

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA UNAN-Managua  
RECINTO UNIVERSITARIO “RUBÉN DARÍO”  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**



**Trabajo Monográfico para optar al Título de Médico y Cirujano**

**“COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES QUE ACUDIERON AL  
HOSPITAL PRIMARIO YOLANDA MAYORGA DE TIPITAPA, DE ENERO A JUNIO 2014”**

**Autores:**

**Br. Lourdes Moreno Potosme  
Br. Vania Malespín Meléndez**

**Dr. Arturo Malespín López  
Especialista en Gineco-Obstetricia  
Medico de Base Asesor Científico**

**Dr. Rubén Mendoza Parrales  
Tutor Metodológico**

Managua, Nicaragua, Septiembre 2016

# ÍNDICE

Dedicatoria	<i>i</i>
Agradecimiento	<i>ii</i>
Opinión del tutor	<i>iii</i>
Resumen	<i>iiii</i>

## CONTENIDO

## PAGINAS

I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. ANTECEDENTES.....	3
III. JUSTIFICACIÓN.....	6
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	7
V. OBJETIVO GENERAL.....	8
VI. MARCO TEÓRICO.....	9
VII. DISEÑO METODOLOGICO.....	31
VIII. BIBLIOGRAFIA.....	39
IX. ANEXOS.....	41

# DEDICATORIA

Dedicamos el presente trabajo a:

Nuestros padres quienes nos brindaron su apoyo.

Nuestros tutores quienes nos guiaron en la búsqueda de información y nos proporcionaron su tiempo para mejorar nuestro trabajo.

Al director y a los trabajadores del Hospital Primario Yolanda Mayorga por permitirnos realizar el trabajo en esa unidad y facilitarnos la recolección de datos.

# AGRADECIMIENTO

**A: DIOS**, sobre todas las cosas, por habernos regalado la vida, la sabiduría y la fortaleza en este camino.

**A: Nuestros padres**, por su apoyo incondicional a lo largo de toda la carrera.

**A: Nuestras Pacientes**, por permitirnos aprender de ellas y de esa forma poder llevar a cabo el presente trabajo.

**A: Nuestros maestros y maestras**, por transmitirnos a lo largo de estos años toda su sabiduría y experiencias de manera desinteresada.

**A: Dra. María Auxiliadora Ayala**, por darnos el ánimo y transmitirnos todo ese conocimiento con el único objetivo de enseñarnos.

**A: Nuestro tutor, Dr. Rubén Mendoza**, por brindarnos de manera desinteresada su valioso tiempo para asesorarnos y su conocimiento facilitándonos así las herramientas para concluir con éxito nuestro trabajo.

# OPINIÓN DEL TUTOR

Este trabajo que trata de las complicaciones en el embarazo de adolescentes que acudieron al hospital primario Yolanda Mayorga de Tipitapa en el periodo de Enero a Junio 2014 tiene particular importancia porque se trata de edades extremas de la vida donde encontramos factores de riesgo preconceptionales como son: la adolescencia en sí, que contempla inmadurez orgánica y psicológica, nuliparidad, bajo nivel socioeconómico, baja escolaridad. A estos factores se les suman la relación conyugal que no ha logrado fortalecerse y el desequilibrio familiar donde los padres o tutores se ven obligados a solucionar los problemas que estos jóvenes no pueden enfrentar. Se han realizado muchos esfuerzos para evitar los embarazos a edad temprana de la vida, pero no se ha visto una disminución de estos.

Hace falta fomentar una cultura de responsabilidad en las adolescentes y el cuidado propio. Esto lleva el postergar el inicio de la vida sexual activa y conocimiento de los métodos de planificación familiar.

Es necesario que este tipo de trabajo se utilizara como texto de análisis en los colegios para que ayude a los jóvenes a reflexionar sobre el tema. Tenemos que seguir haciendo esfuerzos para incidir en la reducción del embarazo en las adolescentes y principalmente en los muy precoces como las edades de 10 a 14 años. Como he llegado a sentirme impotente ante esta problemática me fortalece esta oración “Dios concédeme serenidad para aceptar las cosas que no puedo cambiar, valor para cambiar las que puedo y sabiduría para reconocer la diferencia”.

Espero que en unos años este esfuerzo rinda sus frutos. De esa manera tendremos una sociedad más próspera y disminuirémos el nivel de pobreza en que se encuentra nuestra amada Nicaragua.

---

Dr. Arturo Malespín López  
Especialista en Gineco-Obstetricia  
Médico de Base del Hospital Primario Yolanda Mayorga

# RESUMEN

La actividad sexual precoz expone ampliamente a la población adolescente al mayor peligro de padecer embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual. En los últimos años ha ocurrido un incremento de la actividad sexual y una mayor precocidad del inicio de las mismas, provocando un aumento de la incidencia del embarazo adolescente.

Se realizó un estudio descriptivo en el Hospital Primario Yolanda Mayorga cuyo objetivo fue describir las principales complicaciones en el embarazo en adolescentes de enero a junio 2014. Encontrándose que el embarazo en las adolescentes se ha asociado a múltiples complicaciones; en el presente estudio se encontró que la frecuencia de embarazo predominó en la adolescencia tardía, la mayoría de las adolescentes se encontraban acompañadas, con estudios de primaria sin terminar el bachillerato quedando como amas de casa, del área rural, lo cual concuerda con otros estudios en los que se refleja que el bajo nivel socioeconómico es directamente proporcional con el índice de embarazo. La complicación más frecuente fue la infección de vías urinarias y la finalización del embarazo fue vía vaginal.

Los resultados expuestos en este estudio confirman que el embarazo en adolescentes, como otro problema social, está determinado por diversos factores que interactúan dentro de los distintos ámbitos sociales, en los que las adolescentes se desarrollan. Esta multidimensionalidad plantea la necesidad de una respuesta integral desde los diferentes espacios, que incluya no solo acciones dirigidas a las adolescentes, sino también enfoques más integrales y a largo plazo, encaminados a fomentar entornos sociales que protejan y brinden alternativas a las niñas y adolescentes, y por ende, prevengan el embarazo temprano y a la vez garantice la incorporación y protección social de las madres adolescentes a fin de romper los ciclos sociales que determinan que en el futuro sus hijas sean también madres adolescentes.

***Palabras Claves: embarazo, adolescente, complicaciones del embarazo.***

## I. INTRODUCCIÓN

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 bajos, aunque se presenta en todos los estratos económicos de la sociedad. Actualmente el embarazo en adolescentes constituye una causa frecuente de consultas en los hospitales y un problema de salud pública. (1)

En países menos desarrollados, la proporción de embarazos adolescentes es mayor, la última estadística presentada por la secretaria de salud informa que durante el año 2013 hubo un total de 250,674 partos de los cuales 40,439 fueron en pacientes menores de 20 años lo que corresponde a un 16.1 del total. Es interesante destacar que la prevalencia varía incluso entre los diferentes servicios de salud.

Según estimaciones la tasa de mortalidad materna que mide el número de defunciones de mujeres como consecuencia de complicaciones relacionadas con el embarazo por cada 100 mil nacidos vivos fue de 400 para todo el mundo. El desglose por regiones indica que la tasa más elevada se registró en África (830), seguida por Asia (330), excluido el Japón; Oceanía (240), excluido Australia y Nueva Zelanda; América Latina y el Caribe (190) y los países desarrollados (20). Por tanto para los países Latinoamericanos la meta para el 2015 era de 47.5. (2)

Según la Organización Mundial de la Salud diariamente mueren 1,500 mujeres debido a complicaciones del embarazo y el parto. De las cuales un alto porcentaje son adolescentes. La mejora de la salud materna, está incluida en uno de los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible dados a conocer en el año 2015; ya que para ese año menos adolescentes tuvieron niños en la mayoría de los países en desarrollo. (3)

En América Latina, por su parte, 25 mil mujeres mueren anualmente por complicaciones durante el embarazo y el parto; además de que de los 13 millones de nacimientos que ocurren en el continente al año, dos millones corresponden a madres adolescentes. Asimismo se conoce que el 80% de los nacimientos de madres adolescentes tienen lugar en los países en desarrollo. Las causas del embarazo adolescente lo determinan básicamente factores socioculturales.



## II. ANTECEDENTES

El embarazo en adolescentes es un problema de salud pública multicausal que requiere de mayores esfuerzos de abordaje integral, revisando tanto los factores de riesgo de ocurrencia como los factores protectores, de manera que se puedan fortalecer las estrategias de prevención, sobre todo durante la adolescencia temprana.

A partir del año 1996 se implementó a nivel nacional el sistema de vigilancia de mortalidad materna, obteniendo como resultados el fortalecimiento del registro y de la calidad de la información tanto de las defunciones domiciliarias como institucionales, al que se suma el sistema de vigilancia de la mortalidad perinatal e infantil, implementando el registro en las unidades del MINSA a partir de 1998.

En estudio realizado en 2008 en el Hospital Materno-Infantil de Camerún, África con 265 madres adolescentes (edades comprendidas 19 años) y con 832 madres de edades comprendidas entre los 20 y los 29 años mostró que de las complicaciones maternas relacionadas con el embarazo, las más frecuentes fueron la eclampsia, la preeclampsia, el desgarro perineal, y la episiotomía; mientras que las complicaciones fetales fueron bajo peso al nacer, la prematuridad, y la muerte neonatal temprana. (4)

Un estudio llevado a cabo por medio del análisis de los datos recogidos por el de Estado de Texas Departamento de Salud entre 1994 y 2003 evaluó las complicaciones que se produjeron durante el parto en 1,355,962 madres nulíparas y demostró que las madres adolescentes (15 a 18 años) tuvieron fiebre intraparto, excesivo meconio, ruptura prematura de las membranas, placenta previa, parto prolongado, parto disfuncional, presentación de nalgas, desproporción céfalo-pélvica y el prolapso del cordón umbilical, en comparación con las madres de edades comprendidas entre los 25 y los 29 años. (5)

Se realizó un estudio de casos y controles para analizar la incidencia, los riesgos, así como las complicaciones del embarazo y el parto en la adolescencia en el Hospital Municipal de Santa Cruz del sur, Cuba, desde el 1ero. de enero de 2,000 hasta el 31 de diciembre de ese año. Se tomó como grupo estudio a las 132 adolescentes que parieron en esta etapa y se comparó con un grupo control de 132 gestantes de 20 años o más que parieron en igual fecha. Esta información fue recogida de los expedientes clínicos de las pacientes y del libro de parto y llevada a encuestas. El bajo peso materno estuvo presente en el 59,8 % de las adolescentes, el 87,1 % de estas eran amas de casa, el 78 % de estas gestantes presentó alguna enfermedad durante el embarazo y sus productos sufrieron mayor número de complicaciones. (6)

Se realizó estudio en el Hospital Homero Castanier Crespo, Ecuador sobre las complicaciones obstétricas en adolescentes atendidas en el servicio de obstetricia en el periodo enero a diciembre 2008 en el cual se revisó todas las historias clínicas, llenándose un formulario y excluyéndose aquellas que no presentaron complicaciones. El 69.9% de las adolescentes embarazadas tuvo entre 17 y 19 años de edad, el 65.5% perteneció a la zona rural, 43.64% estudio la secundaria incompleta y el 40% son casadas. Dentro de las complicaciones obstétricas la cesárea se presentó en el 41.8%, infección de vías urinarias 30.9%, la amenaza de parto pretérmino 10%, mientras en parto pretérmino se presentó en el 2.73%, la rotura prematura de membrana y la desproporción cefalopelvica constituyeron el 8.6%, la preeclampsia 4.5%, el desgarro perineal grado II 1.82%. (7)

Se presenta un estudio retrospectivo y comparativo, a través de una muestra obtenida en forma aleatoria, de la evolución materna y resultados obstétricos de las pacientes adolescentes embarazadas atendidas en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Salvador, Chile en comparación con un grupo control obtenido en el mismo Servicio y período de estudio. Del grupo de adolescentes estudiadas, se encontró que la gran mayoría de ellas tenían entre 16 y 19 años de edad, con un promedio de 18.6 años. La presencia de anemia en las embarazadas adolescentes fue de un 49,36%, porcentaje muy similar al obtenido en el grupo control, el cual fue de un 43,67%. 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 control, donde la infección urinaria alcanzó un 6,96%. No se encontraron diferencias entre el grupo de estudio y el grupo control tanto para el síndrome hipertensivo del embarazo (10,75% en ambos grupos), como para la diabetes gestacional, presentándose esta última en el 1,26% de las adolescentes, lo que representa la mitad de lo encontrado en el grupo de 20 a 29 años (2,53%). El porcentaje de embarazadas adolescentes que cursaron con una rotura prematura de membranas fue de 14,55%, de las cuales un 8,7% estuvo asociado a parto prematuro. En cambio, la presencia de rotura prematura de membranas en el grupo control fue de 20,25% de las cuales un 9,4% se asoció a parto prematuro. (8)

Se realiza un estudio descriptivo, cuantitativo, de corte transversal en nuestro país de enero 2004 a diciembre 2006 el cual tenía por objetivo de conocer y analizar los principales factores presentes en la mortalidad materna de adolescentes a nivel nacional. Para realizar el estudio fueron seleccionadas todas las mujeres que fallecieron por muerte materna entre las edades de 10 a 19 años en todos los SILAIS del país para un total de 69, información tomada de la base de datos de la oficina de Atención Integral a la Mujer. Los resultados obtenidos fueron los siguientes: el 64% pertenecía al área rural y el 33,3% al área urbana, el 84% eran amas de casa y el 7,2% eran estudiantes, el 69,5% estaban acompañadas, el 38% había aprobado primaria y el 35% no estudiaban, el 69,4% eran nulíparas y el 40,6% tenían embarazos previos de los cuales el 33,3% finalizó vía vaginal, el 53,3% de los partos fue vía vaginal y el 24,6% vía abdominal, en relación a la causa básica de muerte el 22% fue la retención placentaria seguido de preeclampsia y sepsis puerperal con 19%. (9)

### III. JUSTIFICACIÓN

Las madres adolescentes están consideradas de alto riesgo por numerosas razones; por que debido a su edad no están preparadas ni física ni psicológicamente para ser madres, así las complicaciones durante el embarazo y el parto constituyen la primera causa de muerte entre las adolescentes en países en vías de desarrollo sobre todo entre niñas 10-15 años.

De acuerdo a recientes reportes de la OMS, en el mundo hay más de mil millones de adolescentes, 85% en los países en desarrollo. El 10% de los partos acontece en adolescentes y la mortalidad materna es de 2 a 5 veces más alta en mujeres menores de 18 años que en aquellas de 20 a 29. Se estima que la maternidad adolescente en América Latina y Caribe ésta por encima del 20% y guarda estrecha relación con las condiciones socio-económicas de este grupo humano. (10)

El presente estudio surge de la necesidad de conocer las complicaciones más frecuentes que se presentan en adolescentes en el hospital primario de Tipitapa por tanto, a través de este estudio se pretende dar conocer esta problemática y aportar información valiosa al Ministerio de Salud del Poder Ciudadano para posteriormente establecer estrategias y medidas que contribuyan a disminuir estas complicaciones.

#### **IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Cada año 15 millones de adolescentes dan a luz en el mundo, cifra que representa poco más del 10 por ciento del total de nacimientos, informa el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) a la vez que señala que el embarazo temprano es la principal causa de muerte en mujeres de entre 15 y 19 años de edad.

Nicaragua es el primer país con más embarazos adolescentes de América Latina, donde el país centroamericano tiene una tasa de 109 nacimientos por cada 1,000 mujeres en edades entre 15 a 19 años, por lo que nos planteamos la siguiente interrogante:

**¿Cuáles son las principales complicaciones en el embarazo en adolescentes que acudieron al hospital primario Yolanda Mayorga de Tipitapa, de enero a junio 2014?**

## V. OBJETIVOS

### **Objetivo General**

Describir las principales Complicaciones en el embarazo de Adolescentes que acudieron al Hospital Primario Yolanda Mayorga de Tipitapa, de Enero a Junio de 2014.

### **Objetivos Específicos**

1. Identificar las características socio-demográficas de las embarazadas adolescentes en estudio.
2. Mencionar los antecedentes gineco-obstétricos y patológicos de las adolescentes en estudio.
3. Enumerar las complicaciones que presentaron las embarazadas adolescentes en el transcurso de su embarazo.
4. Conocer la finalización del embarazo de las adolescentes que acudieron al Hospital Primario Yolanda Mayorga de Tipitapa.

## VI. MARCO TEÓRICO

### DEFINICIÓN

El concepto de adolescencia es relativamente reciente en términos históricos. Surgió a finales del siglo XIX en los países occidentales para designar un grupo específico de la población joven.

El concepto de adolescente también proviene del latín *adolescere* que significa “crecer”. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define adolescencia como aquel grupo de 10 a 19 años.

Las Naciones Unidas establecen que los adolescentes son personas con edades comprendidas entre los 10 y 19 años; es decir la segunda década de la vida. Adolescencia se caracteriza como el periodo de transición entre la niñez y la edad adulta. (11)

El inicio de la adolescencia está determinado fundamentalmente por inconfundibles cambios físicos, la pubertad. Mientras que su final lo está por cambios sociales. En el aspecto legal, llega para diferentes propósitos; mayoría de edad a los 18 años, licencia para conducir, alistarse en el ejército, etc. En el aspecto sociológico se llega a la edad adulta cuando los jóvenes se sostienen económicamente a sí mismos, cuando finalizan sus estudios, cuando se casan o cuando tienen hijos. En el aspecto psicológico, el estatus adulto significa haber logrado una independencia de los padres, elaborado su propia identidad, su propio sistema de valores, etc. (12)

En esta etapa se ponen de manifiesto características psicológicas como las siguientes: alteración de los sentimientos vitales, impregnación erótica de la individualidad, proyección del yo hacia el futuro, impulso a la autoafirmación y a la adquisición de una personalidad.

Según el Dr. Juan R. Issler director de la revista de post grado de la catedra VI de Medicina en su publicación No. 107 por los matices y según las diferentes edades, la adolescencia la divide en tres etapas:

### **a. Adolescencia temprana (10 a 13 años)**

Biológicamente, es el periodo peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la Menarca. Psicológicamente los adolescentes comienzan a perder interés por los pares 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 preocupan mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

### **b. Adolescencia media (14 a 16 años)**

Es la adolescencia propiamente dicha, cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el periodo de máxima relación con sus pares, para muchos es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asume conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo. Muy preocupados por su apariencia física.

### **c. Adolescencia tardía (17 a 19 años)**

Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal, se acercan nuevamente a sus padres, y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquiere mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía.

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 el embarazo sabiendo que una adolescente que se embaraza se comportara como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes.



## **Embarazo en la adolescencia**

A lo largo del tiempo también ha sido llamado como el síndrome del fracaso o la puerta de entrada al ciclo de la pobreza. Se define como aquella gestación que ocurre durante los dos primeros años ginecológicos de la mujer (edad ginecológica cero = edad de la menarquia). También se conoce como embarazo adolescente aquella gestación que ocurre en el periodo de la adolescencia. (13)

Normalmente la adolescente mantiene dependencia económica total de su familia. En Nicaragua muchos embarazos a esta edad suceden por desconocimiento y no por deseo real de ejercer la maternidad. En algunas ocasiones las jóvenes desean salir embarazadas para ser reconocidas tempranamente como una persona adulta.

Esta circunstancia esta también generalmente relacionada con las condiciones de pobreza que viven la gran mayoría de nuestros jóvenes en el país. La pobreza comúnmente está relacionada con patrones socioculturales tradicionales que identifica a la mujer como sinónimo de maternidad.

Según los siguientes datos, el embarazo en la adolescencia constituye un serio problema de salud pública en particular de salud sexual y reproductiva:

- ) Cada año 3, 312,000 adolescentes Latinoamericanos llevaran a término un embarazo.
- ) Se estima que por cada 1,000 mujeres adolescentes en Nicaragua se dan 152 nacimientos.
- ) Tres de cada diez nacimientos que ocurren en el país son de madres adolescentes y un poco más de la cuarta parte ocurre fuera de las unidades de salud; y sólo poco más de la mitad son atendidos por médico general o especialistas a pesar que estos embarazos son de alto riesgo.
- ) El costo en términos de mortalidad y morbilidad materno infantil y el impacto psicosocial del embarazo es importante si se considera que es un fenómeno prevenible.

- ) La etiología se relaciona con factores que incluyen: nivel socioeconómico bajo, inestabilidad familiar, expectativa del grupo de pares respecto a la iniciación de las relaciones sexuales, declinación de las barreras sociales para el ejercicio de la sexualidad.

### **Fecundidad y Maternidad adolescente**

Las conductas reproductivas de las adolescentes es un tópico de reconocida importancia no solo en lo concerniente con embarazos no deseados y abortos, sino también en relación a las consecuencias sociales, económicas y de salud.

La fecundidad de las mujeres menores de 20 años también reviste particular importancia para la incidencia en el nivel de toda la fecundidad, porque este grupo de mujeres aporta con nacimientos de mayor riesgo.

En Nicaragua las proyecciones realizadas por el instituto de estadísticas y censos señalaron una tasa de fecundidad adolescente de 152 nacimientos por cada 1000 mujeres entre 15 y 19 años cifra mayor que la registrada por la última encuesta demográfica realizada en 1998, de 139 por cada 1000. Sin embargo ambas cifras ubican a Nicaragua como el país con más altas tasas de fecundidad adolescente en América Latina. La mayor frecuencia de embarazos adolescentes en nuestro país se dan en situaciones educativas y socioeconómicas muy bajas, por cada dos adolescentes embarazadas en el área urbana hay tres en igual condición en el área rural.

### **Factores que intervienen en los embarazos no deseados**

En el embarazo adolescente intervienen un sin número de factores, los cuales impulsan a un inicio precoz de la actividad sexual; podemos dividirlos en dos grandes grupos:

- 1) Factores sociodemográficos: edad materna, estado civil, bajo nivel económico, escolaridad, ocupación, procedencia.
- 2) Factores familiares: familias desintegradas, hijas de madres adolescentes.

3) Factores socioculturales: falta de madurez, la no utilización de métodos anticonceptivos; ya que generalmente la primera relación sexual no es planeada, es espontánea y por consiguiente no se cuenta con los anticonceptivos en ese primer encuentro, violación (en algunos casos), desconocimiento de centros de información y planificación familiar y miedo a acudir a consultas por si sus padres se enteran, presión de grupo por parte de otros adolescentes.

4) Factores conductuales: tabaco, alcohol, drogas.

**Edad materna:** existe una asociación entre las edades maternas extremas (menores de 19 años y mayores de 35 años) y la complicación en el embarazo. El riesgo relativo de tener alguna complicación en el embarazo en adolescentes con respecto a las madres en la edad optima reproductiva entre 20 – 35 años es 22 veces mayor. Este factor generalmente está asociado a otros factores como bajo nivel socioeconómico y baja escolaridad, al ser esta soltera y con ausencia de controles prenatales. Además las adolescentes gestantes son más bajas y delgadas que el resto de las gestantes y además quizás no practiquen buenos hábitos de salud. Es evidente que la adolescencia no es un factor de riesgo independiente pero si asociados a otros atributos desfavorables. (14)

**Estado civil:** se da poca importancia al estado civil en asociación con complicaciones en el embarazo, sin embargo, se ha visto como el tener un compañero que sea capaz de dar apoyo emocional y económico durante el embarazo y el parto disminuye las estancias hospitalarias e incrementa la asistencia en tiempo y forma a los controles prenatales. No obstante, la aparición del embarazo en la adolescencia hace que la soltería se incremente, por lo tanto es importante que se tenga un trato especial con estas pacientes en la unidad de salud.

**Bajo nivel económico:** el bajo nivel económico es un factor que va de la mano con la pobreza y la baja escolaridad los cuales son factores determinantes para que se produzca algún tipo de complicación ya que las adolescentes no logran cuidarse de forma adecuada.

**Escolaridad:** la relación entre el nivel de educación y la fecundidad es muy clara en las adolescentes, sin educación, tiene seis veces mayor que la de las con educación superior y casi cinco veces mayor cuando no llegaron a cuarto grado de educación primaria. Este dato se hace más relevante aun si se toma en cuenta que en Nicaragua 63.3 por ciento de la población mayor de 25 años solamente alcanza algún grado de primaria. La mayor escolaridad influye en el conocimiento de la mujer sobre la necesidad de proporcionarse cuidados prenatales y alimentación adecuados, lo cual explica nuestros resultados de que a mayor escolaridad y mejor ingreso económico hay menos riesgo de complicaciones.

**Ocupación:** la ocupación no influye de manera significativa en alguna complicación ya que en la adolescencia la mayoría de las futuras madres se encuentran cursando la educación media por lo que no contribuiría de manera negativa.

**Procedencia:** la procedencia de la madre tiene una asociación con posibles complicaciones en el embarazo ya que según un estudio realizado en 2005 había un 28% de mayor riesgo en madres que habitaban en el sector rural que en el urbano pero esto no era un factor aislado sino que estaba asociado a otros factores propios de la comunidad rural tales como bajo nivel económico, escolar, pobre higiene y salubridad y el más importante inaccesibilidad a los servicios de salud. (15)

### **Embarazo y familia disfuncional**

El experto David Salvador Medina Camarena indicó que la desintegración familiar, junto con la pobreza y baja escolaridad se ubican entre los principales factores del embarazo en la adolescencia.

El titular de la Coordinación de Prevención y Atención a la Salud del IMSS en Jalisco agregó que en los últimos 20 años se ha incrementado el número de adolescentes embarazadas, debido a los factores señalados.

“A los que se suman otros como Internet y diferentes medios electrónicos, que influyen de manera importante en una mayor libertad sexual, sin protección ni

planeación, lo que conlleva a consecuencias como embarazo no deseado, aunado a un riesgo de infecciones de transmisión sexual, expuso". (16)

El embarazo a muy temprana edad es parte del patrón cultural de la zona y por lo tanto, aceptado por los grupos sociales; pero en las grandes ciudades, éstos representan para los adolescentes un problema porque no han sido planificados, se dan en parejas que no han iniciado su vida en común o tienen lugar en situaciones de unión consensual, lo que generalmente, termina con el abandono de la mujer y del hijo, configurando así el problema social de la "madre soltera"; y de esta manera se constituye una cadena. En tanto que en algunas regiones pobres del país, un hijo a temprana edad constituye un proyecto de vida para muchas adolescentes que escogen el matrimonio y la maternidad para afirmar su identidad ante sí misma, su familia y la comunidad.

Por ello la población adolescente en el Perú, el 50.6% son varones y el 49.4% son mujeres y de ellos, el 13.5% están embarazadas o ya son madres lo que representa un problema de salud pública por ser una de las causas de mortalidad materna por la condición de la adolescente y porque muchos de los embarazos terminan en abortos inducidos debido a que se realizan en condiciones clandestinas e inseguras, lo que causan serias lesiones a la madre llevándola a la muerte. Las adolescentes quedan embarazadas por una serie de razones. En la mayoría de casos es por falta de información, consejo, medidas preventivas o por tradiciones y prácticas culturales. La desintegración familiar y el hecho de que el padre y la madre trabajen, son los principales factores que influyen en que las jóvenes estudiantes sostengan sus primeras relaciones sexuales y resulten embarazadas durante su etapa académica. (17)

**Falta de madurez:** la palabra adolescente proviene de "adolesce" que significa carencia o falta de madurez, mucho estudios comprueban que la edad optima de un embarazo es entre 20 y 34 años ya que en las edades extremas de la vida hay más riesgo de complicaciones por factores físicos y principalmente emocionales; esto

sumado a otros factores como el bajo nivel socioeconómico, baja escolaridad, entre otros.

**Anticoncepción:** alrededor del 60% de los estudiantes de la enseñanza media superior ha tenido relaciones sexuales. Si tomamos en cuenta que más del 50% de los embarazos en adolescentes ocurren en los primeros 6 meses posteriores a su primera relación sexual y el 20% en el curso del primer mes podremos comprender cuán importante es el conocimiento de la anticoncepción en este grupo poblacional.

De estos adolescentes, no más de un 30% usó algún método anticonceptivo en ese período, aduciendo que estaban convencidos que “eso no iba a pasarles”, lo no planificado del momento del coito, ignorancia de los métodos de anticoncepción, temor a ser criticados si usaban un método anticonceptivo, o a que los padres supieran que tenían actividad sexual. En estudios revisados sólo el 23 % de las adolescentes embarazadas deseaban la gestación. Una de cada 5 que no deseaba el embarazo había utilizado en alguna ocasión métodos anticonceptivos y alrededor del 50% era del criterio de que ellas no tenían la posibilidad real de embarazarse en una relación no protegida. (18)

Finkel y Finkel en un estudio de adolescentes masculinos reportan el 90% de conocimiento de la eficacia anticonceptiva del condón, pero sólo el 15 % lo utilizaba regularmente. Otros trabajos plantean que el 43.2 % de los varones entiende la anticoncepción como una responsabilidad de la mujer; 63.4 % piensa que el aborto es una alternativa a la solución del problema del embarazo en su pareja y el 29.6 % se pronuncian contrarios al control de la natalidad por diversas causas. Por último, 3 de 5 adolescentes varones se creen con el derecho de exigir relaciones sexuales a su compañera y considera 1 de cada 5 como una prueba de masculinidad la producción de un embarazo. (19)

El uso de anticonceptivos en adolescentes es inferior que el de las mujeres de toda edad, aún en las casadas, con tasas de 9% en Guatemala, 30% en Colombia y hasta 50% en Brasil. Las cifras son más bajas en áreas rurales. Los métodos más utilizados son el coito interrumpido, y el método de calendario, (no siempre bien

utilizados) seguido de la píldora. La literatura señala que durante el año siguiente al parto, el 30% de las adolescentes quedan nuevamente embarazadas, y entre el 25 y 50% durante el segundo año. Como factores de riesgo para la recidiva se han identificado: primer embarazo antes de los 16 años, pareja mayor de 20 años, deserción escolar, estar en un nivel escolar menor al que le correspondería, haber requerido asistencia social en el primer embarazo, haber tenido complicaciones durante el primer embarazo, y haber salido del hospital sin conocer métodos de planificación familiar. (20)

**Violación:** los informes clínicos y estudios empíricos han descubierto constantemente que el abuso sexual, al igual que otras formas de maltrato, puede afectar a niñas y niños en todas las áreas de su desarrollo.

Las víctimas de abuso sexual, en particular, podrían correr un riesgo mucho mayor de experimentar problemas de salud mental y funcionamiento social derivados de la impotencia y la estigmatización del proceso de abuso.

Un estudio en el estado de Washington entre 1988 y 1992 analizó la relación entre la victimización sexual en la niñez y el embarazo adolescente, así como el maltrato infantil por padres y madres adolescentes.

Los datos fueron recopilados en tres fases, incluyendo encuestas de base, una encuesta de seguimiento y una revisión de registros de casos del Servicio de Protección a Menores (EUA). La muestra incluyó 535 adolescentes embarazadas y madres adolescentes reclutadas en programas escolares y comunitarios, lo cual aseguró un suficiente seguimiento clínico para las jóvenes que revelaban historias personales de abuso o abuso cometido por ellas contra sus hijos/as.

En el estudio participaron 35 programas existentes en nueve condados. El descubrimiento más significativo que emanó de los datos de las encuestas de base fue la prevalencia de victimización sexual experimentada por las jóvenes en el

estudio. De la muestra, el 62% había experimentado contacto sexual abusivo, intento de violación o violación antes de su primer embarazo. Al incluirse casos con victimización sexual después de su primer embarazo o casos en que no pudo determinarse el momento del abuso, la prevalencia de victimización sexual aumentó a 66% de la muestra.

La definición de victimización sexual incluía abuso sexual, intento de violación o violación. En general, el 55% de las participantes había sufrido abuso sexual. En promedio, las jóvenes tenían 9.7 años de edad al momento del primer evento de abuso; el 24% reportó que su primera experiencia de abuso ocurrió a la edad de cinco años o antes. La edad promedio del agresor fue de 27.4 años. En el 77% de los casos, el abuso ocurrió más de una vez, y el 54% de las jóvenes sufrió victimización de parte de un miembro de la familia.

En el 50% de la muestra total las jóvenes fueron violadas más de una vez. Aunque todas las jóvenes de la muestra habían quedado embarazadas en la adolescencia, algunas características significativamente diferentes definieron a dos grupos: aquéllas que habían sufrido abuso y aquéllas que no habían sido abusadas. Las jóvenes que fueron sexualmente victimizadas antes de su primer embarazo se habían involucrado más temprano en relaciones sexuales "voluntarias" y era más probable que consumieran drogas y alcohol. Sus parejas sexuales eran mayores. La edad al momento del primer embarazo fue la misma tanto en las jóvenes que habían sufrido abuso como en aquéllas que no habían sido abusadas.

En las jóvenes que sufrieron abuso era menos probable el uso de anticonceptivos y más probable que hubieran tenido un aborto y un segundo y tercer embarazos. En las adolescentes embarazadas o madres adolescentes que habían sido abusadas era también más probable que hubieran estado involucradas en una relación violenta en la cual fueron golpeadas y agredidas, o que estuvieran siendo abusadas al momento de la encuesta. No fue extraño descubrir que las jóvenes abusadas reportaron haber sufrido más abuso emocional y maltrato físico en la niñez. Era



también más probable que hubieran experimentado victimización repetida durante el año anterior, padecido una enfermedad de transmisión sexual y tenido problemas con drogas o alcohol. (21)

**Falta de información:** las consecuencias de los embarazos no deseados vistas hasta aquí, ya de por sí suficientemente graves, se agravan aún más cuando el embarazo no deseado se repite, situación, por otro lado, bastante frecuente. Sus consecuencias parecen ser mucho más graves que las de los primeros: el riesgo de mortalidad perinatal es mayor, y los problemas sociales relacionados con el éxito académico, el bienestar económico, la estabilidad marital y la dependencia de los servicios sociales tienden a intensificarse.

Los motivos para no recurrir a un método anticonceptivo se relacionan con el desconocimiento o de ellos o del funcionamiento del aparato reproductivo, aunque también puede ser por la oposición de la pareja o por diversos mitos y temores asociados a la regulación de la fecundidad. Análisis sobre el embarazo adolescente apuntan a que este fenómeno disminuiría a nivel mundial si hubiera tres elementos: educación sexual, servicios de salud sexual y reproductiva, y oportunidades vitales para las adolescentes.

**Abuso de sustancias:** la mejor forma de prevenir el embarazo adolescente es la educación, pero como herramienta formativa y no meramente informativa. Pero el problema es aún más complejo. Aun con adolescentes bien formados, cuando están bajo los efectos de alcohol o drogas, esta formación deja de ser efectiva. Nos guste o no, los adolescentes consumen alcohol en cantidades excesivas y eventualmente sucede lo mismo con otras drogas.

Estudios comprueban que en más del 50% de los embarazos en adolescentes interviene el abuso de algún tipo de droga sea legal o ilegal, el 78% de estas adolescentes refirieron estar planificando con algún método anticonceptivo; sin embargo debido al estado que presentaban olvidaron tomarse la píldora o usar preservativo. (22)

Durante la gestación, el parto y el postparto son mucho más probables toda una serie de problemas orgánicos que pueden afectar notablemente a la madre y al hijo. Esto ha motivado que los embarazos en la adolescencia hayan sido considerados de alto riesgo por la Organización Mundial de la Salud. Durante la gestación son más frecuentes las anemias, las alteraciones de peso, las infecciones urinarias, las cuales contribuyen al parto prematuro; el crecimiento uterino inferior a lo normal y los abortos espontáneos y la preeclampsia/eclampsia.

Las complicaciones durante el parto y el postparto son también muy importantes. La tasa de mortalidad es también más elevada. Por encima de esta edad, parecen ser mucho más relevantes diversos factores de tipo psicológico y social. Entre los factores psicológicos destaca el inadecuado y escaso o nulo cuidado prenatal que suelen tener estas madres. Este escaso cuidado prenatal parece estar motivado, entre otras cosas, por el hecho de que aproximadamente el 80% de estos embarazos no son deseados, lo que favorece la tendencia a ocultarlos, y por los malos hábitos de salud que suelen tener estas madres. Respecto a los factores de tipo social, el fundamental sería el bajo estatus socioeconómico y sociocultural que suelen tener estas chicas. (23)

Existen múltiples complicaciones que pueden presentarse en el embarazo adolescente, las cuales podemos agrupar de la siguiente manera:

- 1) Preconcepcionales: peso materno, antecedentes gineco-obstétricos y patológicos (enfermedad renal, tiroidea, cardiorrespiratoria y autoinmune).
- 2) Gestacionales: hipertensión gestacional, amenaza de aborto, infección de vías urinarias, placenta previa y diabetes gestacional.

**Peso materno:** las adolescentes no se encuentran aptas para la gestación, ya que sus órganos se encuentran inmaduros y existe la posibilidad de tener un niño con bajo peso al nacer. Varios autores plantean que las madres menores de 20 años no están completamente desarrolladas todavía en los aportes nutricionales y calóricos para alcanzar la madurez. Pérez Ojeda en su trabajo realizado en Las Tunas encontró que el 10% de las mujeres entre 15 y 20 años tuvieron niños con bajo

peso, alegando que es debido a la necesidad de nutrientes para su propio crecimiento incluyendo el crecimiento del feto. (24)

**Enfermedad Renal:** durante el embarazo, la función renal presenta importantes cambios, tanto anatómicos como fisiológicos. La alteración más frecuente es la infección de vías urinarias. La gestación puede empeorar una enfermedad renal preexistente y afectar la evolución del embarazo así como el resultado perinatal. En décadas pasadas el embarazo se contraindicaba en pacientes nefrópatas. Sin embargo, los avances científicos y tecnológicos tanto en el tratamiento de las enfermedades renales, como en la vigilancia prenatal, ha mejorado el pronóstico materno-fetal.

Durante el embarazo, el sistema renal presenta adaptaciones tanto anatómicas como fisiológicas. La modificación más importante es la dilatación del sistema colector, cálices, pelvis renal y uréteres, que puede persistir hasta el final del puerperio; se cree que es debido a la acción relajante de la progesterona sobre el músculo liso. El estado de hiperdinamia renal se debe a un incremento del flujo plasmático renal del 50 al 80% en el segundo trimestre, disminuyendo al término de la gestación, mientras que el índice de filtración glomerular aumenta del 30 al 50% en el primer trimestre y se mantiene así hasta la semana 36. La depuración de creatinina está aumentada (120-140 mL/min), la creatinina sérica y el nitrógeno ureico disminuyen y sus valores promedios durante la gestación son de 0.8 mg/dL y 12 mg/dL, respectivamente. (25)

**Enfermedad Tiroidea:** las enfermedades tiroideas autoinmunes, son 5 a 8 veces más frecuentes en las mujeres, y afectan a un 10% de las mismas, en su etapa fértil.

La enfermedad tiroidea puede afectar al embarazo y a la inversa, el embarazo y el puerperio, pueden afectar o cambiar la evolución de una enfermedad tiroidea. Todo hipotiroidismo debe tratarse tan pronto como se tenga el diagnóstico del mismo, ya que hay estudios que han mostrado que una disminución leve de hormonas tiroideas en la primera mitad del embarazo, puede dejar secuelas neuropsicológicas a largo plazo en el bebé.

La embarazada debe aumentar su producción de hormonas tiroideas, que en el caso de una tiroides que funcione normalmente logra compensar esta necesidad aumentada, no así en la glándula patológica. El bebé necesita de las hormonas tiroideas maternas en el primer trimestre del embarazo, para su desarrollo. Recién a partir de la semana 18 de gestación comienza a funcionar la glándula tiroides fetal.

En el caso del hipotiroidismo sabemos que a medida que transcurre el embarazo van aumentando los requerimientos de T4, o levotiroxina sódica. Luego del parto por lo general se debe volver a la dosis que la mujer recibía de levotiroxina previo al embarazo.

En el caso de que la mujer embarazada tenga un hipertiroidismo, pudiendo acompañarse de T4 libre y/o T3 libres normales o aumentadas. También es importante dosificar los Anticuerpos antiperoxidasa, o antimicrosomales, ya que de estar elevados nos habla de una causa autoinmune de la enfermedad tiroidea.

En el hipertiroidismo causado por una Enfermedad de Graves Basedow, se deben dosificar los anticuerpos contra el receptor de TSH, ya que pueden atravesar la placenta, y en un mínimo porcentaje de casos, dar un hipertiroidismo transitorio en el recién nacido.

Las complicaciones que pueden haber mayor incidencia de abortos espontáneos, hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca en la madre, partos pretérmino. En el bebé puede determinar un retraso en el crecimiento intrauterino, bajo peso al nacer, prematuridad, hipertiroidismo fetal o neonatal. (26)

**Enfermedades Cardiorrespiratorias:** la mujer embarazada presenta cambios fisiológicos respiratorios como son la hiperventilación y disnea. Algunas complicaciones pulmonares pueden pasar inadvertidas si los signos y síntomas de enfermedad son sutiles y se confunden con los cambios fisiológicos. El asma exacerbada durante el embarazo puede provocar morbilidad materna y fetal y el manejo es similar a la paciente no embarazada. La neumonía no parece diferir ni en etiología ni en el cuadro clínico de la no embarazada y su manejo antibiótico tiene algunas restricciones.

Existe un aumento del volumen minuto, aumento del consumo de oxígeno, disminución del volumen de reserva espiratorio y del volumen residual, con una disminución de la capacidad residual funcional. Estos cambios son debidos a un aumento de la progesterona, la cual actúa estimulando el centro respiratorio. Las consecuencias de la hiperventilación son una reducción de la PaCO<sub>2</sub> (hipocapnia), con aumento de la excreción renal de bicarbonato que determina una leve alcalosis respiratoria. La PaO<sub>2</sub> en el embarazo se encuentra elevada en respuesta a la hipocapnia.

La disnea puede ser un hecho fisiológico que se presenta en un 50% y 75% de las embarazadas durante el segundo y tercer trimestre, respectivamente. La disnea parece ser debida a cambios en la conformación de la pared torácica, a la posición del diafragma y a alteraciones en la sensibilidad del centro respiratorio. Además de los cambios fisiológicos descritos, la embarazada puede desarrollar enfermedades respiratorias agudas, que pueden ser causa de morbimortalidad materna y fetal.

Con respecto al sistema cardiovascular los cambios fisiológicos que tienen lugar durante el embarazo significan un desafío a la reserva funcional del sistema cardiocirculatorio que no podrá ser adecuadamente sobrellevado en las pacientes de mayor gravedad, lo que se manifestará por grados variables de insuficiencia cardíaca congestiva, edema pulmonar agudo y, eventualmente, la muerte. (27)

La morbilidad para la mujer cardiópata que se embaraza dependerá del tipo de cardiopatía y de la capacidad funcional al momento de la concepción (clasificación de I-IV según NYHA). Las cardiopatías que revisten mayor riesgo de descompensación son aquellas que presentan una resistencia fija al aumento de demanda circulatoria (ej. estenosis mitral, coartación aórtica); las con cortocircuito de derecha a izquierda (ej. tetralogía de Fallot) y la hipertensión pulmonar (considerada por sí sola como la condición de mayor gravedad).

Se estima que aproximadamente el 98% de las cardiópatas que se embarazan presentan CF I o II. Para la mayoría de ellas el embarazo cursará sin inconvenientes y con una mortalidad de aproximadamente 0,4%. De aquellas con capacidad

funcional III o IV, la mayoría sufrirá descompensación o agravamiento de su cuadro durante el embarazo, señalándose para ellas cifras de mortalidad entre el 6 - 10%.

Existen tres momentos de especial riesgo de descompensación, ya sea por aumento o por disminución brusca de los volúmenes que deberá manejar un ventrículo insuficiente, los cuales deben ser enfrentados con especial precaución. El primero de ellos es al final del 2 trimestre (entre las 28 y 32 semanas de gestación), que corresponde al período de mayor expansión de volumen plasmático; el segundo es durante el trabajo de parto y parto, en que durante las contracciones uterinas se produce flujo de sangre desde la circulación útero-placentaria hacia el sistema cava, con el consiguiente aumento del débito cardíaco en 15 - 20%. Por otra parte, el pujo materno en el período del expulsivo, por un efecto mecánico compresivo, genera una disminución del retorno venoso que puede llegar a ser crítica. Finalmente, el tercer período clave corresponde al del puerperio precoz, ello porque una vez producido el alumbramiento e iniciada la retracción uterina, se libera la obstrucción mecánica de la vena cava con aumento del retorno venoso, asociado a lo cual existe un aumento de la resistencia vascular sistémica, y un rápido flujo de sangre desde la circulación útero-placentaria, cambios todos que deberán ser manejados por el corazón. En este período pueden ocurrir también episodios de hipovolemia, secundarios a sangrado genital de cuantía supra fisiológica (inercia uterina, retención de restos placentarios y desgarros del canal blando).

El resultado perinatal también se encuentra comprometido en esta asociación, y en directa relación con la capacidad funcional materna al momento del embarazo. En este caso la explicación fisiopatológica se encuentra relacionada con una insuficiencia del riego útero-placentario (insuficiencia cardíaca) y con hipoxemia (cardiopatía cianótica), con la consiguiente disminución del aporte de oxígeno y nutrientes al feto. La morbilidad asociada corresponde principalmente a parto pretérmino: 20-30% de los embarazos (2 o 3 veces mayor que la población general) y a un aumento en la incidencia de RCIU, alcanzando aproximadamente al 10% (el triple de la población general). Existe, además, un aumento de la mortalidad

perinatal a expensas principalmente de la prematuridad, para lo cual se señalan cifras de entre 15-30% para cardiopatas con capacidad funcional III o IV. (28)

**Enfermedad Autoinmune:** la relación entre enfermedad reumatológica y embarazo no es infrecuente dada la mayor prevalencia de estas patologías en mujeres jóvenes. Algunos de los cambios fisiológicos del embarazo modifican el curso y la presentación clínica de cada enfermedad y así mismo cada entidad representa un riesgo particular para la madre y el feto. El tratamiento de cada condición difiere del estándar porque muchos medicamentos poseen efectos adversos para el embarazo. Adicionalmente, en los estudios clínicos con frecuencia se excluye a la población obstétrica por lo que muchas de las recomendaciones en este grupo de pacientes provienen de observaciones clínicas.

Dada la gran complejidad que resulta de la asociación reumatológica con el embarazo, se debe tener un conocimiento preciso de las características propias de la enfermedad y del embarazo con el fin de realizar un tratamiento adecuado que permita lograr el mejor resultado para la madre y el feto. Idealmente, se debe incluir al reumatólogo en la consulta preconcepcional de mujeres con enfermedad reumatológica conocida. (29)

**Hipertensión Gestacional:** es considerada la causa más frecuente de parto pretérmino y bajo peso al nacer después del embarazo múltiple, en la que el producto de la gestación se afecta tanto por la enfermedad como por los medicamentos necesarios para su control.

La aparición de pre-eclampsia (PE) durante el embarazo comporta un aumento importante de la morbilidad perinatal asociándose con mayor incidencia de sufrimiento fetal intraparto y CIUR (18,8 % en la PE moderada y 37 % en la grave).

Más que evitar la enfermedad, lo cual parece difícil en el momento actual, la atención del médico debe dirigirse a descubrir el terreno de riesgo en que la afección puede desarrollarse y a detectar los signos iniciales y las formas "ligeras" de la enfermedad para evitar el desarrollo de las formas graves. (30)

**Hemorragia vaginal durante el embarazo:** las hemorragias vaginales durante el embarazo se dividen en dos grandes grupos, ya que sus causas son notoriamente diferentes. Se dividen en hemorragias de la primera mitad del embarazo y de la segunda mitad.

Hemorragias de la primera mitad del embarazo: Las causas más comunes son:

- ) Aborto espontáneo
- ) Amenaza de aborto espontáneo
- ) Embarazo ectópico
- ) Enfermedad trofoblástica
- ) Lesiones a nivel de la vagina o a nivel del cuello uterino.

En los casos de aborto o posible aborto, lo mismo que en el embarazo ectópico, suele sentirse dolor abdominal, mientras que en la enfermedad trofoblástica hay sangrado pero sin dolor. Puede haber otras causas, pero estas no implican ningún riesgo ni para la madre ni para el feto, por lo tanto no son tan importantes como las anteriores. Estas son:

- ) Implantación del embarazo. En el proceso de fijación del embarazo en el útero puede darse una pequeña pérdida de sangre amarronada. Puede ir acompañada de un pequeño dolor abdominal.
- ) Cambios hormonales. Es común que la mujer, en el primer mes de embarazo, tenga un sangrado similar a la menstruación en la fecha en la que debería menstruar, es por esto que muchas mujeres sospechan de un embarazo recién en el segundo mes del mismo.
- ) Hematomas interdeciduotrofoblásticos. A veces, entre el útero y el tejido del embarazo se forman pequeños lagos sanguíneos o hematomas, y puede producir pequeños sangrados sin dolor. Suelen desaparecer espontáneamente.



Hemorragias de la segunda mitad del embarazo: Las causas más comunes son:

- ) Placenta previa. Suele ser un sangrado de sangre roja, fresca, sin dolor.
- ) Desprendimiento prematuro de placenta. Es una sangre oscura, acompañada de molestias o dolor.
- ) Vasa previa. Se rompen algunos vasos sanguíneos del cordón umbilical. No se presenta dolor.
- ) Traumatismos en el cuello del útero. A veces el cuello del útero se congestiona por la mayor irrigación sanguínea y por la presencia de gérmenes vaginales. Puede suceder que luego de una relación sexual, se presente una hemorragia pequeña.
- ) Ruptura uterina. Se produce un desgarro en el útero intacto o por dehiscencia de una cicatriz.
- ) Parto prematuro.

Hacia finales del embarazo se puede tener una pequeña hemorragia debido a:

- ) Expulsión del tapón mucoso. Es común que en la etapa final del embarazo se desprenda el tapón mucoso. Por lo general se ve como un flujo amarronado, pero a veces puede ir acompañado de un leve sangrado.
- ) Dilatación del cuello uterino. Cuando se empieza a dilatar el cuello del útero, ya sea en el trabajo de parto o previamente (pródromos del trabajo de parto), puede producirse un sangrado. (31)

**Infección de vías urinarias:** la infección de vías urinarias gestacional esta constatada como 3 entidades de mayor importancia la bacteriuria asintomática, infección de vías urinarias con sintomatología leve e infección de vías urinarias con sintomatología severa.

La bacteriuria asintomática (BA) se define como la presencia de bacterias en orina, en ausencia de síntomas específicos de vías urinarias. La incidencia durante el embarazo es del 2 al 11%; si no se trata adecuadamente el 25% evolucionarán a infección de vías urinarias con sintomatología severa. Su etiología en el 80 a 90% de

los casos es por *Escherichia coli* y, en menor grado, por *Klebsiella pneumoniae*, *Enterobacter*, *Proteus mirabilis*, enterococos, y mucho más rara por *Pseudomonas*, *Citrobacter* y *Staphylococcus saprophyticus*.

El cuadro clínico de la infección de vías urinarias con sintomatología leve se caracteriza por la presencia de polaquiuria, urgencia urinaria, disuria y piuria. El tratamiento es igual que en la bacteriuria asintomática.

La infección de vías urinarias con sintomatología severa se presenta con mayor frecuencia en el segundo y tercer trimestre del embarazo, generalmente es unilateral y afecta con mayor frecuencia al riñón derecho. Los gérmenes más frecuentes son *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *enterobacter* y *Proteus mirabilis*. Su inicio es súbito, con fiebre de hasta 40 C o hipotermia, escalofríos, dolor lumbar, anorexia, náusea, vómito y puede asociarse con cuadro clínico de infección urinaria baja.

El diagnóstico diferencial debe hacerse con trabajo de parto prematuro, corioamnionitis, apendicitis, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta. El tratamiento debe ser agresivo, los dos aspectos fundamentales son la hidratación y la administración de antibióticos vía parenteral, la paciente debe ser hospitalizada. Los estudios de laboratorio deben incluir: biimetría hemática, química sanguínea, electrolitos séricos, hemocultivo, examen general de orina y urocultivo obtenidos por sondeo y antibiograma. Se debe vigilar la actividad uterina y el bienestar fetal, así como el gasto urinario ya que las pacientes por lo general están oligúricas y la hidratación deberá ser con soluciones cristaloides para mejorar el volumen intravascular. El antibiótico de elección es la ampicilina; sin embargo, debido a la resistencia bacteriana a este antibiótico, se indican como segunda elección las cefalosporinas o penicilinas de amplio espectro, también se pueden utilizar los aminoglucósidos.

El antibiótico se cambiará a vía oral cuando se haya controlado la fiebre, el tratamiento se prolonga por 10 días, indicándose un urocultivo 2 semanas posteriores al tratamiento. Cuando no exista mejoría, deberá descartarse una obstrucción del tracto urinario, por ecografía renal y, si es necesario, mediante una

pielografía intravenosa donde sólo se tomen 1 a 2 placas después de administrar el medio de contraste. Las pacientes con obstrucción demostrada pueden necesitar un sondeo ureteral o una nefrostomía percutánea.

**Diabetes Gestacional:** se define como diabetes gestacional a toda intolerancia a los hidratos de carbono de intensidad variable, de comienzo o primer reconocimiento durante la gestación.

La importancia del diagnóstico de diabetes gestacional estriba en que este trastorno tiene inmediatas consecuencias para el desarrollo del embarazo e implicaciones a largo plazo tanto para el recién nacido como para la madre.

Existen una serie de razones para identificar a estas mujeres durante la gestación; entre las más importantes se encuentran las siguientes:

1.- Algunas mujeres gestantes presentan una hiperglucemia importante y requieren tratamiento insulínico de inmediato.

2.- Los fetos tienden a presentar macrosomía, además de alteraciones tales como: hipoglucemia neonatal, hipocalcemia, policitemia e hiperbilirrubinemia, lo que se traduce en una mayor morbimortalidad.

3.- Los recién nacidos tienen tendencia a la obesidad, dislipemia y diabetes en la edad adulta.

4.- Las madres presentan una mayor incidencia de diabetes en años posteriores: entre un 25 y un 70 % de mujeres diabéticas gestacionales padecerán diabetes mellitus a los 25 años de seguimiento.

Pese a todo lo anterior, la mayoría de autores coinciden en que la tasa de morbimortalidad perinatal en la diabetes gestacional es similar a la de mujeres no diabéticas, pero siempre que se establezca el diagnóstico en el momento oportuno y se controle adecuadamente a la paciente. Por tanto, es un objetivo primordial en todo plan de asistencia sanitaria el identificar a las mujeres con diabetes gestacional

y normalizar su perfil de glucosa, de manera que puedan prevenirse o al menos reducir al mínimo las complicaciones citadas.

Comparado con el embarazo normal, encontramos en la mayoría de casos de diabetes gestacional una disminución de la sensibilidad periférica a la insulina asociada a una incapacidad para incrementar la secreción de insulina como respuesta al incremento de los niveles de glicemia, situación que permanece incluso finalizada la gestación. (32)

## VII. DISEÑO METODOLÓGICO

### a) Tipo de Estudio:

Descriptivo, de corte transversal

### b) Área de Estudio:

Servicio de ginecoobstetricia del Hospital Primario Yolanda Mayorga, Tipitapa.

### c) Universo:

Todas las pacientes embarazadas adolescentes que acudieron al Hospital Primario Yolanda Mayorga de Tipitapa en el periodo de Enero a Junio de 2014.

Para un total de 243 pacientes.

### d) Unidad de Análisis

Embarazadas adolescentes atendidas en el Hospital Primario Yolanda Mayorga de Tipitapa en el periodo de Enero a Junio de 2014.

### e) Muestra

Constituida por 149 pacientes que corresponden al 61.32% del universo que cumplieron con los criterios de inclusión.

### f) Criterios de inclusión y exclusión

#### *Criterios de Inclusión*

- ) Ser adolescente
- ) Embarazada
- ) Todos los controles en el Hospital Primario Yolanda Mayorga
- ) Parto institucional
- ) Primigesta

#### *Criterios de Exclusión*

Que no cumplan con los criterios de inclusión.

**g) Recolección de datos:**

Para obtener la información se elaboró una ficha de recolección de información por cada embarazada adolescente (ver anexo N° 2)

**Instrumento de recolección:**

El instrumento para la recolección de la información de los expedientes fue una ficha estructurada que integra las variables del estudio con el cual se obtuvo datos de cada unidad de análisis (Ver ficha de anexo).

**h) Procesamiento y Análisis de la información:**

Una vez obtenida la información, los datos recolectados por medio de la ficha se anexaron en una base de datos, para ello se utilizó Microsoft Excel 2013, utilizando medidas de frecuencias comparativas simples en porcentajes y promedios.

**i) Plan de Análisis:**

Se realizó a través de tablas y gráficos en frecuencia y porcentajes.

## VIII. RESULTADOS

### **Características socio demográficas:**

#### **EDAD:**

La edad más frecuente encontrada fue de 15 a 19 años con 60% y un 40% entre las edades de 10 a 14 años. (Tabla 1, Grafico 1).

#### **ESTADO CIVIL:**

El estado civil más predominante fue en un 54% unión libre, seguidos de un 43% de solteras y un 3% de casadas (Tabla 2, Grafico 2).

#### **NIVEL ACADEMICO:**

El nivel académico que predominó con 44% fue primaria, seguido de 26% secundaria y el 30% no curso ningún nivel académico (Tabla 3, Grafico 3).

#### **OCUPACION:**

La ocupación más frecuente fue ser ama de casa con 56% y un 44 % estudiantes (Tabla 4, Grafico 4).

#### **PROCEDENCIA:**

La procedencia más frecuente fue la rural con 70% y 30% urbano (Tabla 5, Grafico 5).

#### **Factores preconcepcionales:**

#### **PESO MATERNO:**

El peso materno más frecuente fue normopeso con 43%, seguido de bajo peso con 32%, sobrepeso un 21% y un 4% en obesidad (Tabla 6, Grafico 6).

### **ANTECEDENTES PATOLOGICOS:**

La enfermedad preconcepcional más frecuente es la cardiorrespiratoria con 5%, seguido de enfermedad renal con 1%, enfermedad tiroidea 1% y no se encontró ninguna con enfermedad autoinmune (Tabla 7, Grafico 7).

### **Complicaciones de la gestación:**

### **ENFERMEDADES DURANTE LA GESTACION:**

La enfermedad más frecuente durante la gestación fue la infección de vías urinarias con 48%, síndrome hipertensivo en sus diferentes formas con 28%, seguido de amenaza de aborto 11%, placenta previa 4% y diabetes gestacional 2% (Tabla 8, Grafico 8).

### **Finalización del embarazo:**

### **VIA DE FINALIZACION:**

La vía de finalización más común fue el parto vaginal con 63% y 37% parto por cesárea (Tabla 9, Grafico 9).



## IX. ANALISIS Y DISCUSION

Se revisaron un total de 149 expedientes clínicos, con los siguientes resultados:

Encontramos que de 149 adolescentes embarazadas 40% (59) estaban entre los rangos de edad de 10 a 14 años y 60% (90) entre las edades de 15 a 19 años, lo cual corresponde con el estudio de Ecuador en donde el 69,9% tuvo entre 17 y 19 años. Encontramos que 3% (5) de las adolescentes eran casadas, 43% (64) estaban solteras y 54% (80) se encontraban en unión libre que coincide con el estudio realizado en el país en donde el 69,5% estaban en unión libre. Encontramos que 26% (38) de las embarazadas cursaban secundaria, 30% (45) no cursaron ningún nivel académico y 44% (66) cursaban nivel primario. Encontramos que 44% (66) adolescentes estudiaban y 56% (83) eran amas de casa, porcentaje inferior al estudio realizado en África en donde el 87,1% de las embarazadas en estudio eran amas de casa. Encontramos que 30% (45) procedían del área urbana y 70% (104) del área rural, cifra que supera el 65,5% encontrado en el estudio realizado en Ecuador.

Encontramos que 4% (5) de las embarazadas adolescentes eran obesas, 21% (32) presentaron sobrepeso, 32% (48) presentaban bajo peso y 43% (64) eran normopeso; mientras que en el estudio realizado en Cuba en el año 2,000 el 59,8% de las adolescentes embarazadas presento bajo peso. De las patologías crónicas de las embarazadas adolescentes en estudio encontramos que ninguna tenía antecedentes de enfermedades autoinmunes, 1% (1) presento antecedente de enfermedad tiroidea, 1% (2) presentaban antecedentes de enfermedad renal y 5% (7) presentaron antecedentes de enfermedad cardiorrespiratoria.

De los casos revisados encontramos que 2% (3) embarazadas adolescentes presentaron diabetes gestacional, 4% (6) presentaron placenta previa, 11% (17) presentaron amenaza de aborto, 28% (42) presentaron síndrome hipertensivo y en el estudio de África se presentó en la mayoría de los casos este padecimiento, en contraste con el estudio de Ecuador en donde el 4,5% lo padecieron y 48% (71) presentaron infección de vías urinarias cifra superior a la encontrada en el estudio de

Chile en donde el 13,29% padeció de infección del tracto urinario. Del total el 22% (33) pacientes presentaron más de un padecimiento.

Del total de casos en estudio encontramos que 37% (55) de las adolescentes embarazadas finalizaron el embarazo por vía cesárea cifra que se aproxima a la encontrada en el estudio de Ecuador en donde el 41,8% termino por esta vía, y 63% (94) lo finalizaron por parto vía vaginal cifra similar a la encontrada en el estudio realizado en el país en donde el 53,3% finalizó el parto por esta vía.

## X. CONCLUSIONES

A través del presente informe logramos concluir que:

- El embarazo en adolescentes predominó más en mujeres de 15 a 19 años, las cuales se encontraban en unión libre, con estudios primarios, eran amas de casas y procedentes del área rural.
- La mayoría de las embarazadas adolescentes se encontraban en normopeso, previamente sanas y sin antecedentes personales patológicos.
- A lo largo de la gestación la complicación más frecuente que se presentó corresponde a infección de vías urinarias, seguido de síndrome hipertensivo, amenaza de aborto, placenta previa y diabetes gestacional.
- La finalización del parto en las embarazadas adolescentes en su mayoría fue por vía vaginal.

## **XI. RECOMENDACIONES**

Los resultados expuestos en este estudio confirman que el embarazo en adolescentes, como otro problema social, está determinado por diversos factores que interactúan dentro de los distintos ámbitos sociales en los que las adolescentes se desarrollan. Esta multidimensionalidad plantea la necesidad de una respuesta integral desde los diferentes espacios, que incluya no sólo acciones dirigidas a las adolescentes, sino también enfoques más integrales y a largo plazo. A continuación enunciamos una serie de recomendaciones dirigidas a los diferentes actores que, de acuerdo a nuestras consideraciones, tienen un rol fundamental en la garantía de una estrategia integral para la prevención del embarazo en adolescentes.

MINSA, actividades de promoción y prevención en conjunto con otros organismos que trabajen y luchen con el mismo objetivo de reducir el índice de embarazo no deseado haciendo énfasis en el uso adecuado de métodos anticonceptivos.

SILAIS Managua, fortalecer estrategias y programas como clubes de adolescentes donde ellos expongan dudas acerca de la sexualidad.

HOSPITAL PRIMARIO, reforzar los esfuerzos para garantizar la integración de las adolescentes rurales dentro de la Estrategia Comunitaria de Métodos Anticonceptivos (ECMAC).

Organizar actividades de concientización para ejercer responsablemente sus actividades sexuales involucrando a la red comunitaria.

ADOLESCENTES, en general ejercer de forma responsable su sexualidad y de esta forma prepararse para su futuro.

## XII. BIBLIOGRAFÍA

1. **INIDE.** *encuesta nicaraguense de demografía y salud.* managua : s.n., 2014.
2. **Paula León, Matías Minassian.** *Embarazo adolescente.* santiago. : s.n., 2008. 0718-0918.
3. *Objetivos de Desarrollo Sostenible. Unidas, Organizacion de Naciones.* Nueva York : s.n., 2015.
4. *Resultados adversos perinatales en adolescentes .* **Wenzlaff, Reime.** Camerun : s.n., 2008, Vol. 2.
5. *Complicaciones durante labor y parto en embarazo adolescente.* **Bouzas, Victoria.** EEUU : s.n., 2011.
6. *Incidencia, riesgos y complicaciones del embarazo en la adolescencia.* **Bardales, Dra. Jessica.** Cuba : s.n., 3 de marzo 2,003.
7. *Complicaciones obstetricas en adolescentes.* **Quevedo, Elva López.** Ecuador : s.n., 2008.
8. *Riesgos Obstetricos en el embarazo adolescente.* **Drs. Angela Diaz, Pablo Sanhueza.** Chile : s.n., 2002.
9. *Factores presentes en la mortalidad materna de adolescentes.* **Soto, Elvis Ramon.** Nicaragua : s.n., enero 2004 - diciembre 2006.
10. **Gómez PI, Molina R, Zamberlin N.** Factores relacionados con el embarazo y la mortalidad en menores de 15 años en America Latina y el Caribe. Lima, Peru : s.n., 2011.
11. Organizacion de las Naciones Unidas para la Educacion, la Ciencia y la Cultura. 2013.
12. **Alberca, Jose Manuel Lara.** Adolescencia: cambios fisicos y cognitivos. Chile : s.n., 2002.
13. *Riesgo en el embarazo adolescente.* **Monzon, Dra. Lourdes Tisiana.** 2006.
14. **Salud, Encuesta Nicaraguense de Demografía y.** *Instituto Nacional de Informacion de Desarrollo.* 2007.
15. **UNICEF.** *Articulo de Embarazo y Adolescencia.* Ecuador : s.n., 2011.
16. *Diario Reforma.* 2013.

17. *Desintegración familiar como factor determinante del embarazo en adolescentes.* Lima, Peru : s.n., 2008.
18. **Naranjo, Dr. Rafael Abreu.** *Adolescencia e inicio precoz de las relaciones sexuales.* Argentina : s.n., 2008.
19. **Mendoza, Dr. Jorge Pelaez.** La Habana : Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología , 2004.
20. *Trabajo Social. Americas, Universidad de las.* Viña del mar, Chile : s.n., 2009.
21. *Papel del abuso sexual en el embarazo.* PhD, **Debra Boyer.** EUA : s.n., 2007.
22. *Alcohol y Adolescencia. Chilena, Revista.* Chile : s.n., 2011.
23. *Factores relacionados con el embarazo y la mortalidad en menores de 15 años.* **Molina, Dr. R.** Lima, Peru : s.n., 2011.
24. *Embarazo y Adolescencia.* Ecuador : s.n., 2011.
25. *Enfermedades Renales y Embarazo.* **Paredes, Dr. Reyes.** Argentina : s.n., 2006, Vol. Vol. 7.
26. *Disfunción Tiroidea y Embarazo.* **Ruiz, Dr. Olman.** Mexico : s.n., 2009.
27. *Enfermedades Respiratorias en el Embarazo.* **Ruizi, Dr. Hernan.** Chile : s.n., 2003.
28. *Cardiopatía y Embarazo.* **Santana, Dr.** Republica Dominicana : s.n., 2010, Vol. Vol. 58.
29. *Enfermedad Reumatológica y Embarazo.* [aut. libro] Asociación Colombiana de Reumatología. Bogota, Colombia : s.n., 2007.
30. *Repercusión de los Factores de Riesgo en el Bajo Peso al Nacer.* **Dr. Roberto Álvarez Fumero, Dr. Luis R. Urra Cobas y Dra. Miriam Aliño Santiago.** s.l. : RESUMED 2001, Vols. 14(3):115-21.
31. *Protocolo para la atención de las complicaciones obstétricas.* **Salud, Ministerio de.** Managua : s.n., Abril, 2013.
32. *Patologías más frecuentes de Alto Riesgo Obstétrico.* **Salud, Ministerio de.** Managua : s.n., Sep. 2011.

# Anexos

## ANEXO 1

### MATRIZ DE OPERACIONALIZACION DE VARIABLES E INDICADORES

<b>Objetivo 1. Identificar las características socio-demográficas de las embarazadas adolescentes en estudio.</b>			
<b>VARIABLES</b>	<b>DEFINICIÓN OPERACIONAL</b>	<b>VALOR</b>	<b>ESCALA</b>
Edad materna	Tiempo en años cumplidos desde el nacimiento de la madre al momento de la revisión de expediente	Cuantitativa continúa	10-14 años 15-19 años
Estado civil	Situación personal en que se encuentra una persona en relación a otra	Cualitativa nominal	
Escolaridad	Ultimo año de estudio cursado por la persona en estudio	Cualitativa ordinal	
Ocupación	Labor que desempeña la persona en estudio	Cualitativa nominal	
Procedencia	Sector geográfico de donde es originaria la persona en estudio	Cualitativa nominal	



**Objetivo 2. Mencionar los antecedentes gineco-obstétricos y patológicos de las adolescentes en estudio.**

<b>VARIABLES</b>	<b>DEFINICION OPERACIONAL</b>	<b>VALOR</b>	<b>ESCALA</b>
Peso materno	Estado nutricional es la situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes	Cualitativa ordinal	
Enfermedad renal	Enfermedad congénita o adquirida que compromete el tracto urinario	Cualitativa nominal	
Enfermedad tiroidea	Patología de la glándula tiroides	Cualitativa nominal	
Enfermedad cardiorrespiratoria	Patología de corazón o pulmón	Cualitativa nominal	
Enfermedad autoinmune	Enfermedad por la cual el sistema inmune ataca las células del propio sistema	Cualitativa nominal	

**Objetivo 3. Enumerar las complicaciones que presentaron las embarazadas adolescentes en el transcurso de su embarazo.**

<b>VARIABLES</b>	<b>DEFINICION OPERACIONAL</b>	<b>VALOR</b>	<b>ESCALA</b>
Diabetes gestacional	Tipo de intolerancia a la glucosa que aparece por primera vez durante el embarazo a partir de las 24 SG. No excluye la posibilidad de una intolerancia a la glucosa no reconocida que se ha iniciado antes o al principio de la gestación	Cualitativa nominal	
Placenta previa	Placenta que cubre o esta próxima al orificio interno del cérvix y se encuentra implantada en el segmento inferior del útero después de la semana 22. O aquella que tiene una distancia menor de 20 mm del orificio cervical interno medido por US transvaginal	Cualitativa nominal	
Amenaza de aborto	Amenorrea con signos presuntivos de embarazo, dolor tipo cólico en hipogástrico acompañado o no de sangrado transvaginal, sin modificaciones cervicales y el tamaño del útero conforme a las semanas de amenorrea	Cualitativa nominal	
Síndrome hipertensivo	Son las que hacen referencia a la hipertensión que se inicia o se diagnostica durante la gestación en una paciente previamente normotensa	Cualitativa nominal	
Infección de vías urinarias	Infección bacteriana de las vías urinarias altas o bajas y su respectiva sintomatología durante el embarazo	Cualitativa nominal	

**Objetivo 4. Conocer la finalización del embarazo de las adolescentes que acudieron al Hospital Primario Yolanda Mayorga de Tipitapa.**

VARIABLES	DEFINICION OPERACIONAL	VALOR	ESCALA
Parto vaginal	Culminación del embarazo humano, el periodo de salida del bebé del útero materno de forma fisiológica	Cualitativa nominal	
Cesárea	Intervención quirúrgica que consiste en realizar una incisión en el abdomen y en el útero que tiene por objeto extraer al feto vivo o muerto y la placenta por vía transabdominal	Cualitativa nominal	

## ANEXO 2.

Instrumento de recolección de información  
**Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua**  
**UNAN-Managua**

Complicaciones en el embarazo de Adolescentes que acudieron al Hospital Primario Yolanda Mayorga de Tipitapa en el periodo de Enero a Junio de 2014.

### Ficha de recolección de información de expediente clínico.

Número de Expediente: \_\_\_\_\_

#### I- Factores Socio demográficos.

- 1- Edad materna: \_\_\_\_\_ 10-14 años\_\_\_\_ 15-19 años\_\_\_\_
- 2- Estado civil: Soltera\_\_\_\_ Casada\_\_\_\_ Unión libre \_\_\_\_\_
- 3- Escolaridad: Ninguno\_\_\_\_ Primaria\_\_\_\_ Secundaria\_\_\_\_ Técnico o Universitario\_\_\_\_
- 4- Ocupación: Ama de casa\_\_\_\_ Estudiante \_\_\_\_\_
- 5- Procedencia: Urbano\_\_\_\_ Rural\_\_\_\_

#### II- Factores Preconcepcionales.

- 6- Peso materno: Bajo peso\_\_\_\_ Normopeso \_\_\_\_ Sobrepeso\_\_\_\_ Obesidad\_\_\_\_
- 7- Enfermedad Renal: Si\_\_\_\_ No\_\_\_\_
- 8- Enfermedad Tiroidea: Si\_\_\_\_ No\_\_\_\_
- 9- Enfermedad Cardiorrespiratoria: Si\_\_\_\_ No\_\_\_\_
- 10- Enfermedades Autoinmune: Si\_\_\_\_ No\_\_\_\_

#### III- Complicaciones de la Gestación.

- 11- Diabetes gestacional: Si\_\_\_\_ No\_\_\_\_
- 12- Placenta previa: Si\_\_\_\_ No\_\_\_\_
- 13- Amenaza de aborto: Si\_\_\_\_ No\_\_\_\_

14- Síndrome hipertensivo: Si\_\_\_ No\_\_\_

15- Infección de vías urinaria: Si\_\_\_ No\_\_\_

#### **IV. Vía de Finalización**

16- Parto vaginal \_\_\_\_

17- Cesárea \_\_\_\_\_

## ANEXO 3

### TABLAS

**Tabla 1. Edad materna de adolescentes embarazadas atendidas en el hospital primario Yolanda Mayorga.**

<b>Edad materna</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
10 a 14 años	59	40%
15 a 19 años	90	60%
Total	149	100%

Fuente: secundaria

**Tabla 2. Estado civil de adolescentes embarazadas atendidas en el hospital primario Yolanda Mayorga.**

<b>Estado civil</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Casadas	5	3%
Solteras	64	43%
Unión libre	80	54%
Total	149	100%

Fuente: secundaria

**Tabla 3. Nivel académico de adolescentes embarazadas atendidas en el hospital primario Yolanda Mayorga.**

<b>Escolaridad</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Primaria	66	44%
Secundaria	38	26%
Ningún nivel académico	45	30%
Total	149	100%

Fuente: secundaria

**Tabla 4. Ocupación de adolescentes embarazadas atendidas en el hospital primario Yolanda Mayorga.**

<b>Ocupación</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Estudiante	66	44%
Ama de casa	83	56%
Total	149	100%

Fuente: secundaria

**Tabla 5. Procedencia de las adolescentes embarazadas atendidas en el hospital primario Yolanda Mayorga.**

<b>Procedencia</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Urbano	45	30%
Rural	104	70%
Total	149	100%

Fuente: secundaria

**Tabla 6. Peso materno de las adolescentes embarazadas atendidas en el hospital primario Yolanda Mayorga.**

<b>Peso materno</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Bajo peso	48	32%
Normopeso	64	43%
Sobrepeso	32	21%
Obesidad	5	4%
Total	149	100%

Fuente: secundaria

**Tabla 7. Antecedentes patológicos de las adolescentes embarazadas adolescentes atendidas en el hospital primario Yolanda Mayorga.**

<b>Patologías</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Autoinmune	0	0%
Tiroidea	1	1%
Renal	2	1%
Cardiorrespiratoria	7	5%

Fuente: secundaria

**Tabla 8. Complicaciones durante la gestación de las embarazadas adolescentes atendidas en el hospital primario Yolanda Mayorga.**

<b>Patologías</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Diabetes gestacional	3	2%
Placenta previa	6	4%
Amenaza de aborto	17	11%
Síndrome hipertensivo	42	28%
Infección de vías urinarias	71	48%

Fuente: secundaria

**Tabla 9. Vías de finalización de las embarazadas adolescentes atendidas en el hospital primario Yolanda Mayorga.**

<b>Parto</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Vaginal	94	63%
Cesárea	55	37%
Total	149	100%

Fuente: secundaria



## ANEXO 4.

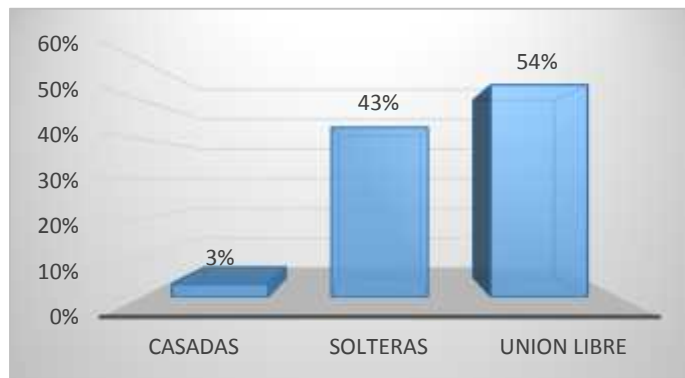
### GRAFICOS

**Grafico 1. Edad materna de las adolescentes embarazadas atendidas en el hospital primario Yolanda Mayorga.**



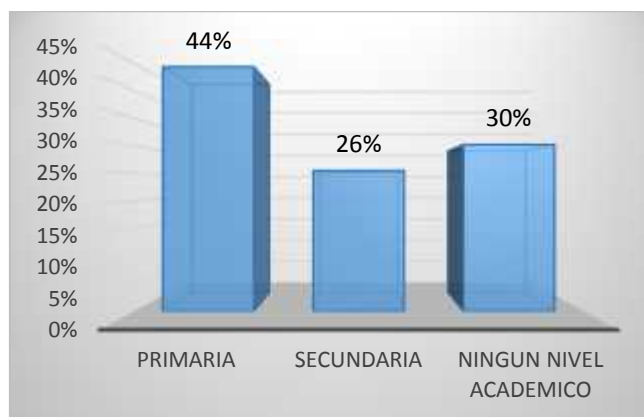
Fuente: Tabla 1

**Grafico 2. Estado civil de las adolescentes embarazadas atendidas en el hospital primario Yolanda Mayorga.**



Fuente: Tabla 2

**Grafico 3. Nivel académico de adolescentes embarazadas atendidas en el hospital primario Yolanda Mayorga.**



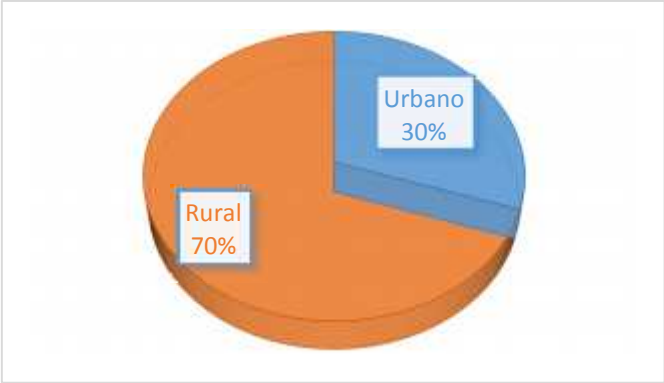
Fuente: Tabla 3

**Grafico 4. Ocupación de adolescentes embarazadas atendidas en el hospital primario Yolanda Mayorga.**



Fuente: Tabla 4

**Gráfico 5. Procedencia de las adolescentes embarazadas atendidas en el hospital primario Yolanda Mayorga.**



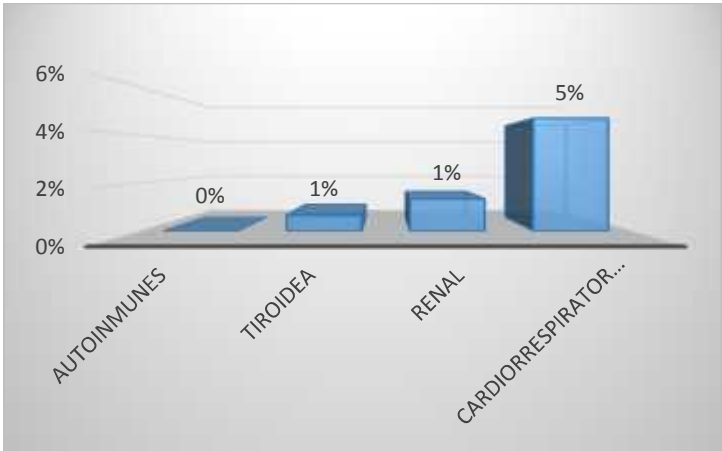
Fuente: Tabla 5

**Gráfico 6. Peso materno de las adolescentes embarazadas atendidas en el hospital primario Yolanda Mayorga.**



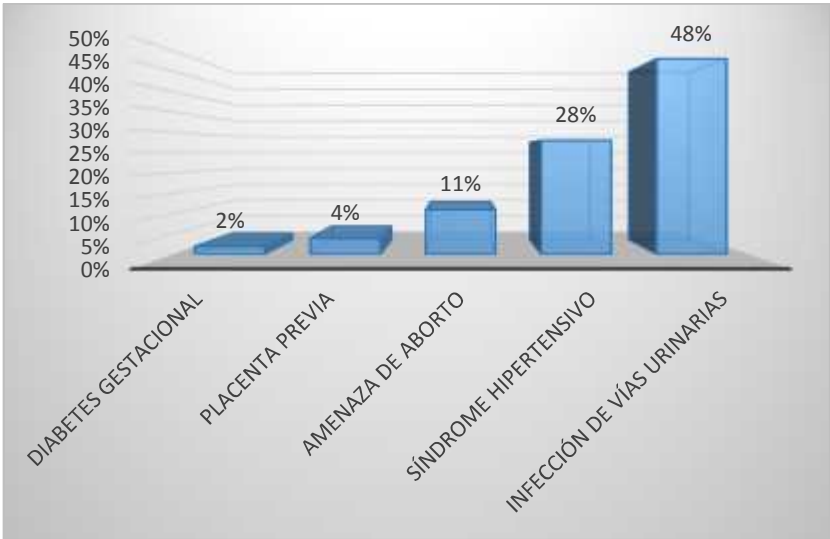
Fuente: Tabla 6

**Gráfico 7. Antecedentes patológicos de las adolescentes embarazadas adolescentes atendidas en el hospital primario Yolanda Mayorga.**



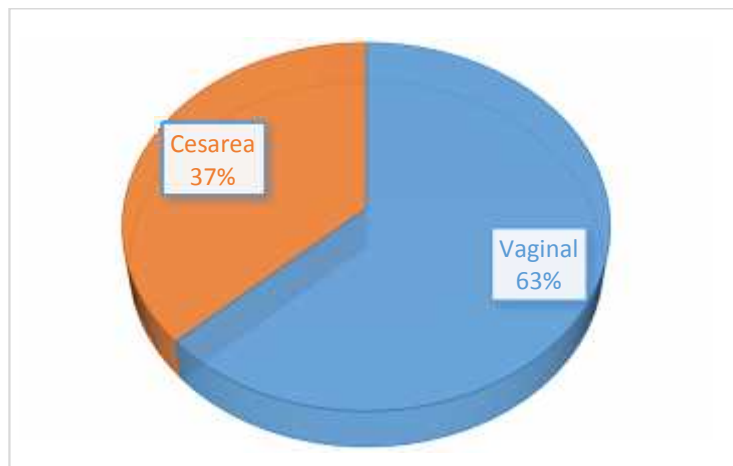
Fuente: Tabla 7

**Gráfico 8. Complicaciones durante la gestación de las embarazadas adolescentes atendidas en el hospital primario Yolanda Mayorga.**



Fuente: Tabla 8

**Gráfico 9. Vías de finalización de las embarazadas adolescentes atendidas en el hospital primario Yolanda Mayorga.**



Fuente: Tabla 9