



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN-MANAGUA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

TRABAJO MONOGRÁFICO PARA OPTAR AL TÍTULO DE MÉDICO Y CIRUJANO

GENERAL

**CARACTERIZACIÓN MATERNA Y NEONATAL DE LAS EMBARAZADAS
ADOLESCENTES ATENDIDAS EN HOSPITAL PRIMARIO HÉROES Y MÁRTIRES**

EL CUÁ, 2021.

AUTORES

SOFÍA ANDREA ALEMÁN MADRIZ

LUIS ABNER ACUÑA ORTEGA

TUTORA

DRA. FLAVIA VANESSA PALACIOS RODRÍGUEZ

MANAGUA – NICARAGUA NOVIEMBRE 2022

DEDICATORIA

Br. Sofía Andrea Alemán Madriz.

Dedico el presente trabajo monográfico a Dios, primeramente, por haberme ayudado en todos los aspectos de mi vida y por darme el conocimiento para culminar mis estudios de medicina.

A mis padres y hermano los cuales han sido pilar fundamental en la construcción de mi vida profesional; apoyándome, aconsejándome y dándome su cariño incondicional.

Le dedico también de manera especial a mi abuela Esperanza Miranda Cano (Q.E.P.D.), por haber contribuido en gran manera en mi formación, por darme su apoyo y amor ilimitado.

Br. Luis Abner Acuña Ortega.

A Dios por darme la vida, su eterno amor y el conocimiento a través de los demás para poder culminar esta etapa de mi vida y formación personal.

A mis abuelos Luis Alberto Acuña Muñoz y María Margarita Castillo Rostran (Q.E.P.D.), por ser el pilar fundamental en mi vida, quienes me brindaron ánimo en momentos difíciles.

AGRADECIMIENTOS

Br. Sofía Andrea Alemán Madriz.

Agradezco a Dios Todopoderoso, por iluminarme y guiarme en el camino correcto y por su bendición haber culminado mis estudios universitarios.

Especial agradecimiento a mi papá y mamá por brindarme todo su apoyo en mi realización como médico, le agradezco a mi hermano Juan Miguel Alemán Madriz por haberme brindado en todo momento apoyo académico y cariño incondicional, por haberme apoyado de manera ilimitada.

A mis familiares y amigos que me apoyaron durante los años de estudios universitarios.

Agradezco a mi tutora Dra. Flavia Vanessa Palacios. Msc. Salud Sexual y Reproductiva; por brindarnos los conocimientos, guías y tutorías que nos ayudaron a la realización de la presente investigación, gracias por su dedicación, paciencia y consejos brindados durante este tiempo.

Agradezco infinitamente a todos los docentes que contribuyeron a mi desarrollo como médico, desde los primeros años, durante áreas clínicas, internado y todos aquellos que se han tomado el tiempo de compartir su conocimiento conmigo.

Br. Luis Abner Acuña Ortega.

Primeramente, a Dios por su amor infinito y misericordia, porque sin él esto no sería posible, por darme su sabiduría y permitirme alcanzar una meta más.

A mi madre Tania Benigna Ortega Lacayo, por darme la vida en sacrificio de la suya misma. A mis abuelos Luis Alberto Acuña Muñoz y María Margarita Castillo Rostran quienes fueron los únicos que vieron la luz en la persona que era antes de iniciar este camino por medicina y me brindaron su apoyo incondicional, por ser mi ángel guardián, por darme las fuerzas para continuar.

A mi novia y amada compañera Sofía Andrea Alemán Madriz con quien comparto estos años, en este proceso, la que me daba ánimos cuando ya no los tenía y por demostrar su amor infinito

A mi tutora Dra. Flavia Vanessa Palacios y las personas que tuvieron que ver en mi formación, son tantos que no los puedo mencionar, pero les agradezco por todo lo aprendido.

OPINIÓN DEL TUTOR.

Les presento el trabajo monográfico: Caracterización materna y neonatal de las embarazadas adolescentes atendidas en el Hospital Primario Héroes y Mártires El Cuá, 2021. Como autores a Sofía Andrea Alemán Madriz y Br. Luis Abner Acuña Ortega, estudiantes de grado de la carrera de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua.

Con resultados relevantes como se muestran que todavía se debe fortalecer los procesos de atención en las adolescentes embarazadas ya que el 42.5 de ellas tuvieron algún tipo de complicaciones maternas y el 52.7% tienen menos de 3 controles prenatales y muchas de ellas tuvieron una ganancia de peso por debajo de lo requerido.

Es necesario divulgar estos resultados para la formulación de estrategias con acciones de promoción de la salud durante la gestación y en este grupo prioritario que las adolescentes embarazadas.

Por ultimo felicito a los autores por su responsabilidad, disciplina y ética mostrada durante el proceso de investigación e insto a continuar desarrollando sus habilidades del método científico de investigación.

Dra. Flavia Vanessa Palacios Rodríguez

Tutora

RESUMEN.

Objetivo: Determinar las características maternas y neonatales de las embarazadas adolescentes atendidas en Hospital Primario Héroes y Mártires El Cuá, 2021.

Diseño: Estudio con enfoque cuantitativo, descriptivo y transversal. Se seleccionaron un total de 93 pacientes atendidas; se utilizó una ficha de revisión de expedientes y se analizaron en SPSS 21.

Resultados: Las características sociodemográficas prevalece el grupo etario de 17 a 19 años, los recién nacidos presentaron peso normal, masculino y Apgar normal. Más de la mitad de las pacientes del estudio tenían un estado nutricional con IMC normal, baja talla y ganancia de peso menor al requerido. Los antecedentes patológicos familiares observados fueron: la hipertensión, diabetes mellitus tipo 2 y tuberculosis pulmonar. Las adolescentes tuvieron menos de 3 controles, primigestas, embarazos a término y antecedentes patológico personal negados. Los antecedentes personales patológicos encontrados: APP, muerte fetal, amenaza de aborto, preclampsia, oligohidramnios. Los factores de riesgo: procedencia rural, ganancia de peso por debajo del requerido, sin Papanicolaou, sin revisión odontológica, sobrepeso/obesidad y en menor frecuencia, el analfabetismo, solteras y la anemia. La mayoría de los egresos fueron altas hospitalarias. Las complicaciones encontradas fueron: candidiasis vaginal, infección de vías urinarias, oligohidramnios; en menor proporción hemorragia post parto, RPM, preclampsia, preclampsia grave, un caso de covid leve. En las complicaciones neonatales prevaleció el bajo peso al nacer, el riesgo de pérdida del bienestar fetal, la pérdida del bienestar fetal y la prematuridad.

Palabras Clave: embarazo, sociodemográfico, complicaciones, maternas, neonatal.

INDICE

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTOS.....	III
OPINIÓN DEL TUTOR.	V
RESUMEN.....	VI
CAPÍTULO I: GENERALIDADES	VIII
1.1. INTRODUCCIÓN	1
1.2. ANTECEDENTES.....	3
1.3. JUSTIFICACIÓN	9
1.4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
1.5. OBJETIVOS	11
1.6. MARCO TEÓRICO.....	12
CAPÍTULO II: DISEÑO METODOLÓGICO.....	37
CAPÍTULO III: DESARROLLO	45
3.1. Resultados.....	46
3.2. Discusión.	49
3.3. Conclusiones.....	54
3.4. Recomendaciones.....	55
CAPÍTULO IV: BIBLIOGRAFÍA	56
CAPÍTULO V: ANEXOS	63

CAPÍTULO I: GENERALIDADES

1.1. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud ha señalado al embarazo adolescente como una de las prioridades en la atención de las adolescentes porque repercute en la salud de la madre y en la del niño. Los riesgos médicos asociados con el embarazo de las madres adolescentes, elevan las cifras de morbilidad y mortalidad maternas, y aumentan de dos a tres veces la mortalidad infantil. El embarazo adolescente se ha convertido en un reto de salud pública importante y sobre todo las condiciones socioculturales son las que han determinado considerablemente en su prevalencia, aconteciendo con mayor frecuencia en sectores socioeconómicos bajos y áreas rurales, aunque se presenta en todos los estratos económicos de la sociedad, (FUNIDES, 2016).

Actualmente el embarazo en adolescentes constituye un riesgo salud importante que impacta significativamente en las tasas de morbi-mortalidad materno-fetales. El embarazo en la adolescencia plantea problemas simultáneos de salud materno-reproductiva, mortalidad y nutrición infantil, abandono de actividades educativas y laborales, transmisión intergeneracional de la pobreza, y altos costos de desarrollo para las comunidades. En la actualidad niñas de 15 a 19 años paren alrededor de 15 millones de niños a cada año a nivel mundial, y las mujeres en este rango de edad tienen mayores probabilidades de morir durante el parto que las mujeres de 20 años, y en aquellas por debajo de 15 se aumenta en 5 veces el riesgo. (OMS, 2020)

En Latinoamérica y el caribe existen aproximadamente 25 millones de mujeres entre 15 y 19 años que representan un 28% de mujeres en edad reproductiva anualmente, el 20% de los partos pertenecen a este grupo etéreo, es decir aproximadamente 3 millones de nacimientos. (OMS, 2020). Según la Organización Mundial de la Salud cada día mueren en todo el mundo

unas 830 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. En 2015 se estimaron unas 303 000 muertes de mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos. De las cuales un alto porcentaje son adolescentes. El mayor riesgo de mortalidad materna corresponde a las adolescentes de menos de 15 años.

La mejora de la salud materna, está incluida en uno de los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible dados a conocer en el año 2015; ya que para ese año menos adolescentes tuvieron niños en la mayoría de los países en desarrollo. (OMS, 2020). Nicaragua sigue entre países con mayor tasa de embarazo adolescente. Mientras la tasa promedio mundial de embarazo es de 44 por cada 1000 adolescente y en Latinoamérica es de 62, Nicaragua presenta una tasa de 92 embarazos por cada 1000 adolescentes. (El Nuevo Diario, 2018)

Por ello se realizó un estudio descriptivo caracterizando a las adolescentes embarazadas, y las complicaciones obstétricas que presentaron al ser atendidas en el Hospital Primario Héroes y Mártires del Cuá, Jinotega.

1.2. ANTECEDENTES

1.1.1. A nivel Internacional

Fawed O; Erazo A; Carrasco J; Gonzales, D; Mendoza F (2016); Complicaciones Obstétricas en Adolescentes y Mujeres Adultas con o sin Factores de Riesgo Asociados, Honduras 2016. Resultados: De acuerdo a la Edad, un 33,68% pertenece al rango de 10-19 años, en cuanto al grado de escolaridad un 40,26% poseen Educación Básica Incompleta, de estado civil fue Unión libre con un 54,74%, referente a la procedencia un 85,53% son de la zona Urbana. La raza Mestiza predomina con un 97.11% . De las 61.84% participantes presentaron complicaciones en distintas etapas del desarrollo gestivo, Desgarros Perineales presente en 28.15%, Ruptura Prematura de Membrana con 23%, Anemia 5.26% y parto precipitado 3.42%. Referente al momento obstétrico, antes del parto se da en 34.37% de los momentos, sin embargo, solo se presentan frecuencias de complicaciones de (22.12%) casos, después del parto se refleja un 15.62% solamente, pero, con frecuencias 47.65 y después del parto surgieron casos de complicaciones en todas las edades. La incidencia de las complicaciones se da más en el grupo de 10-19 años, con (42.12%) del total de las participantes y en menor frecuencia con 25.95% del total de la muestra.

García-Salgado A.; Sánchez-Chávez S.; González-Aldeco P.; Embarazo adolescente: resultados obstétricos. México, 2017. Resultados: 1,342 puérperas 56 (4%, IC 95%: 3-5%) fueron adolescentes (mediana = 17 años contra adultas = 27.9 años). 14.8% (8/54) sin control prenatal contra 7.4% de las adultas ($p < 0.001$) y recibieron menos consultas (mediana 7 contra 9, $p = 0.001$). Se detectaron más hipertensas (7.4% contra 2.9%, $p = 0.18$) y tuvieron más partos prematuros (11.1% contra 1.9%, $p = 0.01$). No hubo diferencias en infección de vías urinarias, diabetes gestacional, restricción del crecimiento intrauterino, amenazas de

aborto o parto pretérmino, abortos, embarazos ectópicos, porcentaje de cesáreas ni en hemorragia obstétrica. La muerte fetal fue semejante (2.1% contra 2.8%, $p = 1.00$). No se observaron diferencias en la mediana del peso neonatal entre los grupos (2,977 g contra 2,981 g, $p = 0.99$). Ningún neonato tuvo complicaciones graves.

Jiménez M.; Romero E.; García MP.; Bravo C.; Resultados obstétricos y perinatales de las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla. España, 2017. Resultados: La gestación adolescente supuso el 6% de los partos atendidos en dicho periodo, con una edad media materna de 17,7 años. La procedencia de las gestantes estudiadas fue mayoritariamente extranjera, predominando las latinoamericanas (91,2% vs 66,6%). La mayoría de los partos se atendieron vía vaginal (81,5% vs 76,7%), siendo la media de edad gestacional al parto a término en ambos grupos y sin diferencias estadísticamente significativas (39+4 semanas vs 39+5 semanas). El peso de los recién nacidos mostró diferencias significativas siendo inferior en las adolescentes (3224gr vs 3369gr).

Vásquez C.; Nelson A.; Resultados perinatales en embarazadas adolescentes en el Hospital Nacional de la Mujer "Dra. María Isabel Rodríguez", El Salvador, 2017. Resultados: Del total de partos atendidos el 27% corresponde a pacientes adolescentes. La edad más frecuente de las pacientes estudiadas en que se presentó embarazo fue entre los 17 y 19 años con un 71%, siendo primigestas en el 91%. La procedencia de las pacientes fue del área urbana en un 87%. El estado civil más frecuente es la unión libre con un 59%. Asociado a un bajo grado de escolaridad en el 97%.

Los controles prenatales se encontraron completos en el 71% y el 5% de las pacientes no se inscribió a control prenatal. Pacientes con morbilidades asociadas al embarazo encontramos

que los trastornos hipertensivos del embarazo predominan en el 40% de los casos. La vía de finalización del parto más frecuente fue la vaginal en el 63% y las principales indicaciones de cesárea Desproporción cefalopélvica, sufrimiento fetal agudo y la condilomatosis vulvovaginal. El 77% de las pacientes no presentó ninguna complicación durante el parto, El 16% de los recién nacidos presento bajo peso al nacer y el 93% tuvo un APGAR adecuado. El 85% de las pacientes no presentaron ninguna morbilidad durante el posparto. (Vásquez-Castellón, 2017)

Nava-González, C.; Espinosa-Guerrero, A. Resultados perinatales en adolescentes atendidas en el Hospital De Ginecología Y Obstetricia Del Instituto Materno Infantil Del Estado De México. México, 2021. Resultados: La mayoría de las pacientes presentaron algún resultado perinatal adverso en un 51% (n=164), de mayor a menor frecuencia, la ruptura prematura de membranas en un 27.9% (n=59), la anemia en un 18% (n=38), el aborto y la enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo, ambas en un 14.2% (n=30), seguidas de la hemorragia obstétrica en un 10.4% (n=22) y finalmente la amenaza de parto pretérmino y el parto pretérmino ambos en un 4.7% (n=10). De los recién nacidos el 83.2% (n=239) paso a alojamiento conjunto y el 16.7% tuvo que ser hospitalizado siendo el peso bajo para la edad gestacional la indicación y la complicación más frecuente en un 64%, sin embargo, cabe resaltar que no se encontraron reportadas todas las complicaciones neonatales en los expedientes revisados.

1.1.2. A nivel Nacional

García, Celeste; Toribio, Jackeline (2013); efectuaron un estudio sobre complicaciones obstétricas en adolescentes embarazadas que asistieron al Hospital Humberto Alvarado Vásquez, Nicaragua. Resultados: 83 pacientes embarazadas constituían el estudio, el 95.2% están entre las edades de 15 a 19 años, tenían como estado civil unión estable (72.3 %), el 97.6 % de las adolescentes habían recibido educación primaria o secundaria siendo mayor el porcentaje que alcanzo educación primaria (50.6%), el 94% eran amas de casa, la complicación más frecuente durante el embarazo fue Preclampsia moderada (56.2%), Preclampsia grave (23.6%), durante el parto fue sufrimiento fetal (9.6 %), en postparto son desgarros y/o laceraciones (10.8%), en su mayoría a las adolescentes se les realizo Cesárea (71%) y el 100 % de las adolescentes así como su bebe fueron dados de alta.

Moreno, L; Malespín, V (2014); llevan a cabo un estudio que pretende reflejar las principales complicaciones en el embarazo en adolescentes en el Hospital Primario Yolanda Mayorga de Tipitapa, Nicaragua. En los resultados se encontró que el embarazo en las adolescentes se ha asociado a múltiples complicaciones; que la frecuencia de embarazo predomino en la adolescencia tardía, la mayoría de las adolescentes se encontraban acompañadas, con estudios de primaria sin terminar el bachillerato quedando como amas de casa, del área rural, lo cual concuerda con otros estudios en los que se refleja que el bajo nivel socioeconómico es directamente proporcional con el índice de embarazo. La complicación más frecuente fue la infección de vías urinarias y la finalización del embarazo fue vía vaginal.

Díaz Wilson, Alexandra (2016); 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 Alemán Nicaragüense. Resultados: El riesgo a desarrollar las patologías hipertensivas en el embarazo fue dos veces más que el de las jóvenes de 20 a 25 años. La RPM fue una complicación que solo se presentó en las adolescentes. El 65% y 88% de 20 a 25 años presentaron un parto eutócico, partograma normal. El resto presentaron parto distócico predominando las complicaciones como trabajo de parto prolongado, partos tempestivos, en la fase del trabajo de parto, solo en el grupo de las adolescentes se presentaron desgarros en el canal del parto o hematomas al momento del expulsivo así también casos de hemorragias o hipotonías en el tercer período del parto.

Urbina S; Vargas, M (2016); Complicaciones obstétricas en adolescentes en el Hospital Primario Jacinto Hernández, Nueva Guinea, Región Autónoma del Atlántico Sur. Resultados: Dentro de las complicaciones se encontró que el aborto espontaneo represento el 17%. El embarazo ectópico se presentó en un porcentaje de 0.7% de todas las complicaciones obstétricas en las adolescentes estudiadas. Respecto al síndrome hipertensivo gestacional, se encontró que la hipertensión gestacional represento un 25% y la pre-eclampsia 10%. La Ruptura prematura de membrana se manifestó en un 10% del total de las complicaciones obstétricas en adolescente. Las infecciones vías urinarias sintomáticas y asintomáticas representaron el 8% y 4% respectivamente. En las complicaciones durante el parto, 5% hemorragia postparto, desgarro grado I 3%, desgarro grado II 0.7% y el parto obstruido 0.7%.

Cruz, E (2016); realiza un estudio sobre los resultados obstétricos y neonatales en las adolescentes con embarazos consecutivos atendidas en la Sala de Maternidad del Hospital Alemán Nicaragüense, Nicaragua. Resultados: El grupo etáreo predominante es el de 17 a 19 años (83%), la procedencia urbana (85%), escolaridad secundaria (58%), estado civil acompañadas (81%). En las complicaciones tuvieron 20% infección de vías urinarias, 14%

con anemia y preclampsia, un 18% no tuvo complicaciones. La mayoría de recién nacidos tuvo de 41 a 50 centímetros en un 60%. En un 93% tuvo un apgar de 7/9. Con un peso mayor de 2500 gr en el 85%. En las complicaciones neonatales se encontró el 11% nació con datos prematuridad, la sepsis se observó en un 6% al igual que la asfixia y la Restricción del crecimiento intrauterino. Lo relevante es el 75% sin complicaciones.

1.3. JUSTIFICACION

Cada año 15 millones de adolescentes dan a luz en el mundo, cifra que representa poco más del 10 por ciento del total de nacimientos, informa el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) a la vez que señala que el embarazo temprano es la principal causa de muerte en mujeres de entre 15 y 19 años de edad. Entre 2007 y 2013, los nacimientos en madres adolescentes aumentaron en 6.3 por ciento. En las adolescentes menores de 15 años, el riesgo de morir por causas relacionadas con el embarazo es hasta tres veces mayor que en mujeres mayores de 20 años. (Informe Consecuencias socioeconómicas del embarazo en la adolescencia en seis países de América latina y el Caribe , UNFPA, 2020, pág. 4 y 5)

Nicaragua sigue entre países con mayor tasa de embarazo adolescente. Siendo el segundo con mayor tasa de embarazo adolescente en América Latina. Mientras la tasa promedio mundial de embarazo es de 44 por cada 1000 adolescente y en Latinoamérica es de 62, Nicaragua presenta una tasa de 92 embarazos por cada 1000 adolescentes. (Diario La Prensa, Ivette Munguía Argeñal, 28 de febrero, 2018)

Este estudio será de utilidad para conocer las características del embarazo adolescente en el Hospital Héroes y Mártires del Cuá, Jinotega, aportando información actualizada al Ministerio de Salud con el fin de desarrollar planes y estrategias que contribuyan a mejorar los servicios de atención a adolescentes; contribuyendo como punto de apoyo para la realización de posteriores investigaciones sobre esta problemática y que además favorezca a la visualización de esta problemática de salud pública y de esta manera disminuir las tasas de embarazos adolescente y con ello la morbi-mortalidad materna-fetal en el país.. (UNFPA, Situación de las Uniones a Temprana Edad, 2019, pag 7)

1.4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Nicaragua es una de los países de Latinoamérica que cuenta con las tasas de embarazo adolescente más altas, en la región, según un estudio de Planned Parenthood Global en Nicaragua, a pesar de que en la última década el indicador de embarazos adolescentes se redujo un 23%, aún es superior al promedio para Latinoamérica y significativamente más alta en áreas rurales (117 por 1 000 mujeres) que en áreas urbanas (74 por 1 000 mujeres). (PlannedParenthood, 2016) La mortalidad materna es una de las principales causas de muerte en las adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años en la región de las Américas.

En 2014, fallecieron cerca de 1900 adolescentes y jóvenes como resultado de problemas de salud durante el embarazo, el parto y el posparto. A nivel global, el riesgo de muerte materna se duplica en madres más jóvenes de 15 años en países de ingreso bajo y mediano. Las muertes perinatales corresponden al 50% más alta entre recién nacido de madres menores de 20 años. En Jinotega, donde hay una de las tasas de mortalidad materna más altas del país, según datos de ENDESA 2011, 30% de los embarazos corresponden a adolescentes. Por lo que se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son las características de las adolescentes embarazadas atendidas en Hospital Primario Héroe y Mártires El Cuá, 2021?

Y las siguientes preguntas directrices:

¿Cuáles son las características socio demográficas de las adolescentes y el recién nacido en estudio?

¿Cuáles son los datos de la historia clínica perinatal base del grupo en estudio?

¿Cuáles son las complicaciones maternas - fetales de la población en estudio?

1.5. OBJETIVOS

1.5.1. Objetivo general

Determinar las características maternas y neonatales de las embarazadas adolescentes atendidas en el hospital primario héroes y mártires el cuá, 2021.

1.5.2. Objetivos específicos

1. Caracterizar socio demográficamente a las adolescentes y recién nacidos en estudio.
2. Describir los datos de la historia clínica perinatal del grupo en estudio.
3. Identificar las complicaciones materno - fetales de la población en estudio.

1.6. MARCO TEORICO

1.6.1 Generalidades

1.6.1.1 Definición

El concepto de adolescencia es relativamente reciente en términos históricos. Surgió a finales del siglo XIX en los países occidentales para designar un grupo específico de la población joven. El concepto de adolescente también proviene del latín *adolescere* que significa “crecer”. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define adolescencia como aquel grupo de 10 a 19 años. En términos generales se establece que los adolescentes son personas con edades comprendidas entre los 10 y 19 años; es decir la segunda década de la vida. Adolescencia se caracteriza como el periodo de transición entre la niñez y la edad adulta. (Allen & Waterman, 2019)

El inicio de la adolescencia está determinado fundamentalmente por inconfundibles cambios físicos, la pubertad. Mientras que su final lo está por cambios sociales.. En el aspecto sociológico se llega a la edad adulta cuando los jóvenes se sostienen económicamente a sí mismos, cuando finalizan sus estudios, cuando se casan o cuando tienen hijos. En el aspecto psicológico, el estatus adulto significa haber logrado una independencia de los padres, elaborado su propia identidad, su propio sistema de valores, etc. En esta etapa se ponen de manifiesto características psicológicas como las siguientes: alteración de los sentimientos vitales, impregnación erótica de la individualidad, proyección del yo hacia el futuro, impulso a la autoafirmación y a la adquisición de una personalidad. (Lara, 2002)

1.6.1.2 Clasificación

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

Adolescencia temprana (10 - 13 años)

Biológicamente, es el periodo peri puberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la Menarca. Psicológicamente los adolescentes comienzan a perder interés por los pares e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías, no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales. Personalmente se preocupan mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física. (Issler, 2001)

Adolescencia media (14 a 16 años)

Es la adolescencia propiamente dicha, cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el periodo de máxima relación con sus pares, para muchos es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asume conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo. Muy preocupados por su apariencia física. (Issler, 2001)

Adolescencia tardía (17 a 19 años)

Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal, se acercan nuevamente a sus padres, y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquiere mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía. Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia por las que todos pasan con sus variaciones

individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante el embarazo sabiendo que una adolescente que se embaraza se comportara como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes. (Issler, 2001)

1.6.1.3 Embarazo en la adolescencia

A lo largo del tiempo también ha sido llamado como el síndrome del fracaso o la puerta de entrada al ciclo de la pobreza. Se define como aquella gestación que ocurre durante los dos primeros años ginecológicos de la mujer (edad ginecológica cero = edad de la menarquia). También se conoce como embarazo adolescente aquella gestación que ocurre en el periodo de la adolescencia. (Monzón, 2006)

El embarazo adolescente o embarazo precoz se produce cuando ni su cuerpo ni su mente están preparados para ello; entre la adolescencia inicial o pubertad –comienzo de la edad fértil– y el final de la adolescencia, que la OMS establece en los 19 años. La mayoría de los embarazos en adolescentes son embarazos no planificados y no deseados. En estas edades, el embarazo puede ser producto de violencia física, simbólica, psicológica y económica. El riesgo de morir por causas relacionadas al embarazo, parto y postparto se duplica si las niñas quedan embarazadas antes de los 15 años de edad. (PlanInternational, 2012)

Algunas adolescentes planean y desean su embarazo, pero en muchos casos no es así. Los embarazos en la adolescencia son más probables en comunidades pobres, poco instruidas y rurales. En países de ingresos medianos y bajos más del 30% de las muchachas contraen matrimonio antes de los 18 años, y cerca del 14% antes de los 15 años Las adolescentes en

embarazo son consideradas un grupo de alto riesgo reproductivo, no sólo por las implicaciones sociales y psicológicas propias de la gestación, sino porque su cuerpo aún está en proceso de formación. (OMS, El Embarazo en la Adolescencia, 2020)

El embarazo de una adolescente está considerado de alto riesgo, pues el cuerpo de la mujer a esa edad aún no está suficientemente maduro como para afrontar el desgaste que supone dicho proceso. Por supuesto a menor edad, mayores complicaciones existen. (Montero, 1999; 6:10.). Y es que la llegada de la edad fértil con la aparición de la menstruación no implica que la fisionomía de la afectada esté aun suficientemente desarrollada para soportar los cambios que produce el embarazo, ni para dar a luz de forma natural. (Pérez, 2013)

Latinoamérica es la segunda región del mundo con la tasa más alta de embarazo adolescente. Del total de embarazos en la región, el 15% son de menores de edad, confirmó un informe de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y los Fondos de la Organización de Naciones Unidas para la Población (UNFPA) y la Infancia (UNICEF). Uno de los temas que más preocupa a las organizaciones internacionales es la mortalidad materna, pues según sus cálculos, en 2014 fallecieron cerca de 1.900 adolescentes y jóvenes por problemas de salud durante el embarazo, el parto y el posparto. (Carranza, 2018)

Nicaragua presenta una tasa de 92 embarazos por cada 1000 adolescentes. Tres de cada diez nacimientos que ocurren en el país son de madres adolescentes y un poco más de la cuarta parte ocurre fuera de las unidades de salud; y sólo poco más de la mitad son atendidos por médico general o especialistas a pesar que estos embarazos son de alto riesgo. El costo en términos de mortalidad y morbilidad materno infantil y el impacto psicosocial del embarazo es importante si se considera que es un fenómeno prevenible. (El Nuevo Diario, 2018),

El embarazo adolescente es un fenómeno social de causas multifactoriales, en el que están asociados edades de grandes cambios físicos y emocionales, baja escolaridad, desinformación, abandono escolar, pobreza, madres ausentes y conductas de riesgo, inestabilidad familiar, y machismo. (López, 2021)

1.6.1.4 Fecundidad y Maternidad adolescente

Las conductas reproductivas de las adolescentes es un tópico de reconocida importancia no solo en lo concerniente con embarazos no deseados y abortos, sino también en relación a las consecuencias sociales, económicas y de salud. La fecundidad de las mujeres menores de 20 años también reviste particular importancia para la incidencia en el nivel de toda la fecundidad, porque este grupo de mujeres aporta con nacimientos de mayor riesgo. (López, 2021)

En Nicaragua las proyecciones realizadas por el instituto de estadísticas y censos señalaron una tasa de fecundidad adolescente de 92 nacimientos por cada 1000 mujeres entre 15 y 19 años cifra menor que la registrada por la última encuesta demográfica realizada en 2006, de 106 por cada 1000. Sin embargo, ambas cifras ubican a Nicaragua como el segundo país con más altas tasas de fecundidad adolescente en América Latina. La mayor frecuencia de embarazos adolescentes en nuestro país se da en situaciones educativas y socioeconómicas muy bajas, prevaleciendo el embarazo precoz en el área rural donde se registran 114 embarazos por cada 1000 adolescentes, y en área urbana 74 por cada 1000 adolescentes. (ENDESA, 2012)

1.6.1.5 Factores que intervienen en los embarazos no deseados

Durante la adolescencia el embarazo es un problema multicausal, del cual se han encontrado factores individuales, biológicos, sociales, familiares, culturales, psicológicos, educativos, que conllevan a consecuencias en la familia en todos los ámbitos de la vida, desde sociales, económicos, educativos y de salud, ya que se incrementa la morbilidad y mortalidad materno-infantil.

1.6.1.5.1 Factores individuales A nivel individual para la adolescente el embarazo puede verse afectado por diversos factores, entre los cuales se mencionan: La orientación de amigos, curiosidad, la presión social, y la diversión propician a que muchos adolescentes contraigan adicciones, como el alcoholismo y drogadicción. Dificultad para desarrollar su proyecto de vida. Falta de previsión, las primeras relaciones sexuales son espontáneas, no planeadas lo que dificulta la utilización de un método anticonceptivo. Menarquía precoz. Falsas creencias sobre la maternidad. Falta de actitud preventiva. Comportamientos de suicidio. Tener una relación cercana. Estar enamorada de su pareja. Sentirse mayor o con independencia o autonomía. (Gázquez, 2008)

1.6.1.5.2 Factores Sociales Los altos índices de desempleo, pobreza, hacinamiento, estrés, machismo, delincuencia y alcoholismo que se observan en ciertos casos de embarazos adolescentes. Pobreza, migración, desintegración familiar. Inicio a temprana edad la vida sexual por o de presión de amigos novio. Marginación Social, manifestaciones de conductas violentas. Matrimonio forzado: las adolescentes no se casan por su voluntad, los padres, o hermanos se ven obligados a casarlos por cultura o por un interés económico. Vergüenza: A los comentarios familia, amigos, vecinos. Discriminación. No se da la oportunidad de

desarrollarse como mujer. Vivir en el área rural. Dificultad al acceso a información adecuada sobre métodos de planificación familiar y de educación sexual. (Astorga, 2012)

1.6.1.5.3 Factores Familiares. La familia es el vínculo nuclear que tiene el adolescente, permite conservar los valores y la estabilidad. Algunos procesos influyen en el desarrollo de la adolescencia y pasan a constituir un estilo de vida y pueden convertirse en factores protectores, porque a través de ello se va formando su identidad e independencia, el adolescente toma decisiones por sí mismo, por lo que atraviesa desequilibrios e inestabilidades que implica transformaciones, por ello no mantienen una buena relación familiar y cuando se presenta alguna situación no toman las decisiones adecuadas o no tienen la confianza para dialogar en familia acerca de temas como la sexualidad, lo que puede tener consecuencias como embarazos no deseados. La comunicación es un factor determinante en relaciones que se establece en el núcleo familiar. (Florez & Soto, 2010)

Entre los factores familiares están los siguientes: Familias Numerosas, presión de los familiares, insistencia de buscar una pareja Madre o padre ausente. Conductas sexuales de riesgo. Madre o padres indiferentes, relación negativa entre padre, madre, adolescente. Familias desintegradas. Pérdida de un ser querido. Enfermedad crónica de algún familiar. Madre o hermana con embarazo en la adolescencia. (Coronado, 2017)

1.6.1.5.4 Factores Culturales La alta vulnerabilidad a la que se expone el adolescente, puede tener complicaciones negativas principalmente porque enfrentan cambios de cultura, en consecuencia, una libertad sexual, los embarazos en adolescentes en su mayoría son aceptados, culturalmente es una solución a los problemas económicos de las familias numerosas. Entre estos factores se encuentran los siguientes: Fantasías de esterilidad, inician a tener relaciones sexuales a temprana edad que las lleva a creer que no se embarazarán.

Padres muy exigentes, dominantes e impulsan al matrimonio en la adolescencia. Aceptación cultural de la fecundidad temprana. Distorsión de la información. Machismo como valor cultural. Estereotipos de género que discrimina a la mujer. (Coronado, 2017)

1.6.1.5.5 Factores educativos. Dentro de los factores educativos se encuentran: Bajo Nivel educativo: Los niveles de escolaridad particularmente en los adolescentes del área rural tienen menos acceso a la educación básica pues los institutos son muy pocos y menos accesible. Abandono escolar, por falta de recursos económicos el adolescente decide abandonar sus estudios, no tiene un ingreso para sufragar los gastos estudiantiles. Falta educación sexual en los centros educativos no se da a conocer temas de sexualidad, aún existe el tabú. Falta de capacitación laboral. Bajas expectativas académicas a muy temprana edad. (Astorga, 2012)

1.6.1.5.6 Factores Económicos Gran parte de los problemas de pobreza que enfrentan y afectan el desarrollo de la adolescencia van ubicando a las jóvenes en un riesgo más alto para alcanzar sus logros educativos, y socioeconómicos; principalmente en las condiciones de vida del adolescente, la pobreza marca el subdesarrollo de las comunidades más postergadas del país, la población rural e indígena han sido excluidos a los accesos de salud, el empleo, los bajos salarios devengados, las familias por la pobreza no pueden satisfacer sus necesidades básicas de alimentación, vivienda, vestuario, recreación y salud. (Gázquez, 2008)

Las deficiencias en las condiciones socioeconómicas contribuyen a factores causales tanto del embarazo en adolescentes como al inicio precoz de las relaciones sexuales, por tal razón existe un alto índice de mortalidad materna neonatal, la mayoría de adolescentes solo finalizan la primaria y las familias no cuentan con el recurso económico para sufragar los

gastos que se requieren para el nivel básico, entre los cuales se encuentran: Discriminación exclusión. Falta de oportunidades de empleo. Remuneración inadecuada. Despido laboral. Crecer en condiciones empobrecidas. Percibir pocas o ninguna oportunidad de trabajo para el éxito. (Astorga, 2012)

1.6.1.5.8 Factores institucionales: La falta de apoyo, información y orientación en materia de salud reproductiva orientación y educación sexual para niñas y adolescentes, ha ocasionado que el índice de embarazos en esta etapa de la vida se considera como un problema de salud pública, es muy importante que a través de la prevención del embarazo entre las adolescentes se disminuirá las muertes maternas. Las adolescentes en su mayoría no reciben una educación sexual por falta de acceso a los servicios de salud, deficiencia en la promoción de anticonceptivos, inexistencia en el servicio de los mismos. (Gázquez, 2008)

Desconocimiento acerca de la existencia de espacios amigables para la atención integral de los adolescentes, barreras en el acceso a los servicios de salud, desinformación a su estado de salud o enfermedad, temor a ser evaluado por el médico sobre todo al consultar sobre su salud sexual o reproductiva, déficit en atención en consejería sobre salud sexual y reproductiva, falta de promoción sobre los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes. (Gázquez, 2008)

1.6.2. Complicaciones maternas en el embarazo

Existen múltiples complicaciones y factores de riesgo para las complicaciones que pueden presentarse en el embarazo adolescente, las cuales podemos agrupar los factores de riesgo como el peso materno, antecedentes gineco-obstétricos., escolaridad, bajo nivel económico,

gestacionales: síndrome hipertensivo gestacional, hemorragias de primera y segunda mitad del embarazo, infecciosas y enfermedades metabólicas.

Factores de riesgo:

1.6.2.1 Peso materno:

Las adolescentes no se encuentran aptas para la gestación, ya que sus órganos se encuentran inmaduros y existe la posibilidad de tener un niño con bajo peso al nacer. Varios autores plantean que las madres menores de 20 años no están completamente desarrolladas todavía en los aportes nutricionales y calóricos para alcanzar la madurez. Pérez Ojeda en su trabajo realizado en Las Tunas encontró que el 10% de las mujeres entre 15 y 20 años tuvieron niños con bajo peso, alegando que es debido a la necesidad de nutrientes para su propio crecimiento incluyendo el crecimiento del feto. (Moreno & Malespín, 2014)

1.6.2.2 Bajo nivel económico:

El bajo nivel económico es un factor que va de la mano con la pobreza y la baja escolaridad los cuales son factores determinantes para que se produzca algún tipo de complicación ya que las adolescentes no logran cuidarse de forma adecuada, además que representan un alto nivel de sensibilidad para la satisfacción de los diferentes servicios así como salud u otros básicos de los que depende directamente la detección oportuna de factores de riesgo (Moreno & Malespín, 2014)

1.6.2.3 Escolaridad:

La mayor escolaridad influye en el conocimiento de la mujer sobre la necesidad de proporcionarse cuidados prenatales y alimentación adecuados, lo cual explica nuestros resultados de que a mayor escolaridad y mejor ingreso económico hay menos riesgo de

complicaciones, el embarazo durante la adolescencia compromete la reinserción escolar produciendo aún más dificultades socioeconómicas para las adolescentes afectadas (Moreno & Malespín, 2014)

Ganancia Ponderal de peso.

Las recomendaciones de ganancia ponderal correcta (aumento de peso) actualmente aceptadas por el I.O.M (Institute of Medicine) y la O.M.S (Organización Mundial de la Salud). La ganancia de peso en el 2º y 3er trimestre de embarazo es inferior a 200 g/semana o superior a 600 g/semana, se deben revisar los hábitos alimentarios de la gestante, así como otros factores (tabaco, retención de líquidos...) y sobre todo evaluar si el crecimiento fetal es adecuado o está viéndose afectado por ese insuficiente o excesivo incremento de peso materno. En gestantes obesas, limitar la excesiva ganancia ponderal puede reducir el riesgo de macrosomía y otras complicaciones, pero hay que ser muy cuidadoso, porque si se produce una pérdida de peso, aumentará el riesgo de bebés con bajo peso y las consecuencias que de ello se derivan. (OMS, El embarazo en la adolescencia, 2020)

La opción óptima en las mujeres obesas es recibir un asesoramiento preconcepcional y realizar un programa dirigido a la pérdida de peso previa al embarazo incluyendo el uso de fármacos o incluso la cirugía de la obesidad cuando sea necesario. La pérdida de peso previa condiciona una mejora de la fertilidad, disminuye las complicaciones del embarazo y aumenta la salud general de la mujer. Está demostrado que un 10% de pérdida de peso previa al embarazo puede reducir el riesgo de preeclampsia, diabetes gestacional, parto pretérmino, macrosomía y muerte fetal intraútero. En mujeres con obesidad grado 2 (IMC > 35 kg/m²), se está estudiando el beneficio/riesgo de recomendar incluso una pérdida ponderal durante el

embarazo, no superior a 5 kg, pero este es un tema de debate en estos momentos. (OMS, El embarazo en la adolescencia, 2020)

Complicaciones:

1.6.2.6 Hipertensión Gestacional:

En el desarrollo de la preeclampsia, entre otros cuadros clínicos, se invoca una posible falla en el mecanismo inmunológico adaptativo que permite el desarrollo de la estrecha interrelación entre el organismo materno y su huésped. El feto, por tener el 50 % de su estructura antigénica de origen paterno viene a ser una especie de injerto. El fallo del mecanismo inmunológico adaptativo se ha relacionado con factores tales como la inmadurez del sistema inmunológico materno o, con una alteración funcional, que en parte podría estar asociada con una condición de mala nutrición materna, muy común en gestantes adolescentes. (Vallejo, 2013)

Es considerada la causa más frecuente de parto pretérmino y bajo peso al nacer después del embarazo múltiple, en la que el producto de la gestación se afecta tanto por la enfermedad como por los medicamentos necesarios para su control. La aparición de pre-eclampsia (PE) durante el embarazo comporta un aumento importante de la morbimortalidad perinatal asociándose con mayor incidencia de sufrimiento fetal intraparto y restricción del crecimiento intrauterino (18,8 % en la preclampsia y 37 % en la grave). Más que evitar la enfermedad, lo cual parece difícil en el momento actual, la atención del médico debe dirigirse a descubrir el terreno de riesgo en que la afección puede desarrollarse y a detectar los signos iniciales y las formas de presentación de la enfermedad para evitar el desarrollo de las formas graves. (Montero, Ferrera, Paz, Pérez, & Díaz, 2022)

1.6.2.7 Hemorragia vaginal durante el embarazo:

El sangrado uterino es una de las principales manifestaciones clínicas de complicaciones en embarazos a edades tempranas de la vida, se manifiestan de diversas formas como amenaza de abortos o abortos en proceso, abortos retenidos que pueden agravarse con sepsis graves, sangramientos por implantación baja placentaria, enfermedad hipertensiva, rechazo autoinmune, alteraciones cromosómicas del feto incompetentes con la vida, embarazos ectópicos. (Figuerola, Dariel, Garcia, Aliocha, & Fernández, 2021)

Las hemorragias vaginales durante el embarazo se dividen en dos grandes grupos: los de la primera mitad del embarazo y de la segunda mitad. La presencia de una sola de alguna de estas es capaces de convertir el embarazo en alto riesgo obstétrico, por lo que tenemos dentro de las Hemorragias de la primera mitad del embarazo las causas más comunes son abortos, embarazo ectópico y enfermedad trofoblástica.

Aborto. Existen diferentes grados de aborto espontáneo (también llamado aborto involuntario). Puede que exista la posibilidad de un aborto espontáneo (amenaza de aborto) o que sea del todo seguro que va a producirse (aborto inevitable). Puede llegar a expulsarse todo el contenido (feto y placenta) del útero (aborto completo) o no (aborto incompleto). El contenido del útero puede infectarse antes, durante o después del aborto espontáneo (aborto séptico). El feto puede morir en el útero y permanecer allí (aborto retenido o diferido). Cualquier tipo de aborto espontáneo puede causar sangrado vaginal en el primer trimestre del embarazo. (Bunce & Heine, 2021)

Embarazo ectópico: puede llamarse embarazo tubárico o embarazo cervical. Este se presenta cuando la implantación del blastocito ocurre por fuera de la cavidad uterina y

complica el 1,5-2% de los embarazos. Su localización más frecuente es en las trompas de falopio, lo cual ocurre en el 98% de los casos. También puede suceder a nivel cervical, de ovario o en la cavidad pélvica y aun en vísceras abdominales. (Reyes, 2017)

Embarazo molar: Las enfermedades del trofoblasto incluyen varias condiciones benignas o malignas, en las cuales existe degeneración del tejido derivado del corion con abundante producción de hcg, cuyo genoma es paterno, y que responden muy bien a la quimioterapia. La enfermedad trofoblástica gestacional agrupa diferentes entidades interrelacionadas como: mola completa generalmente diploide con origen cromosómico paterno; mola parcial generalmente triploide; tumor trofoblástico del lecho placentario; y coriocarcinoma, con tendencias variables a la invasión local y a las metástasis, el denominador común es la hipersecreción de hcg. (Reyes, 2017)

Dentro de las hemorragias de la segunda mitad del embarazo tenemos que las causas más comunes son la placenta previa que se presenta cuando la implantación de la placenta se produce en el segmento uterino inferior, cubriendo el cérvix o cerca de él, y se puede anteponer por completo a la presentación fetal. (Reyes, 2017). Existen 3 tipos, marginal, se caracteriza por una ubicación próxima al margen del orificio interno, al cual no cubre, parcial, la placenta ocluye en parte el orificio, pero no lo cubre por completo y completa cuando la placenta cubre por completo el orificio interno, este tipo se asocia con el mayor riesgo de morbilidad y mortalidad debido a que puede causar mayor pérdida de sangre. (Cruz F. , 2016)

Desprendimiento prematuro de placenta. Esta se presenta como una sangre oscura, acompañada de molestias o dolor, se refiere a la separación completa o parcial de la placenta antes del nacimiento, la hemorragia se filtra entre las membranas y el útero, y sale por el

cérvix hacia el exterior, o puede retenerse entre la placenta desprendida y el útero dando origen a una hemorragia oculta. (Reyes, 2017)

Se puede clasificar en 3 categorías que permiten una descripción de los hallazgos clínicos y de laboratorio, grado I, leve cantidad de sangrado vaginal y actividad uterina anormal, FCF dentro de límites normales, estado hemodinámico materno normal y todos los análisis de laboratorio y pruebas de coagulación también están dentro de límites normales.

Grado II: leve a moderada hemorragia vaginal, actividad uterina puede ser tetánica o contracciones palpables y dolorosas frecuentes, el trazo de FCF puede mostrar una disminución en la variabilidad o desaceleraciones tardías, estado hemodinámico materno muestra signos de compensación que incluyen hipotensión ortostática y taquicardia, al tiempo que se conserva la presión arterial, y es posible que exista reducción en el fibrinógeno materno.

Grado III: hemorragia uterina puede ir desde leve hasta grave, es típico que el útero sea doloroso y tetánico, en estos casos se ha reportado muerte fetal, estado hemodinámico materno es inestable y muestra signos de reducción grave en el volumen con hipotensión y taquicardia. (Cruz F. , 2016)

Ruptura uterina. Se produce un desgarro en el útero intacto o por dehiscencia de una cicatriz. Presenta una alta mortalidad perinatal que varía sensiblemente en la literatura Hemorragia en la gestación An. Sist. Sanit. Navar. 2009, Vol. 32, Suplemento 1 89 desde un 1,6-5,7% hasta tasas del 12% y del 35%. (Gómez, 2010)

Vasa previa. La vasa previa es definida como vasos fetales que corren a través de las membranas fetales, sobre o cerca del orificio endocervical y sin la protección de la placenta

o del cordón umbilical. También se puede describir como una forma de inserción de los vasos del cordón llamada velamentosa; es decir, aquella en la que los vasos umbilicales se encuentran en membranas fetales del segmento uterino inferior y se superponen al cuello uterino.

Hacia finales del embarazo se puede tener una pequeña hemorragia debido al Comienzo del trabajo de parto, Por lo general, el trabajo de parto empieza con una pequeña descarga de sangre mezclada con moco vaginal. Esta secreción, denominada expulsión del tapón mucoso, es consecuencia de que las venas de pequeño calibre se rompan cuando el cuello uterino comienza a abrirse (dilatarse), lo que permite que el feto pase a través de la vagina. La cantidad de sangre de la descarga es pequeña. (Bunce & Heine, 2021)

1.6.2.8 Infección de vías urinarias:

Se reconocen tres tipos relacionados con el embarazo: a) la bacteriuria asintomática o presencia de bacterias en la orina sin manifestaciones clínicas; b) la cistitis aguda o presencia de bacterias en la orina manifestada por un cuadro típico de disuria, micciones frecuentes y con urgencia, ardor al orinar, molestias en la parte baja del abdomen y hematuria y c) la pielonefritis o infección aguda del tejido renal manifestada por fiebre y escalofríos, náuseas y vómito, dolor lumbar y dolor a la percusión costovertebral. (Zúñiga, López, Vértiz, Loyola, & Terán, 2019)

Otro factor de riesgo para presentar IVU es la edad de la gestante, ya que se ha detectado que, a menor edad, mayor es el riesgo de complicaciones perinatales. García-Salgado, Sánchez Chávez y González-Aldeco (2017) observaron que las embarazadas adolescentes presentaron 2.5 veces mayor riesgo de parto pretérmino, enfermedad hipertensiva y

restricción de crecimiento intrauterino que las embarazadas adultas. (García, Sánchez, & González, 2017)

La infección del tracto urinario (ITU), constituye una de las complicaciones médicas más frecuentes de la gestación y su importancia radica en que pueden repercutir tanto en la salud materna, como en la evolución del embarazo (parto pretérmino, bajo peso al nacer, infección y aumento de la mortalidad perinatal). Su incidencia se estima en 5-10% de todos los embarazos, siendo la *Echerichia Coli* el uropatógeno más común de todas las formas de infección urinaria y la responsable del 80% de los casos. 1, La incidencia de las infecciones urinarias en adolescentes varía dependiendo del grado de desarrollo del país estudiado: en Chile el 15.2%, El Salvador 25%, México 17%, África 45%. (Marín, 2015)

Las complicaciones principales que una gestante adolescente presenta con la infección urinaria son la amenaza de parto pre término, amenaza de aborto, ruptura prematura de membrana, aborto. Mientras los recién nacidos 4 podrían tener riesgos como; bajo peso al nacer, prematuridad, riesgo de infección así como pueden llegar a desarrollar sepsis neonatal. (Marín, 2015).

El examen general de orina es una prueba básica de rutina que debe ser tomada a todo paciente que ingresa a una institución de salud; en el caso de una embarazada, se recomienda al menos una vez por trimestre; es una prueba de escrutinio que identifica a la bacteriuria asintomática, diagnostica a las que presentan sintomatología y permite, previa toma del urocultivo, iniciar el tratamiento antibiótico mientras se tiene identificado al agente causal. El diagnóstico definitivo de una infección urinaria se establece a través de un urocultivo positivo (prueba de oro); según el método de recolección de la muestra de orina, nos

proporcionará un porcentaje de probabilidad de infección (Estrada, Figueroa, & Villagrana, 2010)

1.6.2.9 Diabetes Gestacional:

Por otra parte, la diabetes mellitus (DM) es considerada la enfermedad metabólica que con más frecuencia complica el embarazo, y después de la hipertensión arterial y el asma bronquial, la tercera enfermedad crónica que puede afectar a una gestante, en orden decreciente de frecuencia. La diabetes gestacional (DG) se define por consenso casi universal, como la alteración del metabolismo de los carbohidratos que es detectada por primera vez o se inicia durante el embarazo, y representa un importante factor de riesgo para la mujer y un problema de salud para el producto. (Estrada, Figueroa, & Villagrana, 2010)

1.6.3 Complicaciones Neonatales:

La mortalidad materna y neonatal son indicadores sensibles que traducen el grado de desarrollo del país, por lo que el binomio madre - recién nacido son inseparables y deben ser abordados en un solo concepto, pre concepcional, atención durante el embarazo, parto, así como atención perinatal, un recién nacido que nace de una madre que está siendo tratada por complicaciones obstétricas, puede tener un impacto en su salud, y el manejo se basa en si el bebé tiene una afección o problema que requiere un tratamiento rápido y urgente. (MINSA, 2013)

Si el recién nacido tiene una complicación aguda, todo el personal de salud involucrado en la atención inmediata, debe reconocer y brindar atención inicial, ya que esto va a repercutir en la supervivencia y pronóstico, comprometiendo el futuro del recién nacido. Los recién nacidos de riesgo son una población, que presentan determinadas características perinatales

o circunstancia detectable (factor de riesgo) asociada a una probabilidad mayor de sufrir un daño, que a menudo se vincula a situaciones maternas, placentarias o fetales específicas, relacionándose con mayores resultados perinatales indeseables. Por lo que se pueden clasificar según la magnitud del riesgo, alto, moderado y bajo riesgo. (MINSa, 2013)

Recién nacidos de alto riesgo: Se caracterizan por presentar alta mortalidad y morbilidad, necesitan requerimientos de cuidados específicos, tienen mayor probabilidad de presentar complicaciones graves, trastornos sensoriales y del neuro desarrollo durante la infancia.

Recién nacido de moderado o mediano riesgo: Son recién nacidos que tienen bajas tasas de mortalidad, pero altas tasas de morbilidad, presentan enfermedades variadas que en general no ponen en riesgo su vida.

Recién nacido de bajo riesgo: Son recién nacidos que por sus características son aparentemente sanos y que realizaron una adecuada transición en las primeras 6 horas de vida. Las complicaciones neonatales son eventos perinatales adversos secundarias a acontecimientos obstétricos, eventos que requerirá técnicas más avanzadas, que deben ser realizadas por personal altamente capacitado, encontrando como complicaciones más frecuentes: Pérdida del bienestar fetal, Asfixia, Recién nacido pretérmino, Restricción del crecimiento fetal, insuficiencia respiratoria del recién nacido, taquipnea transitoria del Rn (TTRN), síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido, síndrome de aspiración de meconial (SAM), trauma obstétrico. (MINSa, 2013)

Pérdida del bienestar fetal:

Bienestar fetal es el término empleado para mostrar el equilibrio del homeostasis como resultado del funcionamiento e intercambio adecuado entre los 3 compartimientos: materno,

fetal y trofoblasto; en el que todos los parámetros bioquímicos, biofísicos y biológicos se encuentran dentro de la normalidad. La Asfixia o deficiencia general de oxígeno también afecta a los órganos centrales de alta prioridad. (MINSA, 2013)

Asfixia Neonatal

El término asfixia viene del griego A= (negación o privación) y —sphixis= pulso, asfixia es un síndrome caracterizado por la suspensión o grave disminución del intercambio gaseoso a nivel de la placenta o de los pulmones, que resulta en hipoxemia, hipercapnia e hipoxia tisular con acidosis metabólica. La hipoxia fetal puede producirse por causas que afecten a la madre, a la placenta y/o cordón umbilical o al propio feto. La asfixia perinatal puede ocurrir antes del nacimiento (20%), durante el trabajo de parto (70%) o en el período neonatal (10%).

Asfixia neonatal severa: respiración ausente o jadeante, pulso del cordón o frecuencia cardíaca al nacer menor de 100 latidos por minuto, inestable o con tendencia a disminuir, palidez y ausencia de tono muscular. Con Apgar al primer minuto de 0 – 3 y la asfixia neonatal moderada, la respiración normal no es establece dentro de un minuto, pulso o frecuencia cardíaca es >100 latidos por minuto, presenta cianosis central o generalizada, el tono muscular es débil y hay alguna respuesta a los estímulos. Apgar al primer minuto de 4 - 7. (MINSA, 2013)

Recién Nacido Pre término

Hasta el 10% de los RN con peso muy bajo al nacer supervivientes tienen algunas incapacidades neurológicas, sin embargo, dentro de la UCIN, existe un gran porcentaje de niños/as que solamente tienen una enfermedad leve o transitoria, de tal modo que, a primera vista, es poco probable que cause alguna secuela. (MINSA, 2013)

Categorías de edad gestacional al nacimiento:

- Término precoz: 37 – 38 semanas.
- Prematuro tardío: 34 – 36 semanas.
- Moderada: 30 – 33 semanas.
- Extrema: 26 – 29 semanas.
- Muy extrema: 22 – 25 semanas.

Según su peso al nacimiento se clasifica:

- Peso bajo al nacer (< 2500 gr)
- Recién nacidos de muy bajo peso (< 1500 gr)
- Peso extremadamente bajo al nacer (< 1000 gr)
- RN Pretérmino Estable

Bajo peso al Nacer

El bajo peso al nacer (BPN), es el índice predictivo más importante de la mortalidad infantil pues se ha demostrado que al menos la mitad del total de muertes perinatales ocurren en recién nacidos con bajo peso. Se enfatiza en que para alcanzar tasas de mortalidad infantil inferiores a 10 x 1000 nacidos vivos es indispensable un índice de BPN inferior al 6%, del cual el 60% debe corresponder a los nacidos entre las 21 y las 37 semanas de gestación (pre términos) y un 40% a los que nacen con un peso inferior al que le corresponde para su edad gestacional, conocido por múltiples sinonimias, de ellas, la más comúnmente usadas es el crecimiento intrauterino retardado (CIUR). (MINSA, 2013)

Cuando el recién nacido presenta un peso menor a 2500 g, se clasifica en: ·

- Peso bajo: < 2500 g.
- Peso muy bajo: < 1500 g.
- Peso extremadamente bajo: < 1000 g.

Entre las menores de 17 años hay mayor frecuencia de bajos pesos, con una prevalencia cercana al 14% de RN con menos de 2500 g. Los estudios acerca de la repercusión de la nutrición materna sobre el peso al nacer se han dirigido al análisis de la influencia del estado nutricional previo al embarazo y la nutrición durante el embarazo.

Recién Nacido con restricción de crecimiento fetal (RCF)

Se refiere a dos situaciones, bajo peso para la edad gestacional y la talla por encima del percentil 10 para la EG. Corresponde al recién nacido que se ubica por su peso por debajo o en el percentil 10, o más de 2 desviaciones estándar por debajo de la media para la edad gestacional y dependiendo del momento de su aparición puede afectar talla y perímetro cefálico. La RCF se determina mediante el índice de Rohrer (Índice ponderal o índice pondoestatural, .se puede clasificar en tipo I, Simétrico (retardo proporcionado) y tipo II asimétrico (retardo desproporcionado). (MINSa, 2013)

Malformaciones.

Se informa mayor incidencia entre hijos de adolescentes menores de 15 años (20%) respecto de las de mayor edad (4%), siendo los defectos de cierre del tubo neural las malformaciones más frecuentes, y con un número importante de retrasos mentales de por vida. Su índice es elevado entre las adolescentes, disminuyendo con la edad (39,4% hasta los

16 años y 30,7% entre las mayores de 19 años). La mortalidad materna en adolescentes. En muchos países en desarrollo es francamente más alta. (MINSA, 2013).

Insuficiencia respiratoria en el Recién Nacido

Es el estado clínico en el que no se logra satisfacer o se satisfacen con gran incremento en el esfuerzo respiratorio, los requerimientos de oxígeno(O₂) de las células para su metabolismo aeróbico y la eliminación del bióxido de carbono (CO₂) producido. Constituye la causa más frecuente de morbilidad en el período neonatal, y puede afectar al 2-3% de los recién nacidos y hasta el 20% de los que tienen un peso al nacer menor de 2,5 kg. En Nicaragua un 60% de los RN ingresados a neonatología es por insuficiencia respiratoria. (MINSA, 2013)

Taquipnea Transitoria del Recién Nacido (TTRN)

La TTRN es un trastorno del parénquima pulmonar caracterizado por edema pulmonar resultante de un retardo en la reabsorción y eliminación del líquido pulmonar fetal y anomalías del surfactante en grados variables. Es una de las causas más comunes de dificultad respiratoria en el período neonatal inmediato y actualmente puede ser sub diagnosticado. Comprende del 35 al 50% de todos los casos de dificultad respiratoria no infecciosa que ingresan a las unidades de cuidado intensivo neonatal. Ocurre de 3.6 a 5.7 por 1000 recién nacidos de término (37 a < 42 semanas). La retención del líquido pulmonar fetal es más común en neonatos pretérmino (hasta 10 por 1,000 nacimientos), pero usualmente hay problemas coexistentes como síndrome de dificultad respiratoria (SDR) que puede enmascarar su presentación. (MINSA, 2013)

Síndrome de Dificultad Respiratoria del recién nacido (SDR)

Es una enfermedad caracterizada por Inmadurez del desarrollo anatómico y fisiológico pulmonar del recién nacido pretérmino, cuyo principal componente es la deficiencia cualitativa y cuantitativa de surfactante que causa deterioro progresivo pulmonar con atelectasia difusa e inadecuado intercambio gaseoso. (MINSa, 2013). El SDR es visto casi exclusivamente en los neonatos pretérmino, antes que los pulmones comienzan a fabricar cantidades adecuadas de surfactante. De hecho, el riesgo de SDR disminuye con la edad gestacional: 60% de los RN menores 28 semanas, el 30% de los RN entre 28 y 34 semanas y menos del 5% en >34 semanas. Es la principal causa de insuficiencia respiratoria en el recién nacido pretérmino y una de las principales causas de muerte del país, con mayor prevalencia en los SILAIS de Managua, Jinotega, Chontales, Chinandega, León, Nueva Segovia y Granada.

Síndrome de Aspiración de Líquido Meconial (SAM)

Se define como dificultad respiratoria (DR) en un recién nacido a término o casi a término con líquido amniótico teñido de meconio, cuyos síntomas no pueden explicarse de otra manera. La enfermedad se caracteriza por un inicio precoz de insuficiencia respiratoria en un neonato teñido de meconio, con distensibilidad pulmonar deficiente, hipoxia, hipercapnia y acidosis. Clásicamente se caracteriza por la presencia de DR intensa, precoz y progresiva con taquipnea, retracciones, espiración prolongada e hipoxemia, en un neonato que presenta uñas, cabello y cordón umbilical teñidos de meconio. Se clasifica: (MINSa, 2013)

- SAM leve: requerimientos de O₂ <40% por <48h.
- SAM moderado: requerimientos de O₂ >40% por lo menos 48h.
- SAM severo: requerimientos de VM asistida y asociado frecuentemente a hipertensión pulmonar persistente neonatal (HPPN).

Traumatismo del Nacimiento

El National Vital Statistics Report, define la lesión Intraparto como una alteración de la función o estructura corporal del lactante debido a influencia adversa que se producen durante el parto, las lesiones pueden suceder antes del nacimiento, durante el parto o durante la reanimación, puede ser evitable o inevitable. Los traumas pueden ser parafisiológicos; relacionados con el mecanismo del parto, son superficiales no requieren tratamiento (edema, caput succedaneum, etc.) y los patológicos clasificados de acuerdo a órganos o tejidos afectados (traumas cutáneos osteocartilaginosos, musculares etc.) el manejo depende de la gravedad.

Traumas parafisiológicos:

- Caput Succedáneum.
- Hiperostosis.
- Tumefacción de las zonas de presentación.
- Hemorragias subconjuntivales.
- Petequias y equimosis

Traumas patológicos:

- Superficiales: Adiponecrosis y laceraciones
- Profundos: traumatismos musculares, óseos, osteocartilaginosos, del sistema nervioso y lesiones de los nervios craneales, medula espinal y nervios periféricos.

CAPITULO II: DISEÑO METODOLOGICO

2.1. Tipo de estudio:

Se realizó un estudio con enfoque cuantitativo, de alcance descriptivo y según la secuencia en el tiempo de corte transversal.

2.2. Caracterización de la unidad de observación:

El embarazo durante la adolescencia constituye uno de los principales motivos de consulta a la unidad de salud entre las mujeres adolescentes principalmente entre los 15 y 19 años de edad, por naturaleza propia de la región acuden de diferentes partes de Nicaragua por época de "cortes de café" ocasionando una alta tasa de atenciones perinatales durante la época de noviembre – diciembre, procedentes principalmente del norte de Jinotega del municipio de Bocay, Ayapal y Alto Wanky y en menor medida del sur del país como San Carlos, Masaya, Rivas y Granada, cabe mencionar que son adolescentes las cuales han sido separadas de sus familias para unirse con su Pareja ya sea en matrimonio a temprana edad o unión libre, aunque muchas de ellas permanecen solteras, con baja escolaridad y no se produce la reinserción escolar en muchos de los casos. Por la geografía de la región en muchas ocasiones dificulta la atención perinatal por lo que hay baja asistencia a la cantidad de controles prenatales normados y en otros casos la afinidad a determinadas religiones o creencias ocasiona la baja asistencia y en otros casos que se lleguen a desarrollar complicaciones para corroborar el hecho en 2021 se produjeron 14 partos extra hospitalarios de los cuales todas eran adolescentes en muchos de los casos agravados por las condiciones geográficas de la región.

2.3. Universo

Todas las pacientes embarazadas adolescentes que acudieron al parto en el Hospital Héroes y Mártires del Cuá en el periodo de enero a diciembre de 2021, Para un total de 93 pacientes.

2.4. Muestra

Para el Tamaño de la muestra se tomó todo el universo como muestra dado que se trata de una cantidad pequeña, para un total de 93 pacientes.

2.5. Criterios de inclusión:

- Disponer de expediente completo en archivos o en actas.
- Todos los controles registrados en su HCP
- Parto institucional.

2.7. Criterios de exclusión:

- Enfermedades crónicas previas al embarazo (HTA, DM2, LES).
- Parto domiciliar o extra hospitalario.
- Que no cumplan con los criterios de inclusión.

2.8. Técnicas y procedimientos

La técnica que se utilizó fue la revisión documental mediante la revisión de los expedientes clínicos y el libro de partos, por lo que la fuente de información fue secundaria; se elaboró una ficha de revisión de expediente y libro de parto, según los objetivos de la investigación. Se solicitó permiso a las autoridades del hospital para la revisión de los expedientes y libro de partos, de esta manera se obtuvo la información necesaria que cumpliera con los criterios de inclusión y exclusión ya planteados. Se validó el instrumento

con la revisión de 4 expedientes en registro, los cuales ya han sido sometidos a revisión, análisis y auditoría médica, se revisó el instrumento que cumple con los elementos necesarios para la obtención de la información. (Ver ficha de anexo).

2.9. Plan de tabulación

Una vez recolectada la información se elabora una base de datos en el programa estadístico SPSS, posteriormente se procesan los datos previamente evaluada la calidad del mismo, se derivan del programa SPSS tablas de frecuencia y porcentajes y gráficos de barras y de pastel, se exportan a Microsoft Excel y luego a Microsoft Word para su debida presentación en el informe final. En las tablas, primeramente, se incluyeron las variables que caracterizan socio demográficamente a las pacientes, en el segundo acápite se incluyeron los datos de la historia perinatal base y en tercer lugar el acápite conformado por complicaciones que presentaron las pacientes del estudio.

2.10 Plan de análisis.

El análisis de la información se realizó en base a las naturalezas de las variables previstas en cada objetivo del estudio, para las variables cuantitativas se realizó un análisis descriptivo de la medición de valores de media, porcentajes, valores mínimos y máximos en ciertas variables, las variables cualitativas se midió frecuencia y porcentaje. Además, se realizan los siguientes cruces de variables:

- Edad vs complicaciones maternas y neonatales.
- Número de controles prenatales vs complicaciones maternas y neonatales.

2.11. Enunciado de las variables por objetivo

Objetivo 1: Caracterizar socio demográficamente a las adolescentes y recién nacidos en estudio.

- Edad.
- Procedencia.
- Escolaridad.
- Estado civil
- Estado Nutricional
- Características del recién nacido.

Objetivo 2: Describir los datos de la historia clínica perinatal del grupo en estudio.

- Antecedentes patológicos familiares
- Características ginecobstetricas.
- Identificación del riesgo perinatal.
- Egreso Hospitalario.

Objetivo 3: Identificar las complicaciones - materno fetales de la población en estudio.

- Complicaciones maternas
- Complicaciones neonatales.

2.12. Operacionalización de las variables

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
Edad	Años vividos al momento del estudio.		Años	10 – 13 14 – 16 17 - 19
Procedencia	Lugar de origen de las adolescentes del estudio.		Zona	Rural Urbana
Escolaridad	Nivel académico alcanzado			Primaria Primaria incompleta. Secundaria Secundaria incompleta Universitario ninguna
Estado Civil	Situación de convivencia de pareja en el momento del estudio.		Situación Actual	Soltera. Casada. Acompañada.
Estado nutricional	Corresponde a la evaluación del estado nutricional al inicio del embarazo, la talla y la ganancia de peso durante el embarazo.	Clasificación IMC	Clasificación OMS	Bajo peso Normal Sobre peso Obesidad clase 1, 2 y 3.
		Talla	Metros	>1.50 <1.49
		Ganancia de peso durante el embarazo	Clasificación OMS	Por debajo del requerido Adecuado Por encima del requerido.
Característica del recién Nacido	Las principales características del recién nacido	Peso al Nacer	Clasificación	Normal Bajo peso Muy bajo peso
		Sexo	Fenotipo	Masculino Femenino
		Apgar	Escala apgar	Normal Asfixia leve Asfixia severa
Antecedentes Patológicos Familiares	Conjunto de enfermedades o Hábitos tóxicos que presentaron los familiares de primera línea de las pacientes	Antecedentes familiares	Tipo de patología	Tuberculosis Diabetes Mellitus Hipertensión Arterial Obesidad Síndrome Hipertensivo Gestacional Hemorragias postparto

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
Características ginecobstetricas	Conjunto de información sobre la salud reproductiva de las pacientes	Controles prenatales	Número de controles	>6 3 – 5 <3
		Gestas	Número	Primigestas Bigestas para 1 Trigestas para 2 Bigestas aborto 1 Trigestas abortos 2
		Edad gestacional	Semanas de gestación	<37 37 – 40.6 41 – 41.6 >41
		Antecedentes patológicos Personales	Tipo de patología	Rh negativo Oligohidramnios Amenaza de aborto APP Muerte fetal Obesidad Bajo peso
Descripción del riesgo perinatal	Conjunto de características de genotípicas y fenotípicas, socioculturales y el medio ambiente que ponen en riesgo la salud de la paciente.	Factores de riesgo	Factores de riesgo	Analfabetismo Procedencia rural Soltera Bajo peso/sobre peso/obesidad. Ganancia de peso por debajo del requerido para IMC Anemia Presencia de antecedentes patológicos personales y familiares de riesgo.
Egreso hospitalario	Destino final de la paciente		Tipo	Alta Traslado Fallecido.
Complicaciones maternas	Conjunto de enfermedades o síndromes que padecieron las adolescentes del estudio durante el embarazo		Tipo de patología	Preclampsia Preclampsia grave Covid leve Hemorragia postparto RPM Oligohidramnios IVU Candidiasis Vaginal
Complicaciones neonatales	Son las complicaciones de los productos		Tipo de patología.	Producto prematuro Muy bajo peso al nacer RCIU

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
	de las adolescentes durante el embarazo y el parto.			Perdida del Bienestar fetal RPBF Bajo peso al nacer

2.13. Aspectos Éticos

Se respetó la información extraída en los expedientes de las pacientes. Esto solo se realizó con fines académicos. Se solicitó el permiso correspondiente a través de una carta firmada por nuestro docente asignado y sellada por la facultad de medicina a, posteriormente a la aprobación se recolecto la información a través de fichas.

Se determinaron los criterios de Helsinky, donde se determinó que este trabajo no pone en riesgo la vida de un paciente, ni de su identidad, ni hay riesgo al autor.

CAPITULO III: DESARROLLO

3.1. Resultados

Respecto a las características sociodemográficas de las adolescentes embarazadas, se encontraron en el rango de los 17 y 19 años con una frecuencia de 58 (62.4%), seguido de las adolescentes de 14 a 16 años 33 (35.5%) y las adolescentes de 10 a 13 años con 2 (2.2%); La procedencia rural con 77 (82.8%) frente a la urbana con 16 (17.20%). Por otro lado, la escolaridad predominó primaria con 50 (53.8%) seguido de la secundaria con 33 (35.5%) y ningún grado de escolaridad con 10 (10.75%). 5 (5.4%) estaban casadas, en unión estable 78 (83.9%), se encontró que 3 (3.2%) en estado de bajo peso, 63 (67.7%) en estado nutricional normal, 25 (26.9%) en sobre peso y 2 (2.2%) en estado de obesidad clase I, en cuanto a la talla 45 (48.4%) eran >1.50m y 48 (51.6%) en talla baja <1.50m. La ganancia ponderal de peso durante todo el embarazo en función de las necesidades requeridas según el IMC, 54 (58.1%) por debajo del requerido, 20 (21.5%) con ganancia adecuada, 1 (1.1%) de ganancia por encima y 18 (19.4%) no presentaba datos estimados. Ver anexo tabla 1.

Dentro las características encontradas de los recién nacidos, 79 (84.9%) presentaron un peso adecuado al nacimiento, 13 (14%) nacieron en estado de bajo peso y 1 (1.1%) en muy bajo peso al nacer correspondiente a un parto prematuro, 49 (52.7%) de los partos que se presentaron fueron masculinos y 44 (47.3%) fueron femeninos, 89 (95.7%) presentó una buena adaptación cardiorrespiratoria al nacimiento, 3 recién nacidos (3.22%) presentaron asfixia neonatal leve recuperada y 1 (1.07%) presentó depresión cardiorrespiratoria severa la cual fue también recuperada. Ver anexo Tabla 2.

En relación a la frecuencia de los antecedentes familiares de las pacientes la principal fue la hipertensión arterial crónica con 8 (8.6%), seguido de la diabetes mellitus con 5 (5.37%), Tb pulmonar con 2 (2.15%), y la gran mayoría 78 (83.87%) con antecedentes negados o no identificados. Ver anexo tabla 3.

En las características gineco obstétricas se encontró que al menos 7 (7.52%) acudieron a más de 6 controles prenatales, 37 (39.78%) se realizaron de 3 a 5 controles y 49 (52.68%) menos de 3 controles prenatales, 81 (87.09%) fueron primigestas, seguido de 7 bgP1 (7.52%), 2 pacientes TgP2 (2.15%), 2 BgA1 (2.15%) en menos de un año y 1 (1.08%) TgA2. Con respecto a la edad gestacional al parto se presentó que 3 (3.2%) fue parto <37 semanas, 75 (80.64%) se presentaron con embarazos a término, 11 (11.82%) con embarazo en vías de prolongación y 4 (4.3%) con embarazo prolongado. En los antecedentes patológicos personales se encontró que en embarazos anteriores 1 (1.07%) presento oligohidramnios, 1 (1.07%) presento preclampsia, 1 (1.07%) presento Amenaza de aborto, 2 (2.15%) eran Rh negativo, 2 (2.15%) Óbito fetal, Obesidad Clase I fueron 2 (2.15%), 3 (3.22%) presentaron bajo peso, 3 (3.22%) presentaron Amenaza de parto Pretérmino y 73 (78.53%) con antecedentes negados o no identificados. Ver anexo tabla 4.

Dentro de los principales factores de riesgo identificados en las pacientes se encuentran 10 (10.75%) en estado de analfabetismo, 77 (82.79%) de procedencia rural, 10 (10.75%) se encontrabas solteras o solas, 27 (29.1%) presentó obesidad y sobre peso, 54 (58.1%) no gano el peso requerido para el embarazo, 13 (14%) anemia OMS1, 15 (16.12%) anemia OMS2, 5 (5.37%) anemia OMS3, 40 (43.01%) no se les realizó PAP y 53 (56.98%) no se le realizó estudio odontológico, el 100% tenían sus esquemas completos de vacunas covid, se egresaron vivas 88 (94.62%) y 5 (5.38%) se trasladaron de emergencia a una unidad de mayor resolución. Ver anexo tabla 5.

En relación a las complicaciones maternas 42 (45.2%) presentaron alguna complicación materna y 51 (54.8%) no tuvieron ninguna complicación; con respecto al tipo de complicación estaban la candidiasis vaginal con 23 (24.8%), la infección de vías urinarias con 28 (30.10%), el oligohidramnios con 5 (5.37%), la hemorragia postparto y la RPM con

3 (3.22%) cada una, la preclampsia y la preclampsia grave con un 1 (1.07%) cada una, y un caso de covid leve 1.07%. Ver anexo Tabla 6.

En relación a las complicaciones del recién nacido en primer lugar se encontró el bajo peso al nacer con 13 (14%), en segundo lugar, el riesgo de pérdida del bienestar fetal con 6 (6.5%), en tercer lugar, la pérdida del bienestar fetal con 4 (4.3%), en cuarto lugar, la restricción del crecimiento intrauterino con 2 (2.2%) y en último lugar tenemos el muy bajo peso al nacer y el producto prematuro con 1 (1.1%) cada uno. Ver anexo Tabla 7.

El grupo etáreo de 17 – 19 años presentó una mayor frecuencia de complicaciones maternas y neonatales, presentando las más graves como la preclampsia 1 (1.1%), preclampsia grave 1 (1.1%), la hemorragia postparto 2 (2.2%), pérdida del Bienestar Fetal 2 (2.2%) y el bajo peso al nacer 4 (4.3%). Ver anexo tabla 8.

Con menos de 3 controles encontramos la preclampsia 1 (1.1%), preclampsia grave 1 (1.1%), la hemorragia postparto 2 (2.2%), RPM 2 (2.2%), oligohidramnios 2 (2.2%), infección de vías urinarias 9 (9.7%) y la candidiasis vaginal 17 (18.3%), riesgo de pérdida del bienestar fetal 3 (3.2%), la pérdida del bienestar fetal 1 (1.1%) y el bajo peso al nacer 11 (11.9%). De 5 a 3 controles principalmente encontramos el oligohidramnios 2 (2.2%), la infección de vías urinarias 19 (20.5%), la candidiasis vaginal 6 (6.5%), el RPBF 3 (3.2%) la pérdida del bienestar fetal 2 (2.2%) y el bajo peso al nacer 1 (1.1%), con más de 6 controles realizados encontramos la prematuridad 2 (2.2%), oligohidramnios 1 (1.1%), el muy bajo peso al nacer 1 (1.1%), RCIU 1 (1.1%), la pérdida del bienestar fetal 1 (1.1%) y el bajo peso al nacer 1 (1.1%). Ver anexo tabla 9.

3.2. Discusión.

El embarazo adolescente sigue siendo un problema de salud pública que supone una alta morbi-mortalidad materno-fetal, según diversos estudios realizados tanto internacional como nacionalmente. En el caso de este estudio, la edad del embarazo adolescente que prevaleció oscila entre los 17-19 años con un 62.4% seguido de un 35.5% en las edades de 17-19 años, coincidiendo con el estudio realizado en 2016 en El Hospital Nicaragüense en Managua por Cruz. En el cual el rango de 17-19 años también prevaleció.

En cuanto a la procedencia de las adolescentes embarazadas en estudio, nuestro estudio discrepó con el estudio de Cruz ya que prevaleció el origen rural de la población de estudio, claramente por lo zona donde se llevó a cabo la recolección de los datos, donde a pesar de que hay un casco urbano, la mayoría de la población vive en el área rural.

En cuanto a la escolaridad, a diferencia de estudios nacionales como el de Cruz (2016) e internacionales como el de Navas (2021) donde hay mayores porcentajes de nivel secundaria, en nuestro estudio prevaleció el nivel de estudio primaria con un 53.8% de la población de estudio, y en segundo lugar secundaria con un 35.5%. Ello probablemente se deba a que en los primeros trabajos mencionados, las pacientes provenían de áreas urbanas donde el acceso a la educación es más accesible.

Al observar los datos del estado civil de nuestras pacientes estudiadas, obtuvimos resultados similares a los de Navas (México, 2021) y Cruz (Mga, Nicaragua, 2016) con un predominio de unión estable, con un 83.9%.

Analizando el estado nutricional en nuestro estudio, el peso normal primó en la clasificación del IMC con un 67.7% a diferencia de estudios internacionales como el realizado por Vásquez en El Salvador (2017), donde el estado nutricional de mayor frecuencia fue el sobrepeso. Seguido de ello, el sobrepeso comprende un 26.9%.

En cuanto a la ganancia de peso, según las recomendaciones internacionales, en nuestro estudio la ganancia de peso se encontraba por debajo de lo requerido con un 58.1%, a diferencia de estudios internacionales como uno realizado en Argentina por Gómez (2018), donde la mayoría de embarazadas adolescentes tuvo una ganancia de peso mayor a la requerida. La baja ganancia de peso en sí no es un factor determinante de futuras complicaciones perinatales, pero en asociación con otros factores, puede representar una amenaza significativa para desarrollarlas.

Analizando los datos de los recién nacidos dentro del estudio, pudimos observar que el peso principalmente fue normal, con un 84.9%, seguido de bajo peso con un 14% y muy bajo peso con 1.1%. Esto concuerda con el estudio de Vásquez (El Salvador, 2017), en el cual el 82.63% correspondía también a normopeso. Igualmente se observaron resultados similares en el estudio de Cruz realizado en zona urbana del país (Mga, Nicaragua 2016) con normopeso encontrado mayor al 80% y un bajo peso de un 8%, menor al de nuestro estudio, realizado en área rural. Cuando se trata del sexo, el sexo masculino (52.7%) se encontró en mayor frecuencia que el femenino (47.3%), al igual que en el estudio nacional de Rodas realizado en Nueva Segovia (2013).

Refiriéndonos al apgar de los recién nacidos que comprenden esta investigación, el 95.7% de ellos presentó un apgar normal y solo el 4.3% presentaron asfixia leve y severa. Datos que se asimilan a datos obtenidos por Cruz (Mga, Nicaragua 2016), en el cual las cifras de asfixia fueron un poco mayores, con el 8%.

Dentro de nuestros antecedentes no encontramos estudios que reflejen los APF, sin embargo, en nuestro trabajo la mayoría de los APF estaban negados (83.9%).

En cuanto a las características obstétricas, encontramos que la mayoría de las adolescentes eran primigestas con un 87.1% en concordancia con estudios tanto internacionales (Nava, México, 2021) como nacionales (Díaz, Nicaragua, 2016).

Con relación a la gestación de las embarazadas en estudio, la mayoría tuvo menos de 3 controles prenatales y también predominó edad gestacional a término con un 92.5%, post-término un 4.3% y por último pre-término con un 3.2%, lo que llama la atención ya que es menor en comparación a estudios tanto nacionales como internacionales en los cuales los porcentajes de parto pretérmino oscilan entre los 9 y 11% como en los estudios de Díaz (Nicaragua, 2016) y Nava (México, 2021).

Analizando los antecedentes personales patológicos de las pacientes en estudio un 73% de los antecedentes fueron negados, seguido por bajo peso de la madre con un 3.3% y la misma cifra para APP en pacientes con embarazos anteriores. No encontramos investigaciones que valoraran los mismos antecedentes para realizar comparaciones.

Con respecto a los factores de riesgo encontrados en nuestro trabajo monográfico encontramos entre los principales, la procedencia rural en un 82.9% que condiciona el acceso de las pacientes a las instalaciones de salud, en segundo lugar, la poca ganancia de peso con un 58.1% que condiciona sobre todo el crecimiento fetal intrauterino, la falta de control odontológico y la realización de Paps en 3ro y 4to lugar respectivamente. También cabe mencionar la anemia en un 33% que hace más vulnerables a las pacientes en caso de hemorragias post-parto, y el analfabetismo que se ha comprobado en diversos estudios internacionales que influye en futuras complicaciones de la embarazada adolescente al tener desconocimiento sobre señales de peligro.

En referente a los egresos maternos un 94.7% de las pacientes fueron dadas de alta y 5% trasladadas al Hospital. De Jinotega, y no hubo muertes maternas, en similitud con el estudio realizado por Rodas (2013, Nicaragua), en el cual tampoco hubo muertes maternas.

Con relación a las complicaciones maternas, en nuestro estudio encontramos las infecciones urinarias y vaginales entre las principales, seguidas de Oligohidramnios, la hemorragia post-parto, RPM, y por último la preclampsia y preclampsia grave. Ciertas similitudes encontramos con la investigación de Cruz (Mga, Nicaragua, 2016) en la cual las infecciones urinarias son la principal complicación en adolescentes, sin embargo, la preclampsia tiene un alto porcentaje en sus cifras, que se diferencia de nuestros datos. A nivel nacional, nuestras cifras se relacionan con las complicaciones que más frecuentemente representa una alta tasa de morbi-mortalidad materna: en primer lugar, la HPP y luego la preclampsia.

Finalmente, en cuanto a las complicaciones neonatales, la más común encontrada en nuestro estudio fue el bajo peso al nacer, seguido del riesgo de pérdida del bienestar fetal, pérdida del bienestar fetal y el producto prematuro. El bajo peso al nacer es muy frecuente en embarazos adolescentes, y eso lo comprobamos al compararlo con el estudio de Cruz (Mga, Nicaragua, 2016) en el cual también representa uno de los mayores porcentajes. Igualmente, en una investigación realizada internacionalmente por García et. Al. (México, 2017) se determinó que un 16.6% de los neonatos de adolescentes tenían bajo peso al nacer.

En El grupo etáreo de 17 – 19 años presento una mayor frecuencia de complicaciones maternas y neonatales, presentando las más graves como la preclampsia 1 (1.1%), preclampsia grave 1, la hemorragia postparto 2, pérdida del Bienestar Fetal 2 y el bajo peso al nacer 4.

La presencia de complicaciones maternas y neonatales se encuentran estrechamente relacionadas en las pacientes con menos controles prenatales realizados a lo normado que son 6 controles durante el embarazo, con menos de 3 controles encontramos la preclampsia 1, preclampsia grave 1, la hemorragia postparto 2, RPM 2, oligohidramnios 2, infección de vías urinarias 9 y la candidiasis vaginal 17, riesgo de pérdida del bienestar fetal 3, la pérdida del bienestar fetal 1 y el bajo peso al nacer 11. nuestras cifras se relacionan con las complicaciones que más frecuentemente representa una alta tasa de morbi-mortalidad materna: en primer lugar, la HPP y luego la preclampsia.

De 5 a 3 controles principalmente encontramos el oligohidramnios 2, la infección de vías urinarias 19, la candidiasis vaginal 6, el RPBF 3, la pérdida del bienestar fetal 2 y el bajo peso al nacer 1. Similitudes encontramos con la investigación de Cruz (Mga, Nicaragua, 2016) en la cual las infecciones urinarias son la principal complicación en adolescentes.

Con más de 6 controles realizados encontramos la prematuridad 2, oligohidramnios 1, el muy bajo peso al nacer 1, RCIU 1, la pérdida del bienestar fetal 1 y el bajo peso al nacer 1. El bajo peso al nacer es muy frecuente en embarazos adolescentes, y eso lo comprobamos al compararlo con el estudio de Cruz (Mga, Nicaragua, 2016) en el cual también representa uno de los mayores porcentajes.

3.3. Conclusiones.

Dentro de las características sociodemográficas de las adolescentes del estudio prevalece el grupo etáreo entre los 17 y 19, procedencia rural, escolaridad primaria y en unión estable. En las características de los recién nacidos sobresalen los que tuvieron peso normal al nacer, del sexo masculino y con apgar normal al nacer.

Con respecto a los datos de la historia clínica perinatal se encontró que más de la mitad tenían un estado nutricional con un IMC normal, de baja talla y con una ganancia de peso total durante el embarazo por debajo del requerido. Sin antecedentes patológicos familiares identificados, con menos de 3 controles prenatales, primigestas, con embarazos a término y antecedentes patológico personal negados en menor frecuencia patologías en embarazos previos como la APP, bajo peso, muerte fetal, amenaza de aborto, preclampsia, oligohidramnios y Rh negativo. Los factores de riesgo observados eran con mayor frecuencia la ganancia de peso por debajo del requerido, las pacientes las cuales no se les realizó PAP, adolescentes sin estudios odontológicos, el sobre peso/obesidad y en menor frecuencia, el analfabetismo, solteras y algún tipo de Anemia. los egresos fueron las altas hospitalarias.

En las complicaciones maternas la mayoría presentó candidiasis vaginal, infección de vías urinarias, oligohidramnios y en menor frecuencia de la hemorragia post parto y RPM, la preclampsia, preclampsia grave, presentándose un caso extraordinario de covid Leve. En las complicaciones neonatales se presentó con mayor frecuencia el bajo peso al nacer y el riesgo de pérdida del Bienestar Fetal, seguido de la pérdida del bienestar fetal y la prematuridad.

3.4.Recomendaciones

Al Ministerio de Salud:

- Implementar estrategias de información, educación y comunicación orientada a disminuir el riesgo reproductivo en adolescentes.
- Fomentar la creación de los círculos o clubes de adolescentes.

Al Hospital Héroes y Mártires El Cuá:

- Reorientar las estrategias de atención médica para garantizar una atención integral, con calidad y calidez hacia las pacientes embarazada.
- Mejorar en la detección oportuna de los factores de riesgos.

A los Centros de Salud de atención Primaria:

- Brindar seguimiento a las pacientes adolescentes por medio de planificación familiar para prevenir nuevos embarazos
- Brindar consejería sobre la atención postnatal.
- Implementar las charlas educativas y consejerías a pacientes adolescentes acerca de salud reproductiva, métodos anticonceptivos y complicaciones del embarazo.

A las Adolescentes:

- Seguir las orientaciones brindadas durante la atención prenatal y post natal.
- Acudir a sus controles prenatales.

CAPÍTULO IV: BIBLIOGRAFÍA

4.1. BIBLIOGRAFÍA

- Allen, B., & Waterman, H. (21 de Mayo de 2019). *Etapas de la adolescencia*. Obtenido de Healthy Children: <https://www.healthychildren.org/Spanish/ages-stages/teen/Paginas/Stages-of-Adolescence.aspx>
- Astorga, J. M. (01 de Octubre de 2012). *Conocimientos sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes*. Obtenido de Mediagraphic: <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2012/09/03/Astorga-Jose.pdf>
- Baena, A., Alba, A., Jaramillo, C., Quiroga, S., & Luque, L. (08 de 2012). *UNAM*. Obtenido de http://revistas.unam.mx/index.php/atencion_familiar/article/view/33626/30699
- Bunce, E., & Heine, R. (01 de Junio de 2021). *Sangrado vaginal en el primer trimestre del embarazo*. Obtenido de Manual MSD: <https://www.msmanuals.com/es/hogar/salud-femenina/s%C3%ADntomas-durante-el-embarazo/sangrado-vaginal-en-el-primer-trimestre-del-embarazo>
- Carranza, D. (01 de 03 de 2018). *Latinoamérica, segunda región con mayor tasa de embarazo adolescente*. Obtenido de Andalou Agency: <https://www.aa.com.tr/es/mundo/latinoam%C3%A9rica-segunda-regi%C3%B3n-con-mayor-tasa-de-embarazo-adolescente/1077595#>
- Coronado, L. (10 de Noviembre de 2017). *FACTORES QUE INFLUYEN EN LOS EMBARAZOS EN ADOLESCENTES*. Obtenido de Mediagraphic: <file:///C:/Users/Luis/Downloads/Coronado-Lucrecia.pdf>
- Cruz, E. (03 de 2016). *UNAN Managua*. Obtenido de <http://repositorio.unan.edu.ni/1549/1/58909.pdf>

- Cruz, F. (11 de Noviembre de 2016). *SANGRADO VAGINAL DEL III TRIMESTRE*. Obtenido de Revista Médica Sinergia: file:///C:/Users/Luis/Downloads/51-Texto%20del%20art%C3%ADculo-215-1-10-20180320%20(1).pdf
- Diario, E. N. (17 de Octubre de 2018). *Nicaragua entre los países con más embarazos adolescente en LA*. Obtenido de El Nuevo Diario: <https://www.elnuevodiario.com.ni/nacionales/477294-nicaragua-alta-tasa-embarazo-adolescente/>
- Díaz, A. (01 de 03 de 2016). *UNAN Managua*. Obtenido de <http://repositorio.unan.edu.ni/1498/1/15740.pdf>
- ENDESA. (01 de Junio de 2012). *Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud*. Obtenido de ENDESA: https://www.inide.gob.ni/docs/dataBases/Endesa11_12/InformePreliminar.pdf
- Estrada, A., Figueroa, R., & Villagrana, R. (22 de Septiembre de 2010). *Infección de vías urinarias en la mujer embarazada*. Obtenido de Mediagraphic: <https://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2010/ip103e.pdf>
- Fawed, O., Erazo, A., Carrasco, J., & Gonzales, D. (05 de 10 de 2016). *Complicaciones Obstétricas en Adolescentes y Mujeres adultas con o sin factores de riesgo*. Obtenido de iMedPub Journals: <http://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/complicaciones-obsteacutetricas-en-adolescentes-y-mujeres-adultas-con-o-sin-factores-de-riesgo-asociados-honduras-2016.pdf>
- Fawed, O., Erazo, A., Carrasco, J., & Gonzales, D. (05 de 10 de 2016). *iMedPub Journals*. Obtenido de <http://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/complicaciones-obsteacutetricas-en-adolescentes-y-mujeres-adultas-con-o-sin-factores-de-riesgo-asociados-honduras-2016.pdf>
- Figueroa, O., Dariel, A., Garcia, N., Aliocha, V., & Fernández, G. (01 de Septiembre de 2021). *Riesgos y complicaciones asociados al embarazo en la*

adolescencia. Obtenido de Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942021000500025&lng=es&tlng=es

Florez, C., & Soto, V. (2010). Factores protectores y factores de riesgo del embarazo adolescente. *Serie de Estudios a Profundidad*, 20.

FUNIDES. (10 de Octubre de 2016). *Embarazo adolescente en Nicaragua*. Obtenido de FUNIDES: https://funides.com/wp-content/uploads/2019/09/Causas_y_consecuencias_del_embarazo_adolescente_en_Nicaragua_Octubre_2016.pdf

García, A., Sánchez, C., & González, P. (2017). Embarazo adolescente: Resultados obstétricos. *Revista del Hospital Juárez de México*, 8-14.

García, A., Sánchez, S., & González, P. (01 de 01 de 2017). *Embarazo adolescente: resultados obstétricos*. Obtenido de Revista Hosp. Juárez México: <https://www.medigraphic.com/pdfs/juarez/ju-2017/ju171c.pdf>

García, C., & Toribio, J. (11 de 2013). *UNAN Managua*. Obtenido de <http://repositorio.unan.edu.ni/2953/1/76304.pdf>

Gázquez, M. d. (2008). Factores de riesgo para embarazo adolescente. *Medicin UPB*, 47-58.

Gomez, P. I. (2011). Factores relacionados con el embarazo y maternidad en menores de 15 años Lima Peru. *FLASOG*.

Gómez, S. (05 de 03 de 2010). *Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital de Pamplona*. Obtenido de Hemorragia en la gestación: <https://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v32s1/obstetricia1.pdf>

González, C., & Espinosa, A. (01 de Enero de 2021). *Resultados Perinatales En Adolescentes Atendidas En El Hospital De Ginecología Y Obstetricia Del*

Instituto Materno Infantil Del Estado De México. Obtenido de Repositorio Institucional UAEM: <http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/110949>

Issler, J. R. (2001). Embarazo en la adolescencia. *Revista de Posgrado de la Cátedra Vía Medicina*, 23.

Jiménez, M., Romero, E., MP., G., & C., B. (01 de Septiembre de 2017). *Resultados obstétricos y perinatales de las gestantes adolescentes atendidas en el Hosp. G.D.G.U.* Obtenido de Sanidad Militar: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1887-85712017000300158

LACRO, U. (28 de Febrero de 2020). *Consecuencias socioeconómicas del embarazo en la adolescencia en seis países de América latina y el Caribe*. Implementación de la metodología Mllena en Argentina, Colombia, Ecuador, Guatemala, México y Paraguay.: Fondo de Población de las Naciones Unidas . Obtenido de <https://lac.unfpa.org/es/temas/embarazo-en-adolescentes>

Lara, J. M. (2002). Adolescencia: cambios físicos y cognitivos. *Revista de la Facultad de Educación de Albacete*, 6.

López, P. (13 de Septiembre de 2021). *Embarazo adolescente, grave problema social*. Obtenido de Gaceta UNAM: <https://www.gaceta.unam.mx/embarazo-adolescente-grave-problema-social/>

Marín, S. (07 de Agosto de 2015). *INFECCIONES URINARIAS EN GESTANTES*. Obtenido de Repositorio académico USMP: https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/2410/marin_s.pdf?sequence=3&isAllowed=y#:~:text=Las%20complicaciones%20principales%20que%20una,%2C%20prematuridad%2C%20riesgo%20de%20infecci%C3%B3n.

Menéndez, G., Navas, I., & Hídalgo, Y. (17 de 02 de 2012). *SCIELO*. Obtenido de <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v38n3/gin06312.pdf>

- MINSA. (01 de Marzo de 2013). *Normativa 108*. Obtenido de Guia Clinica para la Atención del Neonato: https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/6356.pdf
- Montero, A., Ferrera, R., Paz, D., Pérez, M., & Díaz, Y. (15 de Febrero de 2022). *Riesgos maternos asociados a la prematuridad*. Obtenido de SCielo: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182019000501155&lng=es&tlng=es
- Monzón, L. (2006). Riesgos del embarazo adolescente. *Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina*.
- Moreno, L., & Malespín, V. (15 de Junio de 2014). *COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES* . Obtenido de UNAN Managua: <http://repositorio.unan.edu.ni/3635/1/72166.pdf>
- OMS. (31 de Enero de 2020). *El embarazo en la adolescencia*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
- OMS. (31 de Enero de 2020). *El Embarazo en la Adolescencia*. Obtenido de Organización Mundial de a Salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
- Organizacion de las Naciones Unidas para la Educacion, I. C. (2013). *Organizacion de las Naciones Unidas para la Educacion, la Ciencia y la Cultura*.
- Panduro, G., Jimenez, P., Peraza, D., & Quezada, N. (05 de 2012). *Ginecologia y Obstetricia Mexico*. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2012/gom1211c.pdf>
- Pérez, Á. V. (2013). Consideraciones para la prevención del Embarazo Adolescente. *Revista CON-CIENCIA*, 141-148.
- PlanInternational. (2012). Embarazo adolescente. *PlanInternational*, 4.

Planned Parenthood. (15 de Mayo de 2016). Los retos para disminuir el embarazo adolescente en Nicaragua. *Género y Salud en cifras*, 11.

Reyes, L. (13 de Diciembre de 2017). *Hemorragias de primer, segundo tercer trimestre del embarazo*. Obtenido de Ediciones Universidad Cooperatibva de Colombia:

https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/20507/1/2017_NC_Hemorragias%20de%20primer%2C%20segundo%20y%20tercer%20trimestre%20de%20gestaci%C3%B3n_Reyes.pdf

UNFPA. (2019). Situación de las Uniones a Temprana Edad. *UNFPA*, 112.

Urbina, S., & Vargas, M. (01 de 06 de 2016). *UNAN Managua*. Obtenido de <http://repositorio.unan.edu.ni/3031/1/60475.pdf>

Vallejo, J. (10 de Marzo de 2013). *Embarazo en adolescentes complicaciones*. Obtenido de Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc131m.pdf>

Vásquez-Castellón, N. (01 de Enero de 2017). *Resultados perinatales en embarazadas adolescentes en el Hospital Nacional de la Mujer M.I.R.* Obtenido de Biblioteca virtual en Salud: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1177873?lang=es>

Zamora, A., Panduro, G., Pérez, J., Quezada, N., & Gonzales, J. (2013). Embarazo en adolescentes y sus complicaciones materno. *Revista Medica MD*, 6.

Zúñiga, M., López, K., Vértiz, Á., Loyola, A., & Terán, Y. (08 de Febrero de 2019). *Prevalencia de infecciones de vías urinarias en el embarazo y factores asociados*. Obtenido de Revista de Investigación y Ciencias de Potosí México: <https://www.redalyc.org/journal/674/67459697006/html/>

CAPITULO V: ANEXOS

Anexo 5.1: Instrumento de recolección de la información

FICHA DE REVISIÓN DE EXPEDIENTES CLÍNICOS

Caracterización de las adolescentes embarazadas atendidas en hospital primario héroes y mártires el Cuá, 2021.

1. Características sociodemográficas:

Edad: _____

Procedencia: Rural Urbana

Religión: Evangélica católica Testigo de jehová Ninguno Otro Especificar: _____

Escolaridad: Primaria Primaria incompleta Secundaria Secundaria incompleta

Estado civil: Casada Soltera Unión libre

Ocupación: Ama de casa Estudiante Otro

2. Antecedentes Patológicos:

Antecedentes médicos:

Infecciones: _____

D.M

H.T.A

Alergias Especificar: _____

I.T.S Especificar: _____

Antecedentes quirúrgicos:

Cirugías Especificar: _____

Transfusiones sanguíneas o derivados

Traumatismos Especificar: _____

Tipo y Rh _____

Antecedentes No Patológicos

Tabaquismo: _____

Bebidas alcohólicas: _____

Drogas: _____

Café: _____

3. Antecedentes Gineco – Obstétricos:

Antecedentes Ginecológicos:

Menarquia__ FUM__

Características de la menstruación:

Dismenorrea Hipermenorrea Menorrea Hipomenorrea Polimenorrea
 Oligomenorrea Amenorrea Metrorragia Leucorrea Otras secreciones vaginales

Antecedentes Obstétricos

Gestas: Primigestas Multigesta

Partos: Nulípara Multípara

Abortos 1. Sí Nr. ___ 2. No

Cesáreas: 1. Sí Nr. ___ 2. No

Planificación: No Sí Tipo: _____

4. Complicaciones obstétricas

Peso materno: _____	Sd hipertensivo gestacional. <input type="checkbox"/>
Enfermedad renal <input type="checkbox"/>	Hemorragia durante el embarazo: <input type="checkbox"/>
Enfermedad tiroidea. <input type="checkbox"/>	Sd. De Hellp. <input type="checkbox"/>
Enfermedad cardiorrespiratoria. <input type="checkbox"/>	Diabetes gestacional. <input type="checkbox"/>
Enfermedad autoinmune. <input type="checkbox"/>	Anemia. <input type="checkbox"/>

Primera mitad:

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

Segunda Mitad:

Finales del Embarazo

Expulsión del tapón mucoso.
 Dilatación del cuello uterino.

Complicaciones fetales durante el embarazo.

Trabajo de parto Prolongado.
 Sufrimiento fetal agudo.
 Desproporción céfalo pélvica.
 Distocias de la presentación.

Placenta previa.
 Desprendimiento Prematuro de
 Membranas.
 Vasa Previa.
 Traumatismos del Cuello Ut.

 Ruptura Uterina.
 Parto Prematuro.

Anexo 5.2. Tablas y gráficos

Tabla 1.

Características sociodemográficas de las embarazadas adolescentes atendidas en el Hospital Héroes y Mártires del Cuá, 2021.

	n=93	
Características sociodemográficas	Frecuencia	Porcentaje
Edad		
10 – 13	2	2.2
14 – 16	33	35.5
17 – 19	58	62.4
Procedencia		
Urbana	16	17.2
Rural	77	82.8
Escolaridad		
Primaria	50	53.8
Secundaria	33	35.5
Ninguna	10	10.8
Estado Civil		
Soltera	10	10.8
Casada	5	5.4
Unión estable	78	83.9
Estado nutricional		
Clasificación IMC		
Bajo peso	3	3.2
Normal	63	67.7
Sobre peso	25	26.9
Obesidad clase I	2	2.2
Talla		
>1.50m	45	48.4
<1.49m	48	51.6
Ganancia de peso del embarazo		
Por debajo del requerido	54	58.1
Adecuado	20	21.5
Por encima	1	1.1
Sin datos	18	19.4

Fuente: Ficha de revisión de expedientes clínicos y libros de partos.

Tabla 2

Características de los recién nacidos de las adolescentes embarazadas del Hospital Héroes y Mártires De El Cuá 2021.

	n=93	
Características de los recién nacidos	Frecuencia	Porcentaje
Peso		
Normal	79	84.9
Bajo peso	13	14.0
Muy bajo peso	1	1.1
Sexo		
Masculino	49	52.7
Femenino	44	47.3
Apgar		
Normal	89	95.7
Asfixia leve	3	3.2
Asfixia severa	1	1.1

Fuente: Ficha de revisión de expedientes clínicos y libros de partos.

Tabla 3

Antecedentes Patológicos familiares de las pacientes adolescentes atendidas en el Hospital Héroes y Mártires De El Cuá 2021.

	n=93	
Antecedentes Patológicos familiares	Frecuencia	Porcentaje
Tuberculosis pulmonar	2	2.2
Hipertensión arterial crónica	8	8.6
Diabetes mellitus	5	5.4
Negados	78	83.9

Fuente: Ficha de revisión de expedientes clínicos y libros de partos.

Tabla 4

Características ginecobstetricas de las pacientes adolescentes con parto atendido en el Hospital Héroes y Mártires De El Cuá 2021.

Características Ginecobstetricos	Frecuencia	Porcentaje
<i>n=93</i>		
Controles prenatales		
>6	7	7.5
3 – 5	37	39.8
<3	49	52.7
Gestas		
Primigestas	81	87.1
Bigestas para 1	7	7.5
Trigestas para 2	2	2.2
Bigestas aborto 1	2	2.2
Trigestas abortos 2	1	1.1
Edad Gestacional		
<37	3	3.2
37 – 40.6	75	80.6
41 – 41.6	11	11.9
>41	4	4.3
Antecedentes patológicos		
Personales		
Oligohidramnios	1	1.1
Preclampsia	1	1.1
Amenaza de aborto	1	1.1
Rh negativo	2	2.2
Muerte fetal	2	2.2
Obesidad clase 1	2	2.2
Bajo peso	3	3.3
Amenaza de parto pretérmino	3	3.3
Negados	73	78.6

Fuente: Ficha de revisión de expedientes clínicos y libros de partos.

Tabla 5

Descripción del riesgo perinatal de las embarazadas adolescentes atendidas en el Hospital Héroes y Mártires del Cuá, 2021.

	<i>n=93</i>	
Descripción del Riesgo Perinatal	Frecuencia	Porcentaje
Analfabetismo	10	10.9
Procedencia rural	77	82.9
Soltera	10	10.9
Sobre peso/obesidad	27	29.1
Ganancia de peso	54	58.1
Anemia OMS 1	13	14
Anemia OMS 2	15	16.2
Anemia OMS 3	5	5.4
No Realización de papanicolaou	40	43.1
No odontológico	53	56.9
Egreso		
Alta	88	94.7
Traslados	5	5.4

Fuente: Ficha de revisión de expedientes clínicos y libros de partos. *OMS: Organización Mundial de la Salud

Tabla 6.

Complicaciones obstétricas de las pacientes adolescentes con parto atendido en el Hospital Héroes y Mártires De El Cuá - 2021.

	<i>n=93</i>	
Complicaciones Maternas	Frecuencia	Porcentaje
Presentaron Complicaciones		
Si	42	45.2
No	51	54.8
Tipo de Patología		
Preclampsia	1	1.1
Preclampsia grave	1	1.1
Covid leve	1	1.1
Hemorragia post parto	3	3.2
Ruptura prematura de membranas	3	3.2
Oligohidramnios	5	5.4
Infección de vías urinarias	28	30.1
Candidiasis vaginal	23	24.8

Fuente: Ficha de revisión de expedientes clínicos y libros de partos.

Tabla 7.

Complicaciones neonatales de las pacientes adolescentes con parto atendido en el Hospital Héroes y Mártires De El Cuá - 2021.

Complicaciones Neonatales	Frecuencia	n=93
		Porcentaje
Producto prematuro	3	3.2
Muy Bajo peso al nacer	1	1.1
Restricción del crecimiento intrauterino	2	2.2
Perdida del bienestar fetal	4	4.3
Riesgo de pérdida del bienestar fetal	6	6.5
Bajo peso al nacer	13	14
Recién nacido atérmino + Adecuado a edad gestacional	64	68.8

Fuente: Ficha de revisión de expedientes clínicos y libros de partos.

Tabla 8.

Complicaciones maternas y neonatales frente a la edad de las embarazadas adolescentes atendidas en el Hospital Héroes y Mártires del Cuá, 2021.

n=93

Complicaciones maternas	Edad					
	10 - 13 años		14 - 16 años		17 - 19 años	
	No	%	No	%	No	%
Preclampsia	0	0.0	0	0.0	1	1.1
preclampsia grave	0	0.0	0	0.0	1	1.1
Covid leve	0	0.0	0	0.0	1	1.1
Hemorragia post parto	0	0.0	1	1.1	2	2.2
Ruptura prematura de membranas	0	0.0	0	0	3	3.2
Oligohidramnios	1	1.1	2	2.2	2	2.2
Infección de vías urinarias	7	7.6	8	8.6	13	14
Candidiasis vaginal	3	3.2	14	15.1	17	18.3
Prematuro	2	2.2	1	1.1	0	0.0
Muy bajo peso al nacer	0	0.0	1	1.1	0	0.0
Restricción del crecimiento intrauterino	0	0.0	1	1.1	1	1.1
Riesgo de pérdida del bienestar fetal	3	3.2	1	1.1	2	2.2
Pérdida del bienestar fetal	1	1.1	1	1.1	2	2.2
bajo peso al nacer	6	6.5	3	3.3	4	4.3

Fuente: Ficha de revisión de expedientes clínicos y libros de partos.

Tabla 9.

Complicaciones maternas y neonatales frente al número de controles prenatales de las embarazadas adolescentes atendidas en el Hospital Héroes y Martires del Cuá, 2021.

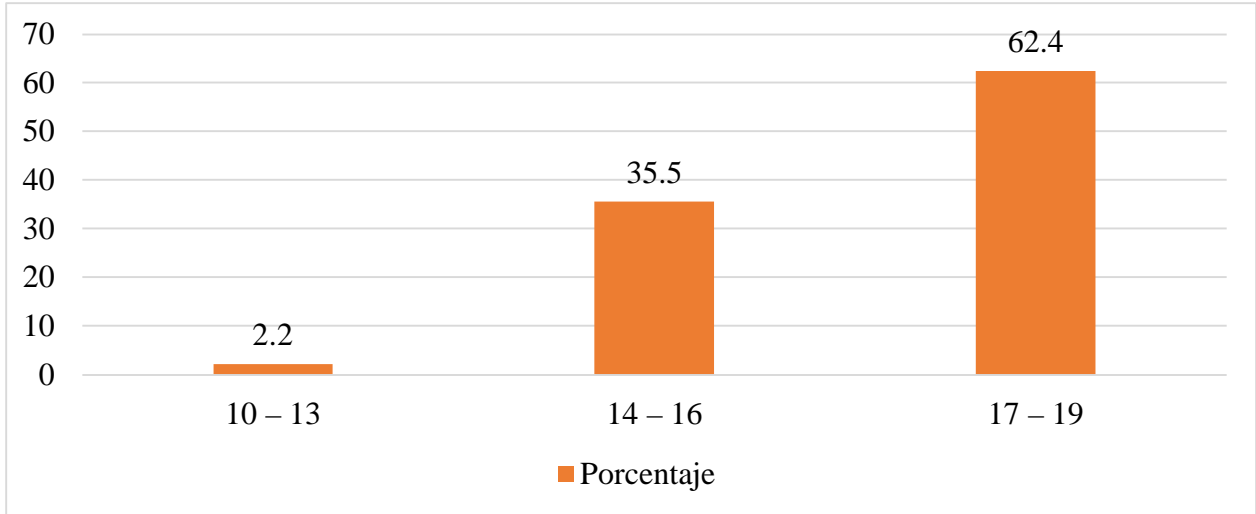
n=93

Complicaciones maternas	Número de controles Prenatales					
	> 6 controles		5 - 6 controles		< 3 controles	
	No	%	No	%	No	%
Preclampsia	0	0.0	0	0.0	1	1.1
preclampsia grave	0	0.0	0	0.0	1	1.1
Covid leve	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Hemorragia post parto	0	0.0	1	1.1	2	2.2
Ruptura prematura de membranas	0	0.0	1	1.1	2	2.2
Oligohidramnios	1	1.1	2	2.2	2	2.2
Infección de vías urinarias	0	0.0	19	20.5	9	9.7
Candidiasis vaginal	0	0.0	6	6.5	17	18.3
producto prematuro	2	2.2	1	1.1	0	0.0
muy Bajo peso al nacer	1	1.1	0	0.0	0	0.0
Restricción del crecimiento intrauterino	1	1.1	1	1.1	0	0.0
Riesgo de pérdida del bienestar fetal	0	0.0	3	3.2	3	3.2
Pérdida del bienestar fetal	1	1.1	2	2.2	1	2.2
bajo peso al nacer	1	1.1	1	1.1	11	11.9

Fuente: Ficha de revisión de expedientes clínicos y libros de partos.

Gráfico 1.

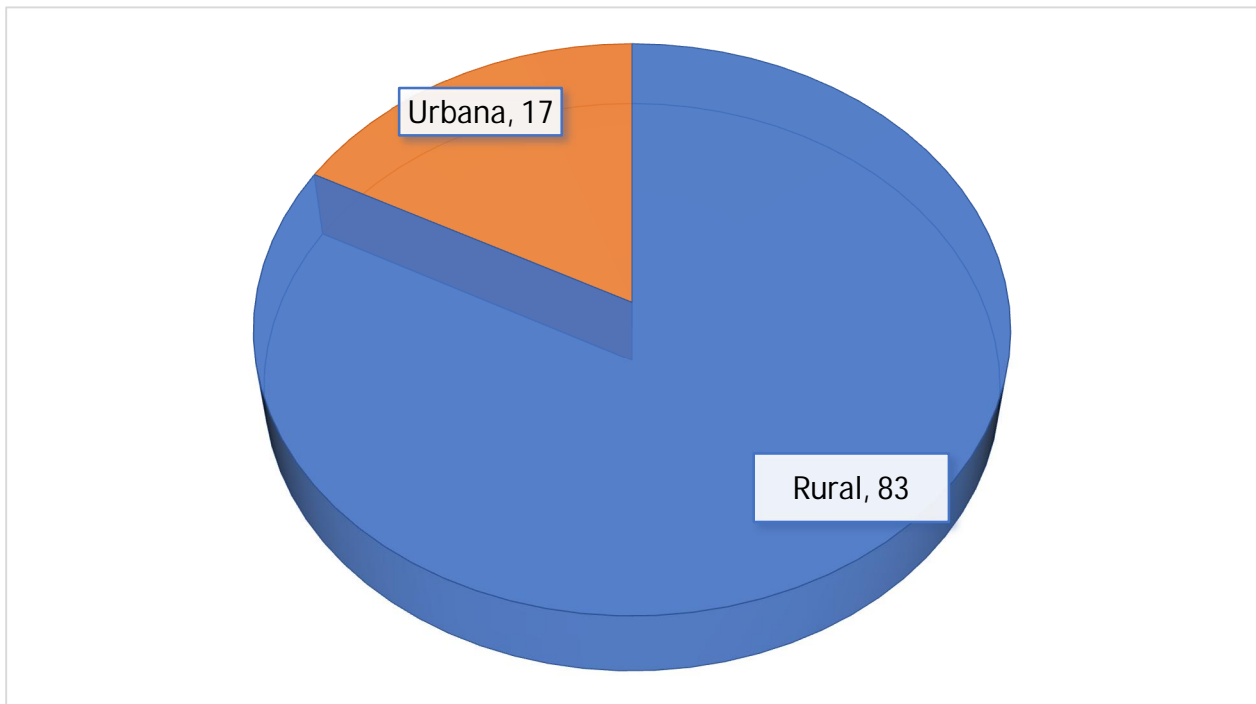
Edad de las embarazadas adolescentes atendidas en el Hospital Héroes y Mártires del Cuá, 2021.



Fuente: Tabla 1

Gráfico 2.

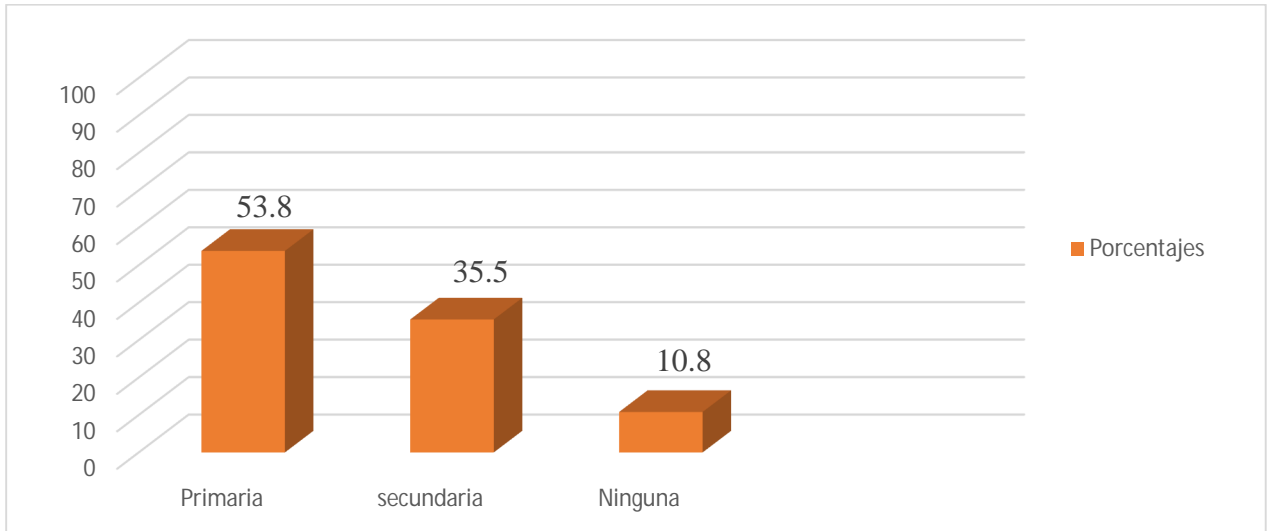
Procedencia de las embarazadas adolescentes atendidas en el Hospital Héroes y Mártires del Cuá, 2021.



Fuente: Tabla 1

Gráfico 3.

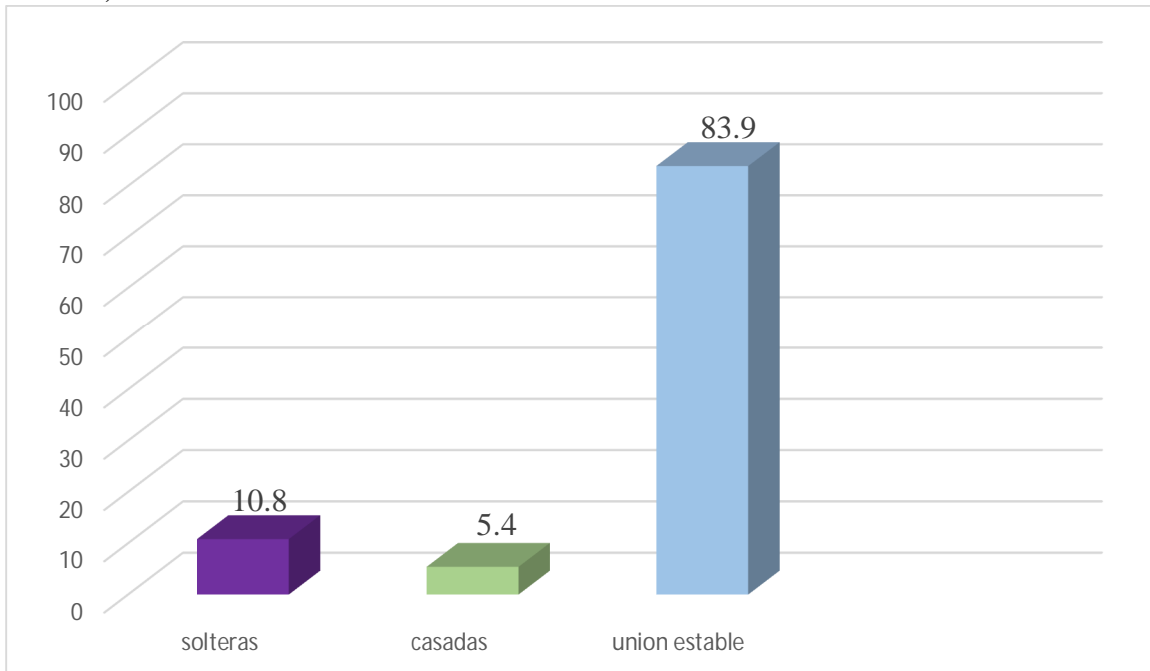
“Escolaridad de las embarazadas adolescentes atendidas en el Hospital Héroes y Mártires del Cuá, 2021.



Fuente: Tabla 1

Gráfico 4.

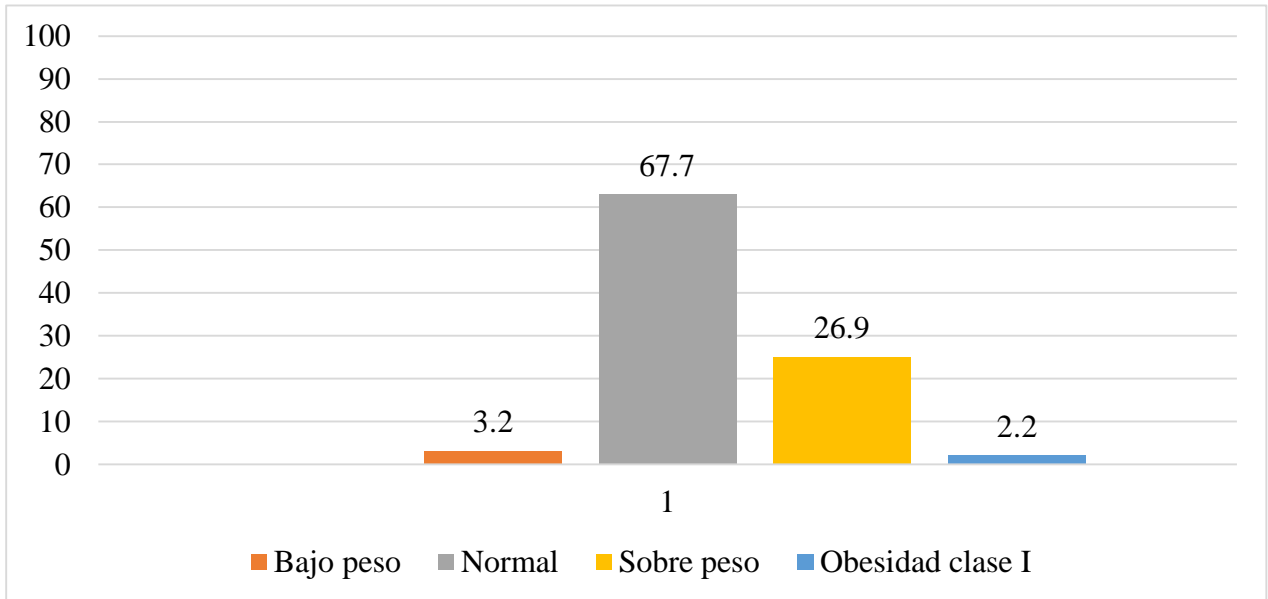
Estado civil de las embarazadas adolescentes atendidas en el Hospital Héroes y Mártires del Cuá, 2021



Fuente: Tabla 1

Gráfico 5.

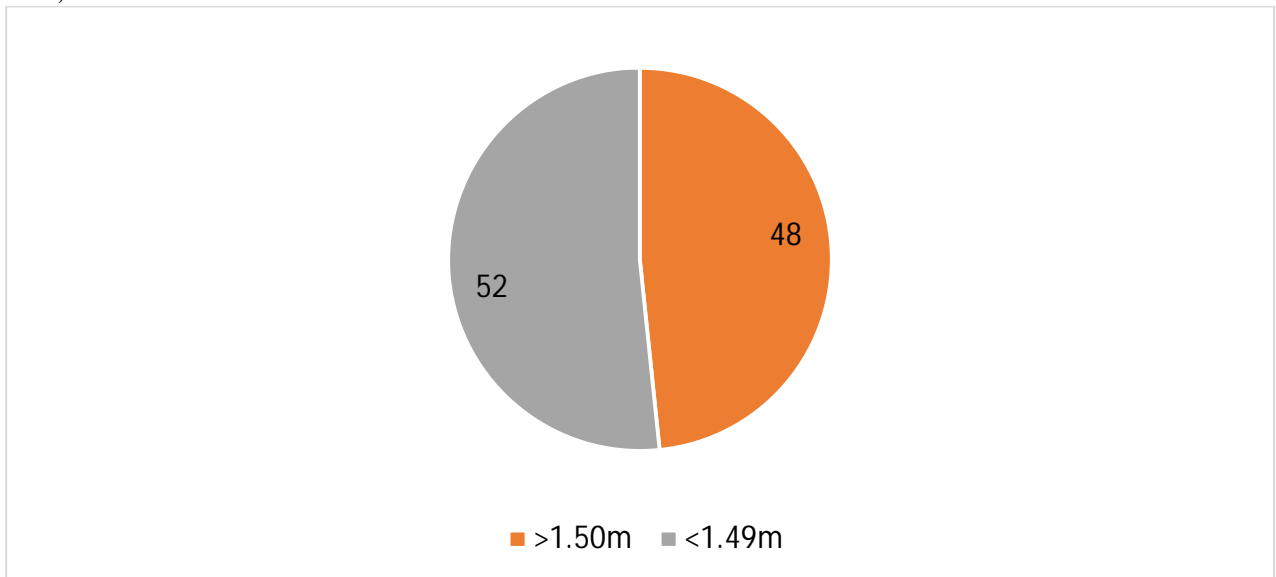
Estado nutricional de las embarazadas adolescentes atendidas en el Hospital Héroes y Mártires del Cuá, 2021



Fuente: Tabla 1

Gráfico 6.

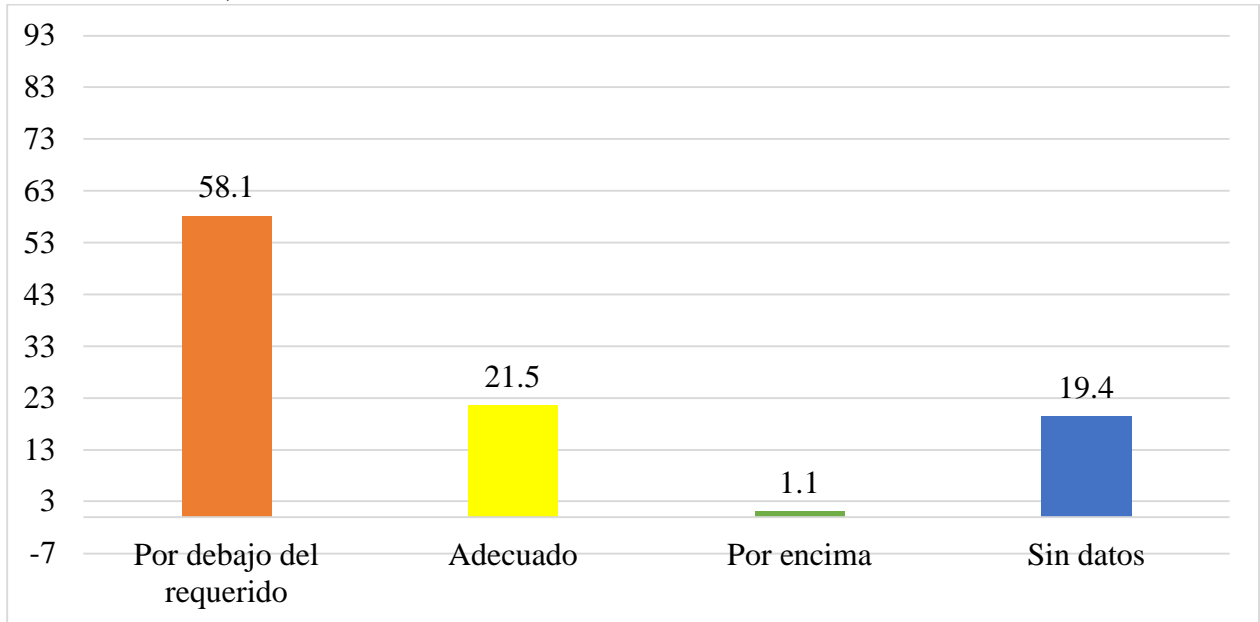
Talla de las embarazadas adolescentes atendidas en el Hospital Héroes y Mártires del Cuá, 2021



Fuente: Tabla 1

Gráfico 7.

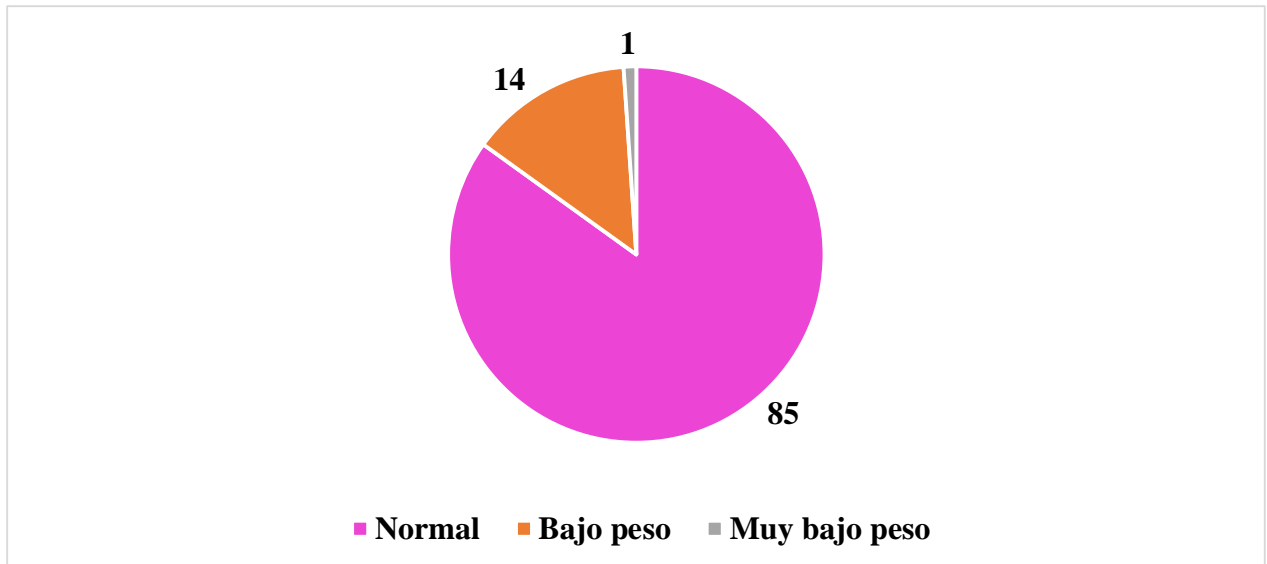
Ganancia de peso de las embarazadas adolescentes atendidas en el Hospital Héroes y Mártires del Cuá, 2021.



Fuente: Tabla 1

Gráfico 8.

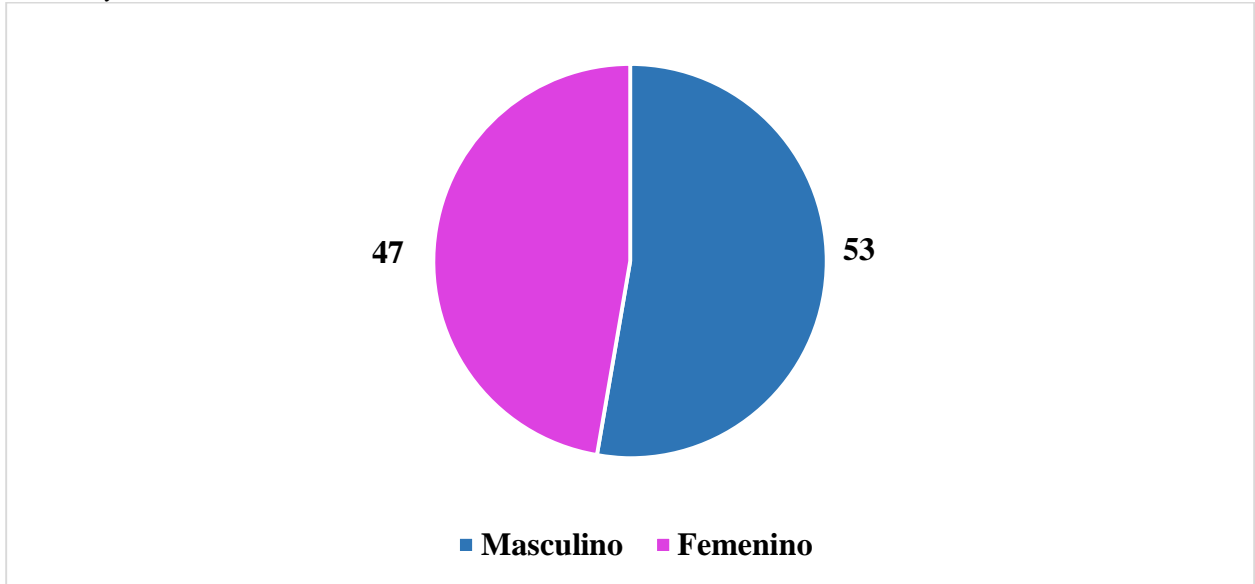
Peso al Nacer de los recién nacidos de las embarazadas adolescentes atendidas en el Hospital Héroes y Mártires del Cuá, 2021.



Fuente: Tabla 2

Gráfico 9.

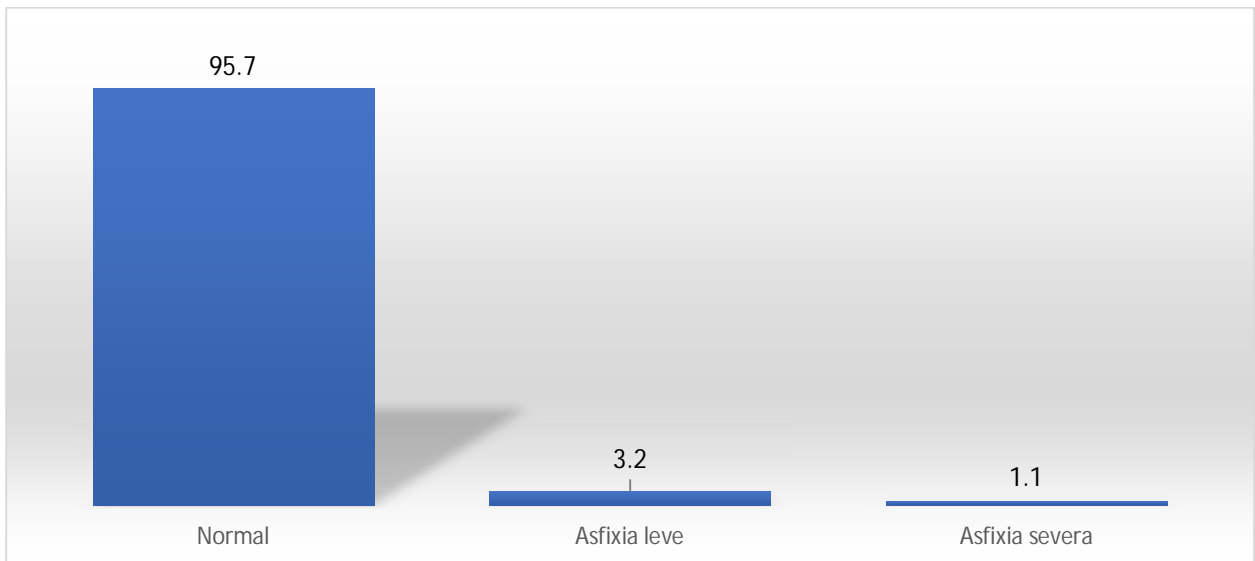
Sexo de los recién nacidos de las embarazadas adolescentes atendidas en el Hospital Héroes y Mártires del Cuá, 2021



Fuente: Tabla 2

Gráfico 10.

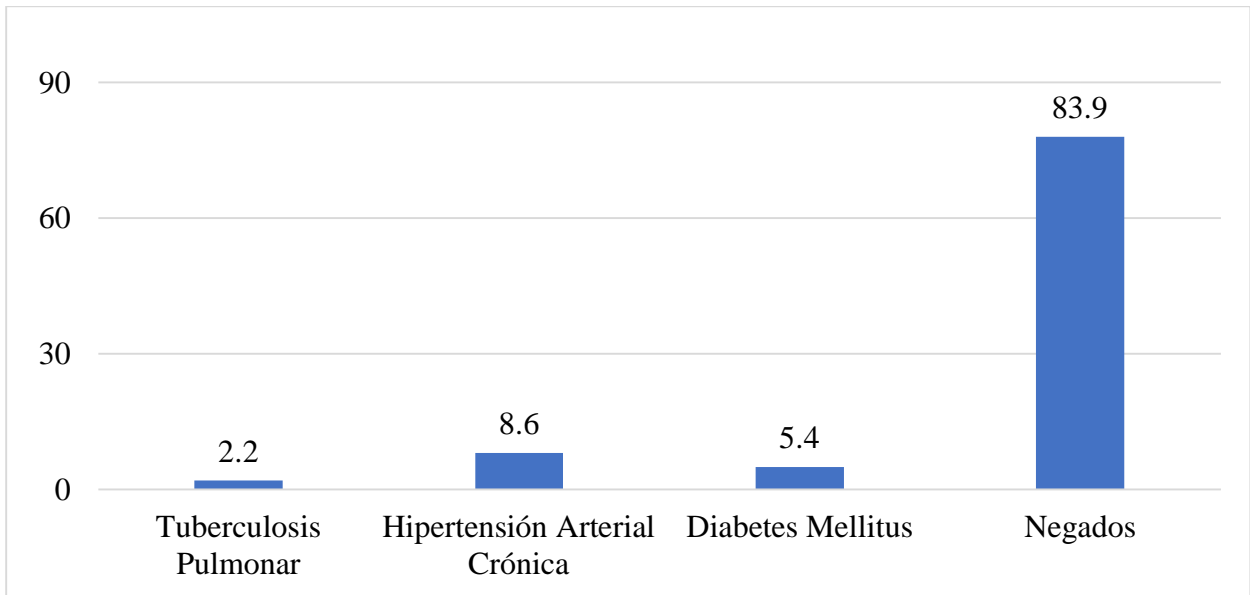
Apgar de los recién nacidos de las embarazadas adolescentes atendidas en el Hospital Héroes y Mártires del Cuá, 2021



Fuente: Tabla 2

Gráfico 11.

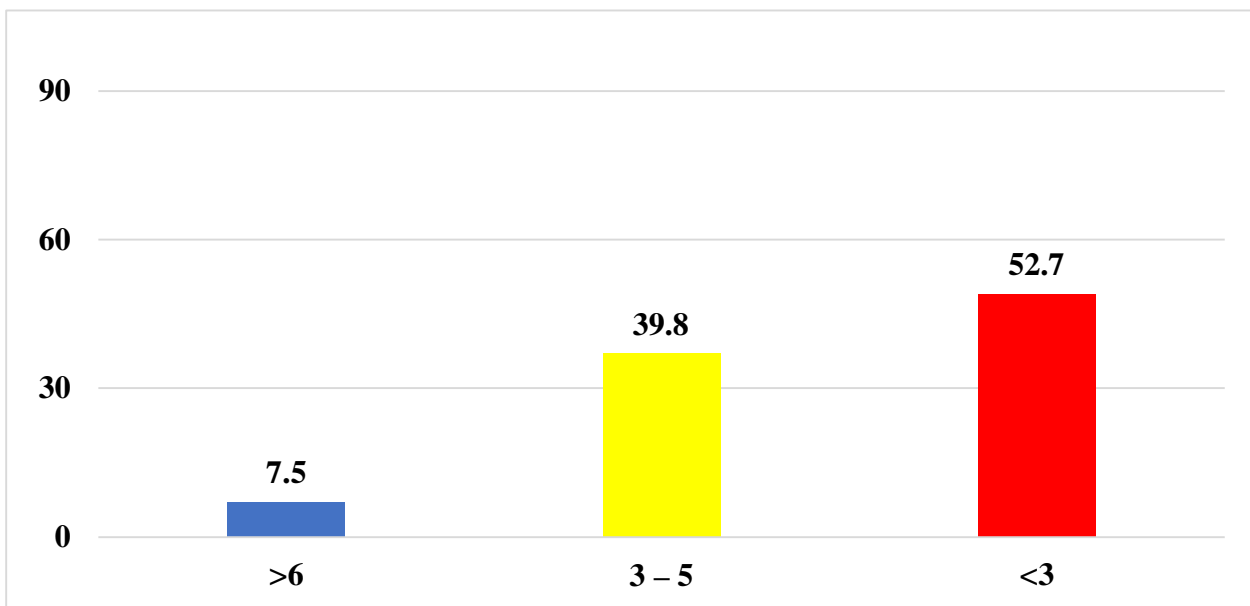
Antecedentes Patológicos Familiares de las embarazadas adolescentes atendidas en el Hospital Héroes y Mártires del Cuá, 2021



Fuente: Tabla 4

Gráfico 12.

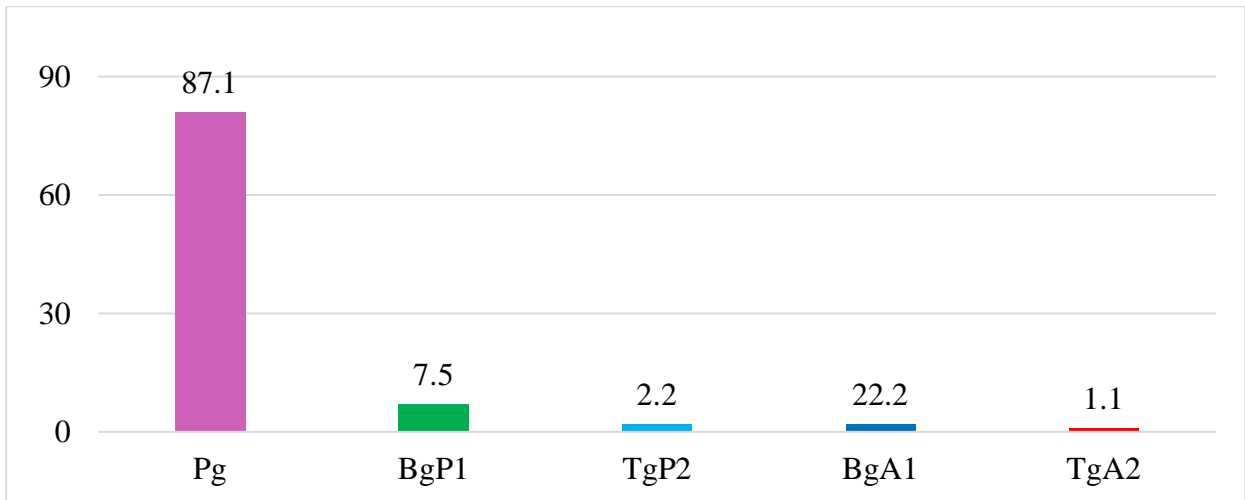
Número de controles prenatales de las embarazadas adolescentes atendidas en el Hospital Héroes y Mártires del Cuá, 2021



Fuente: Tabla 4

Gráfico 13.

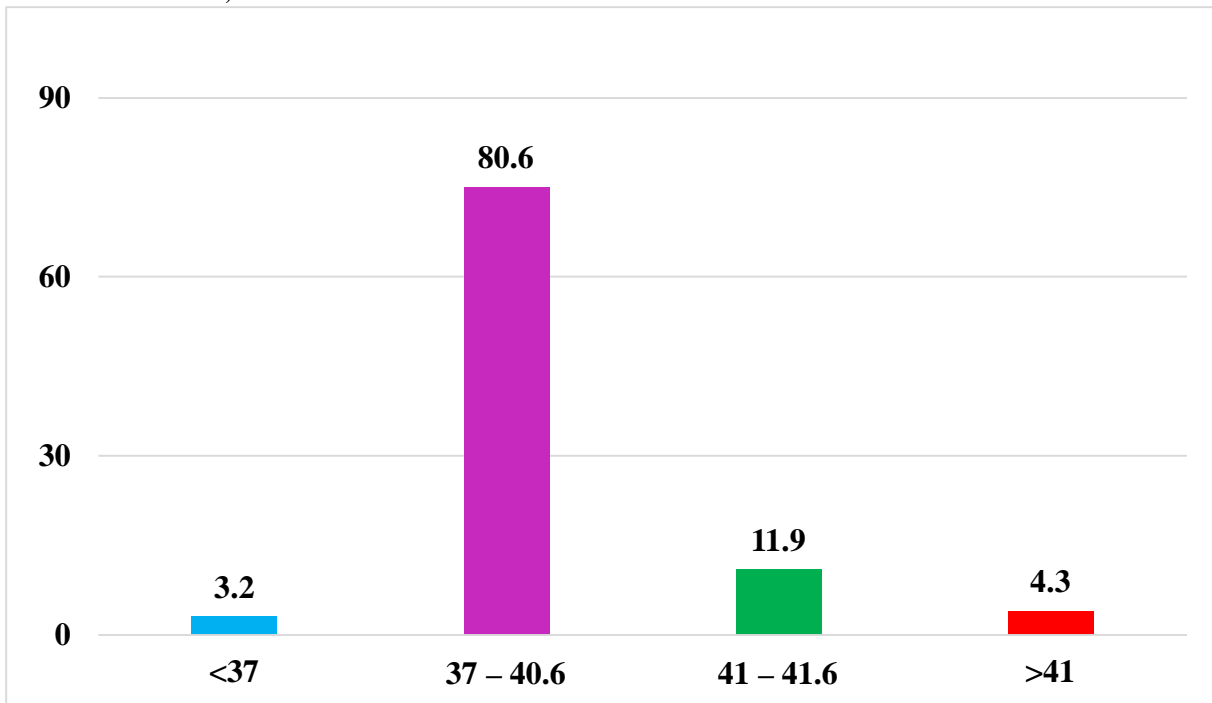
Número de gestas de las embarazadas adolescentes atendidas en el Hospital Héroes y Mártires del Cuá, 2021



Fuente: Tabla 4 *Pg: primigestas, BgP1; Bigestas para 1, TgP2: Trigestas para 2, BgA1: Bigestas aborto 1, TgA2: Trigestas abortos 2.

Gráfico 14.

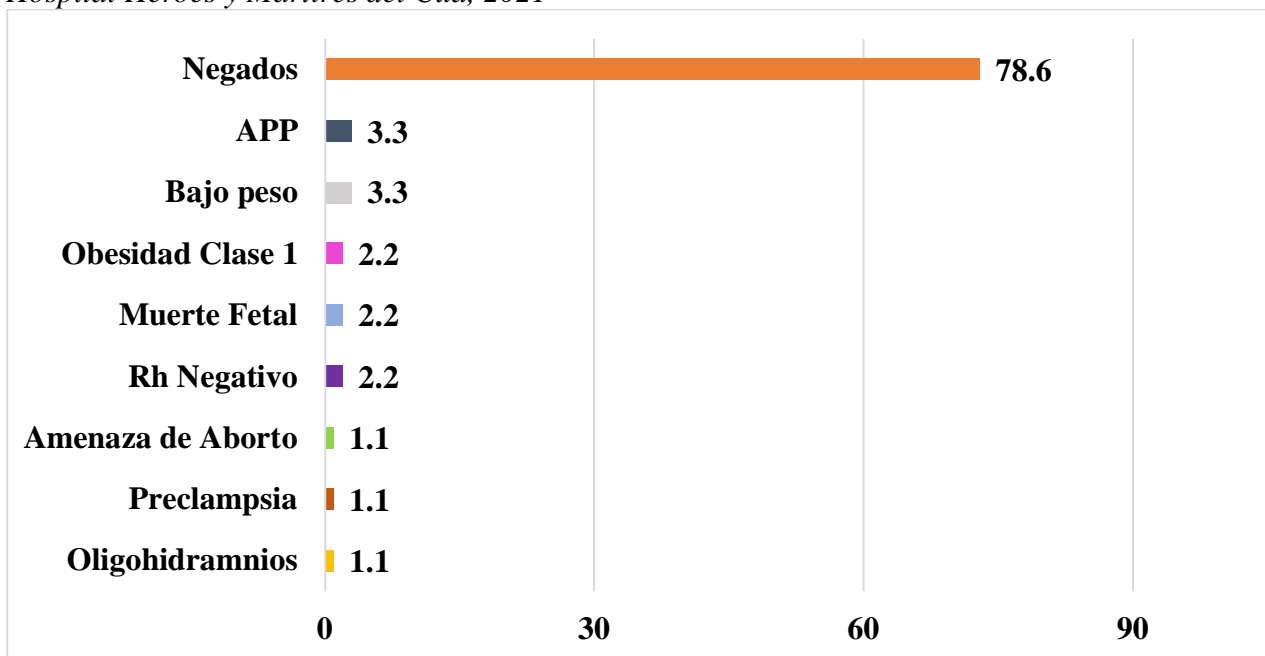
Edad Gestacional de las embarazadas adolescentes atendidas en el Hospital Héroes y Mártires del Cuá, 2021



Fuente: Tabla 4

Gráfico 15.

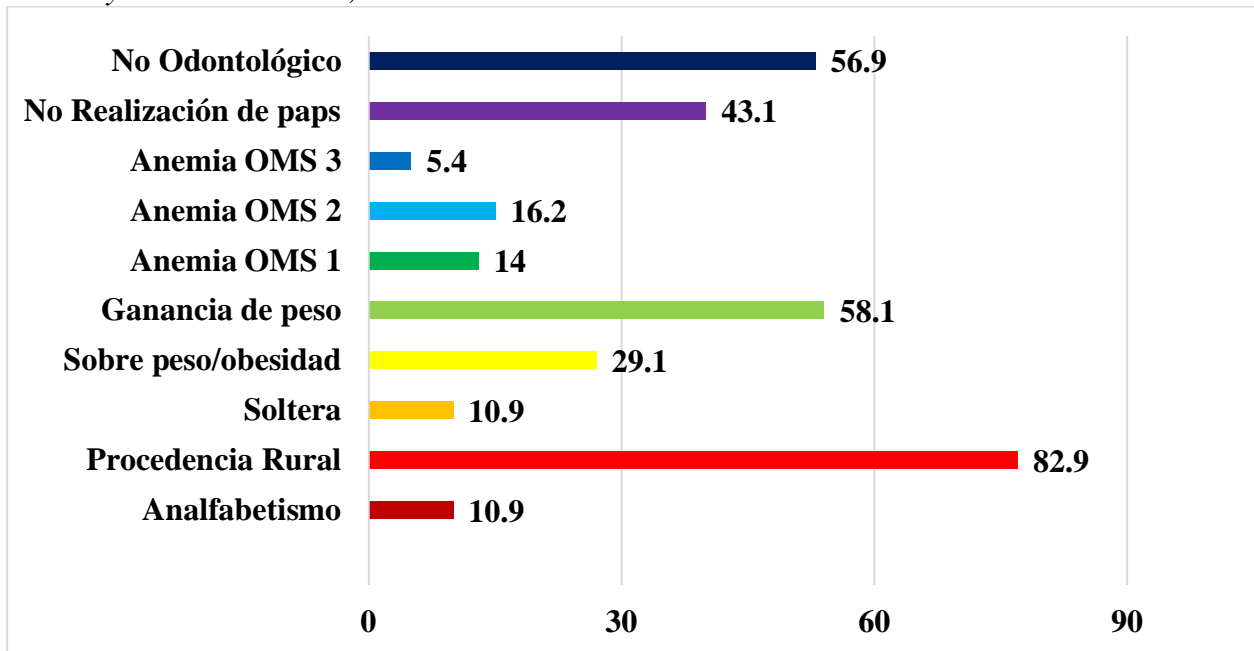
Antecedentes patológicos Personales de las embarazadas adolescentes atendidas en el Hospital Héroes y Mártires del Cuá, 2021



Fuente: Tabla 4. *APP: Amenaza de parto pretérmino.

Gráfico 16.

Factores de riesgo descritos en las embarazadas adolescentes atendidas en el Hospital Héroes y Mártires del Cuá, 2021



Fuente: Tabla 5. *OMS: Organización mundial de la salud

Gráfico 17.

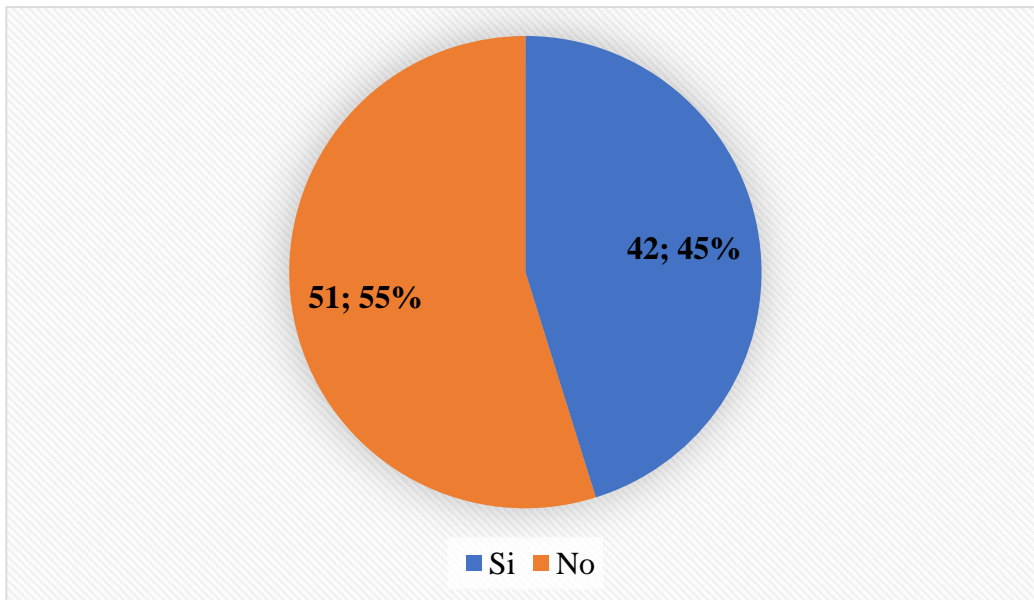
Egreso de las embarazadas adolescentes atendidas en el Hospital Héroes y Mártires del Cuá, 2021



Fuente: Tabla 5

Gráfico 18.

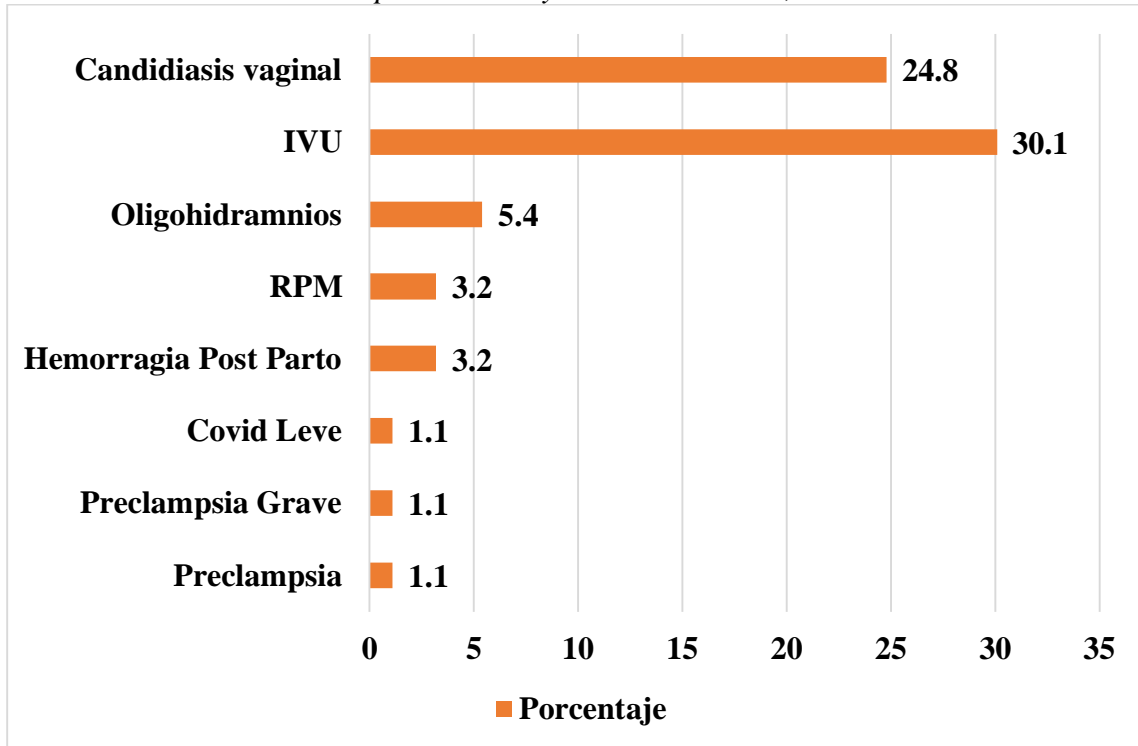
Complicaciones Maternas de las embarazadas adolescentes atendidas en el Hospital Héroes y Mártires del Cuá, 2021



Fuente: Tabla

Gráfico 19.

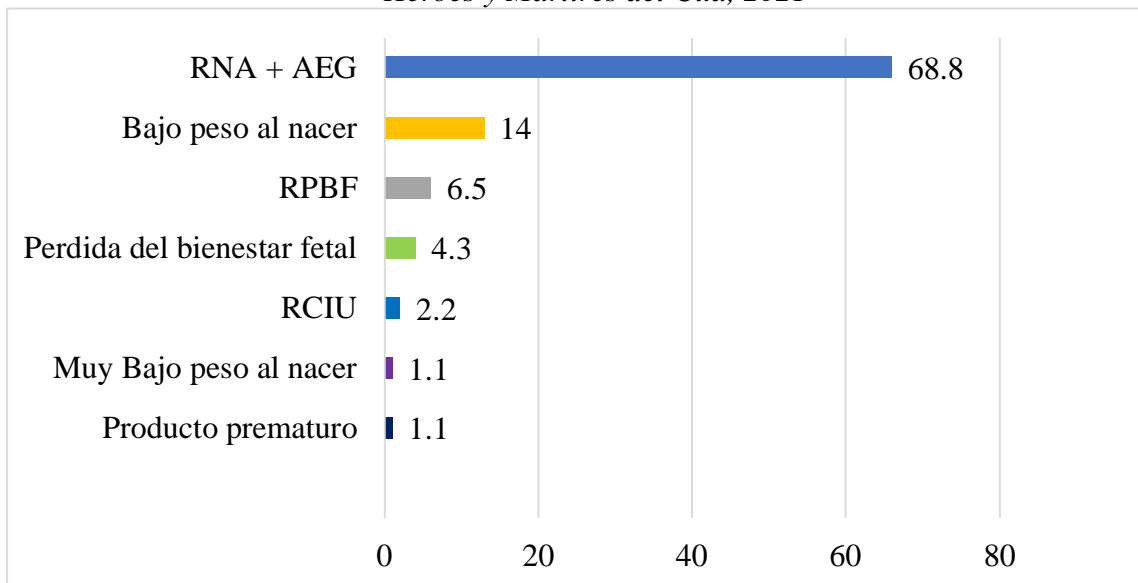
Tipo de complicaciones maternas de las embarazadas adolescentes atendidas en el Hospital Héroes y Mártires del Cuá, 2021



Fuente: Tabla 6. *IVU: infección de vías urinarias, RPM: Ruptura prematura de membranas.

Gráfico 20.

Complicaciones neonatales de las embarazadas adolescentes atendidas en el Hospital Héroes y Mártires del Cuá, 2021



Fuente: Tabla 7. * RNA+AEG: Recién nacido a término más adecuado a edad gestacional, RPBF: Riesgo de pérdida del bienestar fetal, RCIU: Restricción del crecimiento intrauterino.