



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PUBLICA**



MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

2010 - 2012

Tesis para optar al Título de Maestra en Salud Pública

**CARACTERIZACION DE LA DEMANDA DE ATENCIÓN DE EMBARAZADAS
ADOLESCENTES EN LA EMERGENCIA DEL HOSPITAL BERTHA CALDERÓN
ROQUE DURANTE EL MES DE ABRIL DEL 2012.**

Autora: Lic. Johana Darling Granado Rosales

Tutor: Dr. José de los Ángeles Méndez

Msc. Epidemiología

Managua, Abril del 2013

Dedicatoria

Dedico esta investigación a Dios por esa fé que me mantiene viva y de seguir adelante para alcanzar mi meta.

A mi madre y a mi padre que me cuidan desde el cielo, por mis amigos que me animó a seguir adelante y a todas aquellas personas que contribuyeron de una u otra forma para la culminación exitosa de esta investigación.

Agradecimiento

Primeramente a Dios por darme la salud y entendimiento para poder seguir en el camino del conocimiento.

Es de mayor orgullo recordar con gran gratitud y cariño, a los profesores de CIES – UNAN que ha prestado sus conocimientos y mayor colaboración en mi estudio.

A mi tutor por su colaboración y su tiempo en ayudarme en la culminación de esta investigación.

Agradecimiento para todas aquellas personas que de una u otra forma han colaborado conmigo.

Resumen

El presente estudio es descriptivo, transversal, cuyo objetivo general es identificar las principales causas que influyeron en la caracterización de la demanda de atención, de las consultas de las embarazadas adolescentes atendidas en la sala de emergencia, del Hospital Bertha Calderón Roque en el mes de abril del 2012.

Se incluyeron 160 usuarias, que corresponde el 13 % de las embarazadas adolescentes atendidas en la sala de emergencia del Hospital Berta Calderón Roque en el mes de abril del 2012. A cada una se les realizó entrevista con cuestionario prediseñada con información personal, así mismo se recolectó información de la hoja de emergencia. Para el análisis, se utilizó el programa estadístico de Epi info 3.5. Se obtuvieron tablas de salidas. Las variables cualitativas se presentan en tablas utilizando frecuencias y porcentajes como medidas de resumen.

Los resultados de este estudio son: el total de consultas 13% corresponden a embarazadas adolescente. Las edades que oscilaron son de 18 a 19 años, ama de casa, soltera de bajo nivel de escolaridad, procedente del área urbana de Managua, de religión evangélica. Las principales causas de consultas fueron propiamente de embarazo; por dolor de parto, amenaza de aborto, por cesarea y pre-eclampsia.

Otros con problema de embarazo relacionado con patologías de origen ginecológico; infección en vías urinaria, cervico vaginitis, sangrado transvaginal. algunas pacientes que asistieron a consulta fueron por: solicitud de ultrasonido, solicitud examen de laboratorio y atención especializada, la mayoría de veces por primera vez y otras eran subsecuentes en el mismo mes. La mayor parte fueron referida de unidades de salud de managua y otras fueron por demanda espontánea, y el destino de las embarazadas adolescentes, algunas fueron hospitalizadas en los siguientes servicios: Alto Riesgo Obstetrico, Complicacion I, Sala de Operacion, Labor y Parto, otras fueron dadas de alta con tratamiento en casa, contrareferida a su centro de salud correspondiente, y referida a centro adolescente del Hospital.

I. INTRODUCCIÓN

La adolescencia, es un período de transición, una etapa del ciclo de crecimiento que marca el final de la niñez y anuncia la adultez, dicho término se usa generalmente para referirse a una persona que se encuentra entre los 10 y 19 años de edad.

Según estadísticas oficiales, el comportamiento reproductivo de los adolescentes se refleja en los hospitales públicos. Donde se realizan encuestas, las que arrojan como resultado que la edad promedio en que las adolescentes tienen su primera relación sexual es casi a los 14 años.

Los adolescentes se merecen una adecuada atención sanitaria integral, llevada a cabo por los profesionales mejor preparados para que brinde una consulta de calidad. Por lo que la OMS define como adolescencia al "período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y conno solida la independencia socio-económica y fija sus límites entre los 10 y 19 años de edades.

El embarazo en la adolescencia, además de constituir un riesgo médico elevado, lleva aparejado dificultades socioeconómicas y emocionales para la madre y su hijo, lo que se conoce como el "Síndrome del fracaso". Es por tanto la etapa que puede determinar el sentido de la vida y el bienestar futuro.

El incremento del embarazo y parto en edades tempranas constituye un problema universal pues de acuerdo con el Centro de Información sobre Fecundidad de Washington, 3 millones de adolescentes paren anualmente en el mundo. En el año 2,000 en el mundo había 856 millones de adolescentes y se estima que en el 2010 llegaron a 1,2 millones. incremento de embarazos en adolescentes menores de 19 años.

Todos los años 15 millones de embarazos en adolescentes, y estos nacimientos representan la quinta parte de todos los nacimientos anuales registrados en el mundo.

En México, anualmente quedan embarazadas 700 000 mujeres menores de 20 El embarazo y maternidad de adolescentes son más frecuentes que lo que la sociedad quisiera aceptar. Es un suceso difícil que afecta la salud integral de los padres adolescentes, la de sus hijos, familiares y de la comunidad en su conjunto.

En Nicaragua, en año 2009, la población adolescente representa un 46% según datos de INDESA, el incremento de embarazos en adolescentes con un 25%. En la promoción y prevención se le orienta como manejar el uso de anticonceptivos en adolescentes a la población más cercana del centro. Aun continua incrementandose las consultas de embarazos en adolescentes provenientes del sector Managua. En la sala de emergencia la atención de consultas a las adolescentes embarazadas, tiene un promedio de 26% del día.

El Hospital Bertha Calderón Roque, es un centro de Referencia nacional del segundo nivel de atención especializada en gineco-obstetricia, neonatología y oncología. En los últimos tres años el número de consulta en sala de emergencia, ha aumentado significativamente, tanto de los traslados del nivel de centro de salud, como de los departamentos de Nicaragua, zona urbana, y con demanda espontanea.

Este presente estudio, se realizó en la ciudad de Managua en el Hospital Bertha Calderón Roque en sala de emergencia, se caracterizó la demanda de consulta de adolescentes embarazadas, con el fin de comprender este fenómeno y contribuir con este conocimiento a definir estrategias para la disminución de consultas, al igual permitirá reforzar la atención primaria o retroalimentar conductas y modificaciones en el manejo de embarazo en adolescentes aportando a que la atención secundaria sea potenciada en sus objetivos con este grupo poblacional.

II. ANTECEDENTES

En los últimos años se está presentando un aumento de la demanda de atención médica de emergencia en los hospitales. El problema se manifiesta en utilización inadecuada de los servicios de urgencia, lo cual es común en todos los países en subdesarrollo. aumento de porcentaje de las consultas urgentes, son pacientes que utilizan los servicios de urgencias de forma inadecuada, ya sea por problemas banales, por problemas organizativos que afectan a otras áreas de sistemas sanitario, problemas sociales o por otras causas.

Entre las causas están las asociadas a aumento de la demanda en las que se incluyen las características demográficas, culturales y el estado de la población. entre otras causas a tener en cuenta que los servicios de emergencias tiene una gran accesibilidad, tanto económico (servicios gratuito) temporal (24 horas, 365 días del años abiertos).

Cada día se incrementa la consulta médica en embarazadas adolescentes, en la mayor parte del mundo, son el resultado directo de la condición inferior de la mujer cuyo papel en la sociedad está devaluado. Se conoce que es característica de todas las sociedades que la mujer tenga menos acceso o ejerza menos control de los recursos de valor que el hombre así, la maternidad se presenta como el único modo de alcanzar un lugar en la sociedad.

La población mundial de adolescentes ha ascendido a más de 100 millones. En países en desarrollo 1 de cada 4 personas está en la adolescencia, a diferencia de 1 de cada 7 en los países desarrollados. Más del 10% de los nacimientos que se registran anualmente en el mundo se producen en madres adolescentes. Cada año nacen 15 millones de niños de madres adolescentes. Cada día 41,095, cada hora 1712.

La OMS y la ONU informan que hay más de 1,000 millones de adolescentes en todo el mundo y de esto representa un 85 % corresponde a países en vías de desarrollo y el 15% a países desarrollados factores influyentes a problemas sociales

Todos los años 15 millones de mujeres menores de 20 años dan a luz, y estos nacimientos representan la quinta parte de todos los nacimientos anuales registrados en el mundo (394). Muchos de estos embarazos y nacimientos son involuntarios. Una selección de países de América Latina, un 20% a 60% de las adolescentes menores de 20 años actualmente embarazadas declararon que sus embarazos eran inoportunos o no deseados.

En México, anualmente quedan embarazadas 700 000 mujeres menores de 20 años, 82% de esos embarazos son involuntarios.

En América Latina los países con mayor tasa de maternidad en adolescentes son Nicaragua, Guatemala, Honduras, El Salvador, Venezuela, representando entre un 15 - 25% de las adolescentes.

Muchas adolescentes de comunidades pobres y reprimidas, que poseen pocas oportunidades para educarse y mejorar económicamente, con frecuencia ven la maternidad como una forma de aumentar su propio valor y poseer algo.

El embarazo en la adolescencia se ha considerado como un problema de salud pública en todo el mundo. Cada vez aumenta más el número de embarazos en esta etapa de la vida, tanto en países desarrollados como en vías desarrollo. En la adolescencia se va a producir un proceso de reestructuración, de cambios endocrinológicos y morfológicos, como son, la aparición de los caracteres sexuales secundarios, la transformación y crecimiento de los genitales, la aparición de la menarquía en la niña, además, surgen nuevas formas de relación con los adultos, nuevos intereses, actividades de estudio, cambios en la conducta y en la actitud ante la vida como parte influyente de los problema socioculturales.

En Cuba los demógrafos han identificado un proceso de rejuvenecimiento de la fecundidad, y señalan que hay cada vez más embarazos en adolescentes cada año, este problema es debido a la libre vida sexual que sostienen (un problema de cultura).

En Honduras el porcentaje de adolescentes en embarazos menor de 19 años, es del 38 porcientos; algunos embarazos en madres adolescentes son concebidos por

violación sexual un factor determinante e influyente en el incremento del embarazo y la mayor incidencia de estos casos ocurren en zona rural del país.

Los factores influyentes como una directriz proyectada viene dando pautas señales que son las causas directas o los factores que inciden en el problema, involucrando una retroalimentación de las malas culturas sociales.

En Nicaragua, unos de los factores determinantes que incrementan el volumen de embarazos en adolescentes ha sido por los problemas sociales que a llegado a tener una alta incidencia en las familias puesto que intervienen valores culturales, económicos que han afectado de manera vulnerables a los adolescentes iniciando una vida sexual a temprana edad.

La tasa de fecundidad más alta de la región 119 nacimientos por cada mil las madres adolescentes menor de 19 años, el 25% de las mujeres adolescentes en el país ya son madres. El porcentaje mas alto de adolescentes que alguna vez han estado embarazadas en el sector de Jinotega con un 38%, en región Atlántico con un 30%, Managua y León con un 20%. La fecundidad de las adolescentes del área rural supera en un 75% al área urbana. 46% de las adolescentes sin educación y eran madres o estaba embarazadas por su primer hijo. Este tiene relación con factores socioculturales del país

En el Hospital Bertha Calderón Roque, cada año nacen 11,650 niños siendo el 49%(5,560) hijos de adolescentes. Con una consulta de 1,222 mensual. El tema esta relacionado caracterizar las causas que influyeron en la consulta médica de embarazo en adolescente, como tema de salud publica se describe el instrumento de estudio, descriptivos de corte transversal, predominando las causas de origen meramente obstetrico del embarazo, relacionado con origen ginecológico y otras causas relacionado con la atencion de la especialidad.

III. JUSTIFICACION

La demanda de consultas de embarazos en adolescentes en la sala de emergencia del Hospital Bertha Calderón Roque, ha despertado el interés de conocer mejor este fenómeno, razón por la que se realiza el presente estudio, en el marco de la elaboración de Tesis para obtención del título de Maestra en Salud Pública y con el fin de caracterizar esta demanda y poder aportar a la solución de este problema que enfrenta este grupo poblacional, igualmente permitirá retroalimentar a la atención primaria para identificar estrategias en el manejo de embarazo en adolescentes, a fin de que la atención secundaria sea optimizada en que las indicaciones que realmente lo ameriten.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuales son las principales causas que influyeron en la demanda de consulta de las embarazadas adolescentes que asistieron en sala de emergencia, del Hospital Bertha Calderón Roque, en el mesde abril del 2012?

V. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Caracterizar la demanda de atención de las embarazadas adolescentes atendidas en la sala de emergencia, del Hospital Bertha Calderón Roque, en el mes de abril del 2012.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir las características socio demográfica de las embarazadas adolescentes que asistieron en sala de emergencia.
2. Describir las causas más frecuentes de origen obstétrico de adolescente en la consulta de emergencia.
3. Identificar las causas de origen ginecológico relacionado con el embarazo adolescente.
4. Identificar otras causas que influyeron la demanda de atención de embarazadas adolescentes en emergencia.
5. Mencionar la referencia y derivación de consultas de las embarazadas adolescentes que asistieron a sala de emergencia.

VI. MARCO REFERENCIA

Incrementos de consultas: Es la acción en crecimiento y cantidad en que una persona o unos grupos de personas asisten con un objetivo de hacer preguntas o pedir consejo de otra persona con conocimiento en la materia, esperando obtener información de utilidad para satisfacer sus necesidades o conseguir sus objetivos.

Las consultas médicas deben quedar registradas en un documento que tiene valor informativo, científico y legal. Dicho documento, que forma parte de la historia clínica del paciente, deja constancia de la actuación del médico.

Puede existir una serie de obstáculos para la asistencia sanitaria. Por parte del médico: no tener interés por la adolescencia, falta de conocimientos suficientes sobre su patología, desconocimiento del mundo juvenil, la necesidad de mucho tiempo para la visita o no tener consultas adecuadas para recibirlos, e incluso verle poca rentabilidad económica. Por parte de los adolescentes, con frecuencia, no quieren ir al “médico de niños”, o prefieren un médico del mismo sexo. Si el médico que les gusta no es de fácil accesibilidad pueden llegar a retrasar peligrosamente la consulta o intentar resolver sus problemas por vías no médicas.

La buena atención médica trata al individuo como un todo. "Las enfermedades no son individuales, si no estados diversos de los individuos".² Cada persona enferma presenta un problema único, que cada médico ataca a su manera. Para que la atención sea adecuada es indispensable que el paciente sea visto como persona, miembro de una familia específica que vive en un medio ambiente determinado.

Atención médica significa que todos los servicios de la medicina científica moderna pueden ser aplicados a las necesidades de salud de todas las personas. Desde el punto de vista de la sociedad como un todo, los aspectos cualitativos de la atención médica. Independientemente de la perfección técnica que pueda lograrse en el tratamiento de un caso individual.

La adolescencia: La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la adolescencia como la etapa que va desde los 10 años a los 19. No obstante, la auténtica adolescencia es un período que se caracteriza por profundos cambios físicos, psicológicos y sociales donde es difícil establecer límites cronológicos precisos para este período vital.

El desarrollo de esta maduración atraviesa posibles etapas de la sexualidad de la adolescencia, que describen características muy generales de este proceso relacionados con aspectos psicológicos y sociales, estas etapas son:

Adolescencia Temprana (10- 13 años): Caracterizada por el inicio de la maduración sexual, extrema curiosidad por su cuerpo, muchas fantasías sexuales, exploración acentuada del autoerotismo y se interrelaciona con una sexualidad donde lo físico predomina (coquetería, amor platónico, etc.).

Adolescencia Media (14-17 años): Completa maduración sexual, manifestación de alta energía sexual con énfasis en el contacto físico y conducta sexual exploratoria (puede presentarse experiencias homosexuales, relaciones heterosexuales no planificadas), negación de las consecuencias de la conducta sexual (por sentimientos de invulnerabilidad), falta de información y educación sexual, relaciones intensas y fugaces.

Adolescencia Tardía (De 18 a 19 años): Se caracteriza por la completa maduración física, social, legal; logros definidos en la maduración psicológica, conducta sexual expresiva y puede establecer relaciones íntimas y estables con definición de su rol sexual. Los adolescentes son vulnerables, porque tanto las características del ambiente familiar y social en que una persona se desenvuelve con sus propias particularidades, pueden hacerlos muy vulnerables, ya que es quien teme mayor riesgo de recibir determinada lesión o daño.

Sexualidad en la adolescencia: La sexualidad se encuentra presente durante toda la existencia humana, pero en la adolescencia se vive y manifiesta de manera un poco diferente a como se expresa en otras etapas de la vida. En este período surgen sensaciones e impulsos de tipo sexual que se encuentran relacionados con los cambios biológicos que enfrentan todas y todos los adolescentes. Los cambios hormonales provocan que se tengan deseos y fantasías eróticas, que se quiera sentir placer físico a través del propio cuerpo y del cuerpo de otros, especialmente de quien te gusta. Estas sensaciones generalmente te toman por sorpresa, por eso la angustia, el temor, la incertidumbre y la confusión revolotean en tu cabeza, más aún si no se tiene la información necesaria para comprender mejor lo que te está pasando, o si no se cuenta con personas confiables que te puedan escuchar y orientar seriamente.

En esta etapa de la vida, el embarazo suele representar un problema desde el punto de vista sanitario y social. Los jóvenes de la actualidad se enfrentan a un problema: la sociedad y grupos sociales en los que conviven, los cuales los llevan a tomar decisiones que repercuten en su juventud arrastrándolos al uso de drogas, pandillerismo y embarazos en adolescentes. La relación entre la conducta sexual del adolescente y otras preocupaciones más amplias son claras. Los estudios demuestran que las conductas de riesgo tienen factores comunes interrelacionados. Por ejemplo, los adolescentes que tienen un embarazo no deseado, practican el sexo sin protección y de riesgo, y tienen relaciones abusivas que suelen ser los mismos que consumen sustancias y tienen bajo rendimiento escolar. Hay estudios que muestran que el consumo de sustancias está relacionado con una conducta sexual de riesgo, lo que a su vez lleva a un aumento en la incidencia de embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo el VIH/SIDA, y aumentos de consultas en la sala de emergencias.

Embarazo: Es la gestación, preñez o gravidez al periodo que transcurre desde la implantación del óvulo fecundado en el útero hasta el momento del parto. A partir de que el óvulo es fecundado se producen cambios en el cuerpo de la mujer, tanto

fisiológicos como metabólicos, destinados a proteger, nutrir y proporcionar todo lo necesario para el desarrollo adecuado del feto.

Sintomatología de embarazo: Durante el embarazo se ponen en marcha complejos procesos hormonales que afectan a casi la totalidad de los órganos del cuerpo de la mujer provocando lo que conocemos como síntomas de embarazo.

El primer síntoma es la amenorrea o ausencia de la menstruación, pero pueden presentarse también otras señales de embarazo como hipersensibilidad en los pechos, mareos, náuseas, vómitos, malestar y cansancio.

En el embarazo humano la gestación suele ser única, sin embargo pueden producirse embarazos múltiples. Dependiendo del número de óvulos fecundados y el momento en que se produce la división del cigoto, hay diferentes tipos de gemelos: gemelos un vitelinos, vitelinos, embarazo Gemelar triple, cuádruple, quíntuple.

Embarazo en adolescentes: El embarazo en la adolescencia es aquella gestación que ocurre durante los 2 primeros años después de la primera menstruación (entre los 10 y 13 años aprox.), y/o cuando la adolescente mantiene total dependencia social y económica de sus padres.

Causa del embarazo en adolescentes: Son innumerables las causas que explican el embarazo en la adolescencia. Están la soledad y la tristeza de una chica que se siente abandonada y no querida. O la muchacha que piensa que no responde al modelo de mujer que los muchachos buscan y aman. Si inician una relación, es probable que la tomen como la única y definitiva oportunidad de su vida. Entonces se hunden sin límites ni condiciones en el deseo del otro, sin tomar en cuenta los riesgos y sin evitarlos. Como si no les importase nada.

Riesgos y consecuencias del Embarazo en adolescentes: El embarazo en la adolescencia es un impacto de considerable magnitud en la vida de los jóvenes, en su salud, en la de su hijo, su pareja, su familia, ambiente y la comunidad en su

conjunto. Complicaciones obstétricas. Deficiente atención médica durante el embarazo, toxemias del embarazo y del parto prematuro. Anemia. Desproporción céfalo pélvica, distocias mecánicas y dinámicas; y parto prolongado y difícil.

Muerte Abortos provocados y sus complicaciones. Perforaciones uterinas. Hemorragias. Infecciones. Aumento de la morbimortalidad infantil Prematuras, bajo peso al nacer y enfermedades congénitas. Los bebés de madres adolescentes tienen una alta tasa de mortalidad al igual que pueden experimentar malformaciones congénitas, problemas de desarrollo, retraso mental, ceguera, epilepsia o parálisis cerebral. Estos niños experimentan muchos más problemas de conductas y funcionamiento intelectual disminuido.

Hay problemas maritales y mayor probabilidad de divorcio en parejas jóvenes que se unieron producto de un embarazo. Debido a esto, los hijos de adolescentes pasan gran parte de su vida en un hogar monoparental, y ellos se convierten en una población potencial para generar embarazos no deseados en su futura adolescencia. Otra consecuencia del embarazo en edades tempranas es el riesgo de aborto. Por lo general, las adolescentes a él en edades de gestación tardías (más de 12 semanas).

Las causas por las que se producen estos retrasos son muy variadas. En primer lugar, existe un desconocimiento de los signos de embarazo, una dificultad de comunicárselo a la familia, una falta de posibilidades económicas, deseos expresados de tener el hijo y una ambivalencia en relación con este hecho, a pesar de las dificultades, falta de consultas apropiadas donde consejo y la solución les puedan ser facilitados. La reacción depresiva de la adolescente en curso de su embarazo puede ser supremamente fuerte que puede llevarla al suicidio o intento de suicidio teniendo en cuenta que esta es la segunda causa de muerte en esta edad después de los accidentes. El embarazo y los problemas que este puede traer, el drama sentimental de una separación, el aislamiento, el pánico, pueden ser fácilmente considerados como "factores suicidógenos circunstanciales". La situación psicológica de la adolescente embarazada es compleja y difícil. En ella se acumulan

las dificultades propias de la adolescencia; los problemas afectivos observados a lo largo de cualquier embarazo; las dificultades personales o familiares que traen consigo el embarazo, las que originan ciertas reacciones, reales o simplemente temidas, del entorno, la inquietud de un futuro incierto; la perturbación por las decisiones que se han de tomar; es vacío afectivo.

Los riesgos de un embarazo en la adolescencia: Ser madre a temprana edad no es solo un problema social, económica y familiar, sino también médico. Una púber y adolescente que no ha llegado al tope de su desarrollo físico tiene mayores probabilidades de presentarse a las consultas de emergencia por temor a ciertas complicaciones durante la gestación y el parto.

El embarazo en la adolescencia es casi sinónimo de morbilidad y mortalidad tanto para la madre debido a problemas tales como anemia grave, toxemia (hipertensión inducida por el embarazo), placenta previa (la placenta crece más abajo del útero y cubre parte o todo el cuello uterino) o un embarazo prematuro.

En cuanto al bebé, éste tiene de 2 a 6 posibilidades más a nacer con un peso más bajo que el de una madre mayor de 19 años debido a la prematurez y al retraso del cuello intrauterino, que hace que el feto no se pueda desarrollar de manera normal.

Riesgo del embarazo de la adolescente: Es multicausal, a continuación se presentan los factores que favorecen el embarazo precoz o se asocia con él, factor Individuales: Dificultad para planear proyectos a largo plazo, personalidad inestable, baja autoestima y poca confianza, sentimientos de desesperanza, falta de actitud preventiva, menarquía precoz, conducta de riesgo, abuso de alcohol y drogas, abandono escolar, dificultad para mejorar sus condiciones de vida ,insuficientes oportunidades para integrarse a grupos de entretenimiento,antecedentes familiares, familias conflictivas o en crisis, madres que han estado embarazadas en su adolescencia.

Factor Biológicos: Menarquía: la edad de la pubertad ha declinado desde 17 años en el siglo XIX alrededor de 12 a 13 años, actualmente lo que conduce a que la adolescentes sean fértiles a una edad menor, sumado al resultado de investigaciones que reportan que el uso de los métodos de planificación en los adolescentes de Latinoamérica sigue siendo bajo, exponiéndose al riesgo de embarazarse a edades tempranas. El periodo entre el inicio de la pubertad y la independencia económica ha aumentado en nuestras sociedades, lo que permite una mayor posibilidad de relaciones prematrimoniales.

Factor Psicosociales: El embarazo en la adolescencia muy pocas veces es casual y menos aun conscientemente buscado. Obedece en general a una serie de causas, entre algunas: psicológicas, socioculturales y familiares. Psicológicas: durante la etapa temprana del desarrollo cognitivo de la adolescencia, los adolescentes no son capaces de entender todas las consecuencias de la iniciación de la actividad sexual precoz. En la adolescencia, el egocentrismo de la etapa las hace asumir que a ellas eso no les va a pasar, pues eso solamente les ocurre a otras. La necesidad de probar su fecundidad, estando influenciadas por fantasías de infertilidad, puede ser un factor poderoso durante de su adolescencia.

Dentro de las causas psicológicas se mencionan:

1. Desean tener un hijo para reconstruir la ternura materna o para construir la que no han tenido.
2. Para conseguir un marido que las acompañe y las ayude a sobrevivir económicamente.
3. Para castigar a los padres por su incomprensión.
4. Para irse de un hogar disfuncional, huir de un ambiente difícil.
5. Agradar al novio.

Entre las características de la adolescencia tenemos a: búsqueda de sí mismo y de la identidad, la tendencia grupal, necesidad de intelectualizar y fantasear las crisis religiosas, evaluación sexual desde el autoerotismo hasta las diferentes orientaciones sexuales, actitud social reivindicatoria, separación progresiva de los padres, constantes fluctuaciones del humor y del estado de ánimo.

En el caso de la muchacha no sólo se arriesga porque violenta su proyecto de vida: sus estudios, desde el punto de vista más social, sino que también se enfrenta a la fisiología de su organismo, todavía no suficientemente preparado para asumir el proceso, en algunos casos con consecuencias muy peligrosas, ni tampoco tiene la preparación ni la madurez psicológica para criar a sus hijos. Muchos países de América Latina este proceso lleva a las muchachas hasta la muerte, pues no en todos los casos se intensifican los cuidados y la atención especializada que normalmente debe recibir toda mujer embarazada, pero el asunto es actuar antes, prevenir el embarazo en esta etapa de vida.

Abundando en el tema, se valora como tendencia mundial que el inicio de las relaciones sexuales ocurre cada vez a edades más tempranas, Venezuela y Nicaragua no escapan a esta situación, de ahí la importancia de que los adolescentes, tanto mujeres, estén bien informados sobre el tema, y educarlos en valores que refuercen el amor y el respeto en las relaciones de pareja, y que la decisión de comenzar su vida sexual sea siempre sobre esa base.

Consenso social: Sobre la maternidad adolescente se ha modificado con el transcurso del tiempo y los cambios sociales que han tenido lugar. De este modo, desde hace ya tres décadas, este fenómeno se ha convertido en una preocupación para varios sectores de la sociedad básicamente urbana: desde el punto de vista de la salud por la mayor incidencia de resultados perinatales desfavorables cuando la joven lleva adelante el embarazo, o por las implicaciones del aborto, si decide interrumpirlo.

El embarazo y maternidad de adolescentes son más frecuentes que lo que la sociedad quisiera aceptar. Es un suceso difícil que afecta la salud integral de los padres adolescentes, la de sus hijos, familiares y de la comunidad en su conjunto. El embarazo de adolescentes se relaciona con tres factores: las probabilidades de iniciar precozmente las relaciones sexuales y tener un embarazo no deseado. En familias donde la autoridad moral es débil o mal definida, con ausencia de la figura paterna o padres que viven en unión libre, y cuando personas distintas a los padres cuidan o crían a las adolescentes, también se provoca la actividad sexual temprana y el riesgo de una gravidez consecuente.

Muchas adolescentes de comunidades pobres que poseen pocas oportunidades para educarse y mejorar económicamente, con frecuencia ven la maternidad como una forma de aumentar su propio valor y poseer algo.

Los embarazos en adolescentes, en la mayor parte del mundo, son el resultado directo de la condición inferior de la mujer cuyo papel en la sociedad está devaluado. Sabemos que es característica de todas las sociedades que la mujer tenga menos acceso o ejerza menos control de los recursos de valor, generalmente a ellas se les niega la educación y las habilidades para competir. Así, la maternidad se presenta como el único modo de alcanzar un lugar en la sociedad.

El embarazo en adolescente está vinculado a una cierta situación social, que combina la falta de educación en materia de reproducción y comportamientos sexuales, la falta de conciencia propia de la edad y otros factores, como la pobreza (que obliga a vivir en situaciones de hacinamiento). En muchas ocasiones, incluso, el embarazo en adolescente está vinculado a violaciones.

La adolescente embarazada es vista como “culpable” de una situación “indeseada”, por lo que suele ser discriminada y no cuenta con el apoyo que necesita. Por eso, los especialistas insisten Embarazo en adolescentes debe contar con la asistencia de la familia y ser acompañada en las visitas a los médicos y en los cuidados.

Abortos y muertes fetales: El embarazo en la adolescencia tiene consecuencias psicológicas y físicas en las pacientes, por consiguiente, el Ministerio de Salud brinda consejería psicológica en el manejo del embarazo, ya que algunas veces por no tener las condiciones físicas idóneas pueden tener un aborto espontáneo u óbitos (muerte del feto en el seno materno)

VII. DISEÑO METODOLOGICO

Área de estudio

En sala de emergencia del Hospital Bertha Calderon Roque, en el mes de abril del 2012.

Tipo de estudio

El presente estudio es de tipo descriptivo de corte transversal basado en las consultas de embarazadas adolescentes que se dieron en la sala de emergencia del hospital Bertha Calderón Roque en el mes de abril del 2012.

Universo

La población de estudio estuvo constituida por 1,222 embarazadas adolescentes atendidas en la sala de emergencia del Hospital Bertha Calderón Roque en el mes de abril del 2012.

Estrategia muestral

Tipo de muestreo

No probabilístico.

Marco muestral

Folder que contiene las copias de las de Hojas de admisión y egreso que se le llenaron a cada paciente que acude a la emergencia del HBCR.

Tamaño de la muestra

La muestra fue de conveniencia correspondió a un total de 160 embarazadas a un porcentaje de 13% de punto de vista metodologica

Selección

Al azar se seleccionó un día de la semana en el que se permaneció 24 horas para procurar entrevistar a las embarazadas adolescentes que demandaron atención en la emergencia del HBCR, fueron los días martes del mes de abril.

Fuente de Información

La información utilizada es de fuente primaria, entrevista a las adolescentes. Y de fuente secundaria, mediante la revisión hoja de atención en la emergencia.

Recolección de la información

La recolección de la información estuvo a cargo de un equipo previamente entrenado para este fin y bajo la supervisión de la autora del estudio.

Instrumento

Atendiendo los objetivos del estudio, se diseñó una guía para la conducción de la entrevista a las embarazadas adolescentes y para la obtención de los datos del expediente clínico y la hoja de atención de la emergencia. El instrumento, previo a la aplicación definitiva fue validado mediante su aplicación piloto con adolescentes.

Criterio de inclusión

Las que aceptaron participar en el estudio

Pacientes que sean de managua

Menores de 19 años

criterio de exclusion

Las que no eran managua

Las que no eran embarazadas

Embarazadas mayores de 20 años.

Consideraciones éticas

Se ha considerado en investigaciones en el campo de riesgo particular que implica establecer principios éticos que garanticen la seguridad del informante y de la persona que está llenando la entrevista. Confidencialidad de lo escrito del expediente clínico y Hojas de emergencia. Se respetó su privacidad tomando en cuenta que son adolescentes y con factores de riesgos. Con su autorización para la toma de fotografía.

Análisis de los datos

La información fue ingresada en base de datos elaborada en el Programa estadístico Epi info. 3.5 con el que se obtuvieron tablas de salida que fueron mejoradas con Microsoft Excel. Las variables cualitativas se presentan en tablas utilizando frecuencias y porcentajes como medidas de resumen.

VARIABLES DEL ESTUDIO

Características Socio demográfica

- Edad
- Estado civil
- Ocupación
- Escolaridad
- Procedencia
- Religión

Causas más frecuente de origen obstétricode consultas de las embarazadas adolescentes.

- Por dolor de parto
- Amenaza de aborto
- Cesarea anterior
- Pre eclampsia

Las causas de origen ginecológico relacionado con el embarazo

- Infección de vías urinaria (IVU)
- Sangrado trans-vaginal (STV)
- Cervico Vaginitis

Las otras causas

- Solicitar ultrasonido
- Solicitar atención especializada
- Solicitar exámenes laboratorio

Origen y destino del resultado de consulta

- Unidad de salud
- N° de consultas
- Decisión de la búsqueda de atención (espontánea / referida)
- Resultado posterior a la consulta (alta, ingreso, referida, contra referida)

Cruce de variable

1. Edad / Estado civil
2. Escolaridad / ocupación
3. Procedencia/religión
4. Edad / con numero de embarazo
5. Causa obstetrica / con frecuencia de consulta
6. Causa ginecologica / con frecuencia de consulta
7. Otras causas / con frecuencia de consulta
8. origen de paciente / con el Destino de paciente.

VIII. RESULTADOS

Se estudiaron un total de 160 embarazadas adolescentes que corresponde a 13% de las pacientes que asistieron a las consultas de emergencias.

Según el estado civil con las edades de las adolescentes el 46.87% (80) son solteras, siguiendo del 37.5% (60) que son acompañados y el 12.49% (20) son casadas. Las edades que más asistieron son de 18 a 19 años con el 50.62% (81) continuando con 46.25% (74) de 14 a 17 años y en menor de 10 a 13 años con el 3.12% (5).

Al relacionarse el estado civil con la edad: La edad de 14 a 17 años en su mayoría son solteras con un 24.37% (39) seguida de 18 a 19 años con un 18.75% (30) y en menor porcentajes las casadas de 18 a 19 años con un 9.37% (15).

En relación la escolaridad de las adolescentes: El 27.5% (44) tiene primaria completa y el 25% (40) primaria incompleta, el 18.75% (30) corresponde a adolescente con secundaria completa y incompleta. El 62.5% (100) son amas de casa, siguiéndole las estudiantes y trabajo domestico ambos con el 18.75% (30) cada uno.

La procedencias de las embarazadas adolescentes son de área urbana las 100% (160). La religión evangélica es la que predomina con un 50% (80) seguida de las católica con un 43.75% (70) y en otras religiones en menor cantidad 6.26% (10).

Entre las edades de las embarazadas según números de embarazos , el 50% (80) son primigesta, seguida las bigestas con 34.37% (55) y las trigesta 15.62% (25). Entre las edades que predominó el 50.62 (81), las edades de 18 a 19 años siguiendo de 14 a 17 años con El 46.25 (74) y un 3.12 (5) de 10 a 13 años.

Las causas de consultas con mas frecuencia de las embarazadas adolescentes el 53.12% (85) asistieron por primera vez, dos veces a consultas seguidas con 34.25% (55), três y mas veces asistieron 12.5%.

Las causas que predominaron de origen obstetrico fueron por dolor de parto 56.25% (90), amenaza de aborto con un 21.87%,seguido de cesárea 12.5%(20),(35) pre-eclampsia 9.38 (15). Que asistieron a emergencia con más frecuencia fueron por primera 68.75 (110), dos veces 25% (40) tres y más veces 6.24 (10).

Las causas de consultas que se identificaron fueron por problema de origen ginecológico relacionado con el embarazo, sangrado transvaginal con mayor porcentaje 53.12% (85), seguida por infeccion en vias urinarias 25% (40), con cervico vaginitis 21.87% (35).

Frecuencia de consulta por primera vez fueron 68.75% (110) segunda vez25% (40) seguido tres y mas veces 6.24% (10).

Otras causas que influyeron en la demanda de consultas de emergencia fueron para solicitar realizacion de ultrasonido obstetrico a las adolescentes 37.5% (60) igual porcentaje atencion especializada, seguido con solicitud examen de laboratorio hemogravindex 25% (40).

Las formas en que llegaron a emergencia y su destino de las embarazadas, el 75% (120) vinieron referidas de los centros de salud, el 25% (40) asistieron con demanda espontanea. El 43.75% (70) fueron hospitalizadas, el 31.24% (50) fueron dadas de alta con tratamiento en casa, 15% (24), fueron contrareferidas a su unidad de salud correspondiente, y cita a centro de adolescente del hospital y un 10% (16).

IX. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

El 13% de las mujeres embarazadas que asisten a la sala de emergencia del hospital Bertha Calderón son adolescentes revelando similitud en estudio del hospital de Cuernavaca México que reporta que el 50% son niñas menores de 10 años hasta la edad de 19 años de edad, incrementándose cada día las consultas por estas edades.

El estado civil de las adolescentes embarazadas que asisten a la consulta de emergencia prevalecieron las solteras y las acompañadas con un 70% encontrándose menor informada en estudios realizados en otros países latinoamericanos.

Estos pudieran diferenciar la percepción y el subregistro existente en la unidad de salud debido a la población considerándose un riesgo mayor que tienen que enfrentarse las adolescentes solteras una vez que salen de su embarazo.

Según el nivel de escolaridad, pobreza y entre mujeres rurales y urbana, existen un mayor porcentaje de la área urbana teniendo completa su primaria e incompleta su secundaria, según Padilla de Gil. Muchas adolescentes de comunidades pobres que poseen pocas oportunidades para educarse y mejorar económicamente, con frecuencia ven la maternidad como una forma de aumentar su propio valor y poseer algo.

Llama la atención que la religión evangélica predomina más que las católicas. Embarazadas adolescente el 50% son primigestas en su embarazo predominando las edades de 18 a 19 años, al comparar con estudio realizados en otros países señalan que hay múltiples factores que inciden el incremento de visitar el sistema de salud médica.

Las que asistieron por primera vez a consulta de emergencia fueron un 68.75% dos veces a consultas el 25% entre las causas de consulta está el dolor de parto, amenaza de aborto, por cesárea, pre-eclampsia. Al compararse con estudio registran altos niveles de consultas por causas de consultas meramente de origen de

obstétrico de las embarazadas hay similitud con estudios realizado por Pérez-Sánchez: Obstetricia.

La segunda causa de consultas fueron de origen ginecológico relacionado con patología obstrétrica de las adolescentes con sangrado transvaginal con un 53.12% seguido con infección en las vías urinarias con 25% y por cervico vaginitis un 21.87%. hay estudios similares.

En algunas pacientes asistieron a consulta fueron: por solicitud de ultrasonido con un 37.5%, solicitud examen de laboratorio 25% y atención especializada 37.5%. Se observa que hubo otras consultas de pacientes que acudieron la mayoría de veces por primera vez 53.12% y otras fueron subsecuentes 34.37% no tiene similares con otros estudios.

La mayor parte vinieron referidas de otras unidades de salud el 75% y con demanda espontánea el 25%, de las embarazadas estudiadas fueron hospitalizadas con un 43.75% múltiples causas de riesgo de su embarazo y para evitar complicaciones materna y fetal. no tiene similares con otros estudios.

X. CONCLUSIONES

1. Describir las características socio demográfica de las embarazadas adolescentes que asistieron en sala de emergencia.

1.1 Del total de consultas atendidas en emergencia el 13% corresponden a embarazadas adolescente. Las adolescentes que más acuden a consultas son de 18 a 19 años, ama de casa, solteras, de bajo nivel de escolaridad, procedente del área urbana de Managua, de religión evangélica.

2. Describir las causas más frecuentes de origen obstétrico de adolescente en la consulta de emergencia.

2.1 Las principales causas de consultas fueron propiamente de embarazo; por dolor de parto, amenaza de aborto, por cesarear, pre-eclampsia.

3. Identificar las causas de origen ginecologico relacionado con el embarazo adolescente.

3.1 Otros con problema de embarazo relacionado con patologías de origen ginecologico; infección en vías urinaria, cervico vaginitis, sangrado transvaginal.

4. Identificar otras causas que influyeron la demanda de atención de embarazadas adolescentes en emergencia.

4.1 En algunas pacientes asistieron a consulta fueron por: solicitud de ultrasonido, solicitud examen de laboratorio y atención especializada, y las pacientes acudieron la mayoría de veces por primera vez y otras eran subsecuentes en el mismo mes.

5. Mencionar la referencia y derivación de consultas de las embarazadas adolescentes que asistieron a sala de emergencia.

5.1 La mayor parte fueron referida de unidades de salud de managua y otras fueron por demanda espontánea, y el destino de las embarazadas adolescentes, algunas fueron hospitalizadas en los siguientes servicios: Alto Riesgo Obstetrico, Complicacion I, Sala de Operacion, Labor y Parto, otras fueron de alta con tratamiento en casa, contrareferida a su centro de salud correspondiente, y referida a centro adolescente del Hospital.

XI. RECOMENDACIONES

A las Autoridades del Ministerio de Salud

- Establecer protocolo para atención especializada en atención primaria para embarazos en adolescentes.
- capacitación continua al personal de salud de atención primaria en salud para la atención a las embarazadas en adolescentes. para evitar consulta a segundo nivel.
- Un sistema de atención primaria en salud, con integración y supervisión continua el manejo de control prenatal con eficaz y eficiencia para embarazadas.

A las Autoridades del SILAIS

- Capacitación constante al personal.
- Integración completa para primer y segundo nivel de atención.
- Establecer relación integral a las tareas de salud el seguimiento de las embarazadas adolescente, a través de la referencia y contra referencia.

A las Autoridades del Hospital y Cuerpo Médico

- Brindar atención el manejo adecuado a las embarazadas en adolescentes
- Brindar atención de calidad - calidez e humanizado
- Solucionar sus problemas de forma eficaz eficiente.

XII. BIBLIOGRAFÍA

1. Cano López, Ana María .El embarazo en la adolescencia .Resultado de dos .La Habana Editorial Pueblo y Educación 2003.
2. Dra. Domínguez García, Laura psicología del desarrollo adolescencia y juventud. La Habana. Editorial Félix Varela 2003 (Pág. 462)
3. Lic. .Ortiz .Sexología y Sociedad .Consecuencias Médicas y biológicas del embarazo en la adolescencia 2004.
4. Rodríguez, J. y M. Hopenhayn (2007): "Maternidad adolescente en América Latina y el Caribe. Tendencias, problemas y desafíos". En Desafíos, Boletín de la infancia y la adolescencia CEPAL-UNICEF. Santiago de Chile, Chile.
5. Urrutia Barroso, Lourdes. Sociología y trabajo social aplicado. La Habana. Editorial Félix James P. Guevara, MD, MPH; Josephine C. C. Young, MD, MPH; Beth A. Mueller,
6. Diversos Autores. El embarazo no Planeado en los Adolescentes. Carpeta Didáctica para Servicios Especializados de Salud Sexual y Reproductiva para Población Adolescente. Secretaría de Salud (Mex) 2010; pp166–88.
7. Padilla de Gil: Aspectos médicos y sociales de la maternidad en la adolescencia. RevSogia 2008; 7(1): 16-25.
8. Molina R: Adolescencia y embarazo. Capítulo 14. Pérez-Sánchez: Obstetricia. 2ª ed. Santiago, Chile: Ediciones Técnicas Mediterráneo Ltda, 1992; 179-84Varela 2009 (Pág. 462)
9. Vera G, Gallegos MS, Varela M: Salud mental y embarazo en adolescentes. Contexto de la gestación y consecuencias biográficas tempranas. RevMéd Chile 2009; 127: 437-43.
10. Zúñiga D, Delgado D, Zubieta B. Tendencias Recientes del Embarazo Adolescente en México. Foro: Embarazo en Adolescentes. Avances y Retos. CONMUJER. SEGOB 2000; 18–23.

ANEXOS

ANEXO No. 1 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variable	Definición operacional	Indicador
Residencia	Lugar geográfico donde reside la paciente de forma estable en los últimos 6 meses. Consignado en el expediente	Urbano Rural
Edad	Tiempo en años transcurrido desde el nacimiento a la fecha de la entrevista. Consignado en el expediente	10 a 13 años 14 a 17 años 18 a 19 años
Estado civil	Es la relación que la incluye dentro de un aspecto de legalidad en el núcleo familiar	Casada Soltera Acompañada
Escolaridad	Nivel de educación alcanzado	Illetrada P. completa

		P. Incompleta S. completa S. Incompleta Carrera Técnica Inicio de la Universidad
Ocupación	Es la relación de desempeño que tiene la mujer dentro de la sociedad	Ama de casa Estudiante Trabajo domestico
Nº de embarazo	Es el número de gesta que ha tenido una mujer.	Primigesta Bigesta Trigesta y mas
Causa de Consulta de emergencia	Es la asistencia médica inmediata para resolver problema de salud de paciente.	Por dolor de parto Amenaza de aborto Por sangrado transvaginal Programar cesárea Solicitar ultrasonido Solicitar control prenatal Por presión alta Por edemas
Frecuencia que ha asistido al mes	Es el número de veces que asistió la misma persona en el mismo mes.	Primera vez Dos veces Tres y mas veces
Consulta de emergencia por	Consulta de emergencia por medio de otra unidad de salud, una atención especialidad o por demanda espontanea para resolver el problema de salud.	Referencia Traslado Demanda espontanea
Destino de paciente	Es la manera para poder dar solución de problema de salud de paciente	Hospitalizado Alta con tratamiento ambulatoria Contra refería Cita en centro adolescente

ANEXO No. 2

Tabla Nº 1. Edad con estado civil de las embarazadas adolescentes que asistieron a consultas de emergencia del HBCR. En mes de abril del 2012.

Nº=160

Edad	Estado civil						Total	
	Casada		Acompañada		Soltera			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
10-13 años	0	0	0	0	5	3.12	5	3.12
14 -17 años	5	3.12	30	18.75	39	24.37	74	46.25
18-19 años	15	9.37	30	18.75	36	22.5	81	50.62
Total	20	12.49	60	37.5	80	46.87	160	100

Fuente: primaria y secundaria

ANEXO No. 3

Tabla Nº 2. Escolaridad con ocupación de las embarazadas en adolescentes que asistieron a consultas de emergencia del HBCR en el mes de abril 2012.

Nº=160

Escolaridad	Ocupación						Total	
	Ama de casa		Estudiante		Trabajo doméstico		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Iletrada	5	3.12	0		0	0	5	3.12
Primaria completa	30	18.75	12	7.5	2	1.25	44	27.5
Primaria Incompleta	30	18.75	6	3.75	4	2.5	40	25
Secundaria completa	15	9.37	5	3.12	10	6.25	30	18.75
Secundaria incompleta	20	12.5	4	2.5	6	3.75	30	18.75
Carrera técnica	0	0	1	0.62	5	3.12	6	3.75
Inicio de Universidad	0	0	2	1.25	3	1.87	5	3.12
Total	100	62.5	30	18.75	30	18.75	160	100

Fuente: primaria y secundaria

ANEXO No. 4

Tabla Nº 3 . Procedencia con religión de las embarazadas en adolescentes que asistieron a consultas de emergencia del HBCR en el mes de abril 2012.

Nº=160

Procedencia	Religión						Total	
	Católica		Evangélica		Otras		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Urbana	70	43.75	80	50	10	6.24	160	100
Total	70	43.75	80	50	10	6.24	160	100

Fuente. primaria y secundaria

ANEXO No. 5

Tabla 4. Edad con número de embarazo, de las embarazadas en adolescentes que asistieron a consultas de emergencia del HBCR en el mes de abril 2012.

Nº=160

Edad	Numero de embarazo						Total	
	Primigesta		Bigesta		Trigesta y mas			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
10-13 años	5	3.12	0	0	0	0	5	3.12
14 -17 años	54	33.75	15	9.37	5	3.12	74	46.25
18-19 años	21	13.13	40	25	20	12.5	81	50.62
Total	80	50	55	34.37	25	15.62	160	100

Fuente: primaria y secundaria

ANEXO No. 6

Tabla 5. Causas mas frecuente de consulta de obstetrica con frecuencia de consulta de las embarazadas en adolescentes que asistieron a emergencia del HBCR en el mes de abril 2012

Nº=160

Causa obstetrica	Frecuencia de consulta						Total	
	Primera vez		Dos veces		Tres y mas veces			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Por dolor de parto	65	40.62	20	12.5	5	3.12	90	56.25
Amenaza de aborto	20	12.5	10	6.25	5	3.12	35	21.87
Pre eclampsia	5	3.12	10	6.25	0	0	15	9.38

Cesarea	20	12.5	0	0	0	0	20	12.5
Total	110	68.75	40	25	10	6.24	160	100

Fuente: primaria y secundaria

ANEXO No. 7

Tabla 6. Causa de consulta de origen ginecológico con frecuencia de consulta de las embarazadas en adolescentes que asistieron a emergencia del HBCR en el mes de abril 2012.

Nº=160

Causa Ginecológico	Frecuencia de consulta						Total	
	Primera vez		Dos veces		Tres y mas veces			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
IVU	20	12.5	10	6.25	10	6.25	40	25
Cervico vaginitis	25	15.62	10	6.25	0	0	35	21.87
STV	65	40.65	20	12.5	0	0	85	53.12
Total	110	68.75	40	25	10	6.24	160	100

Fuente: primaria y secundaria

ANEXO No. 8

Tabla Nº7 Otras causas de consultas con refrecuencia de consulta de embarazadas en adolescentes que asistieron a emergencia del HBCR en el mes de abril 2012.

Nº=160

Otras causas	Frecuencia de consulta						Total	
	Primera vez		dos vez		Tres y mas veces			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%

Ultrasonido	40	25	15	9.37	5	3.12	60	37.5
Examen gravindex	40	25	15	9.37	5	3.12	60	37.5
Atencion especializada	30	18.75	10	6.25	0	0	40	25
Total	110	68.75	40	25	10	6.24	160	100

Fuente: primaria y secundaria

ANEXO No. 9

Tabla N° 8. Consulta con destino de las pacientes embarazadas en adolescentes que asistieron a consulta de emergencia del HBCR en el mes de abril 2012.

N°=160

Consulta	Destino de la paciente								Total	
	Hospitalizada		Alta con tratamiento		Contra referida		Cita a centro adolescente			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Referencia	45	28.12	35	21.87	24	15	16	10	120	75
Demanda espontanea	25	15.62	15	9.37	0	0	0	0	40	25
Total	70	43.75	50	31.24	24	15	16	10	160	100

Fuente: primaria y secundaria

ANEXO No. 10



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE NICARAGUA
CIES/UNAN-Managua
MSP 2010-2012



Managua, enero del 2012

ANEXO No. 11



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE NICARAGUA
CIES/UNAN-Managua
MSP 2010-2012



Managua, enero 2012

SOLICITUD DE CONSENTIMIENTOS A LOS PADRES DE FAMILIA Y TUTOR

Estimados padres de familias por medio de la cual pido formal solicitud de consentimiento para poder entrevistar a sus hijas embarazadas adolescentes menores de 19 años, la información que ellas me confíen será netamente confidencial. Con el fin de estudio científico para poder optar al título de la maestría en salud pública.

Le agradezco por sus ayuda, que les Dios le bendiga.

Muy atentamente Johana D. Granado Rosales
Estudiante de la Maestría en S.P CIES- UNAN



ESTIMADAS JÓVENES, LA INFORMACIÓN QUE USTED ME CONFÍA SERÁ NETAMENTE CONFIDENCIAL. SERÁ USADO CON FIN DE REALIZAR ESTUDIO



Nº de encuesta: _____ Fecha: _____

I. Característica socio demográfica

Datos personales:

1. Procedencia: _____
2. ¿Cuántos años tienes?
3. ¿Cuál es su estado civil actual?
4. ¿Cuál es el nivel de escolaridad?
5. ¿Cuál es su ocupación?
6. ¿cual es su religion?

II. Las Causas más frecuente de origen obstétrico de las embarazadas adolescentes:

III. Las causas de origen ginecologico relacionado con problema obstetrico:

IV. Las otras causas que originó la consulta de emergencia:

V. ¿Cuántas veces ha asistido en este mes?

- Primera ves.
- Dos veces.
- tres y más.

VI. ¿El número de embarazos de adolescente?

- Primigesta
- Bigesta
- Trigesta y más

VII Origen

- Referencia.
- Demanda espontanea

VII. Destino del resultado de la consulta

- Hospitalizada
- Alta con tratamiento ambulatorio
- Contra referido
- Cita en centro adolescente

Dra. Maribel Hernández
Directora Hospital Bertha Calderón
Ministerio de Salud

Estimada Doctora Hernández:

Por este medio solicito autorización para realizar mi estudio monográfico para optar en el título de la Maestría en Salud Pública, en el periodo del primer cuatrimestre del presente año, sala de emergencia del HBCR Factor que influye en la incidencia de embarazo en adolescente.

Al finalizar el estudio nos permitirá tener una visión más amplia y clara en los enfoques necesarios para trabajar con adolescentes en un futuro.

Le agradezco de antemano por una respuesta positiva a mi solicitud.

Muy atentamente,

Lic. Johana D. Granado Rosales
Estudiante Maestría Salud Pública CIES

c.c. archivo
CIES - UNAN



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE NICARAGUA**



Managua, 20 de noviembre del 2012

Lic. Johana D. Granado Rosales.

Alumna

MSP 2010-2012 GA

Estimada Lic. Granado:

Por este medio le comunico que en mi calidad de Tutor de su tesis: La caracterización de la demanda de atención de las embarazadas adolescentes, atendidas en sala de emergencia, del Hospital Bertha Calderón Roque, en el mes abril del 2012.

Para optar al grado de Maestra en Salud Pública, le otorgo el AVAL para que participe en Pre y Defensas de Tesis.

Sin más a que referirme, me despido

Atentamente;

José de los Ángeles Méndez
MSc. en Epidemiología

Tabla de Contenido