



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Carrera de Medicina

Tesis para optar al título de Doctor en Medicina y Cirugía

Complicaciones maternas en embarazadas adolescentes y mayores de 35 años, que acuden al servicio de ginecobstetricia, Hospital Alemán Nicaragüense, Managua

Enero 2016-Diciembre 2019

Elaborado por:

Br. Cerda Martínez Rosa Angélica

Br. Gudiel Mejía Martha Amanda

Br. Guevara Calero María Dolores

Tutor:

Dra. Ximena Gutiérrez

Profesora titular

Managua, Nicaragua diciembre 2021

OPINIÓN DE LA TUTORA

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), 16 millones de adolescentes de 15-19 años y aproximadamente 1 millón de niñas menores de 15 años, dan a luz cada año, la mayoría en países de ingresos bajos y medianos. Las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las adolescentes de 15 a 19 años en todo el mundo. Por otro lado, las mujeres mayores de 35 años presentan mayores riesgos de presentar complicaciones debido a la morbilidad previa y su número de embarazos.

Por lo antes expuesto, resulta sumamente valioso disponer de un estudio que nos ofrezca un panorama de lo que sucede en ambos grupos de edad, como es el realizado por las autoras del tema “Complicaciones maternas en embarazadas adolescentes y mayores de 35 años, que acuden al servicio de ginecoobstetricia del Hospital Alemán Nicaragüense. Managua. Enero 2016- diciembre 2019”.

Los resultados del estudio ponen en evidencia la vulnerabilidad de ambos grupos de edad, en los que, por un lado el inicio de la vida sexual activa a temprana edad, la falta de uso de método anticonceptivo, son condiciones que favorecen el embarazo en la etapa de la adolescencia, por otro lado las mujeres mayores a pesar de utilizar métodos anticonceptivos siguen embarazándose, lo que debe ser una señal de alerta para los prestadores de servicio.

Durante todo el proceso de investigación se cumplió con todos los aspectos metodológicos que se requieren para finalizar exitosamente el proceso.

Felicito a las autoras de este estudio por haber asumido el reto y llevarlo hasta el final, por enfrentar las adversidades, por su disciplina y compromiso con el tema. Que este sea el inicio de nuevas investigaciones.

Martha Amanda Gudiel Mejía, No. Carnet 15071038

María Dolores Guevara Calero, No. Carnet 15030888

Rosa Angélica Cerda Martínez, No. Carnet 14071632

Dra. Ximena Gutiérrez Gómez

Doctorado en gestión y Calidad de la Investigación Científica

Profesora Titular

Agradecimientos

En primer lugar, debemos mencionar al que solo conoce amor y bondad, quién nos permitió desarrollar esta tesis monográfica, Dios Todo Poderoso.

A nuestra familia, quiénes son lo más sagrado que tenemos y el motor que nos impulsa cada día.

A nuestra tutora, por su apoyo incondicional y perseverancia en su papel de guía, así como la confianza depositada en nosotros.

RESUMEN

Las complicaciones maternas suelen presentarse con mayor frecuencia en las edades extremas de la vida, la edad es un factor que puede tener un impacto negativo en el embarazo, ya que determina el tipo de atención que se requiere. Por esta razón, se realizó el presente estudio con el objetivo de analizar las complicaciones maternas en embarazadas adolescentes y mujeres mayores de 35 años, de enero 2016-diciembre 2019, el cual contribuirá a la identificación oportuna de riesgos y complicaciones en estas etapas de la vida. El estudio fue de tipo analítico, corte transversal y retrospectivo, con una muestra constituida por 292 pacientes. Los resultados demostraron que el grupo de edad predominante fueron las adolescentes, mayoritariamente con secundaria aprobada, unión libre, área urbana y amas de casa. En cuanto a los antecedentes ginecoobstétricos hubo diferencias entre ambos grupos de edades ya que, las adolescentes presentaban menarca e IVSA temprana, con finalización del embarazo por vía Vaginal, no utilizaban métodos anticonceptivos, entre 5-6 APN y periodos intergenésico corto. Por otro lado, las mujeres mayores de 35 años tenían IVSA más tardías, antecedentes de aborto y gestas previas, utilizaban métodos hormonales, período intergenésico mayor de 2 años, partos vaginal y un promedio de 3-4 APN. De las complicaciones obstétricas las adolescentes presentaron con mayor frecuencia hemorragia posparto y anemia, en cambio el síndrome hipertensivo gestacional, diabetes gestacional y ruptura prematura de membranas predominaron en mayores de 35 años.

Palabras clave: adolescentes, mayores de 35 años, embarazo, complicaciones, alto riesgo obstétrico.

Contenido

Capítulo I: Generalidades

Contenido	5
Capítulo I: Generalidades.....	5
1.3 Planteamiento del problema	10
1.4 Justificación	11
1.5 Objetivos	13
1.6 Marco teórico	14
1.6.1 Generalidades de edad reproductiva	14
1.6.2 Definición de adolescencia	14
1.6.3 Definición de embarazo	15
1.6.4 Embarazo adolescente	15
1.6.7 Embarazo en mayores de 35 años	17
1.6.8 Complicaciones maternas	19
1.6.8.1 Diabetes Mellitus gestacional	19
1.6.8.2 Síndrome hipertensivo gestacional	20
1.6.8.3 Aborto	22
1.6.8.4 Hemorragia postparto	24
1.6.8.5 Placenta previa	28
1.6.8.6 Anemia	30
1.6.8.7 Ruptura Prematura de Membranas	31
Capítulo II: Diseño metodológico	33
2.1 Tipo de estudio	33
2.2 Área de estudio	33
2.3 Universo y Muestra	33
2.4 Unidad de análisis	35
2.5 Criterios de inclusión	35
2.6 Criterios de exclusión	35
2.7 Definición y Operacionalización de variable	36
2.8 Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de información	46

2.9 Procedimientos para la recolección de datos e información	46
2.10 Plan de tabulación y análisis.....	46
2.11 Aspectos éticos.....	46
3.1 Resultados	47
3.2 Discusión de los resultados.....	57
3.3 Conclusiones.....	61
3.4 Recomendaciones	62
Capítulo IV: Bibliografía	63
Capítulo V: Anexos.....	73
5.1 Instrumento de recolección de los resultados	74
5.2 Otros	77

1.1 Introducción

El embarazo y parto son procesos considerados fisiológicos en la mujer, sin embargo en ambos extremos de la vida trae consigo complicaciones maternas y repercusiones en el recién nacido, por esa razón la salud materna y la supervivencia infantil pertenece a uno de los Objetivos del milenio (Claros, 2014).

Se estima que 16 millones de niñas de edades comprendidas entre los 15 y 19 años dan a luz cada año y que el 95% de estos nacimientos se produce en países en desarrollo, además, las pacientes de 16 años corren un riesgo de defunción materna cuatro veces más que las mujeres de 20 años de edad y la mortalidad en sus neonatos es del 50% (OMS, 2015).

Las pacientes añosas tienen pobres resultados obstétricos debido a la alta incidencia de enfermedades crónicas, Callaway y Cols encontraron que el 47% de mujeres embarazadas mayores de 45 años tenía condiciones médicas preexistentes. Los embarazos en edades tardías son una condición que ha aumentado en los últimos años, cifras nacionales indican que el embarazo en mujeres añosa va en ascenso con un 36% en edades de 35-39 años y un 70% en edades de 40-44 años (Chamy, V.; Cardemil, F.; Betancour, P. y Rios, M., 2009).

Las complicaciones obstétricas no solamente producen las muertes maternas, sino que cuando no se realiza un abordaje adecuado o se realiza de manera tardía las mujeres llegan a sufrir complicaciones muy graves que permite clasificarlas como “morbilidad materna severa” y como consecuencia de éstas pueden quedar secuelas que afecten el desarrollo de vida cotidiano de las mujeres de manera permanente. (MINSA, Protocolo para la Atención de las Complicaciones Obstétricas, 2018).

En Nicaragua, el Hospital Alemán Nicaragüense es un hospital de referencia nacional, que atiende aproximadamente a más de 400,000 habitantes, donde la principal causa de egreso es por atención del parto con 6,398 casos y un total de consultas externas en el área de ginecoobstetricia de 14,092 casos. (MINSA, Protocolo para la Atención de las Complicaciones Obstétricas, 2018)

Con lo antes expuesto se pretende investigar las complicaciones maternas en embarazadas adolescentes y mayores de 35 años, que acuden al servicio de ginecoobstetricia del Hospital Alemán Nicaragüense. Este estudio contribuirá a identificar temprana y oportunamente las complicaciones maternas en estos grupos de edad para su prevención, y así lograr incidir de forma positiva en el mejoramiento de la calidad de atención.

1.2 Antecedentes

Se realizó revisión de diferentes fuentes bibliográficas relacionadas con los objetivos de esta investigación, encontrando a nivel regional lo siguiente:

En el año 2011 una revista brasileña realizó un estudio titulado: Resultados perinatales en los extremos de la vida reproductiva y factores asociados al bajo peso al nacer. Infirió que “Las tasas de parto cesárea fue significativamente mayor (66,1%) en embarazadas con 35 años o más de que en los adolescentes (26,8%). En cuanto los factores de riesgo de bajo peso al nacer, se observó que éste estuvo fuertemente asociado con prematuras y estado civil. Los resultados perinatales de embarazadas con 35 años o más no presentaron diferencia significativa en comparación con los resultados de los adolescentes, lo que confirma la aparición de resultados adversos en los extremos da vida reproductiva, excepto por ocurrencia de parto cesárea”. (Sass, França, Pelloso, & Silva, 2011)

En el año 2014 en Chile se elaboró un estudio transversal analítico sobre la morbilidad materna severa y casi pérdidas en los extremos de la edad reproductiva que destacó los casos de morbilidades maternas severas y muerte materna, la proporción de niñas adolescentes y mujeres mayores fue de 17% de cada una. El riesgo de casi pérdida materna o muerte fue 25% mayor en las mujeres mayores. (Oliveira, y otros, 2014)

En 2016, un estudio realizado en Honduras titulado: “Complicaciones obstétricas en adolescentes y mujeres adultas con o sin factores de riesgo asociados”, resalta que “la incidencia de las complicaciones se da más en el grupo de 10-19 años, con 99 (42.1%) del total de las participantes y en menor frecuencia con 61 (25.9%) del total de la muestra.” Los resultados que se obtuvieron mediante un cuestionario, manifiestan que muchas de estas complicaciones se dan antes y después del parto, el embarazo precoz y la concepción tardía deben de ser foco de vigilancia del profesional sanitario tratante de estos grupos etarios. (Reyes, y otros, 2016)

En 2017 en la universidad de Cajamarca se realizó un estudio de corte transversal sobre complicaciones materno perinatales asociadas al embarazo en edades extremas de la vida reproductiva en el hospital regional docente, donde se concluyó que “existe asociación significativa entre las variables parto pretérmino y edad según $p = 0.013$; y distocia funicular y edad, según $p = 0.018$; y en el grupo de las mujeres mayores de 35 años se encontró asociación significativa entre las variables sufrimiento fetal y edad, según $p = 0.047$ y muerte fetal intrauterina y edad según $p = 0.012$.” (Cueva, 2017)

Se revisaron antecedentes a nivel nacional acerca del tema, relacionados con los objetivos de la presente investigación, encontrando solamente un estudio de corte transversal realizado en el año 2013, una investigación sobre las principales patologías en embarazadas adolescentes y de 35 años o más, atendidas en el Centro de Salud Licenciada María del Carmen Salmerón, de Chinandega. Se concluyó que “los principales antecedentes en las adolescentes fueron asma, cardiopatías y fumado, mientras que en las añosas predominaron el asma, diabetes mellitus, síndrome hipertensivo gestacional e hipertensión arterial. Las enfermedades asociadas con mayor prevalencia en las adolescentes fueron la vaginosis, infección de vías urinarias y anemia, pero la hipertensión arterial, diabetes mellitus y amenaza de parto pretérmino fue mayor en las embarazadas añosas.” (Somarriba, 2014)

1.3 Planteamiento del problema

La edad es un antecedente biodemográfico que permite identificar factores de riesgo a lo largo del ciclo vital, en las personas; en el caso de la mujer adquiere especial importancia en el período fértil (Enrique Donoso, 2014).

A nivel latinoamericano, Nicaragua es el país con mayor proporción de embarazo adolescente, representando el 24.4 %, es decir, 92 de cada 1,000 adolescentes. El hijo de la madre adolescente tendrá un mayor riesgo de bajo peso al nacer, mayor incidencia de muerte súbita, malformaciones y mortalidad perinatal (CODENI, 2017).

En su contra parte, el embarazo en edades tardías es una condición que ha aumentado en los últimos años, predominando en el grupo de 35-39 años de edad, lo cual se asocia en diferentes estudios a múltiples complicaciones durante el embarazo, parto y afección en la salud del recién nacido (Gorgoroso).

El embarazo antes de los 20 y después de los 35 años de edad, se asocia a un mayor riesgo materno y perinatal. El embarazo adolescente además de los riesgos biológicos, genera una situación de riesgo social para el recién nacido y la madre, siendo un importante problema de salud pública en países en desarrollo. Por otro lado en mujeres añosas, se asocia a un mayor riesgo de presentar patologías propias de la gestación y patologías crónicas, que traen consigo un aumento de morbilidad materna (Enrique Donoso, 2014).

Por lo antes expuesto, se plantea la siguiente interrogante de investigación:

¿Cuáles son las complicaciones maternas en embarazadas adolescentes y mayores de 35 años, que acuden al servicio de ginecología del Hospital Alemán Nicaragüense, Managua en el año 2016-2019?

1.4 Justificación

La edad materna constituye un factor significativo que puede contribuir en la aparición de complicaciones durante el embarazo. Se reconocen dos grupos de riesgo: las adolescentes y las mujeres mayores de 35 años.

En Nicaragua, las adolescentes son consideradas como un grupo de atención prioritaria, esencialmente porque la tasa de embarazos en adolescentes es alta, lo que implica también una alta tasa de morbi-mortalidad tanto para la madre como para el feto y el recién nacido, que constituye un indicador sensible al desarrollo social.

Por lo tanto, la salud materna y la supervivencia infantil son consideradas como prioridades que se contemplan en el Plan Nacional de Desarrollo Humano 2018-2021. Como parte de sus estrategias y políticas del sector salud, destaca la lucha contra la mortalidad materna, por medio de la identificación oportuna de los riesgos y complicaciones de las embarazadas a fin de reducir las complicaciones, secuelas y muertes maternas.

Considerando esta problemática, se realizará el presente estudio que contribuirá a identificar temprana y pertinentemente las complicaciones maternas en estos grupos de edad para su prevención, y de tal forma, incidir de manera positiva en el mejoramiento de la calidad de atención.

De esta manera, los beneficiados serán principalmente, el binomio madre-niño, al recibir una atención integral que le permita llegar al término de un embarazo y nacimiento saludable; y el Ministerio de Salud, ya que podría favorecer al cumplimiento de los objetivos de desarrollo sostenible relacionados a salud.

Por otra parte, la información que aportará este estudio, también puede ser útil para desarrollar nuevas investigaciones que ayuden a profundizar en el tema. Además puede tener utilidad metodológica ya que el instrumento utilizado puede servir de referencia para futuros estudios.

1.5 Objetivos

General

Describir las complicaciones maternas en embarazadas adolescentes y mujeres mayores de 35 años que acuden al servicio de ginecoobstetricia del Hospital Alemán Nicaragüense, Managua en el año 2016-2019.

Específicos

1. Identificar las características socio demográficas de la población en estudio.
2. Determinar los antecedentes ginecoobstétricos de las mujeres en estudio.
3. Reconocer las complicaciones maternas que se presentan en adolescentes y mayores de 35 años.
4. Comparar las complicaciones maternas más frecuentes que se presentan en las adolescentes y mayores de 35 años.

1.6 Marco teórico

1.6.1 Generalidades de edad reproductiva

Las mujeres en edad fértil presentan una serie de características que definen su salud y bienestar que constituyen predictores de salud para futuras generaciones. De ahí la relevancia del estudio de la etapa biológica de la fertilidad en la cual, potencialmente podrían convertirse en madres. Según la Organización Mundial de la Salud, la etapa reproductiva de la mujer se define entre los 15 a 49 años de edad, dicha limitación no incluye la adolescencia temprana, donde se han reportado millones de embarazos (Anales Venezolanes de Nutrición, 2017).

Lo cierto es que, a partir de los 35 años, comienza en la mujer un importante descenso de su fertilidad, de tal manera que, entre los 20 y los 35 años se pierde tanta fecundidad, como en los 35 y los 38 años (embryo-center, s.f.).

1.6.2 Definición de adolescencia

La OMS define la adolescencia como el período de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios (Organización Mundial de la Salud, 2020).

1.6.2.1 Temprana

Tomada en un sentido amplio, podría considerarse como adolescencia temprana el período que se entiende entre los 10 y 14 años de edad. Es en esta etapa en la que, por lo general, comienzan a manifestarse los cambios físicos, que usualmente empiezan con una repentina

aceleración del crecimiento, seguido por el desarrollo de órganos sexuales y las características sexuales secundarias (Unicef).

1.6.2.2 Tardía

La adolescencia tardía abarca la parte posterior de la segunda década de la vida, en líneas generales entre los 15 y los 19 años de edad. Para entonces, ya usualmente han tenido lugar los cambios físicos más importantes, aunque el cuerpo sigue desarrollándose. El cerebro también continúa desarrollándose y reorganizándose, y la capacidad para el pensamiento analítico y reflexivo aumenta notablemente (Unicef).

1.6.3 Definición de embarazo

El embarazo es el período que transcurre entre la implantación en el útero del óvulo fecundado y el momento del parto. Comprende todos los procesos fisiológicos de crecimiento del feto en el interior del útero materno, así como los significativos cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger y nutrir al feto, como la interrupción de los ciclos menstruales y el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia (EcuRed contributors, 2019).

1.6.4 Embarazo adolescente

El embarazo adolescente es aquel que se produce entre los 10 y 19 años, independientemente de la edad ginecológica. El 60% ocurren dentro de los primeros 6 meses de inicio de las relaciones sexuales (Rug, 2015).

1.6.5 Epidemiología

1.6.5.1 Internacional

Un 11% aproximadamente de todos los nacimientos en el mundo se producen todavía en mujeres de 15-19 años. La gran mayoría de esos nacimientos (95%) ocurren en países de ingresos bajos y medianos. (OMS, 2020)

En las estadísticas sanitarias mundiales 2014, se indica que la tasa media de natalidad mundial entre las adolescentes de 15 a 19 años es de 49 por cada 1000 muchachas. El embarazo en la adolescencia sigue siendo uno de los principales factores que contribuyen a la mortalidad materna e infantil y al círculo de enfermedad y pobreza. (OMS, 2020)

1.6.5.2 Nacional

La tasa de embarazo adolescente en América latina y el caribe, y sobre todo la de Nicaragua se encuentra entre las mayores del mundo, solo superada por regiones de África. Esta cifra supera la tasa promedio de 44 por cada 1000 adolescentes embarazadas a nivel mundial, en Nicaragua la tasa es de 92 por cada 1000; mientras la tasa promedio en Latinoamérica es de 62 por cada 1000 (AFP, 2018).

A nivel latinoamericano, Nicaragua es el país con mayor proporción de embarazos en adolescentes. El 24.4 % de los embarazos son de adolescentes, es decir, 92 de cada 1,000 mujeres adolescentes (entre 15 y 19 años) son madres. El porcentaje más alto de adolescentes que alguna vez han estado embarazadas lo presenta Jinotega con un 38%, la costa caribe con un 30%, Managua y León con un 20% (CODENI, 2017).

Según estadísticas del MINSA, entre el 2000 y 2009 se pasó de 1,006 nacimientos en niñas de 10 a 14 años, a 1,577, que representa el 47,9% del total de niñas en esa edad. El número de nacimientos en madres de 10 a 19 años se ha incrementado en la última década en un 47,9

%, según datos de 18 SILAIS, mientras el 25% de todos los nacimientos en Nicaragua viene de madres adolescentes de 15 a 19 años (CODENI, 2017).

Los registros del Ministerio de Salud (MINSAL) de Nicaragua, evidencian que en promedio anual, del total de partos registrados, un 26% es en adolescentes. En el período 2005 - 2013 se observa un incremento en números absolutos, pasando de 32,403 a 35,045 partos en adolescentes. Según departamentos del país, los Sistemas Locales de Atención Integral en Salud (SILAIS) con mayor porcentaje de nacimientos en madres adolescentes en el año 2013, son Managua (18.09%), Matagalpa (11.39%) y Jinotega (9.31%) (Cajina, 2015).

1.6.6 Consecuencias en la salud

Las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las muchachas de 15 a 19 años en todo el mundo. La procreación prematura aumenta el riesgo tanto para las madres como para los recién nacidos. En los países de ingresos bajos y medianos, los bebés de madres menores de 20 años se enfrentan a un riesgo un 50% superior de mortalidad prenatal o de morir en las primeras semanas de vida que los bebés de mujeres de 20 a 29 años. Cuanto más joven sea la madre, mayor el riesgo para el bebé. Además, los recién nacidos de madres adolescentes tienen una mayor probabilidad de registrar peso bajo al nacer, con el consiguiente riesgo de efectos a largo plazo (OMS, 2020).

1.6.7 Embarazo en mayores de 35 años

La edad materna avanzada fue definida en 1958 por la International Federation of Gynecology and Obstetrics, como mujeres de 35 años de edad o mayores (Macías, Hernández, Leboeiro, Bernárdez, & Braverman, 2018).

Actualmente la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia considera madres añasas a partir de 35 e incluso de 38 años (Hernández, Enriquez, Izquierdo, & Rivas, 2009).

1.6.7.1 Epidemiología

A partir de los 35 años, comienza la incidencia de patologías crónicas que antes no padecían. A pesar de esto, estadísticamente en países subdesarrollados cerca del 35% de las mujeres de 35 años y más se embarazan, sobre todo, debido a los altos índices de ignorancia, pobreza y desempleo. (Hernández, Enriquez, Izquierdo, & Rivas, 2009)

En países desarrollados, se presenta una tendencia cada vez mayor a posponer la edad del primer embarazo en las mujeres. Con el avance tecnológico, han aumentado las posibilidades de gestación para mujeres mayores, al igual que el número de mujeres posmenopáusicas que quedan en embarazo mediante fecundación asistida. (Lafaurie & Antolinez, 2014)

En contraposición con esta realidad, propia de contextos donde las condiciones sociales son más favorables, en los países de mayor pobreza, la falta de acceso a los métodos de planificación familiar expone con frecuencia a las mujeres a embarazos no deseados en edades extremas. En los países con poco desarrollo, las mujeres por lo general no tienen poder para tomar decisiones y actuar con libertad para cuidar su salud porque culturalmente no es aceptado o porque existe subordinación a la voluntad de sus compañeros. (Lafaurie & Antolinez, 2014)

A nivel nacional, son escasos los estudios acerca del embarazo en mayores de 35 años.

1.6.7.2 Consecuencias en la salud

La maternidad tardía se asocia generalmente a complicaciones de patologías preexistentes que inevitablemente se incrementan con la edad y a la asociación con patologías dependientes del embarazo. (Hernández, Enriquez, Izquierdo, & Rivas, 2009)

La edad materna avanzada se asocia generalmente a complicaciones de enfermedades preexistentes como la hipertensión arterial, los antecedentes quirúrgicos y la diabetes mellitus. Adicionalmente, existe una disminución biológica para lograr un embarazo después de los 35 años que se ha denominado como un desgaste fisiológico que se exacerba con enfermedades propias del envejecimiento. (Macías, Hernández, Leboreiro, Bernárdez, & Braverman, 2018)

A medida que avanza la edad, las posibilidades de que una mujer quede embarazada disminuyen, motivado por el deterioro en la calidad de sus óvulos sobre todo aquellas que esperan, para obtener descendencia, hasta la peri menopausia. (García & Alemán, 2010)

1.6.8 Complicaciones maternas

Llamamos complicaciones maternas, a problemas de salud que ocurren durante el embarazo, trabajo de parto, parto y puerperio que comprometen la vida de la gestante o que pueden dejar secuelas que comprometan el bienestar de estas.

1.6.8.1 Diabetes Mellitus gestacional

La diabetes es considerada una alteración metabólica de múltiples etiologías, caracterizada por hiperglucemia crónica con disturbios en el metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas, que resulta de defectos en la secreción y/o en la acción de la insulina. (MINSA, 2018)

En la población global se estima que, aproximadamente, de 6 a 7% de los embarazos se complican por la diabetes y 88-90% son mujeres con diabetes gestacional, 10 a 12% diabetes pregestacional: 35% tipo 1 y 65% tipo 2. (Vigil-De Gracia & Olmedo, 2017)

Según datos de la sociedad española de diabetes, las mujeres embarazadas entre los 30 y 35 años tienen mayor probabilidad de sufrirla, donde los antecedentes ginecoobstétricos la predisponen como un factor de riesgo para desarrollar dicha patología, tales como gestas anteriores, embarazos múltiples, obesidad, y antecedentes de alteración en el metabolismo de la glucosa. Además durante el embarazo el sistema hormonal de la madre puede bloquear la acción de la insulina materna por lo cual el cuerpo no hace uso de esa insulina y acaba acumulándose en sangre. (Villagra, 2014)

Otra de las complicaciones que pueden experimentar las embarazadas diabéticas es la macrosomía fetal, donde la hiperglucemia tiene una relación directa con la adiposidad neonatal, Vigil-De Gracia y col. Diabetes gestacional que se torna en incremento del tamaño fetal y, por ende, del aumento de distocia al momento del nacimiento, sobre todo de hombro, cuando el peso fetal excede los 4 kg. Esta macrosomía implica mayor tasa de nacimiento por cesárea, con una frecuencia aproximada de 23.7%. (Vigil-De Gracia & Olmedo, 2017)

1.6.8.2 Síndrome hipertensivo gestacional

La *Hipertensión Arterial en el embarazo* es el conjunto de estados patológicos que ocurren en el embarazo o puerperio que pueden ser clasificadas en 4 categorías: Pre eclampsia-Eclampsia, hipertensión Arterial Crónica, hipertensión Arterial Crónica con Pre eclampsia agregada, hipertensión Gestacional (MINSa, 2018) .

La *Hipertensión arterial crónica con preeclampsia agregada*, la preeclampsia puede complicar las formas de hipertensión crónica y su incidencia es 4 a 5 veces más común que en pacientes embarazadas sin antecedentes de hipertensión arterial crónica. La preeclampsia agregada es diagnosticada cuándo una o más de las manifestaciones sistémicas de preeclampsia, aparece después de las 20 semanas de gestación en una paciente conocida como hipertensa crónica (MINSA, Protocolo para la Atención de Complicaciones Obstetrica: Normativa 109, 2018).

La *preeclampsia* se presenta con mayor frecuencia en adolescentes embarazadas debido a falla en el mecanismo inmunológico adaptativo del organismo materno y el huésped. El feto, por tener el 50 % de su estructura antigénica de origen paterno viene a ser una especie de injerto, por lo cual el fallo del mecanismo inmunológico adaptativo se ha relacionado con factores tales como la inmadurez del sistema inmunológico materno, que en parte podría estar asociada con una condición de mala nutrición materna, muy común en gestantes adolescentes. (Vallejo, 2013)

La preeclampsia no es sólo una hipertensión inducida por el embarazo, sino es secundaria a interacciones que provienen de una perfusión placentaria disminuida así como de la alteración en la función endotelial. Parte de la respuesta a la disminución de la perfusión placentaria puede ser por adaptación del feto a la menor cantidad de nutrientes recibidos (Vallejo, 2013).

La *Pre eclampsia-eclampsia* es una de las principales causas de morbimortalidad materna y perinatal a nivel mundial; en Nicaragua, constituye la segunda causa de muerte y la primera asociada a morbilidad materna y fetal, con una prevalencia aproximadamente de 19% y en Latino América los trastornos hipertensivos tienen un 18% de morbimortalidad (MINSA, 2018).

1.6.8.3 Aborto

El sangrado durante el primer trimestre de la gestación es una de las principales causas de consulta a los servicio de urgencia, afectando el 15-25% de todos los embarazos, la mitad de estos terminan en aborto y los otros, parecen tener mayor riesgo de desarrollar complicaciones como desprendimiento de placenta, placenta previa, ruptura prematura de membrana y parto pretérmino. (MINSA, 2018)

El aborto es la terminación de la gestación durante el periodo posterior de la implantación del huevo fecundado en la cavidad endometrial y antes de las 22 semanas de gestación, con un meso menor de 500 gramos y una longitud céfalo caudal de 25cm. (MINSA, 2018)

Las principales consecuencias de esta complicación se asocian a anemia aguda, hipotensión, shock hipovolémico, shock séptico, coagulación intravascular diseminada, pérdida de la capacidad reproductiva, morbilidad extrema, muerte materna. (Rubio, Agudelo, & Gaitan, 2010)

Las adolescentes que quedan embarazadas a edad temprana corren mayor riesgo de padecer morbilidad y mortalidad materna, el embarazo en los primeros años después de la pubertad aumenta el riesgo de aborto debido a que ni su cuerpo ni su mente está preparado para satisfacer las necesidades de un embrión en desarrollo, además estos embarazo no son planificados ni deseados por lo cual acuden a prácticas de abortos clandestinos que ponen en riesgo sus vidas (Velasategui, J.; Hernandez, M.; Real, J. y Alvarado, H, 2018).

1.6.8.4 Parto obstruido

Trabajo de parto obstruido o detenido se define como un progreso insatisfactorio o la no progresión del trabajo de parto (no progresa ni el borramiento ni la dilatación del cuello uterino y no hay descenso de la presentación) (MINSA, 2018).

Clasificación (MINSA, 2018).

a) Distocias mecánicas

La desproporción céfalo pélvica provocada por incompatibilidad entre el polo cefálico fetal y la pelvis materna, que no permite el desarrollo del mecanismo del trabajo de parto, anomalías en la posición y variedad de posición de la presentación, actitud fetal por situación anormal del feto o tumores previos.

- Distocia del canal óseo del parto (valorar la pelvis en relación al móvil fetal).
- Distocia del canal blando del parto (tumores distocias cervicales)

- Distocia por el móvil fetal: (Presentación anormal. Situación transversa, presentación pélvica. Compuesta, compromiso en la actitud fetal con una presentación de cara de frente de bregma).

b) Distocias dinámicas

Actividad uterina ineficaz para conseguir la dilatación cervical y/o descenso de la presentación. La identificación oportuna de estas alteraciones va a conducirnos a tomar decisiones para corregir las anomalías, antes de tener resultados desfavorables para la madre o el feto, como trabajo de parto prolongado que deje lesiones en el canal del parto o hemorragias masivas que pueden llevar a la muerte materna y para el feto un sufrimiento fetal agudo o muerte fetal.

Las madres adolescentes se enfrentan a un riesgo más alto de partos obstruidos que las mujeres mayores de 20 años donde la causa puede ser materna debido a que la pelvis adecuada para el parto adquiere determinadas dimensiones y forma por la participación de factores fisiológicos del desarrollo corporal en la mujer y esto se relaciona con la ley de la edad donde la lesión causal que provoca la obstrucción del parto, tiene mayor influencia cuanto más precoz es el embarazo en las adolescentes por no tener una pelvis anatómicamente bien desarrollada. (Vallesillo & Niz, 2010)

1.6.8.4 Hemorragia postparto

Se define como la pérdida sanguínea mayor de 1,000 ml independiente de la vía de finalización del embarazo y descenso del hematocrito mayor o igual al 10%, del valor basal previo al parto/cesárea con o sin sintomatología. (Rubio, Agudelo, & Gaitan, 2010)

Las causas de HPP incluyen: (Fuchtner, Ortiz, Escobar, & Díaz, 2017)

- **Tono:** Alteración parcial o total de la capacidad contráctil del miometrio posterior al alumbramiento. Es la principal causa y se da en aproximadamente en el 80 a 90% de los casos de HPP.
- **Tejido:** Permanencia de restos dentro de la cavidad uterina secundario a la expulsión parcial o incompleta de la placenta.
- **Trauma:** Desgarros de grado variable en cualquier lugar de la anatomía del canal del parto o inversión uterina.
- **Trombina:** Alteraciones propias de la coagulación o adquiridas como el síndrome de HELLP.

1.6.8.4.1 Tono

Hipotonía y Atonía: es un término en la obstetricia que se refiere a la pérdida del tono de la musculatura del útero y un consecuente retraso en la involución del útero. Cuando este mecanismo no se produce se origina atonía uterina o inercia y el resultado es una importante hemorragia. Por lo general, las contracciones del miometrio comprimen los vasos sanguíneos desgarrados durante el parto, reduciendo el flujo sanguíneo. Por lo tanto una carencia en las contracciones uterinas pos parto puede causar una hemorragia obstétrica. Clínicamente, entre 75-80% de las hemorragias pos parto son causadas por atonía uterina (EcuRed, s.f.).

1.6.8.4.2 Trauma

Desgarros: los desgarros perineales pueden clasificarse en cuatro grados, siguiendo los criterios aceptados por el RCOG. El desgarro grado 3 se subdivide en 3 categorías (Hospital Clinic; HOspital Sant Joan de Déu; Universidad de Barcelona, 13).

1er grado	Lesión de piel perineal		
2do grado	Lesión de músculos del periné sin afectar esfínter anal		
3er grado	Lesión del esfínter anal	3 ^a	Lesión del esfínter externo < 50% grosor
		3b	Lesión del esfínter externo > 50% grosor
		3c	Lesión de esfínter externo e interno
4to grado	Lesión del esfínter anal y la mucosa rectal		

Rupturas: se entiende por rotura uterina al desgarramiento de la porción supra vaginal del cuello, del segmento inferior o del cuerpo del útero. Es una de las complicaciones más serias del embarazo y del parto (Infante, 2010).

Las estadísticas norteamericanas señalan un caso de rotura uterina por cada 810 partos como término medio y hacen la aclaración de que se trata de parturientas cuyo trabajo de parto fue vigilado desde un principio por un servicio del hospital, sin anotar los casos en que la mujer fue trasladada a ese servicio como caso de emergencia (Infante, 2010).

El desgarramiento del segmento inferior y del cuerpo del útero se puede clasificar de acuerdo con su extensión y con su profundidad. En cuanto a su extensión, será parcial si comprende una sola porción, ya sea el segmento inferior o el cuerpo uterino y será total si abarca ambas porciones. En cuanto a su profundidad, será completa cuando interesen las capas mucosa y

muscular de la matriz, respetando la serosa peritoneal y será completa si al interesar el peritoneo pone en comunicación la cavidad uterina con la cavidad abdominal (Infante, 2010).

1.6.8.4.3 Tejido

La placenta retenida es una causa frecuente de hemorragia puerperal temprana (la segunda en incidencia después de la atonía), pero en ocasiones la placenta es expulsada y quedan retenidos cotiledones de una placenta normal o succenturiata. Estos restos placentarios adheridos al útero producen una interferencia mecánica con la función contráctil del miometrio, que ocasiona un cuadro similar a la atonía uterina. (García, Álvarez, Rubio, & Borrajo, 2017)

La retención de restos placentarios sucede con mayor frecuencia en pacientes con el antecedente de cuadros hipertensivos del embarazo o restricción del crecimiento intrauterino y prematuridad; como “alteraciones de la placentación”. (García, Álvarez, Rubio, & Borrajo, 2017)

Por otro lado, la hemorragia postparto suele presentarse con más predominancia en embarazo en adolescentes esto es debido a una sobre distensión uterina por el embrión, que ocasiona atonía en el útero, otras veces es por trauma en el canal del parto. Entre más precoz sea el embarazo en adolescentes más riesgo tendrá en sufrir desgarro perineal o ruptura uterina (Asturizaga & Toledo, 2014).

Por otro lado, suele presentarse en menor porcentaje en mujeres mayores de 35 años donde la principal causa de hemorragia postparto es la macrosomía fetal que conlleva a atonía uterina; las placentas previas en este grupo de mujeres también es indicio de hemorragia postparto con alta mortalidad materna (Asturizaga & Toledo, 2014).

1.6.8.5 Placenta previa

Condición en la cual la placenta se encuentra implantada en el segmento inferior uterino a una distancia menor a 20 milímetros del orificio cervical interno (OCI) o cubriendo el mismo ya sea de manera total o parcial, presentándose así por delante del polo fetal. (MINSA, 2018)

A mayor edad materna, mayor riesgo de placenta previa. La incidencia de placenta previa aumenta de manera significativa cuando aumenta la edad materna. Es de una por cada 1,500 para mujeres de 19 años de edad o menos, y es de uno en 100 para mujeres de más de 35 años. (Arizapana, 2019)

El riesgo es superior en caso de cesárea previa y aumenta proporcionalmente al número de cesáreas. También hay un mayor riesgo en otros casos de cirugía uterina o en antecedentes de legrado o extracción manual de placenta. Otros factores de riesgo son el tabaquismo, raza negra y asiática, multiparidad, gestaciones múltiples y tratamiento de reproducción asistida. (López, 2015)

Los embarazos complicados por placenta previa son propensos a presentar sangrado durante el 2do trimestre. La etiología del sangrado se debe a la dinámica del desarrollo del segmento uterino bajo, pero también puede ser disparado por la actividad uterina. (López, 2015)

1.6.8.6 Amenaza de parto pre término

Es una afección clínica caracterizada por la presencia de contracciones uterinas persistente con una frecuencia de 4 en 20 minutos o 6 en 60 minutos, sin dilatación cervical o cuando es menor a 3 cm entre las 22 y 36 semanas con 6 días de gestación. La amenaza de parto pretérmino es un problema de salud pública que contribuye hasta el 70% de la mortalidad perinatal. (MINSA, 2018)

Las tasas de amenaza de parto pretérmino aumentan en las mujeres muy jóvenes, sobre todo por debajo de 17 años. La causa que desencadena el parto pretérmino en estas gestantes puede estar relacionada con el hecho de ser su primer embarazo, o que exista un desarrollo inadecuado del útero. Se señala que en estas gestantes el parto pretérmino puede deberse en el cambio de su forma esférica a elíptica del útero, lo cual lleva a trastornos en la circulación feto placentaria, y puede estar más en relación con la edad que con alteraciones físicas (Calero & Hernández, 2014).

En el caso de las mujeres mayores de 35 años que presentan embarazos múltiples, malformaciones congénitas, preeclampsia y eclampsia, diabetes, y placenta previa suelen sufrir amenaza de parto pre término (Vallejo, 2013).

1.6.8.7 Embarazo prolongado

Embarazo prolongado es aquel que se extiende más allá de las 41 semanas de amenorrea completa o 287 días después del último período menstrual. Se considera que un embarazo prolongado se asocia a mayor morbi-mortalidad perinatal. El riesgo de mortalidad fetal aumenta en 2.5 veces en gestaciones de 41 a 42 semanas; así mismo está asociado a distocia de labor y cesárea (MINSA, 2018).

Se estima que de 4 a 19% de los embarazos alcanzan las 42 semanas y del 2 a 7% alcanzan las 43 semanas. En otros estudios la incidencia varía entre el 5 y 8% de los partos y es considerado de alto riesgo, porque condicionan una mayor morbi-mortalidad. La mortalidad fetal aumenta hasta un 12% después de las 42 semanas y se duplica a las 43 semanas. Aproximadamente un tercio de las muertes se debe a asfixia intrauterina por insuficiencia placentaria, contribuyendo además con la mayor incidencia de malformaciones, especialmente del sistema nervioso central. A la asfixia perinatal se agrega, además la compresión de cordón umbilical y el síndrome de aspiración meconial (Ministerio de salud, 2018).

1.6.8.6 Anemia

La anemia se distingue como una de las complicaciones más frecuentes en el embarazo y es más común en mujeres con una dieta inadecuada, como es el caso de las menores de 20 años, donde los malos hábitos alimentarios propios de la edad contribuyen al déficit de hierro. El bajo peso materno es un hallazgo frecuente entre las gestantes adolescentes. (Vallejo, 2013)

Este trastorno se define como niveles de hemoglobina <110 g/L en el primer y en el tercer trimestre y <105 g/L en el segundo trimestre de la gestación. (Milman, 2012)

Esto se debe a que durante la gestación, las necesidades de hierro se aumentan como consecuencia de las pérdidas basales, del aumento de la masa eritrocitaria y del crecimiento del feto, la placenta y los tejidos maternos asociados, por lo que las alteraciones hematológicas que se producen en esta etapa se deben a la necesidad de aumentar la

circulación y al aumento de los requerimientos de hierro, ya que se produce una expansión del volumen sanguíneo hasta en un 50% y un aumento en la masa eritrocitaria en un 25%; no obstante, como el aumento de la masa eritrocitaria no compensa el considerable aumento del volumen plasmático, los valores de la hemoglobina y del hematocrito suelen ser mucho más bajos; todo esto lleva a que los requerimientos de hierro aumenten tres veces, de 15 a 30 mg diarios. (De La Hoz & Orozco, 2013).

Existen factores predisponentes para la aparición de anemia como ser: desnutrición, embarazo adolescente, déficit nutricionales previos (hierro y ácido fólico), multiparidad, intervalo intergenésico menor a dos años, hipermenorrea previa y parasitosis, entre otros. (Lanari, Romero, Thompson, Maciel, & Erro, 2011)

La gestante con anemia tiene mayor predisposición a las infecciones. Es así como en las embarazadas anémicas, la infección urinaria ocurre con mayor frecuencia que en las no anémicas. De igual manera la infección y dehiscencia de la herida quirúrgica suelen ser más frecuentes en las embarazadas con anemia. Los trastornos hipertensivos en el embarazo también son más frecuentes en este grupo; así como el incremento de las complicaciones hemorrágicas en el puerperio. (De La Hoz & Orozco, 2013)

En términos de intervención y tratamiento, es importante determinar cuándo se está frente a un verdadero cuadro de anemia y no de disminución de hemoglobina por hemodilución. (Gonzalez & Olavegoya, 2019)

1.6.8.7 Ruptura Prematura de Membranas

La rotura prematura de membranas es la solución de continuidad de las membranas ovulares antes del inicio de trabajo de parto, con la consiguiente salida de líquido amniótico y

comunicación de la cavidad amniótica con el endocérvix y la vagina, que ocurre 6 horas o más antes del inicio de parto (MINSA, Protocolo para la Atención de Complicaciones Obstetrica: Normativa 109, 2018).

La causa de la ruptura prematura de membranas es multifactorial y varía con la edad gestacional. Mientras más lejana al término se presente, se observa una mayor asociación con la infección del corión y decidua. En cambio, cuando se presenta a mayor edad gestacional se asocian a disminución del contenido de colágeno en las membranas, lo que puede resultar de un debilitamiento fisiológico de las membranas, combinada con las fuerzas de cizallamiento creadas por las contracciones uterinas (MINSA, Protocolo para la Atención de Complicaciones Obstetrica: Normativa 109, 2018).

Clasificación del MINSA (MINSA, 2018)

- a) **RPM al término:** la que ocurre luego de las 37 semanas de gestación.
- b) **RPM pre término:** cuando dicha ruptura ocurre antes de las 37 semanas, su manejo estará determinado por la edad gestacional, la presencia o no de infecciones o condiciones que pongan en riesgo la vida de la madre o el feto.

Capítulo II: Diseño metodológico

2.1 Tipo de estudio

Según el nivel de profundidad del conocimiento, el estudio es de tipo Descriptivo (Pineda, Alvarado, & Canales, 1994).

Según el tiempo en que ocurren los hechos, es: retrospectivo (Pineda, Alvarado, & Canales, 1994)

Según el tiempo en que se recolecta la información, el estudio es de corte transversal (Pineda, Alvarado, & Canales, 1994)

Según su relación causa efecto, es no experimental. (Piura, 2006)

Según el enfoque el estudio es cuantitativo. (Sampieri, 2014).

2.2 Área de estudio

Corresponde al Hospital Alemán Nicaragüense, en Enero 2016-Diciembre 2019.

Hospital de referencia nacional, cuenta con la especialidad de ginecoobstetricia que tiene una capacidad para 70 camas, así como una sala para la atención del parto. Este hospital atiende a mujeres embarazadas con y sin complicaciones de todo el país.

2.3 Universo y Muestra

El universo estuvo compuesto por las 9,424 mujeres con y sin complicaciones durante su embarazo que acudieron al Hospital Alemán Nicaragüense durante Enero 2016-Diciembre 2019.

La población fue conformada por 1328 mujeres adolescentes y mayores de 35 años con complicaciones durante su embarazo que acudieron al Hospital Alemán Nicaragüense durante Enero 2016-Diciembre 2019.

La muestra se obtuvo a través de la fórmula para población finita, donde se dividió a la población en dos grupos, basado en la edad: adolescentes y mayores de 35 años.

Para determinar el tamaño de la muestra se utilizó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{z^2 * pqN}{e^2(N - 1) + z^2 pq}$$

Donde:

$z^2 = 1.96$ (corresponde al nivel de confianza)

$p = 97\%$

$q = 5\%$

$N = 1048$ (Adolescentes) y 280 (Mayores de 35 años).

$e = 3\%$

$n =$ tamaño de la muestra

Se realizó el cálculo de la muestra para ambos grupos de edad, obteniéndose un total de 173 adolescentes y 119 mujeres mayores de 35 años.

Muestra

El tamaño de la muestra se obtendrá aplicando la fórmula para población finita.

Años	Adolescentes (10-19)		Mayores de 35		TOTAL	
	Universo	Muestra	Universo	Muestra	Universo	Muestra
2016	222	37	68	29	290	66
2017	256	42	46	20	302	62
2018	355	59	102	43	457	102
2019	215	35	64	27	279	62
TOTAL	1048	173	280	119	1328	292

Tipo de muestreo:

El tipo de muestra que se utilizará será muestreo aleatorio probabilístico estratificado.

2.4 Unidad de análisis

La unidad de análisis fueron las embarazadas adolescentes y mayores de 35 años, cuya información se encontraba en los expedientes clínicos.

2.5 Criterios de inclusión

- Pacientes adolescentes y de 35 años a más procedentes de Managua y otros departamentos.
- Mujeres con expedientes completos.

2.6 Criterios de exclusión

- Mujeres que hayan tenido parto domiciliar.

2.7 Definición y Operacionalización de variable

Lista de Variables

Objetivo 1: Identificar las características socio demográficas de la población en estudio.

- Edad
- Escolaridad
- Religión
- Procedencia
- Estado Civil

Objetivo 2: Determinar los antecedentes ginecoobstétricos de las mujeres en estudio.

- Menarca
- IVSA
- Gestas previas
- Cesáreas previas
- Partos vaginales previos
- Abortos previos
- Periodo intergenésico
- Uso de método anticonceptivo
- No. De controles prenatales
- Vía de finalización del embarazo previo

Objetivo 3: Reconocer las complicaciones maternas que se presentan en adolescentes y mayores de 35 años.

- Aborto
- Parto obstruido
- Hemorragia postparto
- Diabetes gestacional
- Síndrome hipertensivo gestacional
- Anemia
- Placenta previa
- Amenaza de parto pre término/Parto pretérmino
- Embarazo prolongado
- Ruptura prematura de membranas

Operacionalización de variables

Objetivo 1: Identificar las características socio demográficas de la población en estudio.

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala/ Valor
Edad	Tiempo que transcurrió desde el nacimiento hasta el momento de registro de la información del expediente.	Adolescencia temprana Adolescencia tardía Mujeres mayores	Años	10-14 15-19 >35
Escolaridad	Período de tiempo durante el que se asiste a un centro de enseñanza de cualquier grado para realizar estudios.		Nivel académico alcanzado	Analfabeta Alfabetizado Primaria Secundaria Universidad
Religión	Conjunto de creencias religiosas que son propias de las mujeres en estudio.		Tipo de creencia religiosa	Ninguna Católico Evangélico Testigos de Jehová Adventista

				Otras
Estado civil	Estado que tiene una persona ante la legislación		Tipo de estado civil	Soltera Unión libre Casada Divorciada Viuda
Procedencia	Zona donde reside la mujer	Área	% registrado en el expediente	Urbana Rural
		Departamento	% registrado en el expediente	Managua Matagalpa Boaco Otros
Ocupación	Actividad o trabajo al que se dedica.		Tipo de ocupación	Estudiante Ama de casa Comerciante Otras

Objetivo 2: Determinar los antecedentes ginecoobstétricos de las mujeres en estudio.

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala/ Valor
Menarca	Edad en que tuvo su primera menstruación		Años	Menor de 9 10-14 15-19
Inicio de la vida sexual activa	Edad en que tuvo su primera relación sexual.		Años	10-14 15-19 ≥ 20
Gestas previas	Embarazos anteriores que la mujer haya tenido.		Número de embarazos	0 1 2 3 4 >5
Vía de finalización del embarazo previo	Forma en la que termina la gestación.		Tipo de parto	Cesárea Vaginal

Abortos	Interrupción involuntaria del embarazo antes de la 22 semana de gestación.		Número de abortos	0 1 2 >3
Periodo intergenésico	Tiempo recomendado de espera para iniciar un siguiente embarazo.		Años	Menor o igual de 2 años Mayor de 2 años
Uso de método anticonceptivo	Son las distintas maneras que existen de prevenir un embarazo.		Tipo de método anticonceptivo	Ninguno Hormonal Barrera
Controles prenatales	Serie de entrevistas programadas de la embarazada con el equipo de salud		Número de controles prenatales	0 1-2 3-4 5-6

Lista de variables objetivo 3: Reconocer las complicaciones maternas que se presentan en adolescentes y mayores de 35 años.

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala/ Valor
Aborto	Pérdida gestacional antes de la semana 22 de gestación.		Presencia o ausencia	Sí No
Parto obstruido	Progreso insatisfactorio o la no progresión del trabajo de parto		Presencia o ausencia	Sí No
Hemorragia Postparto	Pérdida de sangre acumulada mayor o igual a 1,000 ml		Mililitros	Sí No
Anemia	Niveles séricos de hemoglobina <11 mg/dl		Miligramos/ Decilitros.	Sí No
Placenta previa	Implantación de la placenta sobre o cerca del orificio cervical interno.		Presencia o ausencia	Sí No

Diabetes gestacional	Intolerancia		Miligramos/ Decilitros.	Sí
	hidrocarbonada de intensidad variable, caracterizada por hiperglucemia crónica con glucosa plasmática de ayuno ≥ 92 mg/dl.			No
Hipertensión arterial en el embarazo	Conjunto de estados patológicos que ocurren en el embarazo o puerperio que a partir de las 20 semanas de gestación.	Preeclampsia	PA \geq 140/90 mm Hg + 300 mg de proteínas en 24 hrs	Sí No
		Preeclampsia grave	PA \geq 140/90 mm Hg + 300 mg de proteínas en 24 hrs + presencia de uno o más datos de gravedad	Sí No
		Eclampsia	Convulsiones tónico-clónicas + PA \geq 140/90 mm Hg	Sí No

		Hipertensión arterial crónica con preeclampsia sobreagregada	PA \geq 140/90 mm Hg + 300 mg de proteínas en 24 hrs	Sí No
		Hipertensión gestacional	PA \geq 140/90 mmhg posterior a la semana 22 de gestación	Sí No
Amenaza de parto pretérmino	Presencia de dinámica uterina regular asociada a modificaciones cervicales progresivas desde las 22 hasta las 36.6 semanas de gestación.	Amenaza de parto pre término	Semanas de gestación	Sí No
		Trabajo de parto pre término	Semanas de gestación	Sí No
Embarazo prolongado	Embarazo mayor a 41 semanas de amenorrea completa.		Semanas de gestación	Sí No

Ruptura prematura de Membranas	Solución de continuidad de membranas ovulares antes del inicio de trabajo de parto		Salida de líquido transvaginal	Sí No
---------------------------------------	--	--	--------------------------------	----------

2.8 Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de información

La fuente de recolección de datos fue de tipo secundario ya que se emplearon directamente los expedientes clínicos de las mujeres en estudio. La técnica que se utilizó fue la ficha de recolección de datos, que fue construida a partir de las variables incluidas en la historia clínica prenatal así como la información registrada en los expedientes clínicos. Además se realizó la revisión documental de protocolos y manuales institucionales relacionados con el tema, en particular el protocolo de las complicaciones obstétrica. (MINSA, 2018)

2.9 Procedimientos para la recolección de datos e información

Para la recolección de los datos e información primero se solicitó permiso dirigido a las autoridades pertinentes para la revisión de expedientes clínicos que cumplieren los criterios de inclusión de la muestra establecida.

Posteriormente, se procedió al llenado de la ficha de recolección de datos, la información obtenida fue procesada en el programa SPSS versión 18 de acuerdo a las variables estudiadas.

2.10 Plan de tabulación y análisis

Los datos recolectados se agruparon según los objetivos del estudio aplicando técnicas de análisis estadísticos descriptivos, los cuales posteriormente fueron presentados en gráficos o tablas describiendo las frecuencias y porcentajes de las variables estudiadas.

2.11 Aspectos éticos

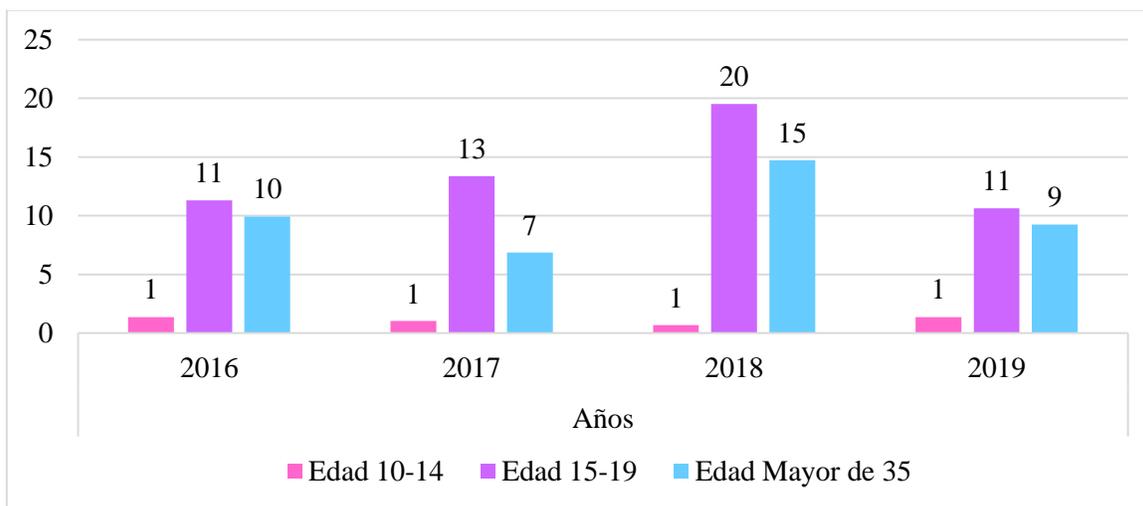
La ética profesional al momento de llevar a cabo un trabajo de investigación, es fundamental, ya que garantiza el respeto de los derechos humanos reguardando la confidencialidad del expediente clínico que fueron utilizados en esta monografía, así como la legalidad al tomar en cuenta a la aprobación de las autoridades competentes que correspondan.

Tomando en cuenta estos principios, se dirigió una carta a las autoridades institucionales del Hospital Alemán Nicaragua, para obtener un permiso de acceso a las instalaciones de esta unidad de salud y realizar dicha investigación. La información recolectada se utilizó únicamente con fines de estudio sin afectar la integridad bioética de la unidad de salud.

3.1 Resultados

En cuanto a las características sociodemográficas se encontró que el mayor porcentaje de mujeres en estudio durante los cuatro años de estudio fueron las adolescentes de 15 -19 años (20%) Seguido de las mayores de 35 años con un porcentaje en promedio de 15% para el año 2018. Es importante destacar que en este periodo las adolescentes de 10-14 años fueron del 1% (Ver gráfico 1).

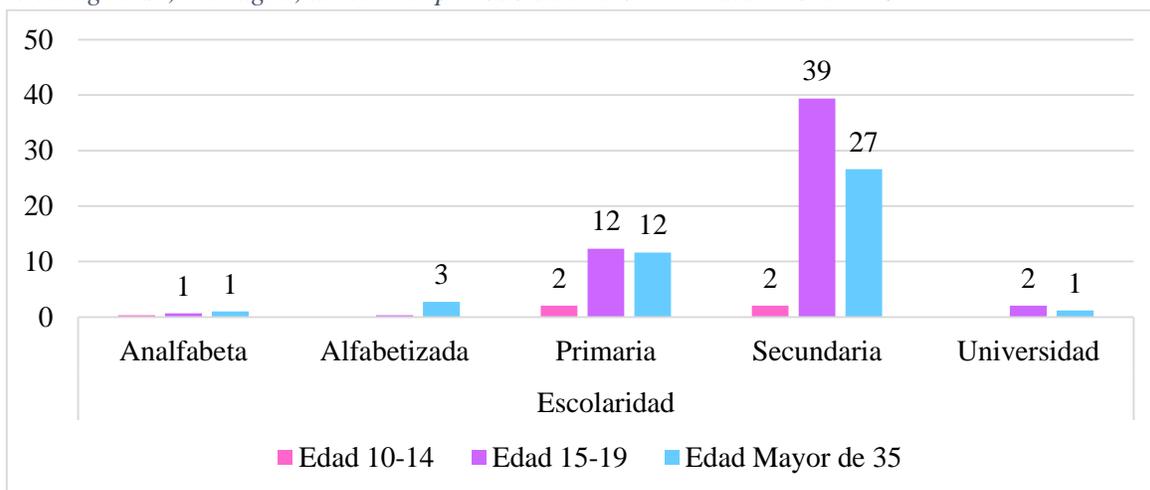
Gráfico 1. Edad de las mujeres y años estudiados (%) en embarazadas adolescentes y mayores de 35 años Hospital Alemán Nicaragüense, Managua, durante el periodo de enero 2016- diciembre 2019



Fuente: tabla número uno

Con respecto a la escolaridad, hubo un predominio en ambos grupos de escolaridad secundaria, correspondiendo a las edades de 15-19 años (39%) y a las mayores de 35 años (27%). Es importante destacar que después de la escolaridad secundaria, ambos grupos de edad tenían escolaridad primaria en un 12%. Con relación a la escolaridad universitaria el porcentaje de mujeres se mantuvo en el periodo de estudio entre un 1-2%. (Ver gráfico 2)

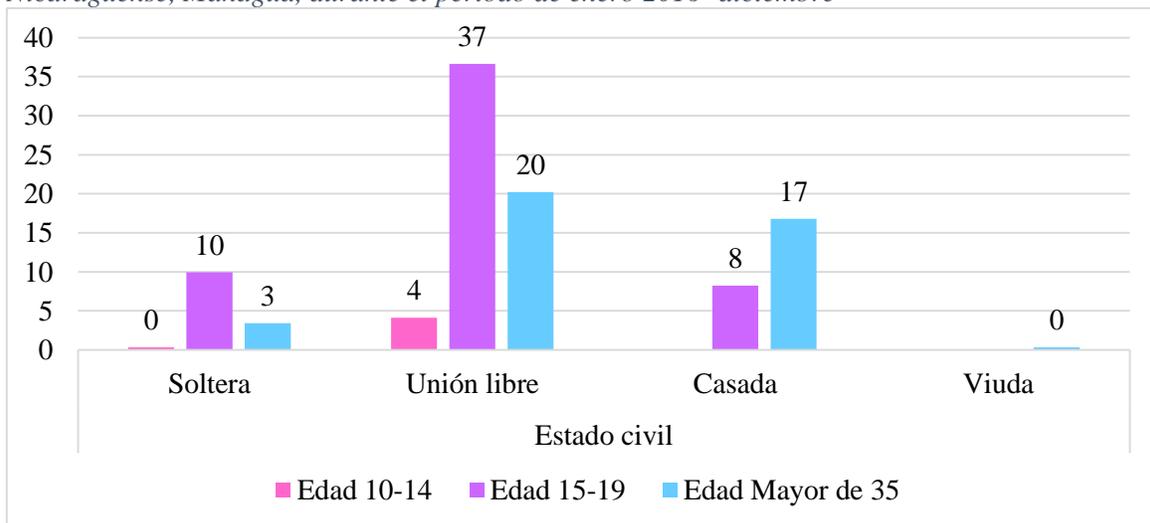
Gráfico 2. Escolaridad (%) en embarazadas adolescentes y mayores de 35 años Hospital Alemán Nicaragüense, Managua, durante el periodo de enero 2016- diciembre 2019



Fuente: tabla número dos

Para todos los años estudiados la unión estable prevaleció para ambos grupos de edad, correspondiendo a las adolescentes de 15-19 años (37%), y las mayores de 35 años (20%). Seguido del estado civil casada en mujeres mayores de 35 años (17%) y el estado civil soltera en adolescentes (10%) (Ver gráfico 3).

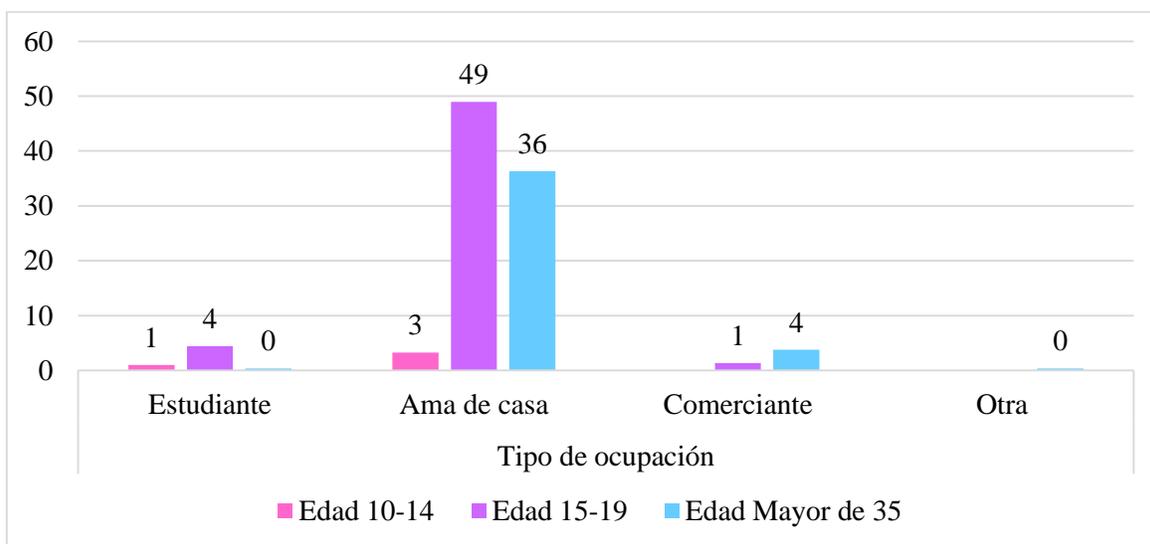
Gráfico 3. Estado civil (%) en embarazadas adolescentes y mayores de 35 años Hospital Alemán Nicaragüense, Managua, durante el periodo de enero 2016- diciembre



Fuente: tabla número tres

Para los cuatro años de estudio la ocupación predominante fue ama de casa en ambos grupos siendo mayor el porcentaje en las adolescentes de 15-19 años (49%) seguido de las mujeres mayores de 35 años (36%) (Ver gráfico número 4).

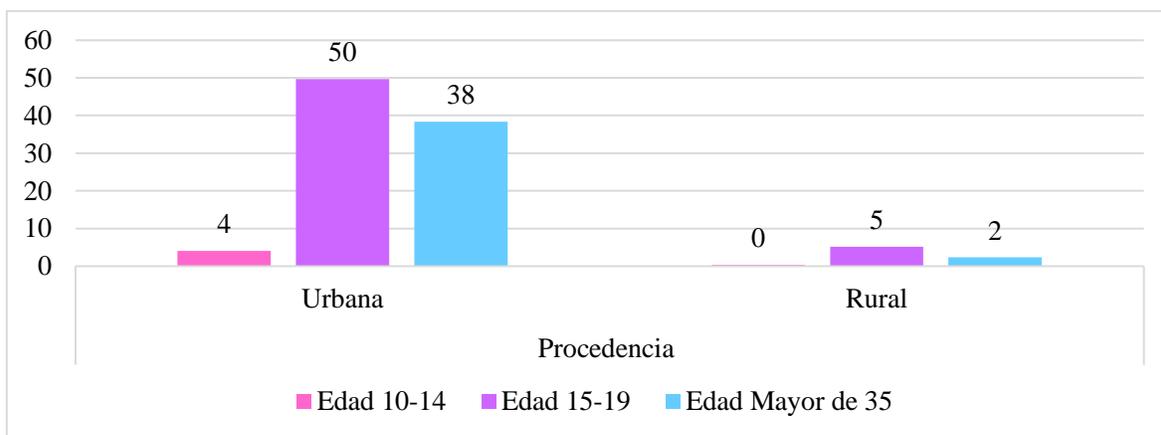
Gráfico 4. Ocupación (%) en embarazadas adolescentes y mayores de 35 años Hospital Alemán Nicaragüense, Managua, durante el periodo de enero 2016- diciembre



Fuente: tabla número cuatro

En cuanto a la procedencia, el porcentaje que prevaleció fue el urbano, oscilando encima del 92% para los tres grupos de edades en todos los años de estudio. Cabe destacar que el porcentaje menor fue el área rural (5%) (Ver gráfico número 5).

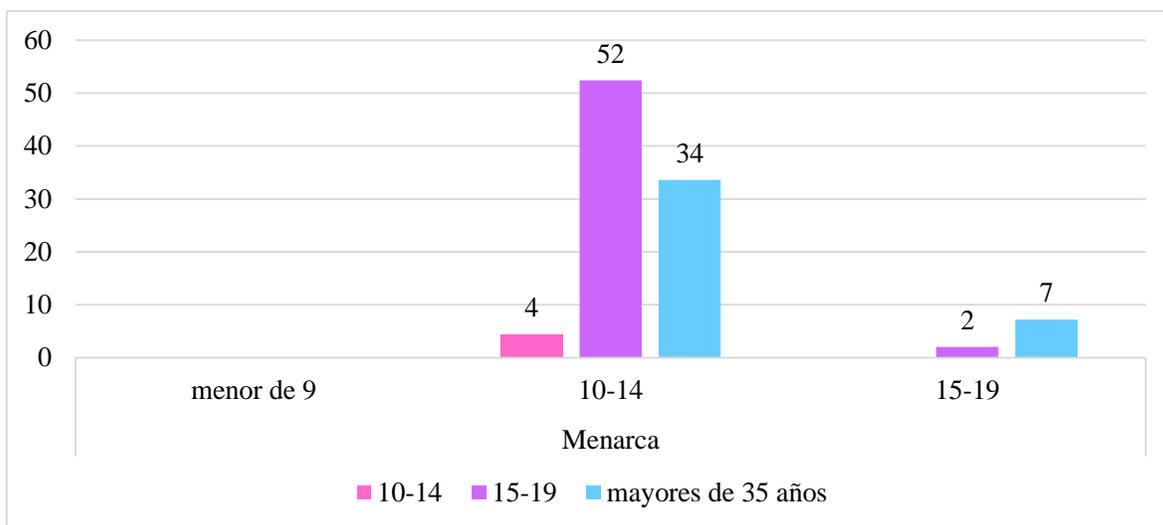
Gráfico 5. Procedencia (%) en embarazadas adolescentes y mayores de 35 años Hospital Alemán Nicaragüense, Managua, durante el periodo de enero 2016- diciembre



Fuente: tabla número cinco

Con relación a los antecedentes ginecoobstétricos se encontraron diferencias durante los cuatro años de estudio entre los grupos de edad, en cuanto a la menarca. La edad promedio en que se presentó la menarca en todas las mujeres estudiadas fue entre los 10-14 años. De estas mujeres el 4% tenía de 10-14 años, el 52% de 15-19 años y el 34% eran mayores de 35 años. Las mujeres que presentaron su menarca después de los 15 años osciló entre un 2-7%. (Ver gráfico número 6)

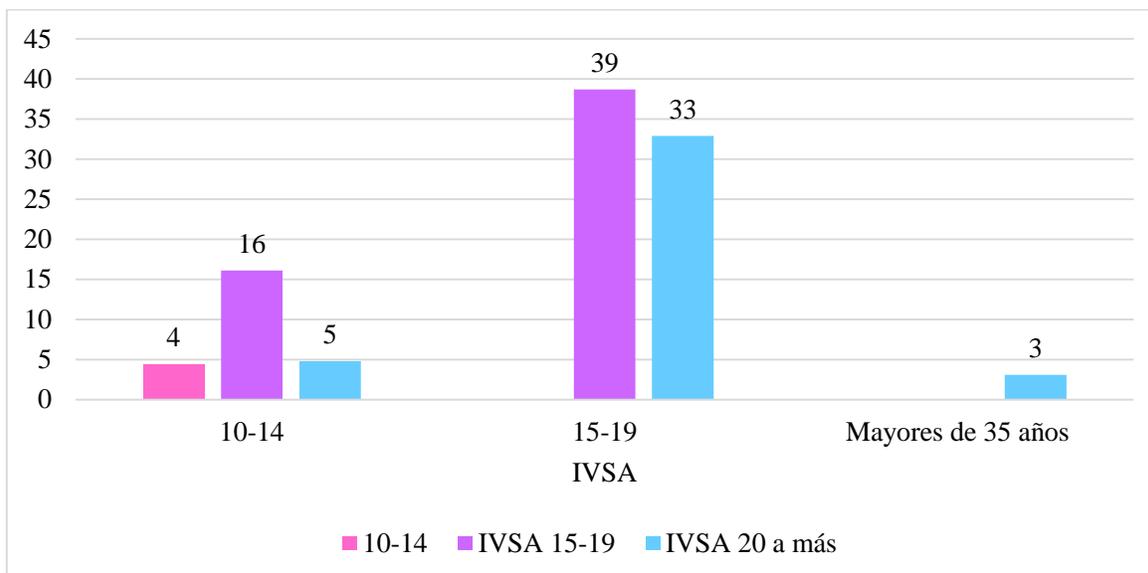
Gráfico 6. Menarca (%) en embarazadas adolescentes y mayores de 35 años Hospital Alemán Nicaragüense, Managua, durante el periodo de enero 2016- diciembre



Fuente: tabla número seis

Se encontraron diferencias entre las mujeres adolescentes y las mujeres mayores de 35 años en cuanto al inicio de la vida sexual activa. Las adolescentes de 15-19 años iniciaron su vida sexual activa en un 39% en esta etapa de la vida, en cambio las mujeres mayores de 35 años la iniciaron en esta etapa de la vida en un 33%. Es importante destacar que un 16% de adolescentes de 15-19 años habían iniciado su vida sexual activa entre los 10-14 años y el 4% de adolescentes de 10-14 años la inició en esa etapa de su vida. (Ver gráfico 7)

Gráfico 7. IVSA (%) en embarazadas adolescentes y mayores de 35 años Hospital Alemán Nicaragüense, Managua, durante el periodo de enero 2016- diciembre



Fuente: tabla número siete

Durante los cuatro años de estudio se encontró que las adolescentes de 10-14 años cursaban con su primer embarazo en un 100% y las de 15-19 años en un 83% y las mayores de 35 años (15%). Es importante destacar que el 19% de las adolescentes de 15-19 años ya tenían un hijo y las mujeres mayores de 35 años en 22% tenían de 5 a más hijos. (Ver tabla numero 8)

En lo que respecta a los antecedentes de partos vaginales se encontró que la mayoría de las adolescentes no tenían este antecedente (100%), mientras que las pacientes mayores de 35 años presentaron la mayor cantidad de partos vaginales previos (22%), siendo este hasta cinco partos vaginales anteriores. (Ver tabla número 9)

El antecedente de cesárea previa se presentó con mayor frecuencia en las mujeres mayores de 35 años (13%) durante los cuatro años estudiados lo que está en correspondencia con los datos anteriores (gestas y paridad) (ver tabla número 10)

Referente a abortos previos, la mayoría de pacientes no tenía antecedentes de abortos previos 10-14 años (100%), 15-19 años (94%) y mujeres mayores de 35 años (75%). No obstante, un pequeño porcentaje presentaba 1 aborto previo siendo las de 15-19 años (6%) y mayores de 35 años (17%). (Ver tabla número 11)

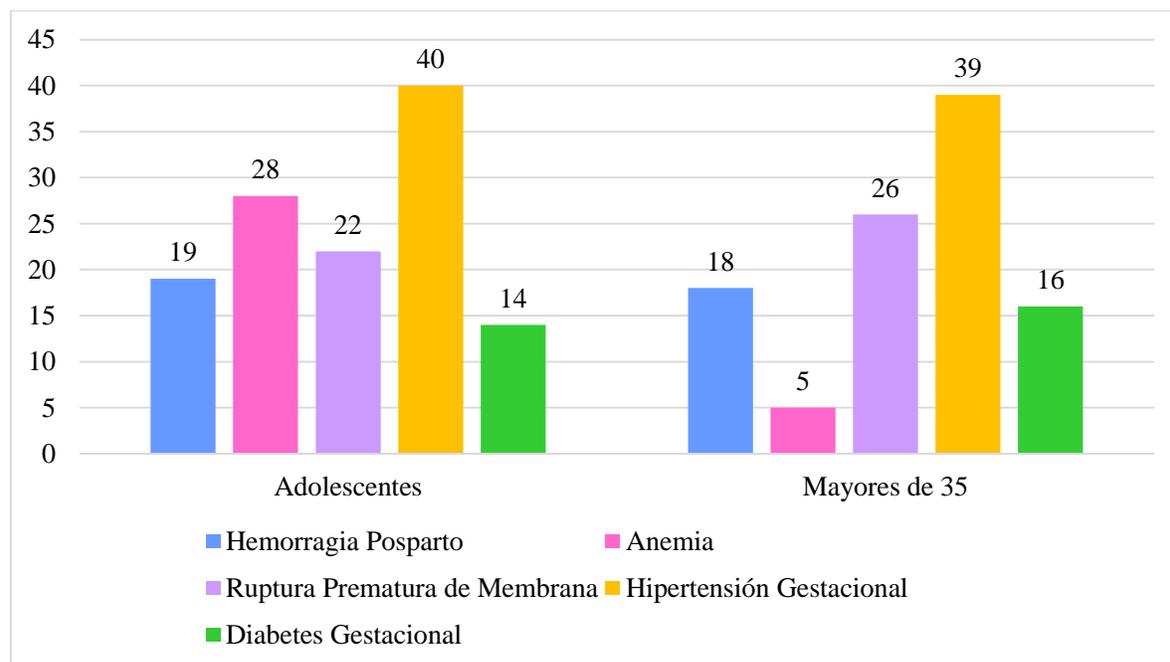
Dado que la mayoría de las adolescentes eran nulíparas no se identificó periodo intergenésico en este grupo de edad, sin embargo en las mujeres mayores de 35 años se encontró que el 31% tenía un período intergenésico de 2 años a más. (Ver tabla número 12)

Del total de mujeres en estudio el 51% de las adolescentes de 15-19 años no utilizaba ningún tipo de método anticonceptivo, en cambio las mayores de 35 años utilizaba el método hormonal en un 8.9% y el de barrera en un 2%. (Ver tabla número 13)

Del total de mujeres en estudio durante los cuatro años tanto las adolescentes como las mayores de 35 años tenían entre 3-4 y 5-6 controles prenatales. El mayor porcentaje de controles prenatales se brindó a las adolescentes de 15-19 años en un 47%, seguido de las mujeres mayores de 35 años en un 34%. (Ver tabla número 14)

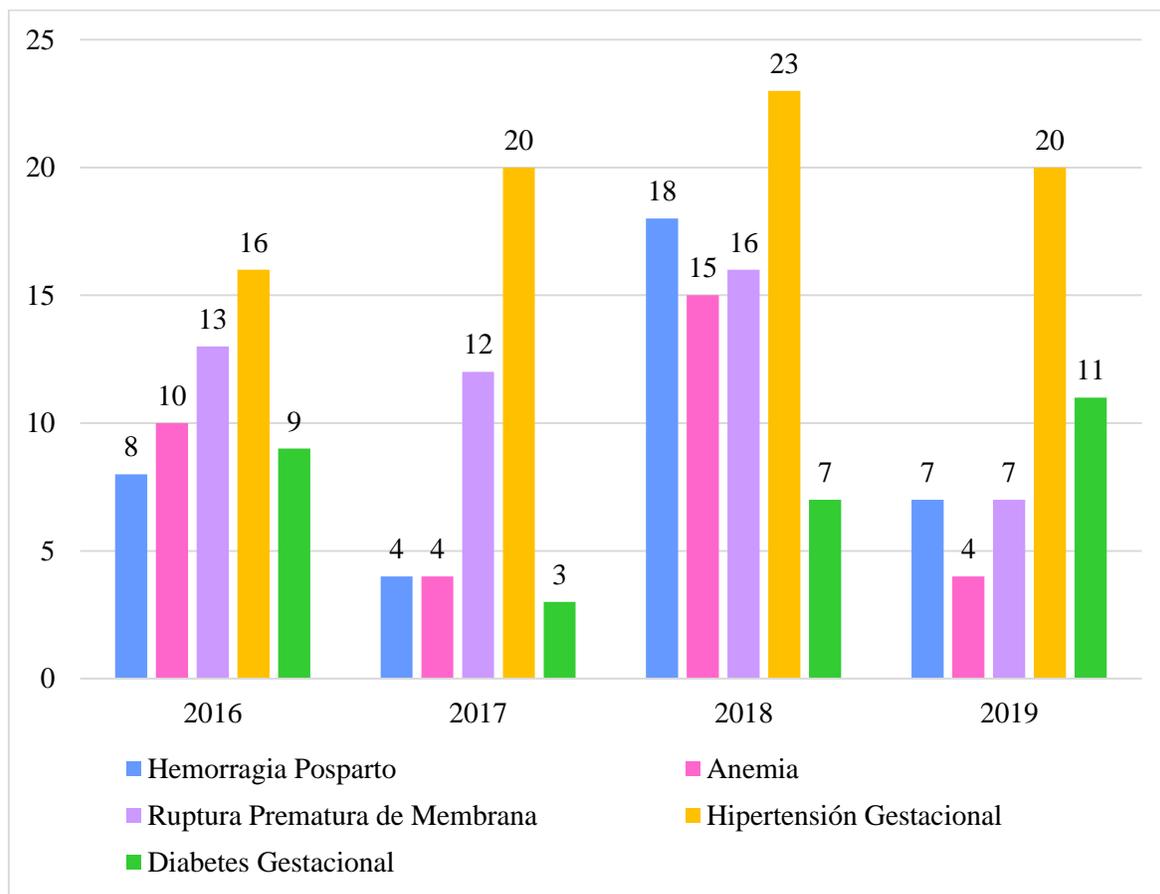
En las complicaciones maternas se encontró que las principales de ellas fueron: hemorragia posparto, anemia, diabetes gestacional, síndrome de hipertensión gestacional y ruptura prematura de membrana (Ver gráficos número 8 y 9)

Gráfico 8. Principales complicaciones obstétricas según la edad (%) en embarazadas adolescentes y mayores de 35 años que acuden al servicio de ginecología, Hospital Alemán Nicaragüense, Managua Enero 2016-diciembre 2019



Fuente: tabla número catorce

Gráfico 9. Principales complicaciones obstétricas según años estudiados (%) en embarazadas adolescentes y mayores de 35 años que acuden al servicio de ginecobstetricia, Hospital Alemán Nicaragüense, Managua Enero 2016-diciembre 2019



Fuente: tabla número quince

La hipertensión gestacional permaneció en el primer lugar durante los cuatro años estudiados tanto en mujeres mayores de 35 años (39%) así como en las adolescentes (40%).

La hemorragia posparto se presentó durante esta investigación con una mayor frecuencia en las adolescentes (19%) y mayores de 35 años (18%) durante el año 2018 (23%).

La anemia fue una de las complicaciones que se destacó durante este estudio particularmente en adolescentes (28%) con mayor frecuencia en el año 2018 (15%) y 2016 (10%).

La diabetes gestacional también fue una complicación remarcada a lo largo del periodo de estudio con una mayor frecuencia durante los años 2016 (11%) y 2019 (9%) en las mayores de 35 años (16%). De igual forma destacándose en el grupo de las adolescentes años con un porcentaje de 14%.

La ruptura prematura de membrana es una complicación que se presentó en el periodo estudiado cuya mayor frecuencia ocurrió en el 2016 (13%) y 2018 (16%) en el grupo de las mujeres mayores de 35 años (26%). Mientras que en las adolescentes se presentó en menor porcentaje (22%).

Otras complicaciones que se presentaron a lo largo de los años de estudio en ambos grupos de edad fueron el aborto, el parto obstruido, desprendimiento prematuro de placenta, placenta previa, preeclampsia sobreagregada, preeclampsia grave, amenaza de parto pretérmino, parto pretérmino, embarazo prolongado y parto pretérmino.

La preeclampsia es una complicación acontecida durante los cuatro años estudiados cuya mayor frecuencia ocurrió en el año 2016 y 2018 en las mujeres mayores de 35 años (6%). En cambio, en las adolescentes no se obtuvieron datos.

El aborto fue una complicación que predominó en las adolescentes (8%) principalmente en el año 2017 (3%). En comparación con las mayores de 35 años cuyo porcentaje fue del 5%.

Con respecto al parto obstruido, ocurrió principalmente en las adolescentes (8%) especialmente en el año 2018 (4%), mientras que en el grupo de las mayores de 35 años se registró en una frecuencia del 3%.

La placenta previa fue una complicación que predominó en las mayores de 35 años (2%) durante el 2016 y 2018 (1%). En adolescentes, no se registraron.

De igual forma, el desprendimiento de placenta normo inserta ocurrió tanto en mayores de 35 años como en adolescentes (2%) particularmente en el año 2016 (2%) y con igual frecuencia durante el año 2018 y 2019 (1%).

La preeclampsia sobre agregada es una complicación que se presentó exclusivamente en mayores de 35 años (6%), cuyo mayor frecuencia ocurrió en el 2016 y 2017 (2%). En adolescentes, no se registraron.

La complicación de preeclampsia grave se presentó en las adolescentes (17%), cuya mayor frecuencia registrada aconteció en el 2018 (10%). Seguido de un 7% en el año 2016.

Por otro lado, la eclampsia fue exclusiva de las adolescentes (2%) en el 2017 y 2018 con un porcentaje del 1%.

La amenaza de parto pretérmino fue una complicación que predominó en las adolescentes (16%) en el 2018 (6%) y las que terminaron en trabajo de parto pretérmino, también fueron las adolescentes (23%) característicamente en el 2019 (11%).

El embarazo se prolongó en principalmente las mayores de 35 años (11%) durante el 2017 (7%) así como en el 2018 y 2016 (5%). En relación al embarazo postérmino, se presentó una mayor frecuencia en ese mismo grupo etario (1%) en el 2018 (1%).

3.2 Discusión de los resultados

Los resultados encontrados en la presente investigación revelan datos interesantes acerca de las complicaciones maternas en los extremos de la vida, tanto adolescentes como en mayores de 35 años. En este estudio se evidenció que el mayor porcentaje de mujeres se encontraban en la etapa de adolescencia lo que coincide con numerosas fuentes de información que destacan que Nicaragua es un país que se encuentra en transición demográfica, su población es mayoritariamente joven, con una alta tasa de embarazo en adolescentes que traduce alto riesgo para complicaciones materno fetales.

En cuanto a los datos sociodemográficos, la mayoría de mujeres independientemente de la edad tenían escolaridad secundaria, seguida de la primaria. Solamente un pequeño porcentaje de estas eran universitarias. Esto tiene relación dado que el mayor porcentaje de mujeres en estudio son adolescentes, pero también refleja la condición de género de las mujeres mayores de 35 años que probablemente abandonan los estudios para dedicarse al cuidado de los hijos y a cumplir su rol reproductivo.

Con respecto al estado civil, se identificó un mayor porcentaje de mujeres que estaban en unión libre y seguidas de las casadas, independientemente de la edad, esta tendencia se mantuvo en los diferentes años estudiados. El estado civil es un factor próximo relevante, especialmente para aquellas mujeres unidas/casadas, dado que la unión conyugal representa el contexto primario de vida reproductiva.

En cuanto a la procedencia predominó el área urbana, lo que podría sugerir que las mujeres que viven en el área rural tengan limitaciones para acceder a servicios de salud especializados, con mayor nivel de resolución o sientan temor de acudir a las unidades de salud; en el caso particular de las adolescentes en la etapa temprana tienen mayor tendencia a negar el embarazo y acudir tardíamente a la unidad de salud, sobre todo si son del área rural.

En relación a los antecedentes ginecoobstétricos para los dos grupos de edad en estudio la edad de la menarca se presentó en las edades de 10-14 años. Lo que implica que a menor

edad de la menarca hay mayor posibilidad de iniciar tempranamente la actividad sexual y por ende, el embarazo a temprana edad.

Se encontró que la edad de IVSA para las adolescentes fue en el grupo de 10-14 años, y para las mujeres mayores de 35 años, fue de 15-19 años. Lo que concuerda con lo mencionado anteriormente y con lo citado por ENDESA 2011/2012 en el caso de las mujeres mayores de 35 años.

Referente a la vía de finalización del embarazo, predominó el parto vía cesárea en las adolescentes de 10-14 años, probablemente secundario a probable inmadurez del sistema reproductivo, así como a la desproporción pélvica que es común en esta etapa de la vida, lo cual constituye un factor de riesgo relevante tanto para la madre como para el producto, en contraparte predominó la finalización del parto vía vaginal en las pacientes de 15-19 años

En particular sobre las complicaciones obstétricas, se obtuvo que los trastornos hipertensivos estuvieron presentes en mayor proporción en las mujeres mayores de 35 años durante los cuatro años recopilados, posiblemente porque en ellas subyacen otros factores de riesgo que aumentan la probabilidad de padecerlos como el sobrepeso y la obesidad, antecedente de preeclampsia en embarazos anteriores, etc. Sin embargo, cabe destacar que el grupo de las adolescentes también presentó una alta incidencia, la mayoría de los autores atribuyen este hecho debido a las condiciones fisiológicas acontecidas en este periodo de edad.

Por el contrario, la eclampsia se presentó únicamente en las adolescentes en quienes se forman con mayor frecuencia placentas anormales, lo cual le da valor a la teoría de la implantación inadecuada como causa de la preeclampsia-eclampsia en comparación al antecedente de enfermedad hipertensiva previa de las mujeres mayores de 35 años de acuerdo con la literatura.

En relación a la hemorragia posparto, los resultados obtenidos demuestran que predomina en las adolescentes en comparación con las mayores de 35 años. Esto coincide con variadas bibliografías, donde se reporta que dadas las características particulares de las adolescentes, las predispone a las principales causas de hemorragia posparto. Sin embargo, también se encontró una alta incidencia de hemorragia posparto en las mayores de 35 años. Esto coincide con diversas literaturas que exponen puede deberse a los cambios que experimenta el útero

con el aumento de la paridad y el envejecimiento, por consiguiente, las mujeres mayores de 35 años son más propensas a presentar hipotonía uterina, a consecuencia de fetos grandes, fetos múltiples, o polihidramnios.

Es múltiple la bibliografía que subraya el importante rol que juegan las enfermedades maternas crónicas como Hipertensión Arterial (HTA), Diabetes Mellitus (DM), Lupus Eritematoso Sistémico (LES), anemias crónicas, lo que concuerda con los hallazgos dentro de este estudio, donde la diabetes gestacional se presentó con mayor frecuencia en mujeres mayores de 35 años. Además que, durante esta edad las mujeres suelen tener otros factores que también pueden contribuir a la diabetes gestacional como la obesidad y sedentarismo.

De la misma forma, el aborto fue una complicación destacada en mujeres mayores de 35 años en comparación con las adolescentes. Esto es debido principalmente al factor edad, dado que estas mujeres suelen tener una pareja estable y por lo tanto, con mayor riesgo a la posibilidad de un embarazo.

Referente a la anemia, a pesar que no es una complicación obstétrica como tal, es una patología que puede desencadenar numerosas complicaciones materno perinatales, razón por la que se ha considerado en el presente estudio, encontrándose una alta incidencia en el grupo de las adolescentes, probablemente debido a que los embarazos en esta etapa no son planeados por lo tanto no reciben la suplementación preconcepcional adecuada y que además, poseen malos hábitos alimenticios.

En cuanto a la ruptura prematura de membrana, se evidenció en mayor proporción en mujeres mayores de 35 años en comparación a las gestantes adolescentes; las razones pueden ser múltiples, podría deberse a que las añosas realizan variadas actividades en su hogar, demás hijos que cuidar, un trabajo al que asistir, factores que podrían contribuir al debilitamiento de las membranas ovulares en comparación a las adolescentes, que suelen tener un rol menos activo.

En relación a la amenaza de parto y parto pretérmino, varios son los investigadores que plantean una asociación entre la prematuridad y la adolescencia, tal y como se recoge en este estudio, donde las adolescentes fueron el grupo donde se presentó con mayor frecuencia. Esto podría deberse a que las adolescentes poseen limitaciones de tipo biológico entre los que se

destaca la inmadurez de las estructuras ginecológicas, y factores psicosociales, tales como inestabilidad emocional y necesidades básicas insatisfechas que podrían afectar el tiempo de finalización de sus embarazos en comparación con las mujeres mayores de 35 años, quienes suelen tener partos a término.

De igual forma, referente al parto obstruido, los resultados concuerdan con muchos autores ya que predomina en las adolescentes. Esto podría ocurrir principalmente porque las adolescentes no poseen una pelvis apta para el paso del bebe, lo que condicionaría mayor incidencia de desproporción cefalopélvica y distocias de posición que a su vez, ocasiona un incremento en el número de cesáreas para finalizar embarazos.

En cuanto a la placenta previa, prevaleció en las mujeres mayores de 35 años. Hecho que concuerda con lo reportado en diversas bibliografías, ya que a pesar que aún se desconoce por qué ocurre exactamente este fenómeno, hay múltiples factores asociados a esta entidad, como: multiparidad, cesárea anterior y cirugías uterinas previas, que se ha demostrado causan daño endometrial y que suelen reportarse con mayor frecuencia en estas mujeres en comparación con las adolescentes, en quienes durante este estudio no se reportó ningún caso.

Con respecto al desprendimiento prematuro de placenta por el contrario, tuvo su mayor incidencia en las adolescentes lo que es llamativo porque es opuesto a la literatura donde suele ocurrir principalmente en las gestantes mayores de 35 años. Sin embargo, esto es controversial ya que aunque la causa del desprendimiento no se puede determinar con certeza, se ha reportado su asociación con malformaciones placentarias que suelen ocurrir mayormente en las adolescentes de acuerdo con lo recopilado durante esta investigación.

3.3 Conclusiones

1. En relación a las características socio demográficas de las pacientes durante los cuatro años de estudio, se obtuvo que el grupo de edad que prevaleció fueron las adolescentes, escolaridad secundaria aprobada, unión libre, del área urbana, y amas de casa.
2. Los antecedentes ginecoobstétricos de las participantes mostraron diferencias entre ambos grupos de edad:
 - Las adolescentes iniciaron su vida sexual activa (IVSA) entre los 10-14 años, tuvieron una menarca temprana, finalizaron el embarazo vía cesárea, sin antecedentes de aborto, ni gestas previas, no utilizaban ningún método anticonceptivo, con controles prenatales de 3-4 y periodos intergenésico cortos.
 - Las mujeres mayores de 35 años iniciaron su actividad sexual (IVSA) entre los 15-19 años, con antecedentes de abortos y gestas previas, utilizaban métodos hormonales y sus partos culminaron vía vaginal, con controles prenatales en promedio de 5-6 y periodo intergenésico mayor de 2 años.
3. Las complicaciones maternas que se presentaron con mayor frecuencia en las adolescentes fueron la anemia, los abortos y el parto obstruido, mientras que en las mujeres mayores de 35 años fueron el síndrome hipertensivo gestacional, la diabetes gestacional y la hemorragia postparto así como RPM.

3.4 Recomendaciones

Al ministerio de salud

1. Ejecutar talleres así como charlas educativas y consejería a adolescentes acerca de salud sexual y métodos anticonceptivos
2. Crear y evaluar programas en la zona con la más alta tasa de embarazos adolescentes.
3. Realizar campañas y actividades en los distintos barrios sobre los factores de riesgo en el embarazo y como prevenirlo
4. Promover que las organizaciones locales desarrollen acciones de liderazgo y empoderamiento juvenil con énfasis en las adolescentes mujeres, con el acompañamiento de jóvenes, padres y población adulta debidamente articuladas.

Al Hospital Alemán Nicaragüense

1. Evaluar la edad como un factor de riesgo para las complicaciones obstétricas
2. Ofrecer atención diferenciada según las necesidades y particularidades de las mujeres adolescentes durante el embarazo y el parto
3. Brindar charlas en las salas de espera sobre factores de riesgo durante el embarazo
4. Implementar el sistema de referencia y contra referencia para la atención de la adolescente con evento obstétrico para asegurar la continuidad de su atención y brindar consejería y la provisión de un método para prevenir la ocurrencia del embarazo subsiguiente y para la atención puerperal de la madre y su recién nacido.
5. Ofertar métodos anticonceptivos pos evento obstétrico para postergar un segundo embarazo, particularmente en las adolescentes y en las mujeres mayores de 35 años promocionar la esterilización quirúrgica voluntaria.
6. A las pacientes mayores de 35 años, que desean quedar embarazadas, brindar consejería pre concepcional.

Capítulo IV: Bibliografía

- AFP. (17 de Octubre de 2018). Nicaragua sigue entre países con mayor alta tasa de embarazo adolescente . *El Nuevo Diario*.
- Aguila, A. y Pineda, M. (2007). Edad Materna y malformaciones congénitas. *Revista Medica de Chile*, 1463-1469.
- Anales Venezolanes de Nutrición. (2017). *Mujeres en Edad Fértil*. Obtenido de Mujeres en Edad Fértil: www.analesdenutricion.org.ve
- Andorno, M., Bello, E., Martearena, R., & Abreo , G. (2009). *EMBARAZOS EN LOS EXTREMOS DE LA VIDA Y RESULTADOS PERINATALES*. Corrientes.
- Arévalo, F., & Torres, Y. (2017). *FACTORES DE RIESGO MATERNO Y OBSTÉTRICOS EN RELACION CON LAS COMPLICACIONES MATERNAS – PERINATALES EN PARTURIENTAS ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II – 2 TARAPOTO, AGOSTO - DICIEMBRE 2016*. Tarapoto.
- Arizapana, C. (2019). *FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A PLACENTA PREVIA EN GESTANTES HOSPITALIZADAS*. Lima.
- Asturizaga, P. L., & Toledo, L. (2014). Hemorragia Obstetrica. *Revista Medica La Paz*.
- Avila, N., Zannutinni, E., & . y Crespo, H. (2017). *Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia*. Obtenido de Actualización de Consenso de Obstetricia FASGO 2017:RCIU: file:///C:/Users/pc/Documents/monografia/Actualizacion_consenso_RCIU_FASGO_2017.pdf

- Avila, N., Zanutinni, E., & Crespo, H. (2017). *Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia*. Obtenido de Actualización de Consenso de Obstetricia FASGO 2017: RCIU: file:///C:/Users/pc/Documents/monografia/Actualizacion_consenso_RCIU_FASGO_2017.pdf
- Balestena, J., García, G., & Balestena, S. (2005). Resultados del oligohidramnios en el parto y el recién nacido. Análisis caso-control. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*.
- Barrero, A., & Hernández, L. (2017). Maternidad después de 35 años: cuidado orientado a proteger la mujer y su hijo. *Scielo*.
- Buyo, B., Casas, P., Ruiz, P., & Cornide, A. (2018). *LAS MALFORMACIONES CONGÉNITAS*. Madrid.
- Cajina, J. (julio de 2015). *Organización Panamericana de la Salud*. Obtenido de Organización Panamericana de la Salud: https://www.paho.org/nic/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=datos-y-estadisticas&alias=714-boletin-informativo-embarazo-en-adolescentes&Itemid=235
- Calero, L., & Hernández, G. (2014). *Factores de Riesgo Asociados a Amenaza de Parto Pretérmino en Mujeres atendidas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Gaspar García Laviana, Rivas en el periodo comprendido desde Julio a Diciembre del año 2014*. Rivas.

Chamy, V.; Cardemil, F.; Betancour, P. y Rios, M. (2009). Riesgo Obstetrico y Perinatal en embarazadas mayores de 35 años. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecologia*, 331-338. Recuperado el 03 de 03 de 2020, de <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262009000600003>

Cifuentes, J. (2003). Asfixia perinatal. *Revista Biomédica*.

Claros, A. (2014). *COMPLICACIONES DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES Y ADULTAS DE 35 A MÁS AÑOS HOSPITAL SERGIO E. BERNALES 2014*. Lima.

CODENI. (2017). *Embarazos en Adolescentes*. Obtenido de Embarazos en Adolescentes: www.codeni.org.ni

CODENI. (2017). *Federación coordinadora nicaraguense de ong que trabaja con la niñez y la adolescencia*. Obtenido de Federación coordinadora nicaraguense de ong que trabaja con la niñez y la adolescencia: <http://www.codeni.org.ni/proteccion-especial/embarazos-en-adolescentes/embarazos-en-adolescentes/>

Cueva, E. (2017). *Complicaciones materno perinatales asociadas al embarazo en edades extremas de la vida reproductiva. Hospital regional docente. Cajamarca* .

De La Hoz, F., & Orozco, L. (2013). Anemia en el embarazo, un problema de salud que puede prevenirse. *Revista de los estudiantes de medicina de la universidad industrial de santander*. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/muis/v26n3/v26n3a05.pdf>

Diago, V., Perales, A., & Cohen, M. (s.f.). *Muerte fetal tardía*. Obtenido de Aeped: <https://www.aeped.es>

Díaz, A. (2015). *RIESGO OBSTÉTRICO DE ADOLESCENTES DURANTE EL EMBARAZO Y EL PARTO EN SUS DIFERENTES PERÍODOS AL COMPARAR CON EMBARAZADAS DE 20 A 25 AÑOS EN EL HOSPITAL ALEMAN NICARAGUENSE EN EL PERIODO ABRIL 2015- SEPTIEMBRE 2015*. Managua.

EcuRed. (s.f.). *Atonía uterina*. Obtenido de EcuRed: www.ecured.cu

EcuRed contributors. (8 de Agosto de 2019). *Embarazo*. Obtenido de Embarazo: <https://www.ecured.cu/index.php?>

embryocenter. (s.f.). *Generalidades importantes sobre fertilidad y esterilidad*. Obtenido de Generalidades importantes sobre fertilidad y esterilidad: embryocenter.es

Enrique Donoso, J. A. (2014). La edad de la Mujer como factor de riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil. *Revista médica de Chile*, 168-174.

Espinoza, E., Salvadó, I., Sierra, M., Sarmiento, L., & Argueta, R. (2015). “*PROPORCIÓN Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICO - EPIDEMIOLOGICAS DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS, EN LAS ZONAS DE INFLUENCIA ATENDIDAS POR MÉDICOS EN SERVICIO SOCIAL, DURANTE EL PERÍODO AGOSTO 2015 – AGOSTO 2016*”. Tegucigalpa.

Ferreira, F. (2016). *Embarazo en adolescentes y sus complicaciones materno-fetales*. Hospital Regional de Encarnación 2016. Itapúa.

Fuchtner, C., Ortiz, E., Escobar, M., & Díaz, H. (2017). *Hemorragia Posparto*. Colombia.

Fundación Plan internacional. (s.f.). *Fundación Plan internacional*. Obtenido de Fundación Plan internacional: <https://plan-international.es/por-ser-nina/campana/embarazo-adolescente-0>

García, D., Romero, H., & Colmenares, A. (2017). Asfixia perinatal. *Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud*.

García, I., & Alemán, M. (2010). Riesgos del embarazo en la edad avanzada. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*.

García, L., Álvarez, E., Rubio, P., & Borrajo, E. (2017). Hemorragia posparto secundaria o. *Ginecología y Obstetricia Mexico*.

Gonzales, A. (15 de Diciembre de 2014). Mujeres mayores de 35 años tiene mas posibilidad de embarazos multiples. *Revista Perfil*. Obtenido de www.revistaperfil.com

Gonzalez, G., & Olavegoya, P. (2019). Fisiopatología de la anemia durante el embarazo: ¿anemia o hemodilución? *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*.

Gorgoroso, A. E. (s.f.).

Guerrero, A. (2010). *Embarazos Multiples*. Obtenido de Sociedad Española de Fertilidad: <file:///C:/Users/pc/Documents/monografia/embarazoMultiple.pdf>

Hernández, M. V., Enriquez, O. S., Izquierdo, A. R., & Rivas, J. L. (Enero-Marzo de 2009). *Comportamiento del embarazo en mujeres mayores de 40 años*. Obtenido de Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología: www.scielo.sld.cu

Hospital Clinic; HOspital Sant Joan de Déu; Universidad de Barcelona. (2018 de marzo de 13). *Lesiones perineales de origen obstétrico: Diagnóstico, tratamiento y*

seguimiento. Obtenido de protocolos medicina materno fetal:
www.medicnafetalbarcelona.org

Infante, E. C. (4 de abril de 2010). *Rotura uterina*. Obtenido de Ginecología y Obstetricia de México: www.medigraphic.com

Lafaurie, M., & Antolinez, P. (2014). *Una mirada de género al embarazo después de los 35 años: experiencias de mujeres atendidas por la red de salud de Bogotá D.C.* Bogotá.

Lanari, E., Romero, M., Thompson, C., Maciel, M., & Erro, G. (2011). *Anemias en el embarazo*. Argentina.

López, J. (2015). *ANOMALÍAS PLACENTARIAS*. Barcelona.

Macías, H., Hernández, A., Leboreiro, J., Bernárdez, I., & Braverman, A. (2018). Edad materna avanzada como factor de riesgo perinatal y del recién nacido. *ACTA MÉDICA GRUPO ÁNGELES*.

Marin, S. (2015). *INFECCIONES URINARIAS EN GESTANTES Y COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO Y EL RECIEN NACIDO*. Recuperado el 17 de Marzo de 2020, de http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/handle/usmp/2410/marin_s.pdf;jsessionid=17FD2C36B6B711341F0C93324862F69A?sequence=3

Milman, N. (2012). Fisiopatología e impacto de la deficiencia de hierro y la anemia en las mujeres gestantes y en los recién nacidos/infantes. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*.

Ministerio de salud. (2018). *Protocolo para el Abordaje de Alto Riesgo Obstétrico*. Managua: Managua MINSA.

- MINSA. (2018). *Protocolo Para el Abordaje de Alto Riesgo Obstetrico*. Managua.
- MINSA. (2018). *Protocolo para la Atencion de Complicaciones Obstetrica: Normativa 109*.
managua, Nicaragua .
- MINSA. (Abril de 2018). *Protocolo para la Atencion de las complicaciones Obstetricas*.
Managua.
- MINSA. (2018). *Prtotocolo Para el Abordaje de Alto Riesgo Obstetrico*. Managua.
- Nazer, J., Cifuentes, L., Águila, A., Piedad, M., Correa, F., & Melibosky, F. (2007). Edad
materna y malformaciones congénitas. *Revista Médica Chile*.
- Oliveira, F., Surita, F., Pinto, E., Cecatti, J., Parpinelli, M., Haddad, S., . . . Souza, J. (2014).
Morbilidad materna severa y casi pérdidas en los extremos de la edad reproductiva.
Revista chilena de obstetricia y ginecología.
- OMS. (Julio de 2015). *Boletin informativo: Embarazo en adolescente*. Obtenido de
www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/
- OMS. (31 de Enero de 2020). *El embarazo en la adolescencia*. Obtenido de El embarazo en
la adolescencia: www.who.int
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Desarrollo en la adolescencia*. Obtenido de
Desarrollo en la adolescencia: <https://www.who.int>
- Pineda, E., Alvarado, E., & Canales, F. (1994). *Metodología de la Investigación. Manual
para el desarrollo de personal de salud*. Washington, D.C: OPS.
- Piura, J. (2006). *Metodología de la Investigación científica* .

- Portillas, Y. (2017). *ESTRATEGIAS EDUCATIVAS PARA PREVENIR LOS EMBARAZOS EN MUJERES MAYORES DE 35 A 45 AÑOS Y SUS COMPLICACIONES EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD SATELITAL TENA*. Tulcán.
- Prosego. (2012). *Placenta Previa protocolo*. España.
- Reyes, O., Coello, A., Carrasco, J., Gonzales, D., Mendoza, A., Mejía, M., . . . García, I. (2016). *Complicaciones Obstétricas en Adolescentes y Mujeres Adultas con o sin Factores de Riesgo Asociados, Honduras 2016*. Tegucigalpa.
- Ribertt, F. (2016). Retardo de crecimiento intrauterino: consecuencia a largo plazo . *Revista Medica Los Condes* , 509-513.
- Rivas, N., Rizo, L., & y Olivas, R. (Diciembre de 2016). *Características Clínicas y Epidemiológicas de Pacientes con Diagnóstico de IVU en embarazo*. Obtenido de file:///C:/Users/pc/Documents/monografia/96765.pdf
- Rodríguez, J., & Lezama, S. (2006). Manejo con hidroterapia oral e intravenosa en pacientes con oligohidramnios en embarazos menores de 34 semanas de gestacion. *Revista Médica de los Post Grados de Medicina*.
- Rodriguez, S., & Garcia, C. y. (2008). *Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neonatología*. Recuperado el 04 de Marzo de 2020, de Recien Nacido Pretermino: file:///C:/Users/pc/Documents/monografia/8_1.pdf
- Rubio, J., Agudelo, C., & Gaitan, H. y. (2010). *Guia de atencion de las complicaciones hemorragicas asociada con el embarazo* (Segunda edicion ed.). Mexico. Recuperado el 04 de marzo de 2020

- Rug, G. P. (2015). El embarazo en la adolescente. *Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia*, 26-35.
- Salas, M. (2018). *COMPLICACIONES MATERNO – PERINATALES EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS ALBERTO SEGUÍN ESCOBEDODURANTE LOS AÑOS 2016-2017*. Juliaca.
- Sampieri, R. (2014). *Metodología de la Investigación*. México D.F.: Mc Graw.
- Sass, A., França, A., Pelloso, S., & Silva, S. (2011). Resultados perinatales en los extremos de la vida reproductiva y factores asociados al bajo peso al nacer. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 1983-1447.
- Saulo Molina, D. A. (2010). Muerte fetal anteparto ¿es una condición prevenible? *Revista Javeriana*, 59-73.
- Silver, R. (2015). Implantación anormal de la placenta. *Obstetricia y Ginecología*.
- Somarriva, M. (2014). *Principales patologías en embarazadas adolescentes y de 35 años o más, atendidas en el Centro de Salud Licenciada María del Carmen Salmerón, de Chinandega, durante el 2013*. León.
- Tejerino, H. (2007). *Educación Médica Continua: Afixia neonatal*. Obtenido de file:///C:/Users/pc/Documents/monografia/v46n2a12.pdf
- Unicef. (s.f.). *La adolescencia temprana y tardía*. Obtenido de La adolescencia temprana y tardía: www.unicef.org

- Valenti, E., Avila, N., Amenabar, S., Zanuttini, E., & Crespo, H. (2017). RCIU (Restricción del Crecimiento intrauterino). *Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia*.
- Vallejo, J. (2013). Embarazo en adolescentes: complicaciones . *REVISTA MEDICA DE COSTA RICA Y CENTROAMERICA LXX* . Recuperado el 08 de Marzo de 2020, de file:///C:/Users/pc/Documents/monografia/rmc131m.pdf
- Vallesillo, G., & Niz, J. y. (2010). *Parto Distócico por desproporción feto-pélvica*. Obtenido de file:///C:/Users/pc/Documents/monografia/Vol43-4-1975-5.pdf
- Varona, J., Almiñaque, M., Formoso, L., & y Borrego, J. (2010). Revista cubana de obstetricia y ginecologia: Ginecologia y salud reproductivo. *Vulvovaginitis en niña y adolescentes*, 1561-3062.
- Velastegui, J.; Hernandez, M.; Real, J. y Alvarado, H. (2018). Complicaciones perinatales asociadas al embarazo en adolescentes de Atacames. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. Obtenido de file:///C:/Users/pc/Documents/monografia/mgi05118%20(1).pdf
- Vigil-De Gracia, P., & Olmedo, J. (2017). Diabetes gestacional: conceptos. *Ginecología y Obstetricia México*.
- Villagra, M. (2014). FACTORES DE RIESGO Y COMPLICACIONES MATERNO-FETALES. 9-35. Managua, Nicaragua.
- Williams, J. (2018). *Obstetricia*. McGraw-Hill.

Capítulo V: Anexos

5.1 Instrumento de recolección de los resultados

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA-MANAGUA

RECINTO UNIVERSITARIO “RUBÉN DARÍO”

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

La presente ficha de recolección de datos tiene como objetivo la obtención de información pertinente, haciendo uso del expediente clínico, acerca de las complicaciones materno fetales de embarazadas adolescentes y mayores de 35 años que acuden a la sala de ginecología, Hospital Alemán Nicaragüense, Managua Enero 2016-diciembre 2019.

No. De Ficha _____

Características sociodemográficas

Edad _____

Escolaridad: Analfabeta___ Alfabetizado___ Primaria___ Secundaria___ Superior___

Religión: Ninguna___ Católico___ Evangélico___ Testigo de Jehová___ Otras___

Estado civil: Soltera___ Casada___ Unión libre___ Divorciada___ Viuda___

Área: urbana___ rural___

Departamento: _____

Ocupación: Estudiante___ Ama de Casa___ Comerciante___ Otras___

Antecedentes ginecoobstétricos

Edad de menarca. ≤ 9 ____ 10-14____ 15-19____

Inicio de Vida Sexual Activa. 10-14__ 15-19__ ≥ 20 ____

Gestación previa: 0____ 1____ 2____ 3____ 4____ 5____

Cesáreas previas: 0____ 1____ 2____ 3____

Partos vaginales previos: 0____ 1____ 2____ 3____

Abortos previos: Ninguno____ Uno____ Más de uno____

Período intergenésico: Ninguno____ Menor de 2 años____ Mayor de 2 años____

Vía de finalización del parto previo: Cesárea____ Vaginal____

Uso de método anticonceptivo: Ninguno____ Hormonal____ Barrera____

No. De controles prenatales: 0____ 1-2____ 3-4____ 5-6____

Complicaciones maternas

Aborto: Sí____ No____

Parto obstruido: Sí____ No____

Hemorragia postparto. Sí____ No____

Anemia. Sí____ No____

Placenta previa. Sí____ No____

Amenaza de parto pretérmino/parto pretérmino. No___ Amenaza de parto pretérmino___ Parto pretérmino___

Síndrome hipertensivo gestacional: No___ Hipertensión crónica con preeclampsia agregada___ Hipertensión gestacional___ Preeclampsia___ Preeclampsia grave___ Eclampsia___

Embarazo prolongado Sí___ No___

Ruptura prematura de membranas. Sí___ No___

5.2 Otros Tablas

Tabla número 1: Edad de las mujeres y años estudiados (%) en embarazadas adolescentes y mayores de 35 años Hospital Alemán Nicaragüense, Managua, durante el periodo de enero 2016- diciembre 2019

		Edad			Total
		10-14	15-19	Mayores de 35	
Años	2016	31	21	24	23
	2017	23	24	17	21
	2018	15	36	36	35
	2019	31	19	23	21
					100

Fuente: instrumento de recolección de datos

Tabla número 2: Escolaridad (%) en embarazadas adolescentes y mayores de 35 años Hospital Alemán Nicaragüense, Managua, durante el periodo de enero 2016- diciembre 2019

		Edad			Total
		10-14	15-19	Mayores de 35	
Escolaridad	Analfabeta	8	1	2	2
	Alfabetizada	0	1	7	3
	Primaria	46	22	29	26
	Secundaria	46	72	58	65
	Universidad	0	4	4	4
					100

Fuente: instrumento de recolección de datos

Tabla número 3: Estado civil (%) en embarazadas adolescentes y mayores de 35 años Hospital Alemán Nicaragüense, Managua, durante el periodo de enero 2016- diciembre 2019

		Edad			Total
		10-14	15-19	Mayores de 35	
Estado civil	Soltera	8	18	8	14
	Unión libre	92	67	50	61
	Casada	0	15	41	25
	Viuda	0	0	1	0
					100

Fuente: instrumento de recolección de datos

Tabla número 4: Tipo de ocupación (%) en embarazadas adolescentes y mayores de 35 años Hospital Alemán Nicaragüense, Managua, durante el periodo de enero 2016- diciembre 2019

		Edad			Total
		10-14	15-19	Mayor de 35	
Tipo de ocupación	Estudiante	23	8	1	6
	Ama de casa	77	89	89	89
	Comerciante	0	2	9	5
	Otra	0	0	1	0
					100

Fuente: instrumento de recolección de datos

Tabla número 5: procedencia (%) en embarazadas adolescentes y mayores de 35 años Hospital Alemán Nicaragüense, Managua, durante el periodo de enero 2016- diciembre 2019

		Edad			Total
		10-14	15-19	Mayores de 35	
Procedencia	Urbana	92	91	94	92
	Rural	8	9	6	8
					100

Fuente: instrumento de recolección de datos

Tabla número 6: Edad Menarca (%) en embarazadas adolescentes y mayores de 35 años Hospital

Alemán Nicaragüense, Managua, durante el periodo de enero 2016- diciembre 2019

		Edad			Total
		10-14	15-19	Mayores de 35	
Menarca	Menor de 9	0	0	0	0
	10-14	4	52	34	91
	15-19	0	3	7	9
Total		4	55	41	100

Fuente: instrumento de recolección de datos

Tabla número 7: Inicio de Vida Sexual Activa (%) en embarazadas adolescentes y mayores de

35 años Hospital Alemán Nicaragüense, Managua, durante el periodo de enero 2016- diciembre

2019

		Edad			Total
		10-14	15-19	Mayores de 35	
IVSA	10-14	4	16	5	25
	15-19	0	39	33	72
	20 a más	0	0	3	3
Total		4	55	41	100

Fuente: instrumento de recolección de datos

Tabla número 8: Número de embarazos previos (%) en embarazadas adolescentes y mayores de 35 años Hospital Alemán Nicaragüense, Managua, durante el periodo de enero 2016- diciembre 2019

		Edad			Total
		10-14	15-19	Mayores de 35	
Número de gestas previas	0	4	42	6	53
	1	0	10	6	16
	2	0	2	8	10
	3	0	-	8	8
	4	0	0	4	4
	5 o más	0	0	9	9
Total		4	55	41	100

Fuente: instrumento de recolección de datos

Tabla número 9: Número de partos vaginales previos (%) en embarazadas adolescentes y mayores de 35 años Hospital Alemán Nicaragüense, Managua, durante el periodo de enero 2016-diciembre 2019

		Años			Total
		10-14	15-19	Mayores de 35	
Número de partos vaginales previos	0	4	46	5	55
	1	0	8	8	16
	2	0	1	12	13
	3	0	0	6	6
	4	0	0	5	5
	5 o más	0	0	4	4
Total		4	55	41	100

Fuente: instrumento de recolección de datos

Tabla número 10: Número de Cesáreas previas (%) en embarazadas adolescentes y mayores de 35 años Hospital Alemán Nicaragüense, Managua, durante el periodo de enero 2016- diciembre 2019

		Años			Total
		10-14	15-19	Mayores de 35	
Cesárea previas	0	4	51	33	89
	1	0	4	5	9
	2	0	0	2	2
Total		4	55	41	100

Fuente: instrumento de recolección de datos

Tabla número 11: Número de abortos previos (%) en embarazadas adolescentes y mayores de 35 años Hospital Alemán Nicaragüense, Managua, durante el periodo de enero 2016- diciembre 2019

		Años			Total
		10-14	15-19	Mayores de 35	
Número de abortos previos	0	4	52	31	87
	1	0	3	7	10
	2	0	0	3	3
	3 o más	0	0	0	0
Total		4	55	41	100

Fuente: instrumento de recolección de datos

Tabla número 12: Tipo de Finalización del parto (%) en embarazadas adolescentes y mayores de 35 años Hospital Alemán Nicaragüense, Managua, durante el periodo de enero 2016- diciembre 2019

		Edad			Total
		10-14	15-19	Mayores de 35	
Tipo de parto	Cesárea	3	12	5	21
	Vaginal	1	43	35	79
Total		4	55	41	100

Fuente: instrumento de recolección de datos

Tabla número 13: Período Intergenésico (%) en embarazadas adolescentes y mayores de 35 años Hospital Alemán Nicaragüense, Managua, durante el periodo de enero 2016- diciembre 2019

		Edad			Total
		10-14	15-19	Mayores de 35	
Período intergenésico	Ninguno	4	45	8	57
	Menor de 2 años	0	4	2	6
	2 años a más	0	6	31	37
Total		4	55	41	100

Fuente: instrumento de recolección de datos

Tabla número 14: Tipo de método anticonceptivo (%) en embarazadas adolescentes y mayores de 35 años Hospital Alemán Nicaragüense, Managua, durante el periodo de enero 2016- diciembre 2019

		Edad			Total
		10-14	15-19	Mayores de 35	
Tipo de método anticonceptivo	Ninguno	4	51	30	84
	Hormonal	0	3	9	13
	Barrera	0	1	2	3
Total		4	55	41	100

Fuente: instrumento de recolección de datos

Tabla número 15: Número de Controles Prenatales (%) en embarazadas adolescentes y mayores de 35 años Hospital Alemán Nicaragüense, Managua, durante el periodo de enero 2016- diciembre 2019

		Edad			Total
		10-14	15-19	Mayores de 35	
Número de controles prenatales	0	0	2	1	3
	1-2	1	5	5	11
	3-4	3	22	19	44
	5-6	0	26	16	43
Total		4	55	41	100

Fuente: instrumento de recolección de datos

Tabla número 16: Principales complicaciones obstétricas según la edad (%) en embarazadas adolescentes y mayores de 35 años que acuden al servicio de ginecología, Hospital Alemán Nicaragüense, Managua Enero 2016-diciembre 2019

Edad			
	15-19	Mayores de 35	Total
Hemorragia Posparto	19	18	37
Anemia	28	5	33
Ruptura Prematura de Membrana	22	26	48
Hipertensión Gestacional	40	39	79
Diabetes Gestacional	14	16	30

Fuente: instrumento de recolección de datos

Tabla número 17: Principales complicaciones obstétricas según años estudiados (%) en embarazadas adolescentes y mayores de 35 años que acuden al servicio de ginecología, Hospital Alemán Nicaragüense, Managua Enero 2016-diciembre 2019

	Años			
	2016	2017	2018	2019
Hemorragia Posparto	8	4	18	7
Anemia	10	4	15	4
Ruptura Prematura de Membrana	13	12	16	7
Hipertensión Gestacional	16	20	23	20
Diabetes Gestacional	9	3	7	11

Fuente: instrumento de recolección de datos