo del canal del parto. Como se indica en el estudio realizado en Argentina, publicado en la revista Médica del Noreste en el año 2004⁷, donde se muestra que 70% de las cesáreas ocurre en pacientes adolescentes, siendo la mayoría menores de 19 años. Con este dato se consideraría a la adolescente como factor de riesgo para la terminación de su embarazo en cesárea, mas en nuestro estudio las adolescentes y las adultas están en iguales condiciones.

La edad promedio de las adolescentes atendidas en la población de el Hospital General Enrique Garcés, fue 18 años (84,84%), habiéndose atendido una adolescente de 13 años, 3 de 14 años y 6 de 15 años, datos que correspondieron al 15,15%. La edad promedio fue similar a otros

⁶ URBINA CLAUDIA Y PACHECO JOSÉ. "EMBARAZO EN ADOLESCENTES" Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Red Asistencial Rebagliati, Es Salud. Lima, Perú. Rev Per Ginecol Obstet. 2004. p.52(1) y p.118-123

⁷ Avanza MJ; Sosa, TR; Giusti, SA, Alegre C, Benitez A, Rivero MI. Servicio de Toco ginecología del Hospital Llano. Corrientes. Argentina. "FRECUENCIA DE INDICACIONES DE CESÁREA EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE UN CENTRO HOSPITALARIO." Revista Médica del Nordeste 2004

estudios. Como en el realizado en Lima Perú “Embarazo en adolescentes”⁸ y en el estudio “Adolescent Pregnancy: Materna and fetal outcomes”⁹.

En nuestro estudio, con referencia al estado civil, debido a las características socioeconómicas y culturales de las gestantes que acuden a esta institución las embarazadas adolescentes no tuvieron un compromiso estable; en lo cual se encontró un valor estadísticamente significativo $p= 0.01$, es decir, la mayoría de adolescentes no tiene pareja, mientras que las adultas sí. A diferencia del resultado obtenido en el estudio sobre la caracterización del la gestante adolescente, en donde se reporta que la mayoría de adolescentes su estado civil es acompañada.¹⁰

En relación a los controles prenatales en este estudio no se encontró una relación estadísticamente significativa. Es decir, tanto las adolescentes como las adultas de esta población estudiada, pueden o no tener controles prenatales. Aún así debemos reflexionar que, el asistir al control prenatal permite identificar los posibles factores de riesgo que pueden presentar las adolescentes, pero a su vez, el lugar y personal de salud de donde se lo realice es importante, ya que si consideramos el dato obtenido en el estudio realizado en Bogotá, “Estudio Analítico del resultado de embarazo en adolescentes y mujeres de 20 años a 29

⁸ URBINA CLAUDIA Y PACHECO JOSÉ. “EMBARAZO EN ADOLESCENTES” Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Red Asistencial Rebagliati, Es Salud. Lima, Perú. Rev Per Ginecol Obstet. 2004. p.52(1) y p.118-123

⁹ Candan Iitemir duvan, Nilgün Öztürk Turhan, Yüksel Onaran, İlknur İnegöl GÜMÜŞ, Hilal Yuvaci, Elif GÖZDEMİR Fatih University Faculty of Medicine Department of Obstetrics and Gynecology, Ankara. **ADOLESCENT PREGNANCIES: MATERNAL AND FETAL OUTCOMES**. The New Journal of Medicine 2010;27: 113-116

¹⁰ Dra. Liliam Susana Fernández, Dr. Eugenio Carro Puig , Dra. Dalia Osés Ferrera y Dra. Julia Pérez Piñero " Caracterización de la gestante adolescente Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana Facultad "Julio Trigo López". Hospital "Julio Trigo López" Rev Cubana Obstet Ginecol 2004;30(2)

años¹¹, que considera el hecho de que una paciente aparezca con control prenatal, no indica que éste haya sido completo y adecuado, solo nos refiere que asistió a consulta. A su vez el Estudio “Characteristics risk factors for adverse birth outcomes in pregnant black adolescents”, se identificó que las adolescentes, presentan más tendencia a tener uso inadecuado del control prenatal¹². A pesar de no haber obtenido un resultado similar, todas las adolescentes de nuestro estudio tuvieron al menos 1 control prenatal.

Nosotros no encontramos diferencias significativas entre los factores de riesgo de presentar anemia, infección de vías urinarias, amenaza de aborto, amenaza de parto prematuro, en las adolescentes del Hospital General Enrique Garcés. El estudio realizado en Hospital Salvador en Chile¹³, reporta en sus resultados que las infecciones del tracto urinario estuvieron presentes en el 13,29% de las embarazadas adolescentes, porcentaje que fue cercano al doble de lo presentado en el grupo de las adultas, donde la infección urinaria alcanzó un 6,96%.

Varios estudios refieren una estrecha relación entre las adolescentes que se embarazan antes de los 5 años posteriores a la menarquía y la aparición de diferentes enfermedades que son propias del embarazo, principalmente la hipertensión inducida por el embarazo, como lo

¹¹ AMAYA JAIRO; MD. BORRERO CLAUDIA Y MD. UCRÓS, SANTIAGO; M.D “ESTUDIO ANALÍTICO DEL RESULTADO DE EMBARAZO EN ADOLESCENTE Y MUJERES DE 20 A 29 AÑOS” Revista Colombiana de Ginecología y Obstetricia vol. 56 N° 3. Bogotá julio/septiembre 2005.

¹² Chang SC, O'Brien KO, Nathanson MS, Mancini J, Witter FR. **Characteristics and risk factors for adverse birth outcomes in pregnant black adolescents.** Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, 615 N. Wolfe Street, Room 2041, Baltimore, MD 21205-2179, USA. June 2003

¹³ Drs. Angélica Díaz, Pablo Sanhueza R, Sra. Nicole Yaksic B. **RIESGOS OBSTETRICOS EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE: ESTUDIO COMPARATIVO DE RESULTADOS OBSTETRICOS Y PERINATALES CON PACIENTES EMBARAZADAS ADULTAS** Departamento y Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Salvador, Universidad de Chile Rev. chil. obstet. ginecol. v.67 n.6 Santiago 2002

indican los Doctores Balestan, en su estudio “Impacto de la menarquía en los resultados maternos perinatales en la adolescencia”¹⁴. En nuestro estudio se encontró que las adolescentes inician su vida sexual en < de 2 años de haber tenido su menarquía.

En cuanto a la edad de inicio de las relaciones sexuales según grupos etarios, en nuestro estudio se presenta que las adolescentes inician su vida sexual en una edad mediana de 16años. ¹⁵. Dato que se relaciona con el estudio “Adolescencia e inicio precoz de las relaciones sexuales”, en donde reporta que el mayor porcentaje de adolescentes comprendidos entre 12 y 16 años, iniciaron sus relaciones antes de los 16 años.

Cuando se obtuvo el resultado de la variable ocupación trabajo en casa, se encontró que las adolescentes de Hospital Enrique Garcés tuvieron mayor probabilidad de permanecer en casa, trabajando en quehaceres domésticos. Este resultado concuerda con el obtenido en el estudio “Embarazo adolescente riesgo en la salud infantil”¹⁶, que indica el 66% de las adolescentes son amas de casa. A su vez se encontró similar resultado en el estudio realizado el en Hospital

¹⁴ Dr. Jorge M. Balestena Sanchez y Dra. Sonia Balestena Sàhnchez. **IMPACTO DE LA MENAQUIA EN LOS RESULTADOS MATERNOS PERINATALES EN LA ADOLESCENCIA.** Hospital Universitario “Abel Santamaria” Pinar del Rio. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecologia 2005

¹⁵ Dr. Rafael Abreu Naranjo. Dr. Olivia Reyes Amat, Dr. George García Rodríguez, Dra. Maricel León Jorde, Lic, María Naranjo León. **ADOLESCENCIA E INICIO PRECOZ DE LAS RELACIONES SEXUALES. ALGUNOS FACTORES DESDENCADENANTES.** Gaceta Médica Espirituana 2008; 10(2)

¹⁶ Rafael Antonio León Allocca, Desiree del Carmen Méndez Brenderbache, Yiken Karelys Ng Wong, Liliana, Margarita Parra Lembo, Jeliel Victoria Peña Yhasyhas, Alejandro Rísquez **EMBARAZO EN ADOLESCENTE COMO FACTOR DE RIESGO EN LA SALUD INFANTIL.** Ambulatorio el Valles. Caracas 2007.

Universitario de Santander, Bucaramanga (Colombia) 2006, el cual indica que el 54% (46/85) se desempeñaba como ama de casa¹⁷.

Concluimos en nuestro estudio que tanto las adolescentes como las adultas tienen igual probabilidad de terminar su embarazo por cesárea. Es por ello que creemos importante mejorar el sistema de educación sexual y planificación familiar para disminuir el embarazo en adolescentes, ya que esto representa una crisis para la adolescente y para su familia. Priva a las adolescentes a continuar su instrucción educativa.

Como recomendación consideramos que la adolescente no debe ser atendida como adulta, es importante que el personal de salud desarrolle estrategias coordinadas con los gobiernos locales a través de las comisiones municipales de la adolescencia y de otros mecanismos para abrir espacios que aportarán como sector salud a una visión compartida para que los adolescentes sean capaces de identificar los principales factores de riesgo durante el embarazo.

Es fundamental también; promover, planificar, desarrollar y evaluar actividades de información, educación, en el ámbito comunitario y también en cada una de las unidades de salud para crear conciencia sobre los diferentes problemas de salud. Para garantizar el enfoque multisectorial de los gobiernos municipales y otras instituciones es fundamental la

¹⁷ Argénida Blanco-Gómez, M.D.*, Fidel Latorre-Latorre, M.D, Sonia Osma-Zambrano, M.D. Ximena Juliana Monturiol-Durán, M.D., Miguel Ángel Medina-Pabón, M.D., Lina Marcela Quintero-Díaz, M.D., Erlith Patricia Alfonso-Hernández **PREVALENCIA DE PARTOS EN LA ADOLESCENCIA Y FACTORES ASOCIADOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER, BUCARAMANGA (COLOMBIA) 2006.** Estudio de corte transversal. Rev Colomb Obstet Ginecol vol.61 no.2 Bogotá Apr./June 2010

participación para el trabajo con adolescentes. Para mejorar la atención de las adolescentes el gobierno debe cambiar su visión de perspectiva y crear oportunidades educativas que faciliten los espacios y que permitan compartir, intercambiar, comunicarse, reflexionar, y aprender, entre los adolescentes.

Capítulo V

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

1. Keith L. Moore, Arthur F. Dalley, Anne M. R. Agur, **ANATOMIA CON ORIENTACION CLINICA**, Sexta Edición 2010.
2. Gerard J. Tortora, Bryan Derrickson, **PRINCIPIOS DE ANATOMIA Y FISIOLOGIA**, Decimo Primera Edición Mexico D.F 2007
3. Leon Speroff, M.D. Marc A. Fritz, M.D., **ENDOCRINOLOGIA GINECOLOGIA CLINICA Y ESTERILIDAD**, Segunda Edición, España 2006.
4. Jonathan S. Berek,MD,MMS, **GINECOLOGIA DE NOVAK**, Decima Cuarta Edición, Philadelphia, 2007.
5. Alan H. DeCherney, Lauren Nathan, T. Murphy Goodwin, Neri Laufer, **DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO GINECOOBSTETRICOS**, Universidad la Salle Decima Edición, México D.F 2007.
6. Mark Morgan MD, NMS **GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**, University of Pennsylvania Medical Center Philadelphia, Pennsylvania, Sam Siddighi, Loma Linda Medical Center Loma Linda California; Quinta Edición, Mexico D.F. 2005.
7. F. Gary Cunningham,MD, Larry C. Gilstrap III.MD, F., Noraman F. Gant, MD, John C. Hauth,MD, Kenneth J. Leveno,MD, Katharine D. Wenstrom, MD, Willians **OBSTETRICIA**, Seccion I, Vigesima Primera Edición Madrid 2002.
8. Sistema Nacional de Salud CONASA, **GUIA TÉCNICA PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO CULTURALMENTE ADECUADO**. Agosto del 2008

9. Larry C. Gilstrap III.MD, F. Gary Cunningham, MD, J. Peter Van Dorsten, **URGENCIAS EN SALA DE PARTOS Y OBSTETRICIA QUIRURGICA**, MD Segunda Edicion, Buenos Aires 2004.
10. Jonh A. Rock, MD, Howar W. Jones III,MD, **GINECOLOGIA QUIRURGICA**, Novena Edición, Buenos Aires 2006.
11. Lynn P. Parker, Joseph Bruner, **CIRUJIA GINECOLOGICA EN OBSTETRICIA**, Novena Edición Buenos Aires 2006
12. John P. Cloherty, M.D., Eric C. Eichenwald,M.D., Ann R. Stark, M.D., **MANUAL DE NEONATOLOGIA**, Sexta Edicion, Barcelona, 2008.
13. Tatiana B guerrero Sáez, **DISTOCIAS DINÁMICAS: CONDUCTA**. Servicio de obstetricia y ginecología Hospital Universitario Virgen de las Nieves Granada
14. Mauro Parra C.1, Lorena Quiroz V.1, Manuel Schepeler S.1, Ximena Calvo P.a, Pilar Pérez C.a, Ricardo Díaz S.1, Jorge Pasten M.1, **EVALUACIÓN GRÁFICA DEL PARTOGRAMA EN PRIMIGESTAS CON MANEJO MÉDICO DEL TRABAJO DE PARTO**. Departamento de Ginecología y Obstetricia, Unidad de Medicina Fetal, Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Revista Chilena de Ginecologia y Obstetricia 27000(51;) :780-(111)
15. Xiomara González de Ch., Omaira Abouassi, Alvaro Vargas, Félix Barrios, Guillermina Salazar de D., **IMPACTO DEL PARTOGRAMA EN LA ATENCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO**. Mayo 2003
16. Dr. Danilo Nápoles Méndez, Dra. Amelia Emilia Bajuelo Páez, Dra. María del Socorro Téllez Córdova y Dra. Dayana Couto Núñez, **EL PARTOGRAMA Y LAS DESVIACIONES**

DEL TRABAJO DE PARTO, HOSPITAL CLINICOQUIRÚRGICO DOCENTE "JUAN BRUNO ZAYAS" MEDISAN 2004;8(4):64-72

17. Guzmán JM y cols, 2001., **CONSORCIO LATINOAMERICANO DE ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA. POPULATION ACTION INTERNATIONAL, 2001.**
18. Diaz, Angélica; Sanhueza Anhueza R, Pablo; Yaksicb,, Nicole. **RIESGOS OBSTRICOS EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE.** Rev. chil. obstet. ginecol., Santiago, v. 67, n. 6, 2002
19. Balestena Sánchez JM, Balestena Sánchez SG. **IMPACTO DE LA MENARQUÍA EN LOS RESULTADOS MATERNOS PERINATALES EN LA ADOLESCENCIA.** 2005 [25 de noviembre de 2005]; 31(1).
20. Fernández LS, Carro Puig E, Osés Ferrera D, Pérez Piñero J. **CARACTERIZACIÓN DE LA GESTANTE ADOLESCENTE.** 2004 [25 de noviembre de 2005]; 30(2).
21. Lron Allocca, Rafael Antonio, Mendez Brenderbache, Desiree del Carmen, Wong, Yiken Karelys Ng et al. **EMBARAZO ADOLESCENTE COMO FACTOR DE RIESGO EN LA SALUD INFANTIL: AMBULATORIO EL VALLE.** Caracas, 2007. CIMEL. [online]. 2009, vol.14, no.1, p.42-48.
22. Bojanini B., Juan Fernando and Gomez D., Joaquín Guillermo. **OBSTETRICAL AND PERINATAL RESULTS IN ADOLESCENTS.** Rev Colomb Obstet Ginecol. [online]. Apr./June 2004, vol.55, no.2 [cited 30 January 2011], p.114-121.
23. Serrano G., Dajhana C. Rodríguez A., Nardys M. **EMBARAZO EN ADOLESCENTES.** Fecha de publicación oct-2008.
24. Blanco Gomez, Argénida, La Torre, Fidel, Osma-zambrano, Sonia et al. **A CROSS-SECTIONAL STUDY OF CHILDBIRTH PREVALENCE IN ADOLESCENTS AND ASSOCIATED FACTORS IN THE SANTANDER TEACHING HOSPITAL, BUCARAMANGA, Colombia, 2006.**

- Rev Colomb Obstet Ginecol. [online]. Apr./June 2010, vol.61, no.2 [cited 30 January 2011], p.113-120.
25. María Gabriela Ulanowicz, Karina Elizabeth Parra, Gisela Elizabeth Wendler, Dra. Lourdes Tisiana Monzón, **RIESGOS EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE**, Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina - N° 153 – Enero 2006 Pág. 13-17.
26. Valdés Dacal S, Essien J, Bardales Mitac J, Saavedra Moredo D, Bardales Mitac E. **EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA. INCIDENCIA, RIESGOS Y COMPLICACIONES**. RCOG. [en línea] 2002 [25 de noviembre de 2005]; 28(2).
27. Sáez Cantero Viviana. **EMBARAZO Y ADOLESCENCIA**. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología , Mayo-Agosto 2005, Volúmen 31, Número 2.
28. Molina S, Marta et al . **EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA Y SU RELACIÓN CON LA DESERCIÓN ESCOLAR**. Rev. méd. Chile, Santiago, v. 132, n. 1, Jan. 2004 .
29. Patricia Pavón-León, Ma. del Carmen Gogeochea-Trejo, Lilia Irene Durán-González, José Becerra-Aponte , **COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN UN HOSPITAL DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**, Vol 3. Núm. 1 Enero - Junio 2003
30. Martínez, Jessica. **FACTORES MATERNOS RELACIONADOS CON EL PARTO PRETÉRMINO Y SU REPERCUSIÓN EN EL NEONATO: HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE: 2002 -2006**. Rev Per Obst Enf. [online]. jul./dic. 2007, vol.3, no.2 [citado 30 Enero 2011], p.115-125.
31. *F.R.G Ximenes Neto, M.S. Marques, J. Rocha*, **PROBLEMAS VIVIDOS POR DURANTE LA GESTACIÓN** .Vol 7, No 12 (2008)

32. González C., José A, Gonzalez G., Rilke I, **INDICACIONES DE CESAREA SEGMENTARIA EN ADOLESCENTES, SALA DE PARTOS; HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. LUISRAZETTI**, Barcelona, Anzoateguienero-diciembre 2007
33. Dr. Evelio Cabezas Cruz, **MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL EN ADOLESCENTES**, Revista Cubana Obstetricia y Ginecología 2002;28(1):5-10.
34. Saavedra Moredo² y Dra. Edith Bardales Mitac **EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA INCIDENCIA, RIESGOS Y COMPLICACIONES**. Rev Cubana Obstet Ginecol 2002;28(2):84-8.
35. Soto Martinez , Oscar et al. **EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA Y CONOCIMIENTOS SOBRE SEXUALIDAD**. Rev Cubana Med Gen Integr [online]. 2003, vol.19, n.6 [citado 2011-01-30], pp. 0-0 .
36. José Luis Rangel, L Valerio, J Patiño, M García¹ **FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LA ADOLESCENTE EMBARAZADA**, „Volumen 4 7, Número 1 Enero-Febrero 2004.
37. SCHWARZ, R. **OBSTETRICIA DE SCHWARZ**. 6ta ed. Buenos Aires: Ateneo, 2005. pp. 193-229
38. Tay, F; Puell, L. **EMBARAZO EN ADOLESCENTE: COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS**. Revista de Obstetricia. 25 (3): 42-45. Marzo 2004 .
39. Manrique, Riscarle, Rivero, Airlen, Ortunio, Magaly et al. **PARTO PRETÉRMINO EN ADOLESCENTES**. Rev Obstet Ginecol Venez. [online]. Sept. 2008, vol.68, no.3 [cited 12 December 2010], p.141-143.
40. URBINA CLAUDIA Y PACHECO JOSÉ. **“EMBARAZO EN ADOLESCENTES”** Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Red Asistencial Rebagliati, Es Salud. Lima, Perú. Rev Per Ginecol Obstet. 2004. p.52(1) y p.118-123

41. AMAYA JAIRO; MD. BORRERO CLAUDIA Y MD. UCRÓS, SANTIAGO; M.D **“ESTUDIO ANALÍTICO DEL RESULTADO DE EMBARAZO EN ADOLESCENTE Y MUJERES DE 20 A 29 AÑOS”** Revista Colombiana de Ginecología y Obstetricia vol. 56 N° 3. Bogotá julio/septiembre 2005.
42. DRS. VIGIL DE GARCÍA PAULINO; ARIAS TOMÁS; LEZCANO GERARDO; CABALLERO LUIS; CHONG JOSÉ G; DE MENDIETA ARIS; BRAVO RAÚL; NAVARRO ELIECER Y URRIOLA CRISTOLA. **“EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN REPÚBLICA DE PANAMÁ”** Revista de Ginecología y Obstetricia. Caracas, Venezuela. vol. 67 N° 2. Junio 2007.
43. Eure CR, Lindsay MK, Graves WL. **RISK OF ADVERSE PREGNANCY OUTCOMES IN YOUNG ADOLESCENT PARTURIENTS IN AN INNER-CITY HOSPITAL.** Am J Obstet Gynecol. 2002; 188:918-920.
44. Avanza MJ; Sosa, TR; Giusti, SA, Alegre C, Benitez A, Rivero MI. Servicio de Toco ginecología del Hospital Llano. Corrientes. Argentina. **“FRECUENCIA DE INDICACIONES DE CESÁREA EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE UN CENTRO HOSPITALARIO.”** Revista Médica del Nordeste 2004
45. Alvaro Moterrosa- Castro, MD Merizalde Arias Martinez. **“PARTOS VAGINALES Y CESÁREAS EN ADOLESCENTES: COMPORTAMIENTO ENTRE 1993 Y 2005 HOSPITAL DE MATERNIDAD RAFAEL CALVO, CARTAGENA COLOMBIA”** Revista Colombiana de Ginecología y Obstetricia Vol 58 N°2 Año 2007.
46. N Ramón Alberto Salinas Avalos, Fernando Martín Zunino Pradier, Veronica A Locatelli Dra. Griselda Itatí Abreo **“VÍAS DE TERMINACIÓN DEL EMBARAZO ADOLESCENTE VERSUS EMBARAZO ADULTO”** HOSPITAL **“DR. JOSÉ R. VIDAL”**, División Maternidad, Sector Obstetricia. Corrientes, Argentina, Año 2008

47. María Laura Bayer, Silvina Beatriz Barbosa Galeano, Stella María Benitez de Hepp. Dra Noelia Alejandra Fochesatto Servicio de Obstetricia. **NACIMIENTO EN PACIENTES MENORES DE 20 AÑOS EN EL HOSPITAL “DR. MADARIAGA”** Posadas Misiones. Realizado En la división Maternidad. Servicio de Obstetricia Posadas, Misiones 2008.
48. Analía Soledad Lezcano, Maria Selva Vallejos Arce. Dr. Hipólito Soderó **ESTUDIO COMPARATIVO DEL BAJO PESO AL NACER, DEPRESIÓN AL PRIMER MINUTO Y TERMINACIÓN CESÁREA ENTRE MADRES ADOLESCENTES Y LA POBLACIÓN GENERAL. HOSPITAL “J. R. VIDAL”**. División Maternidad. Sector Obstetricia. Corrientes, 2005
49. Candan İltemir duvan, Nilgün Öztürk Turhan, Yüksel Onaran, İlknur İnegöl GÜMÜŞ, Hilal Yuvaci, Elif GÖZDEMİR Fatih University Faculty of Medicine Department of Obstetrics and Gynecology, Ankara. **ADOLESCENT PREGNANCIES: MATERNAL AND FETAL OUTCOMES**. The New Journal of Medicine 2010;27: 113-116
50. DIAZ, Angélica; SANHUEZA R, Pablo; YAKSIC B, Nicole. **RIESGOS OBSTETRICOS EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE: ESTUDIO COMPARATIVO DE RESULTADOS OBSTETRICOS Y PERINATALES CON PACIENTES EMBARAZADAS ADULTAS**. Rev. chil. obstet. ginecología, Santiago, volumen. 67, número. 6, 2002.
51. Dra. Viviana Sáez Cantero. **EMBARAZO Y ADOLESCENTES RESULTADOS PERINATALES** Hospital Ginecobstétrico Clodomira Acosta Ferrales Año 2000
52. González C., José A. Gonzalez G., Rilke R **INDICACIONES DE CESÁREA SEGMENTARIA EN ADOLESCENTES, SALA DE PARTOS; HOSPITAL UNIVERSITARIO Dr. LUIS RAZETTI. BARCELONA, ANZOÁTEGUI ENERO - DICIEMBRE 2007** Fecha de publicación : 16-ene-2009

53. Baraldi AC, Daud ZP, Almeida AM, Gomes FA, Nakano AM. **ADOLESCENT PREGNANCY: A COMPARATIVE STUDY BETWEEN MOTHERS WHO USE PUBLIC AND PRIVATE HEALTH SYSTEMS.** University of São Paulo, Ribeirão Preto, College of Nursing, WHO Collaborating Center for Nursing Research Development, Brazil. Rev Lat Am Enfermagem. 2007 Sep-Oct;15 Spec No:799-805.
54. Ribeiro ER, Barbieri MA, Bettiol H, da Silva AA. **COMPARISON BETWEEN TWO COHORTS OF ADOLESCENT MOTHERS IN MUNICIPALITY OF THE SOUTHEASTERN, BRAZIL.** Ribeiro ER, Barbieri MA, Bettiol H, da Silva AA. Departamento de Puericultura e Pediatria, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.
55. Dr. Rafael Abreu Naranjo. Dr. Olivia Reyes Amat, Dr. George García Rodríguez, Dra. Maricel León Jorde, Lic, María Naranjo León. **ADOLESCENCIA E INICIO PRECOZ DE LAS RELACIONES SEXUALES. ALGUNOS FACTORES DESDENCADENANTES.** Gaceta Médica Espirituana 2008; 10(2)
56. **Dra. Liliam Susana Fernández, Dr. Eugenio Carro Puig , Dra. Dalia Osés Ferrera y Dra. Julia Pérez Piñero " CARACTERIZACIÓN DE LA GESTANTE ADOLESCENTE"** Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana Facultad "Julio Trigo López". Hospital "Julio Trigo López" **Rev Cubana Obstet Ginecol 2004;30(2)**
57. Chang SC, O'Brien KO, Nathanson MS, Mancini J, Witter FR. **Characteristics and risk factors for adverse birth outcomes in pregnant black adolescents.** Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, 615 N. Wolfe Street, Room 2041, Baltimore, MD 21205-2179, USA. June 2003

58. Dr. Jorge M. Balestena Sanchez y Dra. Sonia Balestena Sàhnchez. **IMPACTO DE LA MENAQUIA EN LOS RESULTADOS MATERNOS PERINATALES EN LA ADOLESCENCIA.** Hospital Universitario “Abel Santamarìa” Pinar del Río. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología 2005
59. Rafael Antonio León Allocca, Desiree del Carmen Méndez Brenderbache, Yiken Karelys Ng Wong, Liliana, Margarita Parra Lembo, Jeliel Victoria Peña Yhasyhas, Alejandro Rísquez **EMBARAZO EN ADOLESCENTE COMO FACTOR DE RIESGO EN LA SALUD INFANTIL.** Ambulatorio el Valles. Caracas 2007.
60. Argénida Blanco-Gómez, M.D.*, Fidel Latorre-Latorre, M.D, Sonia Osma-Zambrano, M.D. Ximena Juliana Monturiol-Durán, M.D., Miguel Ángel Medina-Pabón, M.D., Lina Marcela Quintero-Díaz, M.D., Erlith Patricia Alfonso-Hernández **PREVALENCIA DE PARTOS EN LA ADOLESCENCIA Y FACTORES ASOCIADOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER, BUCARAMANGA (COLOMBIA) 2006.** Estudio de corte transversal. Rev Colomb Obstet Gineccol vol.61 no.2 Bogotá Apr./June 2010

ANEXOS

HISTORIA CLINICA MATERNO PERINATAL MSP				FECHA DE NACIMIENTO		ETNIA		ALFA BETA		ESTUDIOS		ESTADO CIVIL																											
NOMBRE APELLIDO				dia mes año		Blanca Indígena Mestiza Negra Otrs		ninguna primaria secundaria univers. Años en el mayor nivel		casaca unión libre soltera otro		lugar del control prenatal lugar del parto																											
DOMICILIO TELEF.:				EDAD (años)						vive sola no		N: Historia Clínica																											
LOCALIDAD				< de 15 > de 35																																			
ANTECEDENTES				OBSTÉTRICOS				FIN EMBARAZO ANTERIOR																															
FAMILIARES: TBC, Diabetes, hipertensión, pre-eclampsia, eclampsia, otro cond. Médica grave PERSONALES: cirugía genito-urinaria, Infertilidad, cardiopat, nefropatía, violencia				gestas previas, abortos vaginales, nacidos vivos, cesáreas, nacidos muertos, después lera. sem.				días mes año, EMBARAZO PLANEADO, FRACASO MÉTODO ANTICONCEP.																															
GESTACIÓN ACTUAL				EG. CONFIABLE por FUM Eco.pts.				ANTITETANICA, EX NORMAL, ODONT. MAMAS																															
PESO ANTERIOR, TALLA (cm), FUM, FPP				1º trim., 2º trim., 3º trim.				VIOLENCIA, ANTRUBEOCLA, ANTITETANICA, EX NORMAL, ODONT. MAMAS																															
CERVIX, Inap. Visual, PAP, COLP.				TOXOPLASMOSIS, VIH, TEST DE G. Sullivan, ESTREPTOCOCCO B				SIFILIS, VDRL/RPR, SIFILIS																															
CHAGAS, PALUDISMO/MALARIA, BACTERIURIA, GLUCOSA EN URINAS, TEST DE G. Sullivan				SIGNOS DE ALARMA, exámenes, diagnóstico y tratamiento				Inicates Técnico, próxima cita																															
CONSULTAS ANTEMATALES												Este color significa ALERTA																											
PARTO				ABORTO				HOSPITALIZ. EN EMBARAZO				CORTICOIDES ANTEMATALES				INICIO				RUPTURA DE MEMBRANAS ANTEPARTO				EDAD GEST. al parto				PRESTACIÓN SITUACIÓN				TAMAÑO FETAL ACORDE				ACOMPANANTE			
FECHA DE INGRESO, CONSULTAS PRE-NATALES, CARN...				HOSPITALIZ. EN EMBARAZO				CORTICOIDES ANTEMATALES				INICIO				RUPTURA DE MEMBRANAS ANTEPARTO				EDAD GEST. al parto				PRESTACIÓN SITUACIÓN				TAMAÑO FETAL ACORDE				ACOMPANANTE							
hora, min, Posición de la madre, PA, Pulso, contr.ú				dilatación, altura present., variedad posic., meconio, FCF/días				HTA previa, HTA inducida embarazo, preeclampsia, eclampsia, cardiopatía, nefropatía, diabetes				HTA previa, HTA inducida embarazo, preeclampsia, eclampsia, cardiopatía, nefropatía, diabetes				infec. ovular, infec. Urinaria, Amniosis parto preter., RCIU, rotura prem. de membranas, Anemias, otra cond. grave				infec. ovular, infec. Urinaria, Amniosis parto preter., RCIU, rotura prem. de membranas, Anemias, otra cond. grave				HEMORRAGIA, 1er. Trim., 2do. Trim., 3er. Trim., postparto, infección puerperal, notas				HEMORRAGIA, 1er. Trim., 2do. Trim., 3er. Trim., postparto, infección puerperal, notas											
NACIMIENTOS				POSICIÓN PARTO				DESGARROS				MANEJO ACTIVO				PLACENTA				LIGADURA CORDÓN AL CESAR				INDICACIÓN PRINCIPAL DE INDUCCIÓN O PARTO OPERATORIO				INDUC. OPER.											
MUERTO anteparto, parto, ignora momento				SEÑADA, ACOTADA, CUNGILLALLA				DESGARROS Grado (1 a 4)				MANEJO ACTIVO				PLACENTA				LIGADURA CORDÓN AL CESAR				INDICACIÓN PRINCIPAL DE INDUCCIÓN O PARTO OPERATORIO				INDUC. OPER.											
RECÉN NACIDO				P. CEFALICO				EDAD GESTACIONAL				PESO E.G.				APGAR				FALLECE EN SALA DE PARTO				ATENDIÓ médico obst. enf. auxil. estud. empir. otro				Nombre											
SEXO, PESO AL NACER, LONGITUD				P. CEFALICO				EDAD GESTACIONAL				PESO E.G.				APGAR				FALLECE EN SALA DE PARTO				ATENDIÓ médico obst. enf. auxil. estud. empir. otro				Nombre											
DEFECTOS CONGÉNITOS, ENFERMEDADES				TAMIZAJE NEONATAL				MECONIO				LACTANCIA PRECOZ				EPIFISIACIÓN R.S.				VITAMINA K				PROLAPSUS OCULAR				8. ANTICONCEPCIÓN											
DEFECTOS CONGÉNITOS, ENFERMEDADES				TAMIZAJE NEONATAL				MECONIO				LACTANCIA PRECOZ				EPIFISIACIÓN R.S.				VITAMINA K				PROLAPSUS OCULAR				8. ANTICONCEPCIÓN											
6. EGRESO RN				ALIMENTO AL ALTA				Boca arriba				EGRESO MATERNO				METODO ELEGIDO																							
6. EGRESO RN				ALIMENTO AL ALTA				Boca arriba				EGRESO MATERNO				METODO ELEGIDO																							
Certificado Recién Nacido, Nombre Recién Nacido				Fallece durante o en el lugar de traslado, EDAD días completos				Boca arriba				vivo, fallece, Fallece durante o en lugar de traslado				DIU postevento, ligadura tubaria, natural, DIU, hormonal, otro, ninguna																							
Certificado Recién Nacido, Nombre Recién Nacido				Fallece durante o en el lugar de traslado, EDAD días completos				Boca arriba				vivo, fallece, Fallece durante o en lugar de traslado				DIU postevento, ligadura tubaria, natural, DIU, hormonal, otro, ninguna																							

MSP - H.C.U. Form # 051-2008

ADAPTADO DE LA HISTORIA CLINICA PERINATAL BASE CLAP-OPTIONS

COMPARACIÓN DE PARTOGRAMA ALTERADO, TERMINACIÓN DEL EMBARAZO Y BIENESTAR DEL RECIÉN NACIDO EN PACIENTES PRIMIPARAS ADOLESCENTES y EMBARAZADAS ADULTAS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL "ENRIQUE GARCÉS" DE QUITO PERÍODO 2011.

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

HC:

He recibido información suficiente y clara de porque y para que van a utilizar esta información confidencial de mis datos personales y el desarrollo de mi labor de parto.

He comprendido que esta información es parte de la investigación para la aprobación de tesis de grado de Médico Cirujano de las Srtas. Jenny Carvajal y Karina Vargas.

Doy mi consentimiento para que se tome la información necesaria siempre que lo hagan según el mejor criterio.

Se que tengo todo el derecho para exigir dignamente el mayor respeto de la información que se registre en la hoja de trabajo, y además se que tengo libertad para reconsiderar mi decisión firmada cuando lo considere conveniente.

Nombre: CI: Firma:

Yo Jenny Carvajal y Karina Vargas, responsables del desarrollo de tesis, le he informado del propósito de la investigación descrita arriba de sus beneficios y resultados que esperamos demostrar, nos comprometemos a respetar la intimidad, anonimato y confidencialidad de los datos obtenidos además guardar muy sigilosamente toda la información.

Yo como testigo, tutor legal o familiar de..... por que esta incapacitado para tomar por si mismo la decisión de aceptar o rechazar esta encuesta, he recibido de las investigadoras una explicación satisfactoria de lo que es, como se procederá y para que sirve la misma. Doy mi consentimiento para que se toma la información necesaria para esta investigación.

Nombre: CI: Firma:

PARTOGRAMA

POSICION: VERT. _____ HORIZONTAL _____
 PARIDAD: TODAS _____ MULTIPARAS _____ NULLIPARAS _____
 MEMBRANAS: INTE. GRAS _____ INTE. GRAS _____ ROTAS _____ ROTAS _____
 APELLIDOS/PATERNO: _____ MATERNO: _____ NOMBRES: _____
 día: 25 mes: 03 año: 11 N.º DE HISTORIA CLINICA: 433746

VALORES PARA LA CONSTRUCCIÓN DE LAS CURVAS DE ALERTA (en horas) p10

0.15	0.25	0.35	0.40	0.45	0.50
0.15	0.15	0.05	0.30	0.30	0.20
1.00	0.55	0.35	1.00	1.00	1.05
1.15	1.25	1.05	1.30	1.30	1.25
2.10	2.30	2.30	3.15	3.15	2.30

LINEA DE CASE DESDE LA QUE SE INICIA LA CURVA DE ALERTA

FRECUENCIA CARDIACA FETAL: PLANO DE HODGE Y VARIACION DE POSICION DILATACION CERVICAL ROTURA ESPONTANEA MEMB. ROTURA ARTIFICIAL MEMB. (FAM)

INTENSIDAD: Embrida + + + + + Superpubica SP; Distendida + + + + + Sero Contracciones S; No lo prescriba _____ Urterina _____

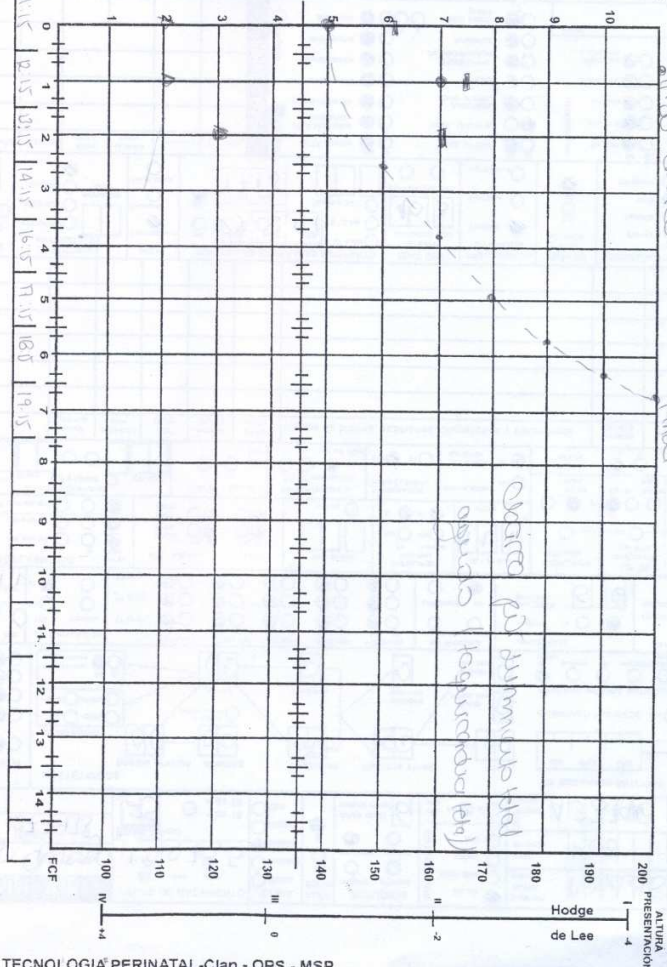
LOCALIZACION: _____

FRECUENCIA CARDIACA FETAL: Dia tipo I (Desempeñan precio) _____; Dia tipo II (Desempeñan tardía) _____

REFERENCIAS

Dia variables (observacion variable) _____ V
 Mecismo _____ M
 POSICION MATERNA: LU (1a Derecha); LI (1a Izquierda); D (Dorsal); S (Semi-pronada); SS (Prada o Cambiada); PC

DILATACION CERVICAL (cm)



HORA DE REGISTRO

HORA	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P
POSICION MATERNA	D	D	D													
TENSION ARTERIAL	100/70	100/70	100/70													
PULSO MATERNO	80	78	77													
FRECUENCIA CARDIACA FETAL	152	165	160													
DURACION CONTRACCIONES	20	25	20													
FREQ. CONTRACCIONES	2/10	2/10	3/10													
DIAGNOSTIC/observaciones																
DOBRAAMIENTO %	+	+	+													

TOMADO DE TECNOLOGIA PERINATAL-Clap - OPS - MSP

PARTOGRAMA

POSICIÓN: VERT. TODAS MULTIPARAS I. MULTIPARAS MEMBRANAS II. NIFTE. HORAS GNAS 0:15 0:30 0:45 1:00 1:15 1:30 1:45 2:00
 HORIZONTAL: MULTIPARAS I. MULTIPARAS II. NIFTE. HORAS GNAS 0:30 0:45 1:00 1:15 1:30 1:45 2:00
 APELLIDOS PATERNO: _____ MATERNO: _____ NOMBRES: _____
 día: 04 mes: 03 año: 11
 N.º DE HISTORIA CLINICA: 432789

VALORES PARA LA CONSTRUCCIÓN DE LAS CURVAS DE ALERTA (en horas) p10

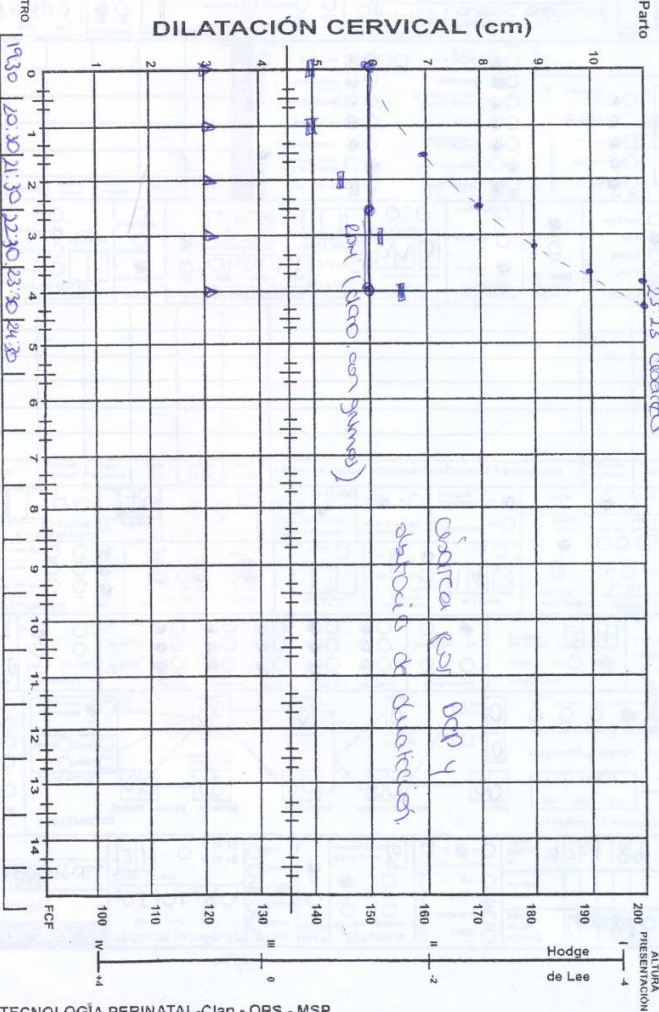
0:15	0:30	0:45	1:00	1:15	1:30	1:45	2:00
0:35	0:40	0:25	0:40	0:50	1:00	0:55	1:00
1:00	0:55	0:35	1:00	1:05	1:15	1:25	1:30
2:10	2:30	2:30	3:15	3:15	2:30		

LÍNEA DE CASE DESDE LA QUE SE INICIA LA CURVA DE ALERTA

FRECUENCIA CARDÍACA FETAL: _____
 PLANO DE HODGE Y VAREBARD DE POSICIÓN: _____
 DILATACIÓN CERVICAL: _____ (cm)
 ROTURA ESPONTÁNEA MEMB.: _____ (RAM)
 ROTURA ARTIFICIAL MEMB.: _____ (RAM)
 INTENSIDAD: Fuente: + + + + Superpública SP; Moderada: + + + Sero; Débil: + + S; No lo percibe: - - - - Oterinas
 LOCALIZACIÓN: SP; Sero; S; Oterinas

REFERENCIAS

FRECUENCIA CARDÍACA FETAL: _____
 Dips tipo I (aceleración precoz): _____
 Dips tipo II (aceleración tardía): _____
 Dips variables (aceleración variable): _____
 Mecismo: _____
 POSICIÓN MATERNA: LO; Dorsal; Semisentada; Sentada; Decubiado; PC
 L1: Derecho; Dorsal; Semisentada; Sentada; Decubiado; PC
 L2: Derecho; Dorsal; Semisentada; Sentada; Decubiado; PC
 L3: Derecho; Dorsal; Semisentada; Sentada; Decubiado; PC
 L4: Derecho; Dorsal; Semisentada; Sentada; Decubiado; PC
 L5: Derecho; Dorsal; Semisentada; Sentada; Decubiado; PC
 L6: Derecho; Dorsal; Semisentada; Sentada; Decubiado; PC
 L7: Derecho; Dorsal; Semisentada; Sentada; Decubiado; PC
 L8: Derecho; Dorsal; Semisentada; Sentada; Decubiado; PC
 L9: Derecho; Dorsal; Semisentada; Sentada; Decubiado; PC
 L10: Derecho; Dorsal; Semisentada; Sentada; Decubiado; PC
 L11: Derecho; Dorsal; Semisentada; Sentada; Decubiado; PC
 L12: Derecho; Dorsal; Semisentada; Sentada; Decubiado; PC
 L13: Derecho; Dorsal; Semisentada; Sentada; Decubiado; PC
 L14: Derecho; Dorsal; Semisentada; Sentada; Decubiado; PC
 L15: Derecho; Dorsal; Semisentada; Sentada; Decubiado; PC
 L16: Derecho; Dorsal; Semisentada; Sentada; Decubiado; PC
 L17: Derecho; Dorsal; Semisentada; Sentada; Decubiado; PC
 L18: Derecho; Dorsal; Semisentada; Sentada; Decubiado; PC
 L19: Derecho; Dorsal; Semisentada; Sentada; Decubiado; PC
 L20: Derecho; Dorsal; Semisentada; Sentada; Decubiado; PC
 L21: Derecho; Dorsal; Semisentada; Sentada; Decubiado; PC
 L22: Derecho; Dorsal; Semisentada; Sentada; Decubiado; PC
 L23: Derecho; Dorsal; Semisentada; Sentada; Decubiado; PC
 L24: Derecho; Dorsal; Semisentada; Sentada; Decubiado; PC
 L25: Derecho; Dorsal; Semisentada; Sentada; Decubiado; PC
 L26: Derecho; Dorsal; Semisentada; Sentada; Decubiado; PC
 L27: Derecho; Dorsal; Semisentada; Sentada; Decubiado; PC
 L28: Derecho; Dorsal; Semisentada; Sentada; Decubiado; PC
 L29: Derecho; Dorsal; Semisentada; Sentada; Decubiado; PC
 L30: Derecho; Dorsal; Semisentada; Sentada; Decubiado; PC
 L31: Derecho; Dorsal; Semisentada; Sentada; Decubiado; PC
 L32: Derecho; Dorsal; Semisentada; Sentada; Decubiado; PC
 L33: Derecho; Dorsal; Semisentada; Sentada; Decubiado; PC
 L34: Derecho; Dorsal; Semisentada; Sentada; Decubiado; PC
 L35: Derecho; Dorsal; Semisentada; Sentada; Decubiado; PC
 L36: Derecho; Dorsal; Semisentada; Sentada; Decubiado; PC
 L37: Derecho; Dorsal; Semisentada; Sentada; Decubiado; PC
 L38: Derecho; Dorsal; Semisentada; Sentada; Decubiado; PC
 L39: Derecho; Dorsal; Semisentada; Sentada; Decubiado; PC
 L40: Derecho; Dorsal; Semisentada; Sentada; Decubiado; PC
 L41: Derecho; Dorsal; Semisentada; Sentada; Decubiado; PC
 L42: Derecho; Dorsal; Semisentada; Sentada; Decubiado; PC
 L43: Derecho; Dorsal; Semisentada; Sentada; Decubiado; PC
 L44: Derecho; Dorsal; Semisentada; Sentada; Decubiado; PC
 L45: Derecho; Dorsal; Semisentada; Sentada; Decubiado; PC
 L46: Derecho; Dorsal; Semisentada; Sentada; Decubiado; PC
 L47: Derecho; Dorsal; Semisentada; Sentada; Decubiado; PC
 L48: Derecho; Dorsal; Semisentada; Sentada; Decubiado; PC
 L49: Derecho; Dorsal; Semisentada; Sentada; Decubiado; PC
 L50: Derecho; Dorsal; Semisentada; Sentada; Decubiado; PC
 L51: Derecho; Dorsal; Semisentada; Sentada; Decubiado; PC
 L52: Derecho; Dorsal; Semisentada; Sentada; Decubiado; PC
 L53: Derecho; Dorsal; Semisentada; Sentada; Decubiado; PC
 L54: Derecho; Dorsal; Semisentada; Sentada; Decubiado; PC
 L55: Derecho; Dorsal; Semisentada; Sentada; Decubiado; PC
 L56: Derecho; Dorsal; Semisentada; Sentada; Decubiado; PC
 L57: Derecho; Dorsal; Semisentada; Sentada; Decubiado; PC
 L58: Derecho; Dorsal; Semisentada; Sentada; Decubiado; PC
 L59: Derecho; Dorsal; Semisentada; Sentada; Decubiado; PC
 L60: Derecho; Dorsal; Semisentada; Sentada; Decubiado; PC
 L61: Derecho; Dorsal; Semisentada; Sentada; Decubiado; PC
 L62: Derecho; Dorsal; Semisentada; Sentada; Decubiado; PC
 L63: Derecho; Dorsal; Semisentada; Sentada; Decubiado; PC
 L64: Derecho; Dorsal; Semisentada; Sentada; Decubiado; PC
 L65: Derecho; Dorsal; Semisentada; Sentada; Decubiado; PC
 L66: Derecho; Dorsal; Semisentada; Sentada; Decubiado; PC
 L67: Derecho; Dorsal; Semisentada; Sentada; Decubiado; PC
 L68: Derecho; Dorsal; Semisentada; Sentada; Decubiado; PC
 L69: Derecho; Dorsal; Semisentada; Sentada; Decubiado; PC
 L70: Derecho; Dorsal; Semisentada; Sentada; Decubiado; PC
 L71: Derecho; Dorsal; Semisentada; Sentada; Decubiado; PC
 L72: Derecho; Dorsal; Semisentada; Sentada; Decubiado; PC
 L73: Derecho; Dorsal; Semisentada; Sentada; Decubiado; PC
 L74: Derecho; Dorsal; Semisentada; Sentada; Decubiado; PC
 L75: Derecho; Dorsal; Semisentada; Sentada; Decubiado; PC
 L76: Derecho; Dorsal; Semisentada; Sentada; Decubiado; PC
 L77: Derecho; Dorsal; Semisentada; Sentada; Decubiado; PC
 L78: Derecho; Dorsal; Semisentada; Sentada; Decubiado; PC
 L79: Derecho; Dorsal; Semisentada; Sentada; Decubiado; PC
 L80: Derecho; Dorsal; Semisentada; Sentada; Decubiado; PC
 L81: Derecho; Dorsal; Semisentada; Sentada; Decubiado; PC
 L82: Derecho; Dorsal; Semisentada; Sentada; Decubiado; PC
 L83: Derecho; Dorsal; Semisentada; Sentada; Decubiado; PC
 L84: Derecho; Dorsal; Semisentada; Sentada; Decubiado; PC
 L85: Derecho; Dorsal; Semisentada; Sentada; Decubiado; PC
 L86: Derecho; Dorsal; Semisentada; Sentada; Decubiado; PC
 L87: Derecho; Dorsal; Semisentada; Sentada; Decubiado; PC
 L88: Derecho; Dorsal; Semisentada; Sentada; Decubiado; PC
 L89: Derecho; Dorsal; Semisentada; Sentada; Decubiado; PC
 L90: Derecho; Dorsal; Semisentada; Sentada; Decubiado; PC
 L91: Derecho; Dorsal; Semisentada; Sentada; Decubiado; PC
 L92: Derecho; Dorsal; Semisentada; Sentada; Decubiado; PC
 L93: Derecho; Dorsal; Semisentada; Sentada; Decubiado; PC
 L94: Derecho; Dorsal; Semisentada; Sentada; Decubiado; PC
 L95: Derecho; Dorsal; Semisentada; Sentada; Decubiado; PC
 L96: Derecho; Dorsal; Semisentada; Sentada; Decubiado; PC
 L97: Derecho; Dorsal; Semisentada; Sentada; Decubiado; PC
 L98: Derecho; Dorsal; Semisentada; Sentada; Decubiado; PC
 L99: Derecho; Dorsal; Semisentada; Sentada; Decubiado; PC
 L100: Derecho; Dorsal; Semisentada; Sentada; Decubiado; PC



HORA	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P
POSICIÓN MATERNA	D	D	D	D	D											
TENSIÓN ARTERIAL	110/70	100/60	100/60	100/60	100/60											
PULSO MATERNO	82	70	72	76	76											
FRECUENCIA CARDÍACA FETAL	140	140	145	152	150											
DURACIÓN CONTRACCIONES	15"	25"	35"	50"	50"											
FREC. CONTRACCIONES	3/10	3/10	3/10	3/10	3/10											
DOLOR/escalas	1	1	1	1	1											
BOBORRAMIENTO %	101	101	101	101	101											

TOMADO DE TECNOLOGÍA PERINATAL-Clap - OPS - MSP

PARTOGRAMA

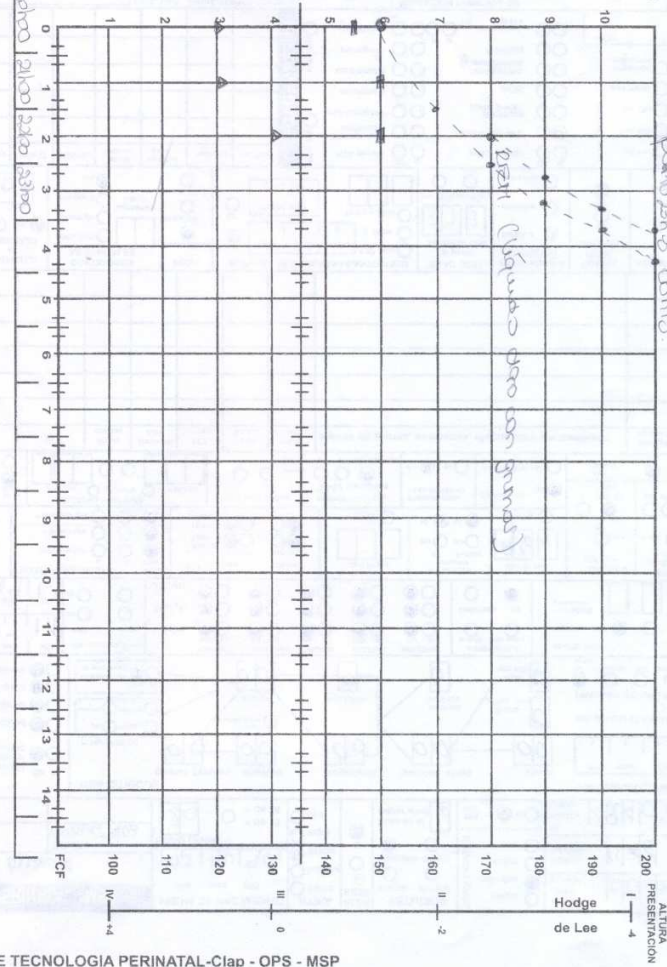
POSICION: VERT. _____ HORIZONTAL: MULTIPARAS _____ MULTIPARAS _____
 PARIDAD: TOTAS: INTE. GRAS: _____ INTE. GRAS: _____ ROTAS: _____ ROTAS: _____
 MEMBRANAS: 0-15 | 0-15 | 0-05 | 0-20 | 0-20 | 0-20

VALORES PARA LA CONSTRUCCIÓN DE LAS CURVAS DE ALERTA (en horas) p10

0-25	0-25	0-10	0-25	0-25
0-35	0-40	0-25	0-40	0-50
1-00	0-55	0-35	1-00	1-05
1-15	1-25	1-05	1-30	1-25
2-10	2-30	2-30	3-15	2-30

LINEA DE CASE DESDE LA QUE SE INICIA LA CURVA DE ALERTA

DILATACION CERVICAL (cm)



REFERENCIAS

FRECUENCIA CARDIACA FETAL: _____
 PLANO DE HODGE Y VARIACION DE POSICION: _____
 DILATACION CERVICAL: _____ (REM)
 ROTURA ESPONTANEA MEMB.: _____
 ROTURA ARTIFICIAL MEMB.: _____ (RAM)
 INTENSIDAD: Fuente: + + + Superpúblico: _____
 Moderada: + + Sacro: _____
 Débil: + Contracciones: _____
 No lo paraba: _____ Uterinas: _____

HORA	A	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m	n	o	p
POSICION MATERNA	0	0	0													
TENSION ARTERIAL	110/60	90/70	110/70													
PULSO MATERNO	80	160	73													
FRECUENCIA CARDIACA FETAL	145	150	150													
DURACION CONTRACCIONES	35	35	60													
FREC. CONTRACCIONES	3/10	3/10	4/10													
DOL. ORL. / calambres	+	+	+													
BORRAMIENTO %	80%	80%	70%													

TOMADO DE TECNOLOGIA PERINATAL-Clap - OPS - MSP

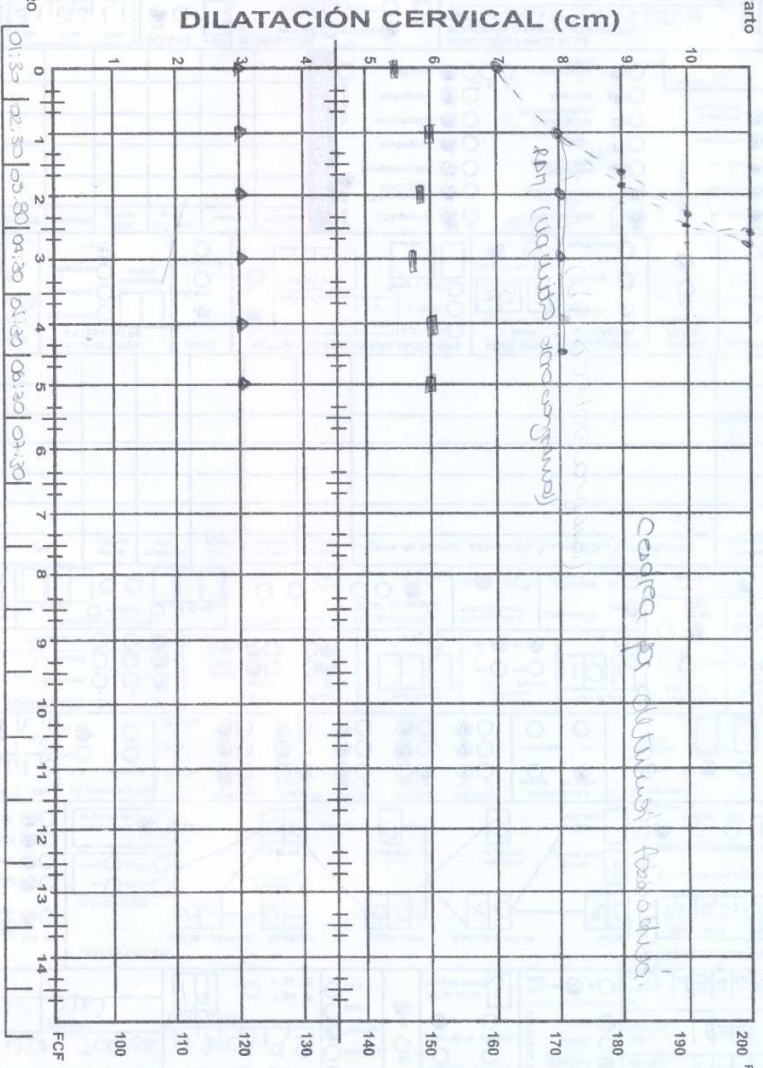
PARTOGRAMA

APELLIDOS PATERNO: _____ MATERNO: _____ NOMBRES: _____
 día: 31 mes: 03 año: 2011 N.º DE HISTORIA CLINICA: 434010

VALORES PARA LA CONSTRUCCIÓN DE LAS CURVAS DE ALERTA (en horas) p10

0:15	0:15	0:35	0:30	0:20
0:25	0:25	0:10	0:35	0:35
0:35	0:40	0:25	0:40	0:30
1:00	0:55	0:35	1:00	1:05
1:15	1:25	1:05	1:20	1:25
2:10	2:30	2:30	3:15	2:30

LINEA DE CASE DESDE LA QUE SE INICIA LA CURVA DE ALERTA



REFERENCIAS

FRECUENCIA CARDIACA FETAL: _____
 PLANO DE HODGE Y VARIACION DE POSICION: _____
 DILATACION CERVICAL: _____ (REM)
 ROTURA ESPONTANEA MEMB.: _____ (RAM)
 ROTURA ARTIFICIAL MEMB.: _____ (RAM)

INTENSIDAD
 Fuente: + + + LOCALIZACION: _____
 Moderada: + + + Superpubico: _____
 Dihil: + + + Sacro: _____
 No lo parase: + + + Contracciones: _____
 Uterinas: _____

FRECUENCIA CARDIACA FETAL
 Dips tipo I: _____
 (Desaceleracion precoz) I
 Dips tipo II: _____
 (Desaceleracion tardia) II
 Dips variables (Desaceleracion variable) V
 Mecanico: _____ M

POSICION MATERNA
 Lat. Derecho: LD
 Lat. Izquierdo: LI
 Dorsal: D
 Semisentada: SS
 Sentada: S
 Parada o Caminando: PC
 NIETO F. CLAP * SCHWARGZ R. DIAZ A. G.

HORA	A	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m	n	o	p
POSICION MATERNA	D	D	D	D	D	D										
TENSION ARTERIAL	120/110/60	120/110/60	127/110/70	120/110/60	122/110/60	120/110/60										
PULSO MATERNO	80	80	78	80	82	80										
FRECUENCIA CARDIACA FETAL	145	140	149	148	150	150										
DURACION CONTRACCIONES	30"	30"	35"	35"	35"	35"										
FERG. CONTRACCIONES	3/10	3/10	3/10	3/10	3/10	3/10										
DOLOR/localizaciones																
BORRAMIENTO %	80%	80%	80%	80%	90%	70%										