

**UNAN-MANAGUA**  
**Recinto universitario “Rubén Darío”**  
**Facultada de ciencias medicas**



**Tesis para optar al título de especialidad en Dirección de  
Servicios de Salud y Epidemiología**

**Tema: Factores obstétricos del embarazo en adolescentes en los  
municipios de San marcos, Diriamba y Jinotepe egresadas del  
Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe en el 2016**

**Autor: Dra Bertha María García González**

**Tutor: Dr. Pablo Sandino Martínez**

**Especialista: Médico cirujano Msc en epidemiología HERSJ**

**Jinotepe, Marzo 2018**

## **INDICE**

- I. Introducción**
- II. Planteamiento del Problema**
- III. Antecedentes**
- IV. Justificación**
- V. Objetivos**
- VI. Marco Teórico**
- VII. Diseño Metodológico**
- VIII. Resultado**
- IX. Análisis y Discusión de los resultados**
- X. Conclusiones**
- XI. Recomendaciones**
- XII. Referencia Bibliográfica**
- XIII. Anexos**

## **DEDICATORIA**

Mi tesis la dedico a mi hija Anna Isabella su llegada a mi vida fue el detonante para el éxito, debido a que es mi mayor motivación para salir adelante y avanzar hacia un futuro mejor y a mi Mama quien a través de su ejemplo de Superación y Esfuerzo de toda la vida por darme la oportunidad a lo largo de mi vida de ser una persona Profesional y de Bien.

## **AGRADECIMIENTO**

La presente Tesis es un esfuerzo en el cual, participaron personas que contribuyeron teniéndome disposición y paciencia para la recolección de datos, corrección de documento y elaboración, acompañándome en los momentos de crisis y en los momentos de felicidad.

A mis padres, por darme la vida y ser un ejemplo de formación profesional, Humanística y espiritual, por sus consejos y valores inculcados.

A mi esposo y a mi hija que me acompañaron en esta aventura que significó la especialidad y que, de forma incondicional, estuvieron presentes en todo momento apoyándome durante estos tres años con motivación constante no permitiendo que renunciara al cumplimiento de esta meta.

A todos mis familiares, Que de una u otra manera estuvieron pendientes a lo largo de este proceso, brindándome su apoyo.

## RESUMEN

Según concepto de la Organización Mundial de la Salud (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 consolida la independencia socio – económica y fija sus límites entre los 10 y 19 años”. En la actualidad se presentan altos índices de embarazos en adolescentes en América Latina según la Organización Panamericana de la Salud (OPS). El presente trabajo, tiene por objeto realizar un estudio actualizado de los factores Obstétricos de la adolescente embarazada. Este estudio se realizó en el área de Ginecología y Obstetricia del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe en donde fueron egresadas las adolescentes embarazadas de los municipios de San Marcos, Diriamba y Jinotepe, utilizando un instrumento para la recolección de datos en el expediente clínico. Con un universo de 40 adolescentes embarazadas de los municipios seleccionados, en el período 2016. El estudio es descriptivo retrospectivo, de corte transversal. Los resultados del mismo indican que el mayor porcentaje de adolescente embarazada se presentó en pacientes de 17 a 19 años de edad con el 50%, el 55% eran del área rural, según su estado civil el 65% estaba Acompañada, el 32.5 % no logro completar la escuela Secundaria y el 27.5% no concluyo la escuela primaria. El 52.5% inicio su vida sexual a los 15 años, en donde se pudo constatar que el 15 % presentaba Datos Clínicos de Enfermedad Hipertensiva Gestacional, el 17.5 % con Pre-Eclampsia, el 10 % con Eclampsia, además concluyendo que el 100% de las adolescentes fueron egresadas vivas sin complicación que pusiera en riesgo su vida o la del producto, por tanto el estudio nos permitirá evaluar y analizar los factores obstétricos durante el embarazo en las adolescentes.

**Palabras claves:** EMBARAZO, ADOLESCENTE, PREVALENCIA, FACTORES DE RIESGO.

## Introducción

La adolescencia es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el periodo de vida que se da entre los 10 y 19 años de edad, se caracteriza por una serie de cambios orgánicos (pubertad) así como por la integración de funciones de carácter reproductivo (ciclo menstrual en las mujeres y ciclo espermático en los hombres), acompañados de profundos ajustes psicosociales a un ambiente sociocultural cambiante y en ocasiones hostil, muchos adolescentes, sobre todo en países en vías de desarrollo como el nuestro, encuentran múltiples dificultades para ajustarse a esta etapa de su vida, en particular en lo relativo a su sexualidad.

El embarazo durante la adolescencia es considerado por la OMS como un embarazo de riesgo, debido a las repercusiones que tiene sobre la salud de la madre y el producto, además de las secuelas psicosociales, particularmente sobre el proyecto de vida de las jóvenes.

El embarazo en adolescentes es un problema de Salud Pública y Nicaragua tiene una de las tasas más altas de América Latina. Actualmente, más del 20% de las adolescentes a nivel nacional son madres o están embarazadas.

Datos obtenidos de algunas encuestas sobre el comportamiento sexual y reproductivo en las adolescentes muestran que esos(as) tienden al inicio de relaciones sexo genitales a más temprana edad y en la mayoría de los casos lo hacen desprovistos de información objetiva, oportuna, clara y veraz acerca del manejo de la sexualidad, de las responsabilidades que implican la maternidad y la paternidad y del uso correcto y sistemático de métodos anticonceptivos modernos, estas situaciones exponen a las jóvenes a mayores riesgos de que se produzca un embarazo no planeado, un aborto provocado o en una enfermedad de transmisión sexual, incluyendo el VIH/SIDA.

Este estudio proporcionó datos actualizados sobre la magnitud de este problema en los municipios San Marcos, Diriamba y Jinotepe en el SILAIS Carazo, lo que permite precisar cuáles son los factores psicosociales y obstétricos más importantes sobre los que se deberá actuar para incidir en la reducción significativa de esta severa problemática que afecta todos los ámbitos, personal, familiar y comunitario.

Los resultados servirán de insumos básicos para profundizar las acciones de promoción de la salud de los adolescentes, desde dos enfoques uno práctico y el segundo teórico, todo esto para seguimiento, de uno de los pilares fundamentales del Modelo de Salud Familiar y Comunitario, que ayude a realizar acciones educativas, aumentar la responsabilidad individual, familiar y comunitaria en la salud de los adolescentes y lograr de esta forma al control del embarazo en edades tempranas y disminuir la morbimortalidad materna y perinatal.

## Planteamiento del Problema.

A pesar de los avances logrados en salud sexual y reproductiva, aún es elevado el número de embarazos no planeados que ocurren en la población adolescente, esto representa un desafío para el país y para los tres municipios seleccionados, ya que están en riesgo de abandonar los estudios por estar embarazadas.

El Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe es la unidad de salud, donde son atendidas las adolescentes embarazadas de los municipios del SILAIS Carazo, no se logró encontrar estudios previos sobre este tema.

Por tal motivo se realizó esta investigación planteándonos el siguiente problema:

¿Cuáles eran los Factores obstétricos que se evidenciaban en los expedientes de las embarazadas adolescentes en los municipios de San Marcos, Diriamba y Jinotepe egresadas del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe en el 2016?

## Antecedentes

La pobreza, una baja calidad escolar, la desigualdad y la poca capacidad de decisión y control sobre sus propios planes de vida, ponen a las niñas en América Latina y el Caribe en mayor riesgo ante el embarazo adolescente y a una maternidad temprana. Eso, a su vez, se asocia con menores oportunidades educativas, económicas y laborales, de acuerdo con un estudio del Banco Mundial.

América Latina y el Caribe, es la región con la tercera tasa más alta de fertilidad adolescente (72 nacimientos por cada 1000 mujeres entre los 15 y 19 años de edad), por debajo de África subsahariana y el Sur de Asia. La mayoría de países de la región están dentro de los 50 con mayores índices de fecundidad en adolescentes en el mundo y ocho de éstos (Nicaragua, República Dominicana, Guatemala, Honduras, Venezuela, Ecuador, El Salvador y Panamá) están dentro de los primeros 40.

En un trabajo monográfico realizado en el Hospital Carlos Marx en diciembre de 1993 demuestran que el 45% de las adolescentes son madres solteras y que el 72% de éstas dependen económicamente de su madre y un 48% no tuvieron ninguna información sobre educación sexual.

Según el FENUAP, Managua representa el 28% de embarazadas, con un gran porcentaje sin educación y con primaria incompleta. Según un diagnóstico de situaciones de la adolescencia en Nicaragua realizado por el Ministerio de Salud en el 2000 obtuvieron que un 24% de las muertes maternas son adolescentes y sólo un 10% busca un método de planificación familiar.

Un estudio realizado por la Dra. Erika Albertina Cruz Díaz, en el segundo semestre del 2015 en el Hospital Alemán Nicaragüense, concluyó que **Las complicaciones maternas predominantes estuvieron un 20% la infección de**

***vías urinarias, seguido de un 14% con anemia y Preeclampsia respectivamente para cada patología.***

## Justificación

Uno de los problemas más importantes a los que se enfrentan los trabajadores de la salud por su trascendencia social, es el embarazo de las adolescentes, aconteciendo con mayor frecuencia en sectores socioeconómicos bajos, aunque se presenta en todos los estratos económicos de la sociedad.

Con este trabajo se pretendió analizar la magnitud de la situación de salud que representan para las adolescentes embarazadas los factores de riesgo psicosociales y obstétricos para la salud pública y por ende para la epidemiología actual en el SILAIS Carazo.

Los resultados de este estudio, son los insumos básicos para profundizar las acciones de promoción de la salud de los adolescentes, desde dos enfoques uno práctico y el segundo Teórico, todo esto para seguimiento, de uno de los pilares fundamentales del Modelo de Salud Familiar y Comunitario, que ayude a realizar acciones educativas, aumentar la responsabilidad individual, familiar y comunitaria en la salud de los adolescentes y lograr de esta forma al control del embarazo en edades tempranas y disminuir la morbimortalidad materna y perinatal.

## Objetivos

### General

Identificar los Factores Obstétricos del Embarazo en Adolescentes de los municipios de San Marcos, Diriamba y Jinotepe en el departamento de Carazo, Egresadas del Hospital Regional Escuela Santiago de Jinotepe en el 2016.

### Específicos

- 1) Describir la situación sociodemográfica de las embarazadas adolescentes de los municipios de San Marcos, Diriamba y Jinotepe.
- 2) Identificar los factores obstétricos asociados en las adolescentes embarazadas de los Municipios de San Marcos, Diriamba y Jinotepe.
- 3) Describir la condición de egreso de las Adolescentes embarazadas

## Marco Teórico

### Adolescencia

La adolescencia es un período de transición entre la niñez y la adultez. Su definición no es fácil, puesto que "su caracterización depende de una serie de variables: ubicación ecológica (referidos al medio ambiente natural), estrato socioeconómico, origen étnico y período de la adolescencia, entre otros." (Escobar & Muñoz, 1995, p. 7).

En el área cognitiva el adolescente debe ser capaz de "examinar los propios pensamientos, formular hipótesis, diferenciar lo posible de lo probable y planificar" (Pérez, 1992, p. 31). En el área afectivo-social el adolescente debe lograr un desprendimiento de su núcleo familiar, alcanzar la autonomía y, además, dirigir y controlar su conducta de acuerdo a su propia escala de valores. La autoestima en esta etapa es central, ya que el adolescente muestra una extraordinaria sensibilidad en relación con el concepto de sí mismo. (Castillo, López, Muñoz & Rivera, 1992). Otra de las tareas en esta área es la de "alcanzar la identidad sexual y búsqueda de pareja, cuya elección le llevará a constituir su núcleo familiar en etapas posteriores." (Castillo et al., p. 12).

Las características de la familia son muy importantes para determinar el riesgo: Los adolescentes que viven con ambos padres y tienen una buena relación con ambos, tienen un riesgo menor de tener sexo no protegido y de llegar al embarazo. Específicamente, estos adolescentes no van a iniciar la actividad sexual a una edad temprana y, cuando la inician, lo hacen con una frecuencia menor.

Cuando el adolescente proviene de una familia disfuncional: uniparental, o con conductas promiscuas y con consumo de drogas, en la que no hay un adecuado diálogo padres-hijos. Su ausencia genera carencias afectivas que él/ella no sabe resolver, impulsándolo/a a buscar esa comunicación y afecto en los amigos y

compañeros de colegio quienes probablemente tendrán su misma ignorancia. Es más probable que los hijos inicien la actividad sexual a una edad temprana.

- Se ha demostrado que las chicas cuyos padres habían abandonado el hogar cuando ellas eran niñas, tenían más probabilidades de iniciarse precozmente en la vida sexual y de quedar embarazadas.
- Una chica es más fácil que se convierta en madre adolescente si su madre y su hermana también lo fueron.
- Otro factor de riesgo muy marcado es la falta de comunicación entre los padres y la adolescente. Cuando en la familia hay una severa censura hacia las relaciones sexuales entre adolescentes, muchas veces los jóvenes las tienen por rebeldía y no implementan medidas anticonceptivas.
- Tienen una madre que tuvo su primer parto a una edad de 19 o siendo aún más joven.

### **Sexualidad en la adolescencia**

La sexualidad es fuente de comunicación y se expresa principalmente en tres áreas: genital o biológica, que expresa en los aspectos fisiológicos; área erótica, relacionada con la búsqueda de placer; y la moral expresada en la estructura social fijados en los valores o normas aceptados (Molina, Luengo & Toledo, 1994).

### **Embarazo adolescente**

El embarazo en una pareja de jóvenes, en general es un evento inesperado, sorpresivo. González señala que "se desarrollan reacciones de angustia propias del momento y trastornos en el proceso normal del desarrollo de la personalidad, fenómenos que condicionan la aparición de patologías orgánicas propias del embarazo (en Molina et al., 1991, p.29).

Una mujer con carencia afectiva y sin una adecuada educación de la voluntad, además de la erotización ambiental y la peluda valoración de la sexualidad sin compromiso podrá conducir a la joven a una relación sexual inmadura con el

riesgo de un embarazo inesperado. "Muchas mujeres llegan al embarazo como una manera de llenar sus múltiples carencias. La ser requerida sexualmente, las hace sentirse valoradas. Entregan ese cariño no tanto por satisfacción personal, sino por satisfacer a la persona que quieren mantener a su lado." (Molina et al., 1994, p.92).

"La situación de embarazo ocurre en un contexto afectivo en un período denominado como "pololeo" y que culmina con relaciones sexuales de poca ocurrencia. En la fase culminante, y una vez conocida la notificación de embarazo, se desencadena una conflictiva psicosocial grave, con consecuencias personales en la propia adolescente y socio-familiares a nivel de la familia de origen y entorno inmediato." (Peña, Quiroz, Muñoz, Molina, Guerrero & Masardo, 1991, p. 25).

Como factor de índole biológico se puede señalar que actualmente la pubertad se produce a edades más tempranas. Científicamente se ha comprobado que hay un adelanto de casi un año en la menarquia (primera menstruación), ésta se sitúa como promedio a los 12 años. "Esta parcial madurez fisiológica trae como consecuencia la emergencia de relaciones sexuales más tempranas (que se calcula en un adelanto de tres años con respecto a las generaciones anteriores)." (Castillo et al., 1992, p.21). Los jóvenes desconocen, por lo tanto, riesgos médicos de un embarazo a tan temprana edad, implicancias de la menarquia, como también el conocimiento de métodos anticonceptivos con sus ventajas y desventajas.

En relación con los factores de riesgo de carácter sociocultural, es importante señalar la influencia que tienen los medios de comunicación de masas sobre la población adolescente. Éstos ejercen una gran presión debido a la inmensa cantidad de estímulos sexuales, así como una seudovaloración de éste como placer, es decir, sin compromiso afectivo.

El embarazo en la adolescencia se ha convertido en un problema de salud de primer orden en la actualidad. Reeder (1998), afirma que: cada año se embarazan en Estados Unidos 1.2 millones de adolescentes, lo que representa el

20% de nacimientos. Un 25% de estas niñas embarazadas tienen apenas 14 años de edad, y una de cada siete están decididas a abortar. Cabe señalar que la mayoría de las adolescentes embarazadas tienen entre 14 y 16 años de edad, encontrándose en la clasificación de adolescentes en edad media (p. 20-23).

Silber (1992), refiere que cada año 3.312.000 adolescentes latinoamericanas llevarán a término su embarazo. Se ignora el número de abortos. Sin embargo, en la adolescencia se relaciona a factores que incluyen nivel socioeconómico bajo, inestabilidad familiar, iniciación de la actividad sexual a muy temprana edad, por falta de conocimientos en educación sexual e irresponsabilidad por parte de los adolescentes. Además, podemos evidenciar que los embarazos sucesivos en los adolescentes contribuyen a perpetuar el ciclo de la pobreza y la miseria.

En relación con los factores causales del embarazo en adolescente, podemos referir así en relación que Tapia (1991), en un trabajo de investigación donde se estudió La violencia y la realidad de la madre joven de sectores populares refiere como principales causas de embarazo en adolescentes, la inestabilidad familiar, el abuso sexual y el incesto, la menarquía temprana (12 años) la falta de educación sexual oportuna y formal, la carencia habitacional y los medios de comunicación.

Por consiguiente, los factores antes mencionados están presentes en el ambiente en el cual se desarrollan los adolescentes, contribuyendo a propiciar una actividad sexual temprana y en embarazos sucesivos en la adolescente, cabe resaltar la constante publicidad sobre la sexualidad en los medios de televisión, cine, radio y publicaciones.

Las adolescentes embarazadas de bajo nivel socioeconómico. La edad promedio del embarazo fue de los 16 años (moda), la mayoría de ellas con un deficiente grado de instrucción, con escasos conocimientos sobre aspectos sexuales y temprano inicio de la vida sexual activa, cuya condición las mantenía

aún, en su mayoría dependiente del núcleo familiar de donde procedía. Igualmente, la mayoría de las adolescentes embarazadas presentan una invasión cultural distorsionada, facilitada por la televisión, las revistas pornográficas, la violencia, etc. En contraposición a la falta de programas oficiales sobre educación sexual, han hecho que estas adolescentes se adelanten en su vida reproductiva sin culminar su educación y capacidad para enfrentarse a un futuro más prometedor.

### **Bases teóricas**

Reeder (1988), refiere que la maduración sexual de la mujer se inicia en la pubertad, con la aparición de cambios corporales, estos cambios anteceden a la primera menstruación que es el signo más claro y constituye una indicación de que están madurando los órganos internos de la reproducción. La secuencia cronológica de estos cambios culmina en la obtención de la capacidad reproductora la cual varía de una mujer a otra, las manifestaciones corporales como el comienzo del desarrollo de las mamas, la aparición de vello púbico y la aceleración del crecimiento anteceden en un lapso muy variable, el comienzo real de la menstruación.

Zambrano (1996), refiere que los datos estadísticos que se registran en México expresan la crítica situación de las adolescentes provenientes de los sectores marginales, aunado a lo expuesto precisó que el embarazo precoz es como una patología social, ya que en la actualidad la mayoría de las mujeres adultas controlan su maternidad, lo que refleja una baja en la tasa de fecundidad, mientras que en las adolescentes ocurre lo contrario, en ellas existe un incremento del embarazo precoz, lo cual constituye un problema social

### **Crecimiento y Desarrollo:**

En los adolescentes hay un periodo de transición y se va a caracterizar por la presencia de cambios biológico, psíquicos, comportamiento social del joven. Los cambios biológicos se deben al aumento de la secreción de hormonas. Va a aparecer en los jóvenes los caracteres sexuales secundarios, crecimiento y

desarrollo de los músculos, sistema respiratorio, circulatorio, gónadas, órganos reproductores.

Silber (1992), acotó que en la mujer el proceso de crecimiento se inicia entre los 9 y 10 años, alcanzando los máximos valores entre 12 y 13 años. En los varones se inicia entre los 14 y 15 años. Los profesionales de la salud tienen a cargo la evolución biológica de los adolescentes que le va a permitir, conocer de una forma amplia el crecimiento normal, diversidad de factores que influyen en el crecimiento, entre ellos tenemos los ambientales y las condiciones nutricionales.

Silero (1992), plantea que la evaluación integral del crecimiento y desarrollo se basa en los aspectos: 1) Elaboración de una buena historia, 2) Evaluación antropométrica, 3) Examen paraclínico, 4) Interpretación de los hallazgos (orientación diagnósticos). El profesional de salud para conocer el crecimiento de estos jóvenes adolescentes debe tener dimensión corporal, peso, tallas, edad y su composición corporal.

### **Desarrollo Psicológico:**

En los adolescentes por el crecimiento normal hay cambios rápidos, notables en la conducta, manera de pensar, comprensión, hay crecimiento corporal, incluyen la capacidad de reproducción. Presenta un proceso de aprendizaje acerca de sí mismo, intimidad emocional, integridad, identidad, independencia, toma de decisiones con responsabilidad de un adulto.

### **Aspectos Psicológicos:**

Como factores de índole psicológica, hay que considerar que las adolescentes generalmente se involucran en relaciones sexuales por razones no sexuales, como una manera de independizarse de los adultos y sus valores asociados a un sentimiento de rechazo hacia las figuras de autoridad, o bien las realizan como un medio de satisfacer aquellas necesidades afectivas. "Se ha

encontrado algunos factores de personalidad que facilitan el embarazo adolescente, como lo son la dificultad de establecer metas apropiadas y gratificarse a sí misma por sus propios logros; escasa tolerancia a la frustración; labilidad emocional; falla en el control de los impulsos; afectividad empobrecida; y escaso nivel de madurez emocional." (op cit., p.26). Otro factor de personalidad es la presencia de una autoestima disminuida, por lo que ellas buscarían en el sexo llenar una necesidad de autoafirmación. Psicológicamente la adolescencia se caracteriza por una serie de cambios en los planos intelectual, emocional y social, conjuntamente con las transformaciones corporales propias de este período.

### **Cambios en la adolescencia:**

#### **Cambios Intelectuales:**

El pensamiento desarrollado en esta edad se vuelve más flexible, puede manejar un mayor número de operaciones mentales, comprender y aceptar una gama más amplia de situaciones sociales y teorizar sobre aquellas que no son comprendidas en forma directa; Comienzo del empleo de la lógica formal para solucionar problemas, el pensamiento adopta el método hipotético - deductivo, pueden realizarse planificaciones y elaborar proyectos a largo plazo, Las operaciones mentales incluyen conceptos abstractos, los cuales permiten desligar al pensamiento de la realidad perceptible.

#### **Cambios Emocionales:**

García (1992) refiere que los adolescentes deben enfrentarse a conflictos de la primera infancia, los cuales no han sido totalmente resueltos entre ellos, la búsqueda de la propia identidad y el concepto de sí mismos, la aparición de la genitalidad como posibilidad real de procreación, la necesidad de identificación es entonces el tema central de la adolescencia. Desubicación temporal, el ansia de

satisfacción de las necesidades es apremiante; ideación omnipotente, el yo se ha constituido en el eje central de la conflictiva adolescente.

### **Cambios Sociales:**

Crítica de las normas o valores familiares, especialmente aquellos provenientes de los padres. Por extensión se cuestiona también la autoridad y la disciplina externa.

### **Factores asociados al embarazo**

#### **Factores predisponentes**

1. – Menarca Temprana: otorga madurez reproductiva cuando aún no maneja las situaciones de riesgo.
2. – Inicio Precoz De Relaciones Sexuales: cuando aún no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención.
3. – Familia Disfuncional: uniparentales o con conductas promiscuas, que ponen de manifiesto la necesidad de protección de una familia continente, con buen **diálogo** padres – hijos. Su ausencia genera carencias afectivas que la joven no sabe resolver, impulsándola a relaciones sexuales que tiene mucho más de sometimiento para recibir afecto, que genuino vínculo de **amor**.
4. – Mayor **Tolerancia** Del Medio A La Maternidad Adolescente Y / O Sola
5. – Bajo Nivel Educativo: con desinterés general. Cuando hay un **proyecto** de vida que prioriza alcanzar un determinado nivel educativo y posponer la maternidad para la edad adulta, es más probable que la joven, aun teniendo relaciones sexuales, adopte una prevención efectiva del embarazo.

6. – Migraciones Recientes: con pérdida del vínculo familiar. Ocurre con el traslado de las jóvenes a las ciudades en busca de trabajo y aún con motivo de estudios superiores.

7. – Pensamientos Mágico: propios de esta etapa de la vida, que las lleva a creer que no se embarazarán porque no lo desean.

8. – Fantasías De Esterilidad: comienzan sus relaciones sexuales sin cuidados y, como no se embarazan por casualidad, piensan que son estériles.

9. – Falta O Distorsión De La Información: es común que entre adolescentes circulen "**mitos**" como: sólo se embaraza si tiene orgasmo, o cuando se es más grande, o cuando lo hace con la menstruación, o cuando no hay penetración completa, etc.

10. – Controversias Entre Su **Sistema** De Valores Y El De Sus Padres: cuando en **la familia** hay una severa censura hacia las relaciones sexuales entre adolescentes, muchas veces los jóvenes las tienen por rebeldía y, a la vez, como una forma de negarse a sí mismos que tiene relaciones no implementan medidas anticonceptivas.

11. - Aumento en número de adolescentes: alcanzando el 50% de la población femenina.

12. - Factores socioculturales: la evidencia del **cambio** de costumbres derivado de una nueva **libertad** sexual, que se da por igual en los diferentes niveles socioeconómicos.

13. – Menor temor a enfermedades venéreas.

## Factores determinantes

1. Relaciones Sin Anticoncepción
2. Abuso Sexual
3. Violación

## Otros factores de riesgo

- El uso temprano del **alcohol** y/o otras **drogas**, incluyendo **productos** como el **tabaco**, salir de la escuela, la carencia de un grupo de apoyo o poco amigos.
- La carencia de interés en la escuela, familia, o actividades comunitarias.
- Percibir pocas o ninguna oportunidad para el **éxito**.
- Vivir en comunidades o escuelas donde los embarazos tempranos son comunes y considerarlo como una norma más que como una causa para su interés.

Se describe como factor de riesgo la baja escolaridad, las zonas de pobreza con hacinamiento, estrés, delincuencia y alcoholismo, tendrán mayor cantidad de familias disfuncionales, falta de recursos a los sistemas de atención en salud, con el consecuente mayor riesgo. La pérdida de la religiosidad es otro factor que afecta las barreras para el ejercicio de la sexualidad adolescente.

Dentro de las causas sociales se tiene:

1. Inicio de las relaciones sexuales en edades tempranas.
2. Permanecer más tiempo solas(os).
3. Pocas oportunidades de esparcimiento y educación.
4. Poca información y a veces deformada sobre educación sexual y anticoncepción.
5. Abundancia de programas que incitan a las relaciones sexuales.

6. Tendencia a la reproducción del modelo materno (hijos a temprana edad).

7. Falta de acceso a los servicios de planificación familiar.

Dentro de los familiares, se ha descrito que la familia y las condiciones socioeducativas constituyen un factor esencial, porque se evidencia que generalmente las madres adolescentes provienen de hogares mal constituidos, hogares de madres solteras, divorciadas, sin una comunicación adecuada padre-hija, con nivel educativo 28 bajo, donde no se da importancia a la educación sexual.

### **Factores de riesgo biológico en la embarazada adolescente**

- Edad cronológica < 14 años y / o edad ginecológica < 1 año
  - Peso < 45 Kg y / o talla < 1,45 m
  - Estado nutricional deficiente
  - Aumento insuficiente de peso para su biotipo y **estado** preconcepcional.
  - Hábitos alimentarios inadecuados en **calidad** y cantidad
  - Consumo de tóxicos (tabaco, alcohol y otras sustancias)
  - Tatuajes
- Más de 2 parejas

### **CONSECUENCIAS**

#### **Consecuencias para los adolescentes**

Las consecuencias de estos embarazos trascienden al joven y a la jovencita tomada individualmente y pueden afectar considerablemente a la relación que ambos mantienen entre sí.

#### **Consecuencias para la Adolescente**

Es frecuente el abandono de los estudios al confirmarse el embarazo o al momento de criar al hijo, lo que reduce sus futuras chances de lograr buenos

empleos y sus posibilidades de realización **personal** al no cursar carreras de su elección. También le será muy difícil lograr empleos permanentes con beneficios sociales.

Las parejas adolescentes se caracterizan por ser de menor duración y más inestables, lo que suele magnificarse por la presencia del hijo, ya que muchas se formalizan forzosamente por esa situación.

En estratos sociales de mediano o alto **poder** adquisitivo, la adolescente embarazada suele ser objeto de **discriminación** por su grupo de pertenencia.

Las adolescentes que son madres tienden a tener un mayor número de hijos con intervalos intergenésicos más cortos, eternizando el círculo de la **pobreza**.

Tradicionalmente se había considerado que un embarazo no deseado tenía para la chica sólo algunas consecuencias orgánicas, con un efecto limitado en el tiempo. Sin embargo, hoy sabemos que, desde el momento en que sabe que se ha quedado embarazada, y tome la decisión que tome (abortar o tener el hijo), está expuesta a importantes consecuencias, no sólo orgánicas, sino también psicológicas, sociales, económicas educativas y laborales. Los efectos de muchas de ellas pueden extenderse, incluso, hasta muchos años después del embarazo.

Durante el embarazo de las menores, las patologías más frecuentes son la Anemia, la infección urinaria que contribuyen al parto prematuro, la pre-eclampsia, eclampsia que condiciona el menor peso del recién nacido por efectos en la función placentaria y mal nutrición fetal, la Ruptura prematura de membranas y otras patologías que pueden afectar la ictericia y pancreatitis.

El riesgo más alto de morir por causas del embarazo, parto o puerperio se presenta en las mujeres de 15 años y menos en comparación con las mujeres de 15 a 19 años, la causa más importante se relaciona con el trastorno hipertensivo, la segunda causa se ubica en el grupo de muertes maternas registradas tardíamente,

que son consecuencias de complicaciones del embarazo o parto, ambas causales son indicadores de un déficit en la detección precoz de una patología mal tratada o simplemente no tratada en el periodo prenatal y la tercera causal se relaciona con las complicaciones de un embarazo que termina en aborto y la cuarta y la quinta con las complicaciones en el periodo del trabajo de parto y sepsis en el puerperio inmediato o puerperio mediato.

El estado nicaragüense a través del Ministerio de Salud, ha emprendido muchas intervenciones para tratar de prevenir el embarazo precoz, e impulsa acciones que contribuyen con una mejora a la salud de los adolescentes, para ello, se han realizado varios estudios sobre este tema, sin embargo, muchos de estos estudios, han considerado casi solo poblaciones urbanas o de alta densidad poblacional, por lo que creemos conveniente hacer esta revisión en los municipios de San Marcos, Diriamba y Jinotepe, que son territorios con un alto porcentaje de población adolescente y donde coexisten factores que hacen vulnerable a este grupo generacional, de presentar embarazo en las adolescentes y por ello, describimos las principales complicaciones a que podrán estar expuestas las adolescentes que se embaracen.

### **Riesgos Obstétricos en el Embarazo Adolescente**

Se estima que en los países en desarrollo aproximadamente el 20% a 60% de los embarazos son no deseados, y que los adolescentes generalmente tienen escasa información sobre el correcto uso de medidas anticonceptivas y sobre la fertilidad. Las pacientes adolescentes embarazadas sufren posteriormente problemas de tipo socioeconómicos, determinados por una menor educación, mayor dificultad para conseguir empleo, generalmente el abandono de su pareja y finalmente mayor pobreza en la población. En este último punto es interesante destacar que el nivel de escolaridad es inferior al de la población general, con elevados índices de deserción escolar pre y postgestacional.

Con respecto a la edad de las adolescentes embarazadas existen estudios que evidencian diferencias significativas en la evolución del embarazo entre las pacientes menores de 16 años y las de 16 años y más. Stain y cols., demostró que el riesgo obstétrico en las adolescentes mayores (entre 16 y 19 años) estaba asociado con factores sociales como pobreza más que con la simple edad materna. En contraste, en las pacientes menores de 16 años, los resultados obstétricos y perinatales son dependientes de la edad materna por sí misma. Algunos autores concluyen que las pacientes adolescentes embarazadas que reciben un adecuado control perinatal no presentarían mayor riesgo obstétrico que una embarazada adulta de similar nivel socioeconómico.

Hay información controversial respecto al mayor riesgo que tiene una adolescente gestante. Entre las complicaciones más frecuentes en los embarazos de adolescentes, según un estudio de México, se señala la anemia, las infecciones bacterianas graves, el parto prematuro, el parto obstruido y prolongado, la desproporción céfalo pélvica, la muerte fetal y la formación de fistulas recto vaginales o vesicovaginal. La mortalidad relacionada con el embarazo y el parto la consideran de dos a cinco veces más alta entre las mujeres menores de 18 años de edad que entre las de 20 a 29 años de edad.

Se señala que una de las complicaciones obstétricas más frecuentes es el desarrollo del síndrome hipertensivo en el embarazo. Sin embargo, un estudio internacional menciona que la incidencia de Preclampsia es similar en las pacientes adolescentes que en las adultas. La frecuencia de anemia e infección del tracto urinario reportada en la mayor parte de las publicaciones es alta en las pacientes adolescentes embarazadas y esta diferencia es estadísticamente significativa, con respecto a los grupos controles. Cuando la anemia es severa, se la ha relacionado con otros factores de riesgo de la madre adolescente, demostrándose que su presencia estaría vinculada con parto prematuro y recién nacidos de peso bajo al nacimiento.

Bajo el mismo concepto anterior, podríamos inferir que la posibilidad de parto prematuro en las pacientes adolescentes estaría más bien relacionada con factores como el bajo nivel socioeconómico más que la adolescencia por sí misma; sin embargo, una serie de estudios realizados en poblaciones de similares características, demuestran que el riesgo de parto prematuro es mayor en las pacientes adolescentes embarazadas.

Riesgo Factor de Riesgo:

Es la probabilidad aumentada que tiene la madre su hijo, o ambos de enfermar o morir influenciada por características o condicionantes, los cuales pueden actuar independientemente o interrelacionados.

El embarazo se clasifica como de Bajo y de Alto Riesgo.

- El embarazo de Bajo Riesgo: Es aquel en el cual la madre o su hijo-a tienen probabilidades bajas de enfermar antes, durante o después del parto.
- El embarazo de Alto Riesgo: es aquel en el que la madre o su hijo-a tienen una mayor probabilidad de enfermar, morir o padecer secuelas antes, durante o después del parto.

Factores de Riesgo Potenciales Aquellos que a pesar de su presencia no producen daño directo, pero que de no tomar las precauciones de forma oportuna pueden vincularse a algún daño, es decir, se conviertan en factores de riesgo Real.

Factores de Riesgo Potenciales

- Edad (menor de 20 y mayor de 35 años)
- Analfabeta

- Soltera
- Talla baja (menor de 1.50 metros)
- Antecedentes familiares,
- Paridad (nuli o multiparidad)
- Periodo intergenésico corto (menor a 24 meses) •

Trabajo con predominio físico (excesiva carga horaria, exposición a agentes físicos químicos biológicos, stress),

- Violencia en el embarazo

Factores de Riesgo Reales: Aquellos cuya presencia se asocia de forma directa al daño en base a las evidencias científicas disponibles. Ejemplo de ello son algunas patologías específicas relacionadas con la gestación (Preeclampsia, diabetes, anemia, etc.).

### **Complicaciones Obstétricas:**

Infección Urinaria en Embarazadas La infección urinaria (IU) suele presentarse entre el 17-20% de las embarazadas y su importancia radica en los efectos que se han probado ocurren durante el trabajo de parto y en los neonatos.

En Complicaciones Obstétricas en Adolescentes el trabajo de parto se ha asociado con ruptura de membranas, corioamnioítis, trabajo de parto y parto prematuros y en el neonato a sepsis neonatal.

Infecciones urinarias asintomáticas: como su nombre lo dice, la infección urinaria está presente, pero no hay síntomas.

Infecciones urinarias sintomáticas: Con sintomatología leve: Una de las dos definiciones de IU asintomática y presencia de disuria, frecuencia, urgencia, dolor abdominal bajo o supra púbico.

Con sintomatología severa: Una de las dos definiciones de IU asintomática, sintomatología leve y uno o más de los siguientes: Presencia de fiebre, escalofríos, dolor costovertebral, disuria, frecuencia, urgencia, náusea, vómitos.

La frecuencia reportada de infección de vías urinarias en la mayor parte de las publicaciones es alta en las pacientes adolescentes embarazadas, con cifras que llegan a cerca del 29%.

Cistitis: Es una infección de la vejiga, puede ser causada por una combinación de microorganismos, entre ellos los cocos y los bacilos aerobios y anaerobios. (4. 202)

Factores predisponentes:

- Los cambios fisiológicos durante el embarazo predisponen a la bacteriuria.
- Estos cambios fisiológicos incluyen retención urinaria causada por el peso del útero aumentado de tamaño y la estasis urinaria debido a la relajación del músculo liso ureteral (causada por el aumento de progesterona). Aunque la influencia de la progesterona provoca la dilatación relativa de los uréteres, el tono ureteral aumenta progresivamente por encima de la cresta ilíaca durante el embarazo. Sin embargo, si la presión de la vejiga aumenta o disminuye durante el embarazo es controversial. Complicaciones Obstétricas en Adolescentes.

- La glucosuria y la aminoaciduria durante el embarazo proporcionan un excelente medio de cultivo para las bacterias en las zonas de estasis de orina.
- Las infecciones resultan de la colonización ascendente de las vías urinarias.
- La fuente principal de los organismos son la microbiota vaginal, perineal, y fecal.
- Anemia actual (4)
- Procesos patológicos renales
- La constipación
- Antecedentes de infecciones previas
- Antecedentes de parto prematuro
- Higiene perineal insuficiente e incorrecta.

### **Síndrome Hipertensivo gestacional.**

Es el aumento de la tensión arterial en una mujer embarazada que cursa con más de 20 semanas de gestación, acompañada de proteinuria y puede durar hasta la finalización del puerperio y en algunos casos convulsión y coma. Etiología.

La etiología se desconoce, se aducen factores múltiples que se asocian con Preclampsia, eclampsia.

- Algunas alteraciones renales.

- Isquemia útero placentaria
- Factores inmunológicos como: incompatibilidad sanguínea, reacción inmunológica a los antígenos de histocompatibilidad aportados por la unidad feto placentaria.
- Similitud notable entre varios antígenos de origen placentario con antígenos renales capaces de inducir alteraciones glomerulares.
- Anomalías de la presentación.
- Deficiencia de prostaciclina.
- Síntesis aumentada de endotelina.
- Activación del Sistema hemostático
- Vasoespasmo. Factores de Riesgo
- Edad (menos de 20 y mayor de 35 años)
- Ganancia exagerada de peso materna: mayor de 2 kilogramos por mes.
- Bajo nivel socioeconómico.
- Nuliparidad.
- Antecedentes familiares de diabetes.
- Embarazos múltiples.
- Edema patológicos del embarazo
- Enfermedad renal previa. Complicaciones Obstétricas en Adolescentes

- Mola hidatidiforme.
- Polihidramnios.
- lupus eritematoso sistémico
- Antecedentes de Preclampsia, se incrementa en 10 veces en comparación con, la población en general.
- Antecedentes de hipertensión arterial crónica.
- Síndrome antifosfolípidos.
- Incompatibilidad al Rh Clasificación
- Hipertensión Crónica.
- Hipertensión crónica con Preclampsia sobre agregada.
- Hipertensión inducida en el embarazo.

Preclampsia la cual puede ser:

- Moderada
- Grave
- Eclampsia.

### **Hipertensión crónica:**

Elevación de la presión arterial antes de las 20 semanas de gestación o antes de estar embarazada. En el caso de la hipertensión arterial crónica se obtiene la presión arterial diastólica de 90 mm/hg o más en dos lecturas consecutivas tomadas en un intervalos de 4 o más horas de separación

desde antes de estar embarazada o se diagnostica antes de cumplir las 20 semanas de gestación.

### **Hipertensión crónica con Preeclampsia sobre agregada**

Es la aparición de proteinuria sobre un proceso hipertensivo crónico no proteinúrico, durante el embarazo y que desaparece después del parto. Estos cambios coexisten con una modificación en Complicaciones Obstétricas en Adolescentes la severidad de la hipertensión y pueden acompañarse de alteraciones del fondo de ojo, como exudados, edema y hemorragia retiniana.

### **Hipertensión inducida por el embarazo**

La hipertensión se presenta después de las 20 semanas de embarazo o durante el trabajo de parto o en las 48 horas que siguen al parto. La presión arterial es mayor o igual a 140/90 mmhg (presión arterial diastólica de 90 mmhg). No hay proteinuria. La hipertensión crónica, la hipertensión crónica con Preeclampsia sobre agregada y la hipertensión inducida por el embarazo pueden evolucionar a una afección más grave: Preeclampsia moderada, Preeclampsia grave, eclampsia. Preeclampsia: Gestación mayor de 20 semanas. Hipertensión arterial (signo cardinal): se considera hipertensa a toda embarazada con tensión arterial mayor o igual a 140/90 mmhg en posición sentada, luego de reposo por 10 minutos en 2 oportunidades con intervalos de 4 horas.

La presión diastólica por si solo es un indicador exacto de hipertensión en el embarazo. La presión arterial elevada y la proteinuria definen Preeclampsia. El edema de los pies y de las extremidades inferiores no se considera un signo confiable de Preeclampsia porque puede ocurrir en muchas mujeres con embarazo normal. Preeclampsia moderada Tensión diastólica mayor de 90 mmhg pero menor de 110 mmhg. Considerar

también cuando la tensión arterial media (TAM) se encuentra entre 105 - 125 mmhg. (Se calcula mediante la siguiente fórmula: dos multiplicado por la presión diastólica más la presión sistólica dividido entre tres  $2PD + PS / 3$ ) Proteinuria hasta dos cruces en prueba de cinta reactiva o 300 mg por decilitro en dos tomas consecutivas con intervalo de 4 horas o 3 gramos/ litro en orina de 24 horas. Preclampsia grave Tensión diastólica mayor o igual de 110 mmhg en dos ocasiones con intervalo de 4 horas. Considerar también cuando la tensión arterial media (TAM) es mayor o igual a 126 mmhg. (Se calcula mediante la siguiente fórmula: dos multiplicado por la presión diastólica más la presión sistólica dividido entre tres  $2PD + PS / 3$ ) La proteínas más de tres cruces en prueba de cinta reactiva en dos tomas consecutivas con intervalo de 4 horas o es mayor de 5 gramos / litro de orina de 24 horas.

## **Eclampsia**

Componentes Hipertensión arterial Proteinuria Convulsiones o coma Los cuales se presentan después de las 20 semanas de gestación y puerperio. Diabetes Gestacional. (9) Diabetes gestacional. Tipo de intolerancia a la glucosa que aparece por primera vez durante el embarazo, a partir de las 24 semanas de gestación. No excluye la posibilidad de una intolerancia a la glucosa no reconocida que se haya iniciado antes o al principio de la gestación.

Clasificación:

- Diabetes Mellitus en el Embarazo: O24 (O24.0-O24.9)
- Diabetes Mellitus Preexistente insulín dependiente en el embarazo O24.0
- Diabetes Mellitus Preexistente no insulín dependiente en el embarazo O24.1
- Diabetes Mellitus que se origina en el embarazo O24.4

## **Diseño Metodológico**

### **Área de Estudio:**

Adolescentes embarazadas procedentes de los diferentes sectores de los municipios de San Marcos, Jinotepe y Diriamba del Departamento de Carazo, que egresaron del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe, durante el 2016.

### **Tipo de Estudio**

Descriptivo Retrospectivo y de corte transversal

### **Enfoque del Estudio**

Se realizó estudio retrospectivo y de corte transversal para identificar la frecuencia de los Factores de Riesgos psicosociales y obstétricos en las adolescentes embarazadas que egresaron del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe, procedentes de los municipios de San Marcos, Jinotepe y Diriamba del Departamento de Carazo en el 2016.

### **Unidad de Análisis**

Las adolescentes embarazadas atendidas en el servicio de Obstetricia del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe procedentes de los municipios de San Marcos, Diriamba y Jinotepe del departamento de Carazo en el 2016.

## Universo-Muestra

Las 40 adolescentes embarazadas procedentes de los diferentes sectores de los municipios de San Marcos, Diriamba y Jinotepe del departamento de Carazo que fueron atendidas en el servicio de Obstetricia del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe en el segundo semestre del 2016.

## Tipo de Muestreo

Muestreo No Probabilístico por conveniencia

## Plan de Análisis

Fueron consideradas variables de estudio: Edad, Estado Civil, Instrucción, Residencia, Factores de Riesgo y Datos Obstétricos

## Operacionalización de Variables

Variable	Definición Conceptual	Dimensión	Escala
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha actual	Tiempo	10 – 13 años 14 - 16 años 17 – 19 años
Residencia Habitual	Lugar en que se reside o se vive habitualmente	Organización sectorial	Urbano Rural
Estado civil	Condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo o de su mismo sexo.	Estado civil actual	Soltera Casada Unión libre Divorciada Separada
Instrucción	Grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos	Nivel de escolaridad Alcanzado	Primaria Incompleta Primaria Completa Secundaria Completa Secundaria Incompleta Técnica Universitaria Incompleta
Hábito de fumar	Práctica donde una sustancia es quemada y acto seguido se prueba o inhala.	Consumo de tabaco de forma reiterada o dependencia	Si No
Ingesta de alcohol	Acción de beber cualquier sustancia que contenga alcohol	Consumo de alcohol de forma reiterada o dependencia	Si No
Menarquía temprana	Aparición de la primera menstruación antes de los 10 años	Edad de la primera Menstruación	9-12 13-14 + de 15

<b>Inicio precoz de vida sexual activa</b>	Temprana edad a la que inicia actividad sexual	Años	-13 13 - 16 16 -19
<b>Abuso sexual</b>	Cualquier actividad sexual sin consentimiento de una persona	Con contacto físico con penetración o Tocamientos Sin contacto físico Visual, verbal o psicológico	Si No
<b>Depresión</b>	Enfermedad o trastorno mental que se caracteriza por una profunda tristeza, decaimiento anímico, baja autoestima, pérdida de interés por todo y disminución de las funciones psíquicas.	Estado Depresivo	Si No
<b>Ansiedad</b>	Trastorno de <b>ansiedad</b> es un término general que abarca varias formas diferentes de un tipo de trastorno mental, caracterizado por miedo y <b>ansiedad</b> anormal y patológica.	Estado Ansiosos	Si No
<b>Embarazo no deseado</b>	Aquel que se produce sin el deseo y/o planificación previa	Sin Planificar	Si No
<b>Datos Obstétricos</b>	Datos o historial de la Adolescente Embarazada.	G;P;A;C;L Controles Prenatales Atención Médica	Ausente/Presente Número de controles
<b>Complicaciones Obstétricas</b>	Alteraciones que ocurren durante una etapa del embarazo de dichas embarazadas	Tipo de Patología	Síndrome hipertensivo gestacional Preeclampsia Eclampsia Diabetes Gestacional Amenaza de Aborto y Parto Pre término Ruptura Prematura de Membrana Infección de Vías Urinarias Anemia
<b>Vía de finalización del embarazo</b>	Opción terapéutica por la cual nace el bebe de las adolescentes en estudio	Tipo de vía de termino del embarazo	Vaginal Abdominal
<b>Condición de Egreso</b>	Forma por la cual abandona las instalaciones del hospital	Tipo de Egreso	Alta fallecido

## Plan de Recolección de Datos.

- Se solicitó información a los municipios sobre pacientes que fueron trasladadas al Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe en el 2016.
- Se diseñó instrumento para recolectar datos que dieran salida a los objetivos del estudio.

- Se diseñó y utilizó matriz de almacenamiento en SPSS versión 20, el análisis se efectuó utilizando las variables principales, según objetivos del estudio.

## **Sesgos y su Control**

### 1. Criterios de inclusión

- Adolescentes embarazadas.
- Que sean de los municipios incluidos en la muestra

### 2. Criterios de Exclusión

- Embarazadas hospitalizadas con 20 o más años de edad.
- Que no sean de los municipios incluidos en la muestra

## **Consideraciones Éticas**

Se recolecto información del expediente clínico de las embarazadas, por tanto, dicho estudio se realiza con fines académicos y no se involucró directamente a las personas incluidas en la muestra.

## Resultados

1. La muestra para este estudio fueron 40 adolescentes embarazadas de tres municipios del departamento de Carazo donde pudimos observar que Diriamba cuenta con 37.5% de la población adolescente estudiada, San Marcos 32.5% y Jinotepe 30%. (anexo Cuadro 1)
2. Con relación a la procedencia de las adolescentes, el 55 % viven en el área rural, mientras que el restante 45 % en el área urbana. (anexo Cuadro 2)
3. El 50 % de las adolescentes embarazadas, están en el rango de edades comprendidas entre 17 a 19 años, mientras que el 47.5 % en el rango de 14 a 16 años. (anexo cuadro 3)
4. El 65% están Acompañadas, Solteras el 32.5% y Casadas solamente lo refleja el 2.5%. (anexo Cuadro 4)
5. La escolaridad con mayor prevalencia fue el de secundaria incompleta en un 27.5%%, lo más probable es que definitivamente permanezcan con este grado de Instrucción por razones de la maternidad. Se supone que mayoritariamente las Adolescentes deberían ser estudiantes, pero en este grupo de gestantes solo el 27.5% mantiene esta condición, seguida de primaria incompleta 27.5% y 7.5% de adolescentes Analfabetas que nunca recibieron educación alguna. (anexo Cuadro 5)
6. El 80 % tuvo su primer ciclo menstrual cuando tenía edad comprendida entre los 9 a los 12 años, así mismo, un 15 % la tuvo cuando estaba en las edades

entre 13 y 14 años y finalmente solo el 5 % le llego después de cumplir los 15 años. (anexo Cuadro 6)

7. El 52.5 % de las adolescentes embarazadas que fueron incluidas en la muestra, afirmaron que hasta que cumplieron 15 años o más, iniciaron su vida sexual activa, al igual que las que estaban entre los 13 a 14 años en un 32.5% y solo el 15% inicio cuando tenida menos de 13 años. (anexo Cuadro 7)
8. Los controles Prenatales evidencian el grado de monitoreo de la embarazada en el curso de su gestación, el estudio, revelo que 11 embarazadas (27.5%) asistieron a cinco controles, otras 11 asistieron a seis controles (27.5%), 9 fueron a tres controles (22.5%), 4 embarazadas asistieron a cuatro controles (10%) y una menor cantidad asistió a Uno y Dos controles respectivos. (anexo Cuadro 8)
9. El 15% de las adolescentes embarazadas presentaron Enfermedad Hipertensiva Gestacional. (anexo Cuadro 9)
10. El 17.5% presentaron Pre-Eclampsia. (anexo Cuadro 10)
11. El 10% presentaron Eclampsia. (anexo Cuadro 11)
12. La vía de finalización del embarazo en las adolescente fue vaginal en el 92.5% y abdominal en el 7.5%.
13. En la condición de egreso de las pacientes el 100% de las adolescentes fueron dadas de alta sin complicación que pusiera en riesgo su vida.

## Análisis y Discusión de Resultados

Se incluyeron un total de 40 pacientes para el análisis estadístico de los factores de riesgo Psicosociales y Obstétricos en las adolescentes embarazadas.

En los gráficos del 1 al 5 se muestra las características sociodemográficas, en la tabla 1 nos muestra las embarazadas de tres municipios del departamento de Carazo, en la cual Diriamba cuenta con 37.5% de la población

En la presente investigación el grupo etario de mayor prevalencia fue el de 17 a 19 años con un 50% similar a lo encontrado por Manrique y col (2008). La edad Promedio de la menarquía fue de 9,1+/- 1,9 con la mayor prevalencia entre los 9 a 12 años en un 80%, Los estudios concluyen que las adolescentes que se embarazan a edades más precoces o dentro de los primeros cinco años posteriores a la menarquía, los riesgos maternos y perinatales son mayores.

El estudio reveló que el 65% están Acompañadas, Solteras está el 32.5% y Casadas, solamente el 2.5% y el 55 % viven habitualmente en el área rural, coincidiendo con estudios de trabajo monográfico realizado en el Hospital Carlos Marx en diciembre de 1993 al referir que no están casadas y dependen de los padres.

El grado de escolaridad con mayor prevalencia fue el de secundaria incompleta en un 27.5%%, lo más probable es que definitivamente permanezcan con este grado de Instrucción por razones de la maternidad. Se supone que mayoritariamente las Adolescentes deberían ser estudiantes, pero en este grupo de gestantes solo el 27.5% mantiene esta condición, seguida de primaria incompleta 27.5% y 7.5% de adolescentes Analfabetas que nunca recibieron educación alguna, coincidiendo con el diagnóstico de situaciones de la adolescencia en Nicaragua realizado por el Ministerio de Salud en el 2000.

El dato de abuso sexual, no resultó ser un factor que incremente la posibilidad de un embarazo en la adolescencia, pues solo en una muestra se reconoció este antecedente, lo que no permitió determinar un riesgo estadísticamente significativo; sin embargo, es importante mencionar que éste dato no siempre es recopilado en la historia clínica por la falta de aceptación de este hecho por parte de las adolescentes. Arrieta y col (Arrieta J, Ramos E, Murillo, Mercado K, Velásquez K. Embarazo en la adolescencia en Cartagena. Rev.cienc. biomed; 1 (2): 162 – 167), en su estudio realizado en colegios de la ciudad de Cartagena, también recalca la dificultad de identificar este factor de riesgo.

El 52.5 % de las adolescentes embarazadas, afirmaron que hasta que cumplieron 15 años o más, iniciaron su vida sexual activa, al igual que las que estaban entre los 13 a 14 años en un 32.5% y solo el 15% inicio cuando tenida menos de 13 años.

Los datos clínicos proporcionados por expedientes clínicos nos muestran que las adolescentes embarazadas presentaron complicaciones como Enfermedad Hipertensiva Gestacional, en un 15 %, Pre-Eclampsia en el 17.5 % y Eclampsia, en el 10 %, similar a las principales complicaciones que plantean Valdés S, Essien J, Bardales J, Embarazo en la adolescencia. Incidencia, riesgos y complicaciones, 2002.

En cuanto a las condiciones de egresos todas las adolescentes en su 100% fueron egresadas vivas sin complicación que pusiera en riesgo su vida o la del producto para su alta definitiva

## Conclusiones

1. El embarazo en la adolescencia predominó en el grupo de 17 a 19 años.
2. La vida sexual en las adolescentes inicia después de los 15 años.
3. El periodo menstrual, inicia entre los 9 y los 12 años, lo que confirma que las adolescentes corren riesgo desde temprana edad, ya sea por falta de conocimiento de anticoncepción.
4. El control prenatal recibida por las adolescentes en unidades del primer nivel de atención fue de 6 controles como máximo.
5. El estado civil de mayor predominio fue el de Acompañada, por lo que no tener una relación estable, la corta edad y la falta de información, aumenta considerablemente el riesgo de cursar con complicaciones propias del embarazo.
6. La escolaridad se evidenció mediante el no completamiento del proceso educativo, tanto en el nivel primario como el secundario, lo que implicaba, abandono por razones del embarazo.
7. Las principales complicaciones que se encontraron el Síndrome Hipertensivo Gestacional, Preeclampsia Severa y Eclampsia, por lo que se confirma que, con un adecuado control prenatal en el primer nivel de atención, se podrán evitar muchas complicaciones con las que cursa el embarazo, especialmente en las adolescentes.

8. Se pudo evidenciar que la conclusión del embarazo se dio satisfactoriamente ya que al egreso fueron dadas de alta sin complicación de tuviera consecuencia para la madre o el producto.

## Recomendaciones

### **Al Ministerio de Salud:**

- Implementar estrategias de información, educación y comunicación orientada a disminuir el riesgo reproductivo en adolescentes.

### **Al Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe:**

- 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.
- Realizar un correcto llenado de la Historia clínica ya que cuentan con un formato de Historia clínica Ginecológicas donde solo se aborda el problema actual y llenado incompleto.
- Verificar entre Epidemiología y Estadística los nombres y números de expedientes de pacientes al egreso de las pacientes ya que en el presente trabajo los datos proporcionado por Epidemiología no eran correctos

### **A los Centros de Salud de atención Primaria:**

- Brindar seguimiento a las pacientes adolescentes puérperas y continuidad a la 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.

**Cuadro No. 1**  
**Municipio de Origen**

Municipio de Origen	Frecuencia	Porcentaje
San Marcos	13	32.5
Diriamba	15	37.5
Jinotepe	12	30.0
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Expediente Clínico

**Cuadro No. 2**  
**Procedencia**

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Urbano	18	45.0
Rural	22	55.0
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Expediente Clínico

**Cuadro No. 3**  
**Edad de la Embarazada**

Edad	Frecuencia	Porcentaje
10 a 13 años	1	2.5
14 a 16 años	19	47.5
17 a 19 años	20	50.0
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Expediente clínico

**Cuadro No. 4**  
**Estado Civil de la Embarazada**

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Casada	1	2.5
Soltera	13	32.5
Acompañada	26	65.0
Total	40	100.0

Fuente: Expediente Clínico

**Cuadro No. 5**  
**Nivel de Escolaridad de la Embarazada**

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Analfabeta	3	7.5
Primaria Completa	7	17.5
Primaria Incompleta	11	27.5
Secundaria Completa	6	15.0
Secundaria Incompleta	13	32.5
Total	40	100.0

Fuente: Expediente Clínico

**Cuadro No. 6**  
**Edad de la Primera Menstruación**

<b>Primera Menstruación</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
9 a 12 años	32	80.0
13 a 14 años	6	15.0
Más de 15 años	2	5.0
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Expediente Clínico

**Cuadro No. 7**  
**Edad que Inicia Vida Sexual Activa**

<b>Inicio de la Vida Sexual</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Menos de 13 años	6	15.0
13 a 14 años	13	32.5
Más de 15 años	21	52.5
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Expediente Clínico

**Cuadro No. 8**  
**# De Controles Realizados en el Primer Nivel**

<b>Controles Realizados</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Un Control	2	5.0
Dos Controles	2	5.0
Tres Controles	9	22.5
Cuatro Controles	4	10.0
Cinco Controles	11	27.5
Seis Controles	11	27.5
Siete Controles	1	2.5
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Expediente Clínico

**Cuadro No. 9**  
**Datos Clínicos de Enfermedad Hipertensiva Gestacional**

<b>Enfermedad Hipertensiva Gestacional</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Presentes	6	15.0
Ausentes	34	85.0
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Expediente Clínico

**Cuadro No. 10**  
**Datos Clínicos de Pre-Eclampsia**

Pre-Eclampsia	Frecuencia	Porcentaje
Presentes	7	17.5
Ausentes	33	82.5
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Expediente Clínico

**Cuadro No. 11**  
**Datos Clínicos de Eclampsia**

Eclampsia	Frecuencia	Porcentaje
Presentes	4	10.0
Ausentes	36	90.0
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Expediente Clínico

**Cuadro No.12**  
**Vía de Finalización del Embarazo**

Vía de Finalización	Frecuencia	porcentaje
Vaginal	37	92.5
Abdominal	3	7.5
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Expediente Clínico

**Cuadro No.13**  
**Condición de Egreso de las adolescentes**

Condición de Egreso	Frecuencia	Porcentaje
Alta	40	100
Fallecida	0	0
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Expediente Clínico

**Cuadro No. 1**  
**Municipio de Origen**

Municipio de Origen	Frecuencia	Porcentaje
San Marcos	13	32.5
Diriamba	15	37.5
Jinotepe	12	30.0
Total	40	100.0

Fuente: Expediente Clínico

**Cuadro No. 2**  
**Procedencia**

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Urbano	18	45.0
Rural	22	55.0
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Expediente Clínico

**Cuadro No. 3**  
**Edad de la Embarazada**

Edad	Frecuencia	Porcentaje
10 a 13 años	1	2.5
14 a 16 años	19	47.5
17 a 19 años	20	50.0
Total	40	100.0

Fuente: Expediente clínico

**Cuadro No. 4**  
**Estado Civil de la Embarazada**

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Casada	1	2.5
Soltera	13	32.5
Acompañada	26	65.0
Total	40	100.0

Fuente: Expediente Clínico

**Cuadro No. 5**  
**Nivel de Escolaridad de la Embarazada**

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Analfabeta	3	7.5
Primaria Completa	7	17.5
Primaria Incompleta	11	27.5
Secundaria Completa	6	15.0
Secundaria Incompleta	13	32.5
Total	40	100.0

Fuente: Expediente Clínico

**Cuadro No. 6**  
**Edad de la Primera Menstruación**

<b>Primera Menstruación</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
9 a 12 años	32	80.0
13 a 14 años	6	15.0
Más de 15 años	2	5.0
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Expediente Clínico

**Cuadro No. 7**  
**Edad que Inicia Vida Sexual Activa**

<b>Inicio de la Vida Sexual</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Menos de 13 años	6	15.0
13 a 14 años	13	32.5
Más de 15 años	21	52.5
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Expediente Clínico

**Cuadro No. 8**  
**# De Controles Realizados en el Primer Nivel**

<b>Controles Realizados</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Un Control	2	5.0
Dos Controles	2	5.0
Tres Controles	9	22.5
Cuatro Controles	4	10.0
Cinco Controles	11	27.5
Seis Controles	11	27.5
Siete Controles	1	2.5
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Expediente Clínico

**Cuadro No. 9**  
**Datos Clínicos de Enfermedad Hipertensiva Gestacional**

<b>Enfermedad Hipertensiva Gestacional</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Presentes	6	15.0
Ausentes	34	85.0
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Expediente Clínico

**Cuadro No. 10**  
**Datos Clínicos de Pre-Eclampsia**

<b>Pre-Eclampsia</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Presentes	7	17.5
Ausentes	33	82.5
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Expediente Clínico

**Cuadro No. 11**  
**Datos Clínicos de Eclampsia**

<b>Eclampsia</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Presentes	4	10.0
Ausentes	36	90.0
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Expediente Clínico

**Cuadro No.12**  
**Vía de Finalización del Embarazo**

Vía de Finalización	Frecuencia	porcentaje
Vaginal	37	92.5
Abdominal	3	7.5
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Expediente Clínico

**Cuadro No.13**  
**Condición de Egreso de las adolescentes**

Condición de Egreso	Frecuencia	Porcentaje
Alta	40	100
Fallecida	0	0
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Expediente Clínico