

**Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua
Facultad de Ciencias Médicas**

Hospital Dr. Fernando Vélez Paiz



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

Tesis para monográfica para optar al Título de Especialista en
Ginecología y Obstetricia

**“Resultados obstétricos y perinatales del embarazo en adolescentes en
el Hospital Dr. Fernando Vélez Paiz, 2019 –2020”.**

Autora:

Dra. Susi Gabriela Berrios Martínez.
Médico Residente de Ginecoobstetricia.

Tutora:

Dra. Olivia de los Ángeles Pérez Cruz.
Especialista en Ginecología y Obstetricia.

**Febrero, 2022
Managua, Nicaragua**

DEDICATORIA

Quiero dedicar este trabajo a mis padres, pilares fundamentales en mi formación desde la niñez, en especial a mi madre quien me ha brindado su apoyo de manera incondicional en todo momento a lo largo de la residencia y de mi vida. A mis hermanas por estar para mí siempre.

AGRADECIMIENTO

A Dios que me ha dado la vida y fortaleza para terminar este camino tan difícil y tan lleno de altibajos.

A mis padres Dora Luz Martínez y Pedro Gonzálo Berríos por haber confiado siempre en mí, por su apoyo y dedicación, por perdonar mi ausencia sobre todo en fechas especiales.

A todos los docentes de este hospital, quienes me regalaron día a día parte de sus conocimientos necesarios para mi formación.

A mis compañeros de residencia por todos los momentos que pasamos juntos.

¡Gracias!

RESUMEN

Objetivo: Caracterizar los resultados obstétricos y perinatales del embarazo en adolescentes en el Hospital Fernando Vélez Paiz enero 2019 – enero 2020.

Material y metodo: Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal. Se estudiaron a 265 pacientes adolescentes, se realizó un análisis de frecuencias y porcentajes, se muestran resultados en tablas y gráficas. La fuente fue secundaria.

Resultados: Entre las características sociodemográficas que predominaron fueron el grupo etario de 14 a 16 años, de procedencia rural, escolaridad de primaria, el estado civil de unión libre, y la ocupación de ama de casa. Entre las características ginecoobstétricas predominantes fueron la Nuliparidad, captación tardía, de 1-3 APN, y el estado nutricional sobrepeso. La mayoría no recibió asesoría preconcepcional, ni planificaba. La preeclampsia, el parto pretérmino y la atonía uterina fueron las complicaciones predominantes y la mayor indicación de cesárea fue el riesgo de pérdida de bienestar fetal. La vía de nacimiento que predominó fue la cesárea. En los recién nacidos la mayor complicación fue el bajo peso al nacer y la sepsis neonatal. Entre los parámetros que predominaron fueron la edad gestacional a término, el peso de 2500 a 4000 g, la ausencia de malformaciones, el Apgar 8/9, con destino a neonatología.

Conclusión: Estos resultados concuerdan con los mencionados en otros países y con algunos estudios realizados en los hospitales de Nicaragua. Se recomienda darle seguimiento a este fenómeno y trabajar en las estrategias ya establecidas o nuevas que elaborar.

Palabras clave: Embarazo adolescente, resultados obstétricos y neonatales.

INDICE

1.	INTRODUCCION.....	1
2.	ANTECEDENTES.....	3
3.	JUSTIFICACION.....	5
4.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
5.	OBJETIVOS.....	7
6.	MARCO TEORICO.....	8
7.	DISEÑO METODOLÓGICO.....	21
1.	Operacionalización de variables.....	24
8.	RESULTADOS.....	29
9.	DISCUSIÓN.....	31
10.	CONCLUSIONES.....	35
11.	RECOMENDACIONES.....	36
12.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	37
13.	ANEXOS.....	40



1. INTRODUCCION

El embarazo en adolescente es aquel que se presenta en una mujer entre 11 y 19 años de edad al día de nacimiento. La adolescencia se define por la Organización Mundial de la Salud como el periodo de los 10 a 19 años. Está caracterizada por grandes cambios en aspectos físicos y psicológicos con repercusiones individuales, familiares y sociales (Díaz, 2012).

Aproximadamente 11% de los nacimientos a nivel mundial son de madres adolescentes, de los cuales más del 90% ocurren en países en desarrollo. Es una condición que mundialmente se encuentra en aumento principalmente en edades más precoces, debido a que cada vez con más frecuencia la proporción de adolescentes sexualmente activas es mayor, dado fundamentalmente por el inicio precoz de la sexualidad activa. Se ha convertido en un problema de salud pública importante, debido básicamente a que son las condiciones socioculturales las que han determinado un aumento considerable en su prevalencia, siendo más frecuentes en sectores socioeconómicos menos favorecidos. Se estima que en los países en desarrollo aproximadamente el 20% a 60% de los embarazos son no deseados y que los adolescentes tienen en general muy poca información sobre métodos de planificación familiar y sobre fertilidad (Williams, 2010).

La incidencia de embarazos adolescentes varía dependiendo de la región y del grado de desarrollo del país estudiado. En Estados Unidos, anualmente cerca de un millón de embarazos corresponden a madres adolescentes, constituyendo un 12,8% del total de embarazo. En países menos desarrollados, la proporción de embarazos adolescentes es de aproximadamente un 15.2% en Chile, 25% en el caso de El Salvador, Centroamérica, pudiendo llegar a cifras tan elevadas como del 45% del total de embarazos en algunos países africanos.

El embarazo en adolescentes se asocia al aumento de complicaciones maternas y fetales como embarazo pretérmino, bajo peso al nacer, ruptura



prematura de membranas, enfermedad hipertensiva del embarazo, calificación Apgar baja y mortalidad perinatal. En este sentido cuando el embarazo es menor de 15 años conlleva un riesgo cinco veces más alto de mortalidad materna, comparado con adolescentes de 15-19 años, cuyo riesgo es doble respecto a las embarazadas adultas. Así mismo se ha observado que la adolescente embarazada recibe menor control prenatal, por lo que en el embarazo en adolescentes se incrementa 2.5 veces más el riesgo de culminar en un producto pretérmino, padecer de enfermedad hipertensiva del embarazo y restricción del crecimiento intrauterino (Vega, 2016).

En lo que respecta a las patologías del parto, se señala que mientras más joven es la adolescente, mayores son las alteraciones que pueden ocurrir en relación al parto. Esto es debido principalmente a una falta de desarrollo de la pelvis materna, lo que condicionaría una mayor incidencia de desproporción cefalopélvica, constituyendo esto, una causa importante de trabajos de parto prolongado y partos operatorios, tanto fórceps como cesáreas. Otros estudios, sin embargo, han encontrado una menor incidencia de partos operatorios en las adolescentes con respecto a las mujeres adultas. Además de la desproporción cefalopélvica, las adolescentes embarazadas tienen mayor riesgo de culminar su parto con laceraciones del cuello uterino, vagina, vulva y periné. Esta complicación está dada principalmente por la condición de inmadurez de estas jóvenes, manifestándose en una estrechez de canal blando (Balestera et al, 2002, Sáenz, 2012).

Por todas estas particularidades propias de este grupo de edad se decidió indagar un poco más sobre el comportamiento en esta unidad hospitalaria.



2. ANTECEDENTES

La adolescencia es la etapa de la vida del ser humano caracterizada por profundos cambios fisiológicos, psicológicos y sociales.

Osorno Romero et al (2013) estudiaron embarazo y el riesgo de complicaciones perinatales en cuyos resultados obtenidos plantean que el mayor número de complicaciones como hemorragia postparto, trastornos hipertensivos se registran en adolescentes, así como el parto pretérmino, mayor número de patologías fetales entre ellas las asfixia. (Romero, 2013)

Vega, G. (2016) realizó un estudio comparativo sobre resultados perinatales en la maternidad en el que se concluyó que la frecuencia de embarazos adolescentes fue elevada, en cuanto a resultados perinatales se observó peso adecuado, puntuación de apgar normal e internación conjunta con la madre predominaron ampliamente en el recién nacido de termino (Vega, 2016).

Dos Santos, E, et al. (2017) evaluaron la tasa de fertilidad y resultado perinatal evidenciando que las adolescentes tuvieron menos consultas prenatales en comparación con madres no adolescentes. La probabilidad de parto prematuro, bebé con bajo peso al nacer y puntuación apgar baja a los 5 minutos fue superior para madres entre 15-19 años en comparación con madres 20 años, con mayor probabilidad de resultados negativos para aquellas entre 10 y 14 años de edad (Dos Santos et al, 2017).

La limitada información que existe en los centros de enseñanza acerca de la educación sexual; en muchos casos más la inadecuada atención de los padres de familia y los tabúes que todavía existen alrededor de este tema en la sociedad, podría ser parte de las causas del porque se producen embarazos en adolescentes. Paller Rojas (2021) en una revisión de literatura opina que se puede concluir que el embarazo adolescente en países en desarrollo presenta mayores riesgos que los embarazos en gestantes adultas. Se puede asumir también que estos riesgos



son aún mayores si se toman en cuenta otros ámbitos como el socioeconómico o cultural (Paller, 2021).

El embarazo en la adolescencia es una preocupación médica derivada de la conducta sexual de las jóvenes, pues es un resultado de la precocidad en las relaciones sexuales, sin el uso adecuado de los anticonceptivos. Según Cruz Díaz (2016): La temprana menarquia y el comienzo más precoz de las relaciones sexuales, entre otros; podría explicar algunas de las razones por las que la sexualidad del adolescente puede resultar más problemática. Las complicaciones maternas predominantes fueron la infección de vías urinarias, anemia y Preeclampsia. En las complicaciones neonatales se encontró datos prematuridad, sepsis, restricción del crecimiento intrauterino y asfixia (Cruz Díaz, 2016).

Solís, López (2015). Demuestra que mayoría de pacientes que ingresan al hospital lo hacen por causas relacionadas a la maternidad, dentro de estas causas están aborto, parto y complicaciones del parto.

En esta unidad aún no cuenta con registros previos de estudios referentes al tema.



3. JUSTIFICACION

El embarazo adolescente es un problema de salud pública muy frecuente, se ha visto relacionado con un aumento de morbilidad y mortalidad perinatal, un gran porcentaje de los nacimientos a nivel mundial corresponden a adolescentes, la mayoría ocurren en países en desarrollo. Mundialmente se encuentra en aumento principalmente en edades más precoces, lo que está en relación a el inicio precoz de la sexualidad activa.

Se han descrito una serie de complicaciones en este grupo de edad que en el peor de los casos podrían finalizar en muerte tanto materna como perinatal. Esto ocasiona una seria carga económica a los sistemas de salud y un impacto a largo plazo a la economía pública, debido a los altos costos de diagnóstico, tratamiento y atención especializada, por lo que una de las estrategias de nuestro sistema de salud estaría enfocada particularmente en el grupo de embarazadas, el cual representan la población más vulnerable.

El presente estudio tiene como propósito aportar estadísticas a nivel local sobre los resultados obstétricos y perinatales del embarazo en adolescentes, dando pautas para implementar medidas efectivas para reducir su incidencia y complicaciones relacionadas al binomio madre-hijo, así como también ser referencia para estudios posteriores.



4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Caracterización:

El embarazo que sucede durante la adolescencia es una condición de muy alto riesgo para complicaciones médicas, maternas y neonatales algunas, con potencial letal.

Delimitación:

Esta problemática afecta a todas las sociedades, pero se muestra con mayor gravedad en países subdesarrollados. En Nicaragua, el embarazo adolescente es un problema serio que enfrenta el ministerio de salud, en el cual se han implementado estrategias que ayuden a disminuir el embarazo a edades tempranas.

Formulación:

Siendo el Hospital Fernando Vélez Paíz una institución que atiende una gran fracción de la población de managua y parte de sus municipios, en el que se ha visto que la mayoría de las embarazadas son adolescentes llama mucho la atención que aún no se han realizado estudios sobre los resultados obstétricos y perinatales en este grupo de edad, razón por la que se decidió realizar este estudio y plantear la siguiente pregunta: ¿ Cuáles son los resultados obstétricos y perinatales del embarazo en adolescentes en el Hospital Fernando Vélez Paíz en el período de enero 2019 a enero 2020?.



5. OBJETIVOS

Objetivo general

Caracterizar los resultados obstétricos y perinatales del embarazo en adolescentes en el Hospital Fernando Vález Paiz enero 2019 – enero 2020.

Objetivos específicos:

1. Describir las principales características sociodemográficas de las pacientes en estudio.
2. Identificar características clínicas y principales resultados maternos del embarazo en las pacientes.
3. Determinar las principales características clínicas del recién nacido.



6. MARCO TEORICO

La adolescencia es una etapa de crecimiento y desarrollo, con adquisición de nuevas funciones en las esferas biológica, psicológica y social. Dichos cambios no acontecen de manera simultánea, siendo la capacidad reproductiva el primer evento que se produce. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia es el período en la vida de una persona que comprende entre los 10 y los 19 años. Se considera a la adolescencia como un proceso que, aunque primeramente biológico, trasciende al área psicosocial. Una de cada cinco mujeres en el mundo ya tiene un hijo antes de los 18 años y cada año se producen 16 millones de nacimientos de mamás adolescentes. En las regiones más pobres del planeta una de cada tres mujeres son madres en la adolescencia. (Bermúdez Z, Betanco C. 2006)

Es una condición que mundialmente se encuentra en aumento principalmente en edades más precoces, debido a que cada vez con más frecuencia, la proporción de adolescentes sexualmente activas es mayor, dado fundamentalmente por el inicio precoz de la actividad sexual. El embarazo adolescente se ha convertido en un problema de salud pública importante, debido a que básicamente son las condiciones socioculturales las que han determinado un aumento considerable en su prevalencia, aconteciendo con mayor frecuencia en sectores socioeconómicos más disminuidos, aunque se presenta en todos los estratos económicos de la sociedad.

En las últimas décadas, la población adolescente en América Latina se ha incrementado considerablemente, en comparación con otros grupos etáreos. Se estima que 16 millones de niñas de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años dan a luz cada año, y un 95% de esos nacimientos se producen en países en desarrollo. Esto representa el 11% de todos los nacimientos en el mundo. Sin embargo, los promedios mundiales ocultan importantes diferencias regionales. Los partos en adolescentes como porcentaje de todos los partos oscilan entre alrededor



del 2% en China y el 18% en América Latina y el Caribe (Contreras J, Guzmán J, Falconier M. 2,000: p.12-41.)

El embarazo en la adolescencia constituye una de las principales preocupaciones derivadas de la conducta sexual de los jóvenes; tales como la mayor precocidad en el inicio de las relaciones sexuales, la desinformación y el uso inadecuado o no uso de métodos anticonceptivos, lo que determina un aumento en el riesgo de que los adolescentes adquieran enfermedades de transmisión sexual o tengan embarazos no deseados, abortos o partos. Hay más de mil millones de adolescentes, 85% en los países en desarrollo. Más de la mitad ha tenido relaciones sexuales antes de los 16 años. El embarazo en madres adolescentes constituye un serio problema de salud pública, debido a su alta prevalencia y a su asociación con una mayor morbilidad y mortalidad perinatal. (Issler JR. 2001; 107: 11-23.)

Aunque las circunstancias de los embarazos en adolescentes varían mucho, destacan algunos rasgos comunes: los cuerpos más jóvenes no están plenamente desarrollados para pasar por el proceso del embarazo y el parto sin consecuencias adversas. Con respecto a la edad de las adolescentes embarazadas existen estudios que evidencian diferencias significativas en la evolución del embarazo entre las pacientes menores de 16 años y las mayores de esta edad. El riesgo obstétrico en las adolescentes mayores (entre 16 y 19 años) está asociada con factores sociales como pobreza más que con la simple edad materna. En contraste, en las pacientes menores de 16 años, los resultados obstétricos y perinatales son dependientes de la edad materna por sí misma. (Issler JR. 2001; 107: 11-23.)

Factores Psicológicos:

La pubertad no implica madurez psicológica, por tanto, los adolescentes no siempre son capaces de comprender todas las consecuencias del inicio precoz de la actividad sexual, ni muchos menos enfrentar un embarazo.

La experiencia sexual en la joven adolescente no responde únicamente a un siempre deseo de sexo, más bien a un interés por ser aceptada, cuidada, mimada,



deseada y protegida. Las mujeres jóvenes con escasa autoestima, dependientes o con insuficiente o ninguna comunicación con sus padres están expuestas a un inicio sexual temprano, con el consiguiente riesgo de quedar embarazada. (Ramírez G. Juárez C., Pérez J. 2008)

Factores culturales:

El embarazo a temprana edad es una práctica cultural en algunas comunidades asociándose la falta de una educación sexual (mitos y tabúes sobre sexualidad) adecuada, cuyo resultado es que las adolescentes queden embarazadas, sin que el cuerpo todavía no se haya desarrollado completamente. También tenemos que tener en cuenta que las niñas que no reciben una educación son más vulnerables a quedarse embarazadas. Los valores morales y religiosos han sufrido un gran cambio en los últimos tiempos, la actividad sexual, es el cambio adecuado para conseguir la popularidad y el éxito. En la mayor parte del mundo, la educación es uno de los factores que más influyen en la edad al momento de la primera unión. (Contreras J, Guzmán J, Falconier M. 2000)

Factores Familiares:

Otro de los factores que está involucrado en esta situación es la disfunción familiar, como falta de comunicación con los padres, abandono, baja escolaridad de los padres, padres separados, madres solteras, antecedentes familiares de embarazos adolescentes o enfermedades crónicas de los progenitores parecen aumentar la incidencia de embarazos en adolescentes, los cuales hacen que se pierda esa relación entre padre y el adolescente.

El intento de escapar a situaciones conflictivas en el hogar, formar un nuevo hogar, tener hijos propios para no seguir con las cargas domésticas, tarea comúnmente asignada a las adolescentes en zonas rurales como urbanas, y esto se agravan en los estratos más pobres: (Issler JR. 2001; 107: 11-23.)



Factores socioeconómicos:

El embarazo en la adolescencia ocurre en todos los grupos socioeconómicos, raciales y étnicos. Sin embargo, no hay que olvidar que la pobreza, el hacinamiento, la delincuencia juvenil, la iniciación a drogas, trabajo no calificado, vivir en área rural, ingreso precoz a la fuerza de trabajo, el alcohol e incluso la indigencia, marginación social y predominio del amor romántico en las relaciones sentimentales de los adolescentes, favorecen de forma notable su incremento. (Panduro J., Jiménez P., Pérez J., Panduro E., Peraza D., 2012)

Numerosas investigaciones en adolescentes embarazadas demuestran que una de las complicaciones obstétricas más frecuentes es el desarrollo de síndrome hipertensivo del embarazo, siendo las frecuencias reportadas de 22,4% a cerca de 29%. Bajo el mismo concepto anterior, podríamos inferir que la posibilidad de parto prematuro en las pacientes adolescentes estaría más bien relacionada con factores como el bajo nivel socioeconómico más que la adolescencia por sí misma; sin embargo, una serie de estudios realizados en poblaciones de similares características, demuestran que el riesgo de parto prematuro es mayor en las pacientes adolescentes embarazadas. En este mismo sentido, la edad gestacional del parto prematuro está en relación a la edad materna, existiendo mayor riesgo de partos prematuros de menor edad gestacional a menor edad materna.

En este mismo contexto, algunos estudios destacan que existe una frecuencia mayor de rotura prematura de membranas en la paciente adolescente, encontrándose cifras que van desde aproximadamente el 7% al 17% (Benjamín J, Gómez J. 2004).

Con respecto al peso de los recién nacidos de madres adolescentes, en la mayoría de los estudios se encuentra una frecuencia mayor de recién nacidos de bajo peso al nacimiento, pareciendo ser el principal riesgo, con cifras de aproximadamente del 18%. El bajo peso al nacimiento está dado tanto por la condición de prematuridad, como por los recién nacidos pequeños para la edad gestacional. En



este sentido es interesante destacar que numerosas publicaciones sobre embarazo adolescente revelan una frecuencia mayor de recién nacidos pequeños para la edad gestacional con respecto al grupo de las madres adultas. Si bien la mayoría de los estudios demuestran una frecuencia aumentada, este aumento no siempre es estadísticamente significativo. (Maddaleno M. OPS/OMS noviembre 2000)

En lo que respecta a las patologías del parto, se señala que mientras más joven es la adolescente, mayores son las alteraciones que pueden ocurrir en relación al parto. Esto es debido principalmente a una falta de desarrollo de la pelvis materna, lo que condicionaría una mayor incidencia de desproporción cefalopélvica, constituyendo esto, una causa importante de trabajos de parto prolongados y partos operatorios.

Otros estudios, sin embargo, han encontrado una menor incidencia de partos operatorios en las adolescentes con respecto a las mujeres adultas. Además de la desproporción cefalopélvica, las adolescentes embarazadas tienen mayor riesgo de culminar su parto con laceraciones del cuello uterino, vagina, vulva y periné. Esta complicación está dada principalmente por la condición de inmadurez de estas jóvenes, manifestándose en una estrechez de canal blando.

Como se ha mencionado anteriormente, la existencia de desproporción cefalopélvica muchas veces determina el desarrollo de un trabajo de parto prolongado y expulsivos laboriosos, lo cual podría influir en la condición inmediata del recién nacido. Sin embargo, algunos estudios revelan altas cifras de recién nacidos con puntaje de Apgar mayor de 7 a los cinco minutos, lo cual implica una baja proporción de depresión respiratoria y asfixia al nacer en hijos de madres adolescentes: (Torres C. 2002)

Una patología que frecuentemente es posible encontrar en las embarazadas es la diabetes gestacional. Investigaciones realizadas en adolescentes demuestran que la incidencia de esta patología es baja en este grupo de edad, siendo más frecuente en las embarazadas adultas. Se ha demostrado que, implementando programas de control destinados especialmente para las adolescentes



embarazadas, se mejoran los resultados maternos y perinatales de éstas, no presentando mayor riesgo en cuanto a resultados obstétricos respecto a las mujeres adultas embarazadas. (Virella E, González A. 2009)

El primer embarazo plantea riesgos específicos que se suman a los derivados de la inmadurez fisiológica en la adolescente embarazada. La morbilidad en la gestación de la adolescente, se puede clasificar por períodos de la gestación. En la primera mitad se destacan el aborto, la anemia, las infecciones urinarias, y la bacteriuria asintomática; en la segunda mitad los cuadros hipertensivos, las hemorragias asociadas con afecciones placentarias, la escasa ganancia de peso con mal nutrición materna asociada, parto prematuro y la rotura prematura de las membranas ovulares. (Virella E, González A. 2009)

Patologías más frecuentes.

Estados hipertensivos:

La Hipertensión arterial crónica complica el 5 al 15% de los embarazos. La incidencia de la preeclampsia ha aumentado un 25% en las últimas 2 décadas en los Estados Unidos y unas 50000 a 60 000 muertes por año en el mundo son atribuibles a esta patología. La Preeclampsia es una enfermedad multisistémica de causa desconocida que afecta únicamente al embarazo humano.

Es una complicación grave que puede manifestarse en la segunda mitad del embarazo, en el parto o en el puerperio inmediato, siendo una importante causa de mortalidad materna y de morbimortalidad perinatal. La misma se caracteriza por una respuesta inmunológica anormal materna como resultado de la implantación del producto de la concepción, que se manifiesta a través de una función endotelial alterada, representada por la activación de la cascada de la coagulación, y un aumento de la resistencia vascular periférica y de la agregación plaquetaria. Este síndrome tiene un periodo de evolución preclínico, antes de las 20 semanas de gestación, y un periodo clínico, el cual se presenta en la segunda mitad del embarazo con hipertensión asociado a proteinuria y alteraciones sistémicas.



En cuanto a los factores que aumentan el riesgo, se han identificado la primiparidad, edades maternas extremas, historia de preeclampsia familiar o preeclampsia en un embarazo previo, embarazo múltiple, obesidad, trombofilias y enfermedades crónicas preexistentes tales como hipertensión.

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 (Britto F. 2011).

Como parte de su fisiopatología en gran parte de los casos se asocia a un síndrome fetal compuesto por restricción del crecimiento, oligohidramnios e hipoxia fetal. Es una de las principales causas de mortalidad materna, fetal y neonatal. Por eso el mayor avance para disminuir la mortalidad por este síndrome es el acceso universal a la atención hospitalaria y al control prenatal permitiendo diagnosticar las formas graves tempranamente y prevenir la Eclampsia con la administración oportuna de sulfato de magnesio o el Accidente cerebrovascular con las drogas para descenso rápido de la presión arterial permitiendo decidir el momento oportuno para el parto que es el único tratamiento definitivo de la Preeclampsia. Se relaciona también a restricción del crecimiento intrauterino (RCIU), al parto pretérmino y a la muerte fetal intrauterina (Sulak PJ, Haney AF.2003).

Para la OMS es la segunda causa de complicación materna grave luego de las hemorragias postparto requiriendo internación en unidades de cuidados intensivos poniendo en peligro sus vidas y desarrollando secuelas a largo plazo. Además aquellas mujeres que padecieron una Preeclampsia asociada a parto pretérmino antes de las 34 semanas presentan un mayor riesgo de desarrollar una enfermedad cardiovascular a edad temprana de su vida, probablemente por padecer una enfermedad vascular previa a su embarazo como hipertensión crónica, diabetes mellitus, resistencia a la insulina, síndrome metabólico, obesidad o sobrepeso, enfermedades autoinmunes como el lupus eritematoso o síndrome anti-



fosfolípidos, entre otras patologías que generan alteración de la función endotelial. (Sulak PJ, Haney AF.2003)

La hemorragia postparto:

Sigue siendo una de las tres primeras causas de mortalidad materna en el mundo, en especial en países en vías de desarrollo, Aunque son múltiples las definiciones empleadas para el diagnóstico de hemorragia post parto (HPP), hoy en día la más aceptada es la pérdida de cualquier cantidad de sangre que cause signos de hipovolemia y/o inestabilidad hemodinámica en la paciente. Sin embargo, aún existen guías y protocolos internacionales que proponen otras definiciones, como Pérdida de >500ml de sangre por parto vaginal y más de 1000ml por cesárea, disminución de un 10% en el hematocrito basal de la paciente. Pérdida de sangre de 500 ml o más en 24 horas después del parto. La HPP se define como la pérdida de sangre de 1.000 ml o más dentro del mismo marco temporal. También se entiende por HPP a cualquier pérdida hemática que cause compromiso hemodinámico en el posparto.

La HPP es una de las complicaciones obstétricas más temidas que pueden surgir en el puerperio, puede clasificarse en primaria o secundaria según el tiempo en que ocurre el evento. La hemorragia postparto primaria ocurre durante las primeras 24 horas. posteriores al nacimiento del neonato. La hemorragia posparto secundaria ocurre después de 24 horas y hasta 12 semanas después del parto. Las causas incluyen retención de restos placentarios y/o infección (González E., Molina T., Caba F., et al 2018).

La diabetes:

Se denomina diabetes mellitus gestacional a cualquier grado de intolerancia a la glucosa con inicio o primer diagnóstico en el embarazo. En 2019, la American Diabetes Association² puntualizó esta definición como “diabetes diagnosticada en el segundo o tercer trimestre del embarazo que no era diabetes evidente previa al embarazo”. Es una de las complicaciones metabólicas más frecuentes de la



gestación; su prevalencia es variable porque depende de la población estudiada y los criterios diagnósticos aplicados. Además, en todo el mundo se ha incrementado en paralelo con la obesidad, el sedentarismo y la maternidad tardía. La exposición del feto a la hiperglucemia de la madre se asocia con mayor riesgo de desenlaces adversos perinatales: macrosomía, hipoglucemia neonatal, distocia de hombros y síndrome de dificultad respiratoria neonatal y los relacionados con el parto de fetos macrosómicos. Además de complicaciones a largo plazo: diabetes mellitus tipo 2 y aumento del riesgo cardiovascular.

Se clasifica en las siguientes categorías:

1. Diabetes tipo 1 (destrucción de células del páncreas con déficit absoluto de insulina).
2. Diabetes tipo 2 (pérdida progresiva de la secreción de insulina generalmente acompañada de resistencia a la insulina).
3. Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) diabetes que se diagnostica en el segundo o tercer trimestre del embarazo.
4. Diabetes por otras causas (por ejemplo: MODY, fibrosis quística, pancreatitis, diabetes inducida por medicamentos). (Íria Méndez, Míguez y colaboradores.2020)

Continuando con la descripción de morbilidad, la desnutrición materna es un factor importante que influye en el resultado de un neonato de bajo peso, aunque para algunos es sólo un factor influyente, lo que cobra fuerza cuando se asocia a otros riesgos, como una ganancia de peso insuficiente durante el embarazo. Molina ratifica una vez más que los diámetros pelvianos de la adolescente promedio no alcanzan el tamaño necesario para el recorrido saludable del feto por el canal del parto y un alumbramiento feliz.

En el período del parto los problemas más frecuentes son las alteraciones en la presentación y en la posición del feto por la desproporción cefalopélvica; distocias que provocan mayor número de cesáreas que predisponen a sepsis y otras complicaciones, desgarros, hemorragias e infecciones secundarias por la difícil



manipulación, debido a la estrechez de su “canal blando” y el desarrollo incompleto de la pelvis, lo que favorece las complicaciones traumáticas del tracto vaginal.

Este hallazgo implica alto riesgo de lesiones anatómicas (desgarros), así como mayor probabilidad de hemorragias e infecciones en un terreno materno que puede estar comprometido por la desnutrición y las anemias previas (Vázquez Niebla JC, Vázquez Cabrera J, Rodríguez, P.2003)

Cabe destacar la edad materna como factores de riesgo significativo para hemorragias obstétricas masivas. Cuando las intervenciones quirúrgicas son requeridas.

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. En estos casos los riesgos nutricionales se incrementan, y además de la anemia existen otras carencias nutricionales específicas que colocan en peligro tanto el embarazo como su crecimiento y desarrollo.

La depresión perinatal se reporta, en la mayoría de los estudios, como una de las complicaciones más frecuentes del parto en edades tempranas, pero su incidencia, al igual que la de otras complicaciones se relaciona con los cuidados ante e intraparto. Se reporta mayor incidencia de malformaciones entre hijos de adolescentes menores de 15 años (20%) respecto de las de mayor edad (4%), siendo los defectos de cierre del tubo neural las malformaciones más frecuentes, y con un número importante de retrasos mentales de por vida. (Torres C.2002)

Retardo del Crecimiento Intrauterino:

La relación entre el peso al nacer y la edad gestacional expresada en percentiles, refleja la calidad del crecimiento fetal, y actualmente constituye el criterio empleado para definir las alteraciones de éste. Se considera que hay un retardo del



crecimiento fetal (hipotrofia o distrofia prenatal) cuando se produce un déficit general del crecimiento corporal durante la gestación.

Muerte Fetal Intrauterina:

La definición médica de “muerte en útero” es el nacimiento de un bebé que nace sin signos de vida después de las 24 semanas de embarazo. Según la OMS, se define muerte fetal como “la muerte acaecida antes de la expulsión o extracción completa de la madre, del producto de la concepción, cualquiera haya sido la duración de la gestación. La muerte está indicada cuando el feto no respira o no da evidencia de la vida como ser la ausencia de latidos cardiacos, pulsación del cordón umbilical o movimiento musculares voluntarios. (Balestena, 2002)

Parto Obstruido:

Trabajo de parto obstruido o detenido se define como un progreso insatisfactorio o no-progresión del trabajo de parto (no progresa ni el borramiento ni la dilatación del cuello uterino y no hay descenso de la presentación), posterior a un trabajo de parto efectivo ya sea por alteraciones en la contractilidad uterina (dinámica) o por desproporción céfalo pélvica o por presentaciones viciosas (mecánicas). Puede deberse a Desproporción cefalopélvica (incompatibilidad feto-pélvica).

Situación y presentación fetal anómala (situación transversa, presentación pélvica. compuesta), ayuno prolongado, Distocias de partes blandas (Tumores anexiales), distocias cervicales, distocias contracción.

Desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta:

Se conoce con este nombre a un proceso caracterizado por el desprendimiento parcial o total, antes del parto, de una placenta que está insertada en su sitio normal. Si bien este hecho puede ocurrir en cualquier momento del embarazo, los desprendimientos producidos antes de las 20 semanas, por su evolución, deberán ser tratados como abortos.

Los que tienen lugar después de la 20ª semana constituyen un cuadro conocido como desprendimiento prematuro de la placenta normalmente insertada (DPPN) o abruptio placentae que puede traer grandes consecuencias para el feto y



para la madre. En el desprendimiento existe un pronunciado aumento del tono y de la presión intramiométrial (Martínez, 2016).

Desgarros del canal del parto:

Son todas aquellas lesiones que se producen al momento del parto:

- Desgarro del cuello uterino: Solución de continuidad que parte del orificio cervical externo hasta la zona ístmica, son más frecuentes a las horas 3 y 9, si no existe evidencia de sangrado y no son muy extensas, no se repararan.

- Desgarro de la vagina: Es la pérdida de la integridad de la vagina que se produce durante el periodo expulsivo, la mayoría ocurren de manera espontánea, tomando la línea media en su porción posterior o en el área anterior periuretral.

- Desgarro del periné: Son una de las complicaciones maternas más comunes del parto vaginal y suceden con una frecuencia del 2% al 15%, afectan la piel de vulva, vagina y músculos perineales en grados variables y extensión diversa.

Hematomas vulvovaginales.

En relación a las patologías más frecuentes descritas en recién nacidos podemos mencionar:

La mejor definición de la asfixia perinatal es Bioquímica: Intercambio gaseoso alterado debido a la interrupción del flujo sanguíneo placentario, representada por un PH en la primera hora de vida en arteria umbilical menor a 7,15 referido como acidemia fetal severa, con tal grado de acidosis que se aumentan los riesgos potenciales de secuelas neurológicas adversas. En su definición clínica, se define como la falla en iniciar o sostener la respiración espontánea al nacer, con hipoxemia e hipercapnia progresivas que llevan a acidosis. La incidencia de la asfixia perinatal en general es de 45-50 por cada 1000 nacidos vivos. La asfixia severa ocurre en 5-7 de cada 1000 nacimientos.

Por otra parte, la incidencia de la encefalopatía Hipóxico isquémica es de 1,0-1,5 por 1000 nacidos vivos. El tratamiento con Hipotermia se requiere según reportes recientes en el 0,6-0,8 por cada 1000 nacidos vivos. Entre el 15 al 20% de los recién



nacidos afectados mueren en el periodo neonatal, lo que corresponde a cerca de un millón de muertes neonatales anuales, y un 25% adicional presentarán discapacidad en la infancia por secuelas relacionadas.

Durante el parto, la interrupción del flujo sanguíneo placentario lleva a la asfixia al nacer. Dos elementos son críticos: la duración y la severidad de la interrupción. La disminución en el flujo sanguíneo placentario puede ser secundaria a condiciones maternas como hipertensión o preeclampsia con alteración de la vasculatura placentaria, hipotensión materna asociada a la anestesia peridural, abrupcio de placenta o placenta previa, hemorragia Feto materna, corioamnionitis con compromiso del flujo placentario, compresión del cordón umbilical extrínseca o por circular al cuello o cuerpo, prolapso del cordón, o taquisistolia (Piñeros, 2021).

El término distrés respiratorio es sinónimo de dificultad respiratoria y comprende una serie de entidades patológicas que se manifiestan con clínica predominantemente respiratoria, consiste en aleteo nasal, tiraje sub e intercostal, retracción xifoidea y bamboleo tóraco-abdominal. Constituye la causa más frecuente de morbimortalidad neonatal y su gravedad va a estar en relación con la causa etiológica y la repercusión que tenga sobre los gases sanguíneos. Las causas que pueden provocar un cuadro de dificultad respiratoria en el neonato a término son muy variadas, se mencionan las siguientes: distrés respiratorio leve, taquipnea transitoria del recién nacido, síndrome de aspiración meconial, neumonía perinatal e hipertensión pulmonar persistente neonatal.

El síndrome de aspiración meconial constituye una de las complicaciones respiratorias más graves que afectan al recién nacido. Es una entidad compleja y multifactorial; en ella intervienen factores como la obstrucción mecánica por la presencia de meconio en la vía aérea, la disfunción e inactivación del surfactante, la inflamación pulmonar o neumonitis química, la apoptosis pulmonar y la hipertensión pulmonar persistente. Estos factores dificultan la adaptación a la vida extrauterina y ocasionan un cuadro de inestabilidad cardio-respiratoria grave que pone en riesgo la vida del recién nacido (Piñeros, Juan, 2021).



7. DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio:

Descriptivo, observacional, retrospectivo, de corte transversal.

Área de estudio:

Departamento de Gineco-obstetricia del Hospital Fernando Vélez Paíz

Tiempo:

Fue el tiempo comprendido entre enero 2019 a enero 2020

Universo:

Fue conformado por 850 pacientes adolescentes ingresadas en el departamento de ginecoobstetricia del Hospital Fernando Vélez Paiz durante el periodo de estudio.

Tamaño de la Muestra

La muestra fue seleccionada de acuerdo a los criterios de inclusión previstos para la investigación, la muestra fue tipo no probabilístico, por conveniencia. Se elige a la gestante que cumpla con los criterios de inclusión y exclusión que correspondió a 265 embarazadas adolescentes. Se utilizó una calculadora para cuantificar de forma rápida y efectiva el tamaño, basados en un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%.

Criterios de inclusión:

-) Embarazadas adolescentes que acudieron en el período de estudio.
-) Pacientes sin patologías crónicas.
-) Expedientes completos, accesibilidad y disponibilidad de los mismos.

Criterios de exclusión:

-) Pacientes en los que la información se encontró incompleta
-) Pacientes que hayan sido trasladadas a otra unidad hospitalaria



Fuente de información:

Fue secundaria ya que se revisaron los expedientes clínicos de las pacientes.

Recolección y procesamiento de los datos:

Se llenó una ficha previamente realizada en las cuales se da cumplimiento a los objetivos, los datos sociodemográficos fueron la primera parte de la ficha, posteriormente se llenaron los datos clínicos planteados en la Operacionalización de variables.

Primer objetivo

-) Edad de la madre
-) Procedencia de la madre
-) Nivel educativo de la madre
-) Estado civil
-) Ocupación
-) Gestaciones
-) Captación temprana
-) Controles

Segundo objetivo

-) Estado nutricional
-) Asesoría preconcepcional
-) Antecedente de Embarazos adolescentes
-) Vía de nacimiento
-) Planificación familiar
-) Peso al nacer
-) Patologías obstétricas



) Complicaciones obstétricas

Tercer objetivo

-) Apgar
-) Edad gestacional
-) Malformación congénita
-) Uso de ventilador
-) Complicaciones neonatales
-) Destino del RN



1. Operacionalización de variables			
Variable	Concepto	Tipo de variable	Escala/ Valor
Edad de la madre	Número de años calculados desde el nacimiento y el periodo de estudio.	Cuantitativa	<input type="checkbox"/> 10 a 13 años <input type="checkbox"/> 14 a 16 años <input type="checkbox"/> 16 a 20 años
Procedencia de la madre	Ubicación actual de la madre, con respecto a las características sociales y ambientales.	Cualitativa	<input type="checkbox"/> Urbano <input type="checkbox"/> Rural
Nivel educativo de la madre	Cantidad de años en el cual se transmiten conocimientos, valores, costumbres y formas de actuar.	Cualitativa	<input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Educación Superior
Estado civil	Es un estado legal y social de la relación de dos individuos que conviven.	Cualitativa	<input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Acompañada <input type="checkbox"/> Unión libre
Ocupación	Es la actividad que realiza para generar insumos para sobrevivir.	Cualitativa	<input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Comerciante <input type="checkbox"/> Domestica
Gestaciones	Es la cantidad de embarazos previo al del estudio.	Cuantitativa	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
Captación temprana	Es captar a la embarazada por la unidad de salud en el primer trimestre.	 Cualitativa	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No



<p>Controles</p>	<p>Es la cantidad de citas o consultas médicas de seguimiento en el embarazo dadas por el personal de la unidad de salud.</p>	<p> Cualitativa </p>	<p>) Sin control) 1-3 controles) 4-5 controles) Mas de 5 controles</p>
-------------------------	---	-------------------------------------	---



Estado nutricional	Es el estado corporal estimado por la relación del peso y la talla en la persona, es decir por el índice de masa corporal.	 Cualitativa) Desnutrido) Normal) Sobrepeso) Obesidad
Asesoría preconcepcional	Es la explicación en una o varias citas sobre los métodos de planificación más apto para la persona.	 Cualitativa) Si) No
Antecedente de Embarazos adolescentes	Es la historia de haber tenido un embarazo adolescente en la familia.	 Cualitativa) Si) No
Vía de nacimiento	Número de nacimientos ocurridos en la vida.	Cualitativa) Parto vaginal) Cesárea
Planificación familiar	Conjunto de métodos artificiales o naturales por medio del cual se evita un embarazo.	 Cualitativa) Si) No
Complicaciones obstétricas	Condición que refleja la dificultad de control u homeostasis de un sistema del cuerpo, y pone en riesgo la vida.	 Cualitativa) Ninguna) Preeclampsia) Preeclampsia grave) Amenaza de parto pretérmino) IVU) Eclampsia) Diabetes gestacional) HPP) Desgarros del canal del parto) Ruptura prematura
Peso al nacer	Se refiere al peso de un bebé inmediatamente después de su nacimiento.	Cuantitativa) 1500 a 2499g) 2500 a 4000 g) Mayor de 4000 g



Apgar	Es un examen rápido que se realiza al 1er y 5to minuto después del nacimiento del bebé. Basado en tono muscular, frecuencia, color, reflejos, y respiración.	Cuantitativa	<input type="checkbox"/> Menor de 3 <input type="checkbox"/> De 4 a 6 <input type="checkbox"/> Normal (7 a 10)
Edad gestacional	Tiempo en semanas del producto durante el embarazo.	Cuantitativa	<input type="checkbox"/> <28 semanas de gestación <input type="checkbox"/> 28-30 SG <input type="checkbox"/> 31-33 SG. <input type="checkbox"/> 34-37 <input type="checkbox"/> 37-41
Malformación congénita	Presencia de disrupciones en el funcionamiento normal y están relacionado con el factor genético.	Cualitativa	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Uso de ventilador	Es la utilización de ventilación mecánica asistida para ayudar a la respiración	Cualitativa	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Complicaciones neonatales	Condiciones o características que ponen en riesgo la vida de un neonato.	Cualitativa	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Prematuridad <input type="checkbox"/> Sepsis neonatal <input type="checkbox"/> Asfixia severa <input type="checkbox"/> Distrés respiratorio <input type="checkbox"/> RCIU <input type="checkbox"/> Muerte fetal <input type="checkbox"/> Incompatibilidad Rh <input type="checkbox"/> Taquipnea del recién nacido
Destino del RN.	Es el lugar que será llevado posterior al parto.	Cualitativa	<input type="checkbox"/> Alojamiento <input type="checkbox"/> Fallecido <input type="checkbox"/> Sala de neonatología <input type="checkbox"/> Cuidados intensivos.



Plan de análisis

Se recolectó los datos en ficha, las cuales se introdujeron en una base de datos realizada en el programa estadístico SPSS versión 24, para el análisis estadístico pertinente. De acuerdo con la naturaleza de cada una de las variables cuantitativas y cualitativas. Se realizaron tablas de frecuencia y porcentaje, así como gráficos de barras y pasteles para representar los resultados a través de un análisis univariado para variables de categorías en un mismo plano cartesiano.

.

Aspectos Éticos

Se respetó la información extraída en los expedientes de los pacientes. Esto solo fue para fines académicos. Se solicitó el permiso al jefe de departamento y al director del hospital, posterior a la aprobación se dio el llenado de las fichas. Se revisaron los criterios de Helsinki, donde se determinó que este trabajo no pone en riesgo la vida de un paciente.



8. RESULTADOS

Se realizó el presente estudio, en el cual se revisó 265 expedientes de pacientes adolescentes que cursaron con un embarazo. Se caracterizó las principales particularidades clínicas observados en la embarazada y en el neonato, tratando de identificar datos relevantes, los cuales se muestran en tablas y gráficos. En tabla 1, se observa las características sociodemográficas donde predominaron el grupo etario de 14 a 16 años con el 46 %, la procedencia rural con un 58%, la escolaridad el nivel de primaria con un 53%, el estado civil se observó que el 78% eran unión libre y la ocupación predominante fue ama de casa (88%). En la tabla 2, se observan algunas características del embarazo en las pacientes, el 80% eran primigestas, solo un 20% tenía 1 a 2 embarazos anteriores. El 72% fue captada de manera tardía, y un 67% tuvo 1-3 controles y un 24% tuvo 4-5 controles. La media de controles fue de 3 controles prenatales.

En el gráfico 1, se muestra el estado nutricional de la gestante donde predominó el sobrepeso con un 41%. El gráfico 2, se muestra que el 25% recibió asesoría preconcepcional, y un 70% no utilizaba métodos de planificación familiar.

En el gráfico 3, el 70% no estaban planificando, y el 14 % lo hacían con inyectables. En el gráfico 4, muestra que el 26% de gestantes tenían el antecedente familiar de tener un embarazo adolescente.

La gráfica 5, muestra las complicaciones que presentaron en las gestantes, las más frecuentes fueron la preeclampsia y diabetes gestacional, representado un 17% y 15% respectivamente. El gráfico 6, muestra que complicación asociada al parto que predominó fue parto pretérmino 25%, atonía uterina 24%.

La tabla 3, muestra la mayor indicación para la realización de las cesáreas fue el riesgo de pérdida de bienestar fetal con un 27%.

La vía de finalización del embarazo 50% correspondió a la vía vaginal y 50% vía cesárea (Gráfico 7).



En la tabla 4, se muestra la tabla de patologías del recién nacido, la ausencia de patologías predominó con un 52%, de las enfermedades presentes predomina el bajo peso al nacer 12% y la sepsis neonatal 5%.

En la tabla 5, se muestran los principales parámetros del recién nacido a valorar, predominó la edad gestacional a término con un 66%, peso al nacer del 2500 a 4000 g con un 70 %, no se observaron malformaciones congénitas, y el Apgar de 8/9 con un 95%. El gráfico 8, muestra que solo el 4% necesito el uso del ventilador, y en el gráfico 9, se muestra que el 66 % de recién nacidos fueron ingresados a neonato y 2% falleció.



9. DISCUSIÓN

Este trabajo aborda por primera vez una problemática que no había sido estudiada en el hospital Dr. Fernando Vélez Paíz de la ciudad de Managua. Como cualquier unidad de salud dicha unidad atiende a un sin número de pacientes embarazadas en el periodo de adolescencia, enfrentándose a serias complicaciones tanto en las madres como en los recién nacidos.

El embarazo en la adolescencia es una de las preocupaciones médicas más importantes derivadas de la conducta sexual de las jóvenes, pues como resultado de la precocidad en las relaciones sexuales, sin el uso adecuado de los anticonceptivos, han aumentado considerablemente los embarazos en adolescentes en las últimas décadas en Nicaragua, esto debido a diversos factores que como sociedad no se ha influido en ellos.

En este estudio, las adolescentes embarazadas que predominaron tenían entre 14 a 16 años, etapa difícil de transición donde la persona se enfrenta a varios retos sociales, culturales y personales. Se ha considerado al embarazo en estas adolescentes como un embarazo de alto riesgo ya que está descrito experimenta mayor incidencia de complicaciones durante la gestación y el parto, tanto para la madre, así como mayor posibilidad de complicaciones para el recién nacido, las cuales se abordan en este estudio.

El nivel educativo de primaria es el predominante, siendo la mayoría de las zonas rurales. Estos resultados son similares a los referidos por López E. (2008) en su estudio donde se menciona que la mitad de adolescentes gestantes proceden de las zonas urbanas pero marginales, a pesar de esto Medina Carrillo (2019) encontró su estudio sobre complicaciones obstétricas en adolescentes que la mayoría (62%) de las adolescentes procedían del área rural.



Respecto a los antecedentes obstétricos sobre el número de gestaciones el 80% de las pacientes eran primigestas, similar a los resultados de Medina Carrillo en la cual el 83% de las pacientes eran primigestas, lo cual se ha discutido en múltiples estudios representa uno de los factores asociados a complicaciones durante la gestación, parto y puerperio.

Las complicaciones maternas más frecuentes observadas fueron la preeclampsia, diabetes gestacional, hipertensión gestacional, esto coincide con una revisión bibliográfica realizada por Mirama Calderon en el año 2020 en la que plantea que en la segunda mitad del embarazo los cuadros hipertensivos, las hemorragias asociadas con afecciones placentarias y parto pretérmino son las complicaciones más frecuentes. En el mismo orden de ideas, Ferreira (2017) coincide al mencionar varias complicaciones asociadas a ciertos riesgos obstétricos y perinatales en el embarazo adolescente como la hipertensión gestacional la que ocurre entre el 13 y 20% de las adolescentes gestantes, posiblemente es mayor el porcentaje entre las gestantes menores de 15 años.

Martínez y colaboradores (2012) evaluaron a 150 embarazadas adolescentes pertenecientes a todos los consultorios del policlínico docente "Manuel González Díaz" del municipio Bahía Honda, provincia Pinar del Río - Cuba, encuentra que las alteraciones más frecuentes durante el embarazo fueron la anemia (55,3 %), sepsis urinaria (52 %), amenaza de parto pretérmino (11,3 %), amenaza de aborto (7,3 %) y el 4,7 % presentaron hipertensión gestacional, todo esto totalmente diferente en este estudio.

En el periodo del parto las complicaciones más frecuentes encontradas fueron parto pretérmino, atonía uterina y hemorragia post parto, García (2017) encontró más partos prematuros en adolescentes que en adultas (7.4% contra 2.9%). Las razones de este riesgo se deben por igual al mal control prenatal o ausencia del mismo, como se señaló previamente, y a factores fisiológicos propios de las adolescentes, tales como una menor longitud del cérvix e inestabilidad en el pH vaginal por la inmadurez, situación que predispone a mayores infecciones a este



nivel. En ese mismo estudio no se encontró diferencia entre la hemorragia post parto diabetes gestacional, restricción del crecimiento intrauterino, porcentaje de cesáreas en relación a la edad de las pacientes.

La finalización del parto vía cesárea en este estudio tuvo una frecuencia del 55%, siendo la mayor indicación el riesgo de pérdida del bienestar fetal, hallazgo que también predominó en el estudio realizado por Barba (2019) en el que el sufrimiento fetal agudo representó un 13.3%.

García (2017) reporta un hallazgo similar en este estudio, encontró una tasa de parto en las pacientes adolescentes del 51.2% y para cesáreas de 48.8% y Cruz (2016) reporta una frecuencia de cesárea del 55%.

Las complicaciones en el neonato observadas fueron el bajo peso al nacer y la sepsis neonatal. El 52% de los casos no tuvieron complicaciones. Cruz (2016) reporta dentro de las complicaciones que predominaron la prematuridad, la sepsis y el bajo peso. En otro estudio Zamora (2013) encontró la complicación más frecuente el síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido ($p < 0.05$) teniendo diferencia estadística significativa, dicha complicación no fue observada en este estudio.

Este estudio si coincide con el estudio venezolano de Manrique (2012) donde menciona una prevalencia de sepsis (33.3%) y con el de Barba (2019) quien encontró en su estudio que las complicaciones más frecuentes fueron la prematuridad (20.3%), recién nacido de bajo peso (16.1%).

El parto pretérmino, bajo peso al nacer y la asfixia severa si bien es cierto no fueron los que predominaron en el estudio, pero si representaron un porcentaje alto. Piñeros (2021) describe a la población adolescente, como un grupo de riesgo que tiene alto porcentaje de complicaciones obstétricas y perinatales, siendo el parto antes del término y bajo peso al nacer las alteraciones más frecuentes.



El embarazo adolescente es un problema que está en ascenso y que no ha sido disminuido por muchos esfuerzos que el gobierno a través del ministerio de salud ha trabajado, por eso es la importancia del abordaje por medio de las unidades de salud de atención primaria y de las unidades hospitalarias por medio del servicio de ginecoobstetricia.



10. CONCLUSIONES

1. Entre las características sociodemográfica que predominaron fueron el grupo etario de 14 a 16 años, de procedencia rural, escolaridad de primaria, el estado civil de unión libre, y la ocupación de ama de casa.
2. Entre las características ginecoobstétricas predominantes fueron la Nuliparidad, captación tardía, 1-3 controles prenatales, y el estado nutricional sobrepeso. La mayoría no recibió asesoría preconcepcional, ni planificaba.
3. La preeclampsia, el parto pretérmino y la atonía uterina fueron las complicaciones predominantes, y la mayor indicación de cesárea fue el riesgo de pérdida de bienestar fetal. La vía de nacimiento que predominó fue el parto vía cesárea.
4. En los recién nacidos la complicación que predominó fue el bajo peso al nacer y la sepsis neonatal. Entre los parámetros que predominaron fueron la edad gestacional a término, el peso de 2500 a 4000 gr, la ausencia de malformaciones congénitas, el Apgar 8/9, con destino a neonatología.



11. RECOMENDACIONES

1. Promover en coordinación con las unidades de salud la evaluación de las embarazadas por el personal más calificado con la finalidad de reducir la morbimortalidad materno-fetal.
2. Mejorar y monitorear el trabajo realizado por el programa de planificación familiar en cada unidad, promoviendo las características de cada adolescente para llevar a una adecuada elección de planificación familiar.
3. Promover la captación precoz del control prenatal por parte de la atención primaria y referencia adecuada a nivel secundario con el fin de llevar un adecuado registro y detectar de manera precoz complicaciones del embarazo.
4. Garantizar que el personal de salud asistencial que realiza la captación y el manejo de la paciente de alto riesgo, lo haga con el más alto nivel científico técnico, utilizando el enfoque de riesgo y brinde un manejo integral según su nivel de resolución.



12. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Balestena, J., Malagón, P., Suárez, C., & Soto, M. (2012). *Características maternas y resultados perinatales en el embarazo prolongado. Hospital Universitario "Abel Santamaría"* (Vol. 28). Pinar del Río., Cuba: Rev cubana Obstet Ginecol.
- Barba, O. (2019). *Complicaciones perinatales en gestantes adolescentes del hospital III Iquitos de ESSALUD*. Iquitos, Perú: Universidad científica de Perú.
- Benjamín, & Gómez, J. (2012). Resultado obstétricos y perinatales en adolescentes. *Revista colombiana de Obstetricia y Ginecología.*, 55(2), 114-121.
- Britto, F. (2011). *Prevalencia de embarazo en adolescentes en la Escuela Alejandro prospero Reverend de santa martha en los años 2008- 2009*. Bogotá, Colombia.
- Cruz, J., & Diaz, A. (2015). *Resultados obstétricos y neonatales en las adolescentes con embarazos consecutivos atendidas en la Sala de Maternidad del Hospital Alemán Nicaragüense. (Tesis de pregrado, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua)*. Managua, Nicaragua.
- Díaz , A., Sanhueza, P., & Yaksic , N. (2002). Riesgos obstétricos en el embrazo adolescente: Estudio comparativo de resultados obstétricos y perinatales con pacientes embarazadas adultas. *Rev chil obstet ginecol*(67), 481-487.
- Dos Santos, E., & Souza, M. (2017). Tasas de fertilidad y resultados perinatales de embarazos adolescentes: un estudio retrospectivo poblacional. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*(Rev. Latino-Am. Enfermagem). Obtenido de <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1820.2876>
- García, A., Sánchez, S., & González, P. (2017). Embarazo adolescente: resultados obstétricos. *Rev Hosp Jua*, 84(1), 8-14.



- Genaro, V., & Icaza, T. (2016). Resultados Perinatales De Hijos De Madres Adolescentes, Comparados Con Hijos De Madres No Adolescentes En Un Hospital De Segundo Nivel En México. *12(21)*.
- González, E., Molina, T., & Caba, F. (2010). Variables personales y familiares que se asocian al comportamiento sexual y reproductivo de jóvenes varones sexualmente activos.
- Juventud en acción: perspectivas. (2013). *Organización mundial de la salud*. Ginebra, Suazo.
- Lázaro, L. (2021). *Las escuelas ante el embarazo adolescente*. Obtenido de www.salutia.com.
- Lezcano, S., Arce, M., & Soderó, H. (2015). Caracterización del recién nacido en madres adolescentes. *Revista de Posgrado de la VI Cátedra de Medicina*, *149*, 6-8.
- López, E. (2008). *Complicaciones obstétricas en adolescentes atendidas en el servicio de maternidad del Hospital "Homero Castanier Crespo" en el periodo enero diciembre 2008*. Universidad de Cuenca. Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Medicina.
- Manrique, R., Rivero, A., Ortunio, M., & Rivas, M. (2013). Parto pretérmino en adolescentes. *Rev Obstet Ginecol Venez*, *68(3)*, 144-149.
- Medina, E. (2019). *Complicaciones obstétricas en adolescentes atendidas en el Hospital Nuevo Amanecer, Puerto Cabezas, enero 2018-diciembre 2019*. Puerto cabezas.
- Méndez, I. (2020). Predicción del tratamiento con insulina en pacientes con diabetes mellitus gestacional. *Ginecol Obstet Mex*, *88(11)*, 745-755.
- Mirama, L., Calle, D., Villafuerte, P., & Ganchozo, P. (2020). El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. *RECIMUNDO*, *4(3)*, 174-183.



- Panduro, E., Jiménez, J., Pérez, J., & Peraza, D. (2012). Embarazo en adolescentes y sus repercusiones maternas perinatales. *Ginecol Obstet Mex*, 80(11), 694-704.
- Piñeros, J., Troncoso, G., Serrano, C., & Espinoza, D. (2021). Consenso de expertos diagnóstico, manejo, monitoreo y seguimiento del recién nacido con asfixia perinatal, encefalopatía hipóxica isquémica e hipotermia terapéutica. *ASCON Asociación Colombiana*. Colombia.
- Sáenz, V. (2012). Resultados Perinatales Relacionados con Trastornos Hipertensivos del Embarazo. *Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia*, 30(1), 40-42.
- Voto, C. (2019). Hemorragia postparto. *Actualización de consenso de obstetricia*. Fasgo.
- Zamora-Lares, A., Panduro-Barón, J., Pérez-Molina, J., Quezada-Figueroa, N., González-Moreno, J., & Fajardo-Dueñas, S. (2013). Embarazo en adolescentes y sus complicaciones maternas perinatales. *Revista Médica MD*, 4(4), 233-238.



13.ANEXOS



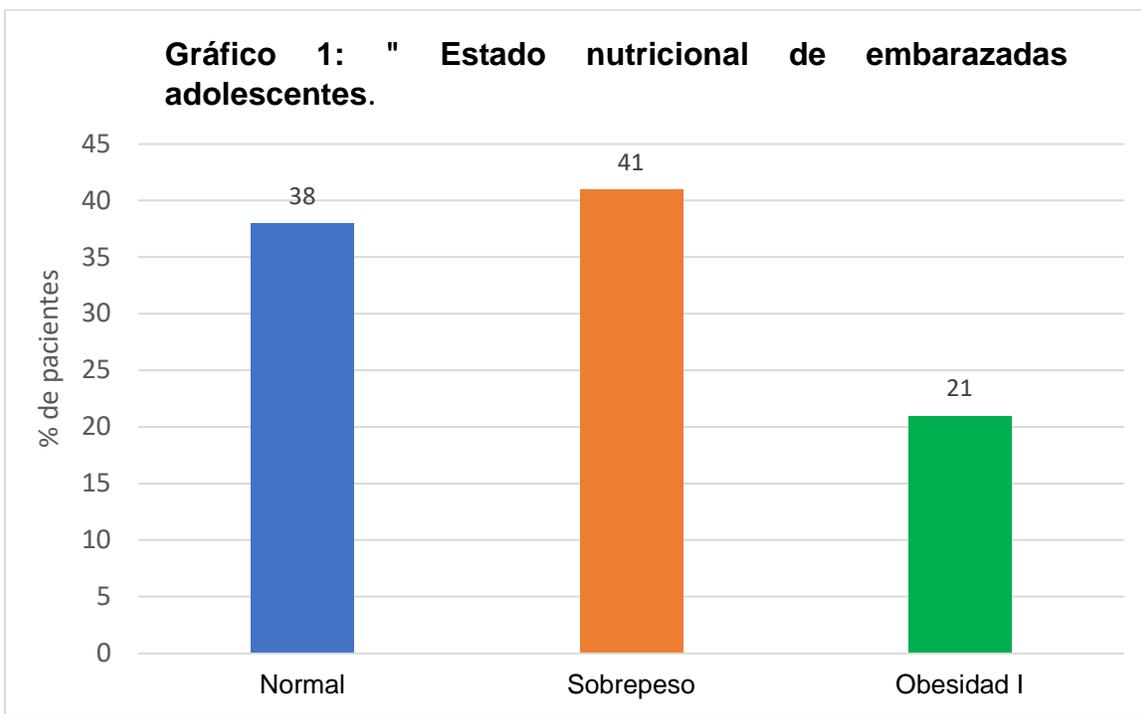
Tabla 1: Distribución porcentual de las características sociodemográficas de las embarazadas adolescentes atendidas en el hospital Dr. Fernando Vélez Paiz en el período de enero 2019 a enero 2020”

Variable	Número	Porcentaje
Grupo etario		
) 11 a 13	50	19
) 14 a 16	123	46
) 17 a 19	92	35
Procedencia		
) Urbana	112	42
) Rural	153	58
Nivel educativo		
) Primaria	141	53
) Secundaria	120	45
) Superior	4	2
Estado civil		
) Soltera	36	13
) Casada	23	9
) Unión libre	206	78
Ocupación		
) Ama de casa	234	88
) Estudiante	23	9
) Comerciante	06	2
) Doméstica	02	1
N=265		



Tabla 2: Características obstétricas en las embarazadas adolescentes atendidas en el hospital Dr. Fernando Vélez Paiz en el período de enero 2019 a diciembre 2020”

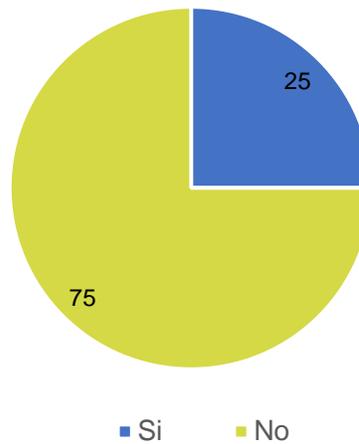
Variable	Número	Porcentaje
Gestaciones		
) 0	213	80
) 1	42	16
) 2	10	4
Captación temprana		
) Si	75	28
) No	190	72
Número de controles		
) Sin control	10	4
) 1-3 controles	178	67
) 4-5 controles	63	24
) Mas de 5 controles	14	5
N=265		



N=265

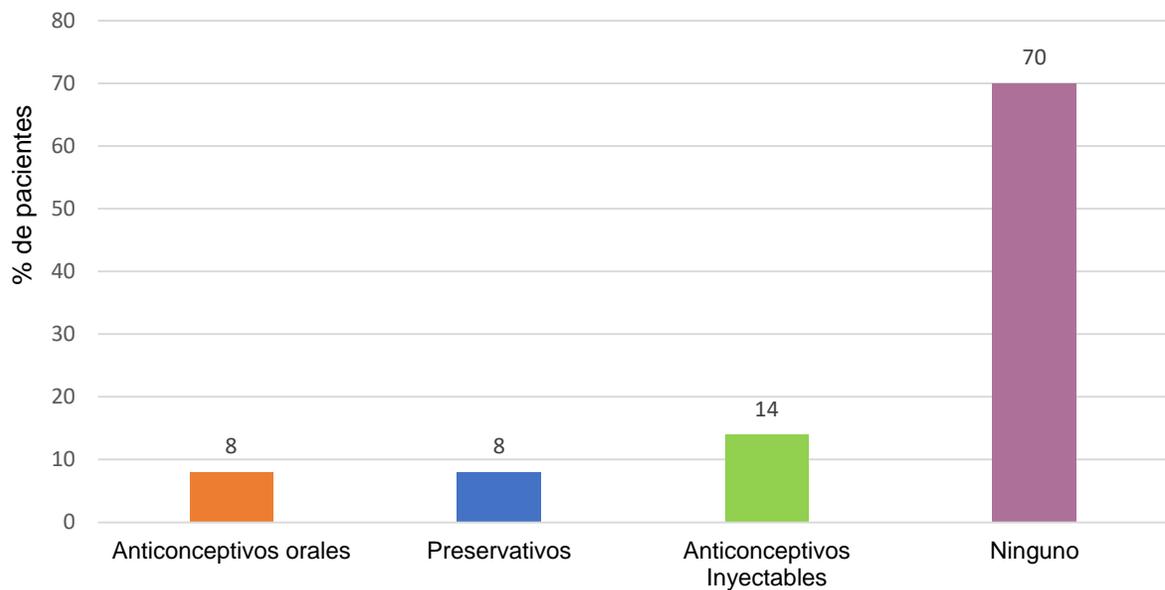


Gráfico 2: "Asesoría preconcepcional en las adolescentes gestantes atendidas en el hospital Dr. Fernando Vález Paiz en el período de enero 2019 a enero 2020"



N=265

Gráfico 3: " Metodos de planificacion en embarazadas adolescentes atendidas en el hospital Dr. Fernando Vález Paiz en el período de enero 2019 a enero 2020"



N=265

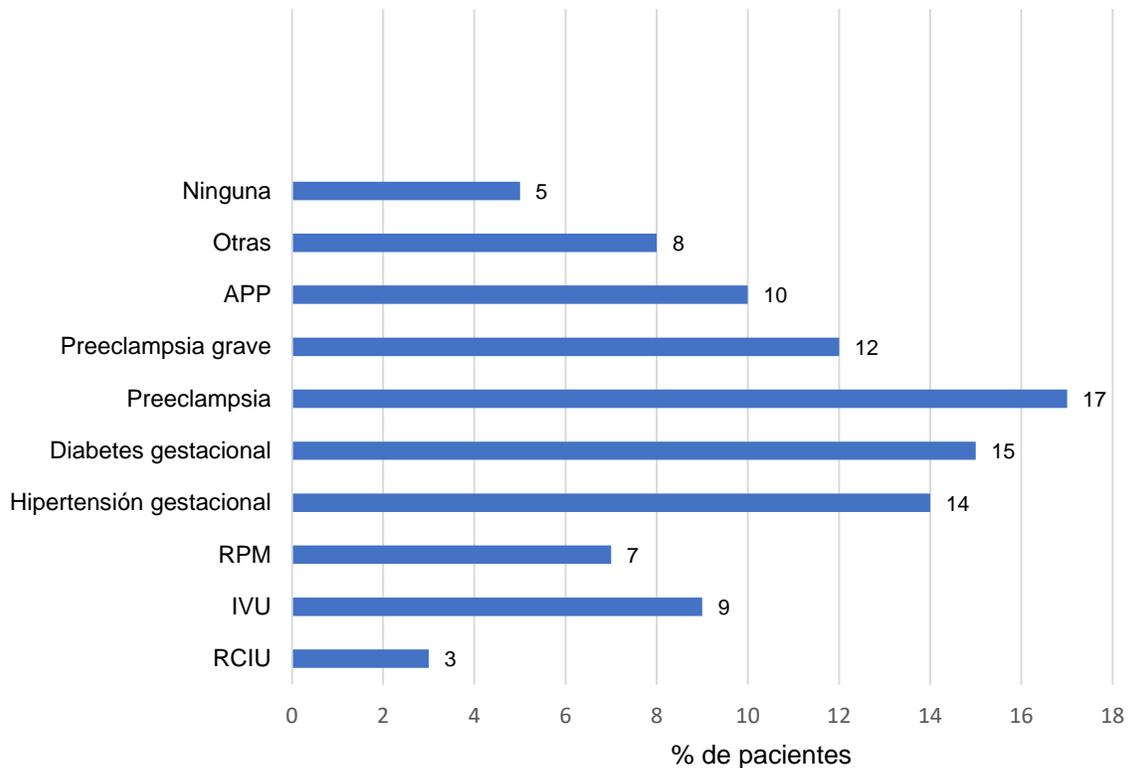


Gráfico 4: "Antecedentes familiares de embarazo adolescente en las gestantes atendidas en el hospital Dr. Fernando Vélaz Paiz en el período de enero 2019 a enero 2020"



N=265

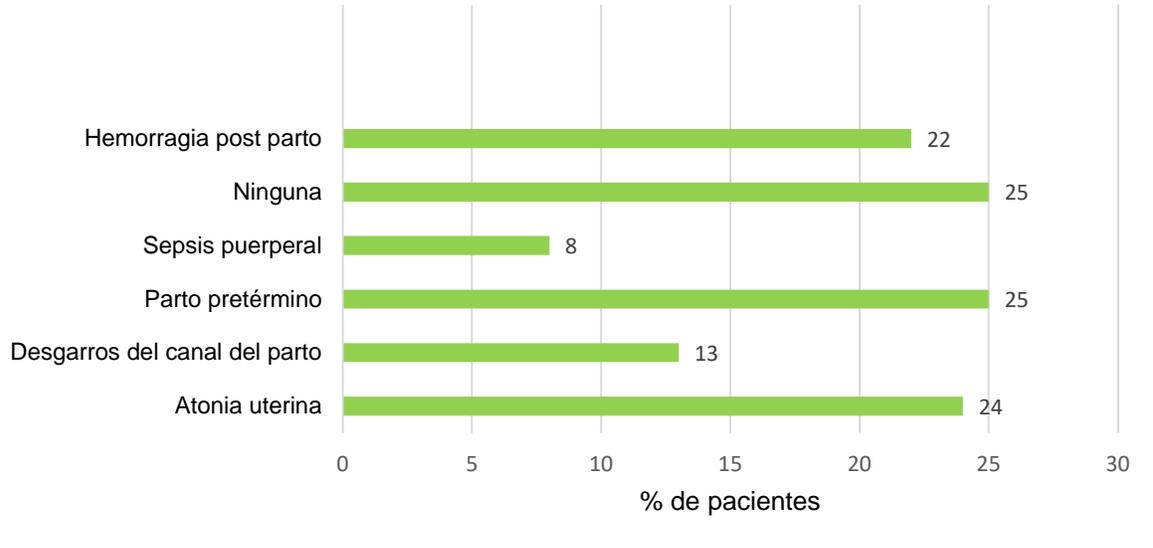
Gráfico 5: " Complicaciones en embarazadas adolescentes atendidas en el hospital Dr. Fernando Vélaz Paiz en el período enero 2019 a enero 2020".



N=265



Gráfico 6: " Complicaciones asociadas al parto en embarazadas adolescentes atendidas en el hospital Dr. Fernando Vélez Paiz en el período enero 2019 a enero 2020".



N=265

Tabla 3: Indicaciones de cesárea en las pacientes.

Indicación	Frecuencia	Porcentaje
No se realizó cesárea	120	45
RPBF	71	27
Desproporción cefalopélvica (DCP)	12	5
Oligoamnios severo	15	6
Trabajo de parto detenido	13	5
Inducción fallida	5	2
Pélvico	6	2
Polisistolia	8	3
Cesárea anterior	5	2
Condilomatosis cervical	3	2
Distocia cervical	7	3
Total	265	100
n=265		



Gráfico 7: "Via de finalización del embarazo en las gestantes atendidas en el hospital Dr. Fernando Vélaz Paiz en el período de enero 2019 a enero 2020"



N=265

Tabla 4: Patologías presentes en los recién nacidos.

Patologías	Número	Porcentaje
Depresión respiratoria	10	4
Bajo peso al nacer	32	12
Hijo de madre Toxicómana	3	1
Trisomía 21	1	0.5
Incompatibilidad tipo y rh	13	5
Muerte fetal	3	1
Sepsis Neonatal	14	5
Policitemia	5	2
Síndrome de aspiración meconial	12	4.5
Asfixia severa	5	2
Neumonía neonatal	12	4.5
Taquipnea transitoria del recién nacido	10	4
Enterocolitis necrotizante	5	2
Ninguna	140	52

N=265



Tabla 5: Características de neonatos de las embarazadas adolescentes atendidas en el hospital Dr. Fernando Vélaz Paíz en el período de enero 2019 a enero 2020”

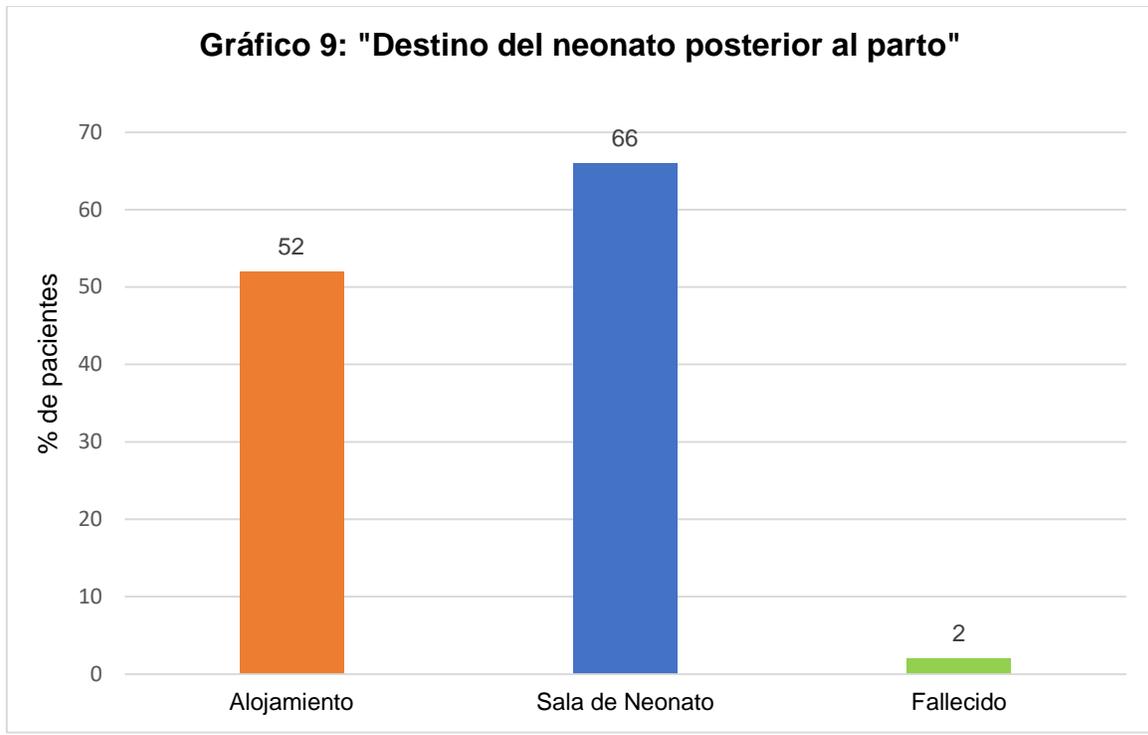
Variable	Número	Porcentaje
Edad gestacional		
) Pretérmino	87	33
) A término	175	66
) Post término	3	1
Peso al nacer		
) Menos de 1500 gr	7	3
) 1500 a 2499 gr	70	26
) 2500 a 4000 gr	186	70
) Mayor de 4000 gr	2	1
Malformación congénita		
) Si	--	--
) No	265	100
Apgar		
) 0/0	1	0.5
) 3/5	5	2
) 7/9	6	2
) 8/9	253	95

N=265

Gráfico 8: "Uso del ventilador en neonatos de adolescentes atendidas en el hospital Dr. Fernando Vélaz Paíz en el período de enero 2019 a enero 2020"



N=265



N: 265



Ficha de recolección de datos

1. Edad

11-13__

14-16__

17-19__

2. Estado civil

Soltera__

Casada__

Unión libre__

3. Nivel de educación

Primaria__

Secundaria__

Universitaria__

Ninguno__

4. Ocupación

Ama de casa ____

comerciante__

estudiante__

doméstica__

5. Procedencia

Urbana__

Rural__

6. Número de gestas

0 __

1 __

2 __

3 __

7. Asesoría preconcepcional

Si

No

8. Uso de métodos de planificación familiar

Si

No

9. Número de controles prenatales

Sin control __

1-3 __

4-5 __

Mas de 5__



10. Antecedentes familiares

Si No

11. Complicaciones en embarazadas

Ninguna___	Hipertensión gestacional ___
Preeclampsia___	RPM___
Preeclampsia Grave___	IVU___
Diabetes gestacional___	APP___
RCIU___	Eclampsia___
Corioamnionitis___	Polihidramnios___
Oligoamnios___	

12. Complicaciones asociadas al parto

Desgarro del canal del parto___	HPP___
Sepsis puerperal___	Atonía uterina___
Parto pretérmino___	Ninguna___

13. Vía de finalización del parto

Vaginal___
Cesárea___

14. Indicación de cesárea

Desproporción cefalopélvica___	Trabajo de parto detenido___
Polisistolia___	Pélvico___
Riesgo de pérdida del bienestar fetal___	Oligoamnios severo___
Inducción fallida___	Distocia cervical___
Cesárea anterior___	Condilomatosis cervical___

15. Malformación congénita

Si no

16. Patologías fetales

SAM___	Taquipnea transitoria del recién nacido___
Asfixia severa___	Sepsis neonatal___
Neumonía neonatal___	Depresión respiratoria___
Bajo peso al nacer___	Trisomía 21___
Incompatibilidad tipo y RH___	Hijo de madre toxicómana___
Muerte fetal___	Policitemia___
Enterocolitis necrotizante___	

17. Peso al nacer

Menor de 1500 gr___
1500-2499 gr___
2500- 4000 gr___
Mayor de 4000 gr___



18. Apgar

0/0__

3/5__

7/9__

8/9__

19. Edad gestacional

A término__

Pretérmino__

Post término__

20. Uso de ventilador

Si

No

21. Destino del neonato

Alojamiento conjunto__

Neonatología__

Fallecido __

22. Captación

Temprana __

Tardía__

23. IMC

Normal__

Sobre peso__

Obesidad__