

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua

UNAN Managua

Hospital Alemán Nicaragüense

Ginecología y Obstetricia



Tesis para optar a título de especialista en

Ginecología y Obstetricia

Tema

“Resultados obstétricos y neonatales en las adolescentes con embarazos consecutivos atendidas en la Sala de Maternidad del Hospital Alemán Nicaragüense. Junio a Noviembre 2015”

Autora:

- Dra. Erika Albertina Cruz Díaz
Residente de Ginecología y Obstetricia

Tutora:

- Dra. Martha Daría Villagra
Especialista en Ginecología y Obstetricia

Marzo, 2016

Managua, Nicaragua

Opinión del tutor

La presente tesis para optar al título de especialista en ginecología y obstetricia realizada por la Dra. Erika Cruz Díaz, con el tema “Resultados obstétricos y neonatales en las adolescentes con embarazos consecutivos atendidas en la Sala de Maternidad del Hospital Alemán Nicaragüense. Junio a Noviembre 2015”, pretende fundamentalmente demostrar la importancia de realizar estudios descriptivos que nos sirvan como bases de futuros estudios, y hacer conciencia de este trabajo importante que tenemos como trabajadores de salud de abordar este problema de salud pública como es embarazo adolescente consecutivo y poder evitar los resultados adversos, fomentando la educación y el interés en el tema.

En mi opinión los objetivos propuestos se cumplieron y la investigación cumplió los requisitos requeridos por lo cual considero que reúne la calidad propia de este tipo de estudios.

Dra. Martha Daría Villagra
Especialista en Ginecología y Obstetricia
Hospital Alemán Nicaragüense

Dedicatoria

Quiero dedicarle este trabajo a Dios que me ha dado la vida y fortaleza para terminar este proyecto de investigación, A mis padres por haber contribuido a mi formación desde la niñez. A mis hijas en especial, quienes me han apoyado y motivado en todo momento a lo largo de la Residencia de Gineco- Obstetricia.

Agradecimientos.

Le agradezco a Dios por haberme acompañado y guiado a lo largo de mis estudios, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de aprendizaje, experiencias y sobretodo felicidad.

Le agradezco la confianza, apoyo y dedicación de tiempo a todos los docentes de este hospital, al cariño y buen trato del personal de enfermería.

Gracias a mis hijas Alisson y Ashley Castillo por su amor, paciencia, apoyo y por perdonar mi ausencia sobre todo en fechas especiales.

A mis amigos por confiar en mí y compartir todos los momentos que pasamos juntos.

Gracias!!!

Dra. Erika Cruz

RESUMEN

Tema: “Resultados obstétricos y neonatales en las adolescentes con embarazos consecutivos atendidas en la Sala de Maternidad del Hospital Alemán Nicaragüense Junio a Noviembre 2015”

Introducción: El embarazo adolescente es un problema de salud pública, por su prevalencia que se mantiene y tiende a aumentar en los sectores más carentes de la población; porque potencialmente puede extenderse a un mayor número de adolescentes y porque puede ser evitado.

Objetivo: Determinar resultados maternos y neonatales en las adolescentes con embarazos consecutivos atendidas en la Sala de Maternidad del hospital.

Material y Método: Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal. Realizado en la sala de maternidad del hospital Alemán Nicaragüense. Se estudiaron a 100 embarazadas adolescentes recurrentes. La fuente fue secundaria, se realizó un análisis univariado.

Resultados: El grupo etáreo predominante es el de 17 a 19 años con el 83%, la procedencia fue urbana con un 85%, el nivel de secundaria fue con un 58%, y el estado civil se observó como acompañadas en un 81%. Los pacientes tuvieron un intervalo intergenésico mayor de dos años y un grupo de 13 a 18 meses cada uno con un 26%. En las complicaciones maternas predominantes estuvieron un 20% la infección de vías urinarias, seguido de un 14% con anemia y preeclampsia respectivamente para cada patología. Se observa que un 18% no tuvo complicaciones. Con respecto a la talla, la mayoría de recién nacidos tuvo de 41 a 50 centímetros en un 60%. En un 93% tuvo un apgar de 7/9. Con un peso mayor de 2500 gr en el 85%. En las complicaciones neonatales se encontró el 11% nació con datos prematuridad, la sepsis se observó en un 6% al igual que la asfixia y la Restricción del crecimiento intrauterino. Lo relevante es el 75% sin complicaciones. Con la planificación familiar 76% planifica con la depoprovera, y un 10% con DIU. Un 3% recibió esterilización quirúrgica.

Conclusión: el embarazo en adolescentes es una condición negativa que conlleva a complicaciones tanto a la madre como al feto, más aun cuando el embarazo es por segunda ocasión.

Palabras claves: RCIU, apgar, complicación materna, neonatal

Índice

Introducción.....	01
Antecedentes.....	02
Justificación.....	04
Planteamiento del problema.....	05
Objetivos.....	06
Marco Teórico.....	07
Diseño metodológico.....	21
Resultados.....	26
Discusión.....	28
Conclusiones.....	31
Recomendaciones.....	32
Bibliografía.....	33
Anexos.....	38

Introducción

El embarazo en la adolescencia es una preocupación médica más importante derivada de la conducta sexual de las jóvenes, pues es un resultado de la precocidad en las relaciones sexuales, sin el uso adecuado de los anticonceptivos, han aumentado considerablemente los embarazos en adolescentes en los últimos años.¹

La temprana menarquia y el comienzo más precoz de las relaciones sexuales, entre otros; podría explicar algunas de las razones por las que la sexualidad del adolescente puede resultar más problemática. Entre las consecuencias de que haya una elevada proporción de adolescentes sexualmente activos, se encuentra la aparición de un problema de salud pública.²

Aproximadamente unos 16 millones de muchachas de 15 a 19 años y aproximadamente un millón de niñas menores de 15 años dan a luz cada año, la mayoría en países de ingresos bajos y medianos, convirtiendo esto en complicaciones durante el embarazo y el parto que son la segunda causa de muerte entre las adolescentes, así como cada año suceden unos 3 millones de muchachas de 15 a 19 años se someten a abortos peligrosos.³ De igual manera, los bebés de madres adolescentes se enfrentan a un riesgo considerablemente superior de morir que los nacidos de mujeres de 20 a 24 años, así como se observa una mayor incidencia de parto pretérmino, recién nacidos de bajo peso, depresión respiratoria y complicaciones perinatales.^{3,4}

Las madres adolescentes tienen un riesgo sustancialmente mayor de tener niños afectados por prematuridad, bajo peso, malnutrición fetal y retardo en el desarrollo cognoscitivo. Además, la mortalidad infantil es 3 veces más alta en sus hijos.⁴

Sabiendo los problemas que el embarazo adolescente conlleva y menciono en líneas anteriores, se calcula que la cuarta parte de los embarazos adolescentes corresponde a un embarazo consecutivo o reincidente, fenómeno que podría ir de 10 a 45% de ocurrencia.⁵

Este documento pretende analizar la situación que ha enfrentado esta unidad de salud ante esta problemática en el último año.

Antecedentes

En el 2013, en el Hospital de Guadalajara (México), Zamora et al realizaron un estudio transversal con 330 puérperas adolescentes y un grupo control (20 a 30 años); se analizaron datos sociodemográficos, atención prenatal, información sobre la evolución y terminación del embarazo, somatometría y valoración del recién nacido, así como las complicaciones presentadas en las madres o sus neonatos con el objetivo de comparar la morbilidad materno y perinatal entre estos grupos. En las complicaciones maternas la más frecuente encontrada en las adolescentes fue la ruptura prematura de membranas (48 vs 19 casos), mientras en los neonatos de las adolescentes la complicación más frecuente fue el síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido (32 vs 18 neonatos), ambas con una $p < 0.05$ teniendo diferencia estadística significativa. Se concluye que el embarazo en adolescentes incrementa la morbilidad materna y perinatal, representando además un problema sociocultural.⁶

En el 2012, en el mismo hospital, Panduro y col. determinaron las repercusiones familiares, sociales y las complicaciones materno-perinatales del embarazo en adolescentes. El grupo de casos lo conformaron 550 puérperas adolescentes ≤ 18 años que tuvieron un embarazo mayor de 27 semanas y eran reincidentes; el grupo control lo conformaron 550 puérperas de 20 a 30 años. En las adolescentes hubo menos casadas, falta de apoyo de su pareja, menor utilización de anticonceptivos, más adicciones, mayor frecuencia de rotura prematura de membranas, amenazas de parto pretérmino y síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido. No hubo diferencias en el número de consultas prenatales, vía de nacimiento, tipo de líquido amniótico y molestias habituales durante el embarazo.⁷

En el 2010, Furzán y col. con el objetivo de identificar los factores asociados con un resultado perinatal adverso y evaluar su capacidad de predicción del pronóstico en madres adolescentes. La población seleccionada incluyó 600 madres y sus hijos, las variables con la mayor asociación con un pronóstico perinatal desfavorable fueron edad ginecológica menor de 3 años (RP 3,69), falta de control prenatal (RP 3,11), presentación no cefálica

(RP 2,74), complicaciones médicas en el embarazo (RP 2,26), complicaciones en embarazos previos (RP 2,15), soltería (RP 1,81) y parto vaginal (RP 1,72).⁸

En el 2009, Gálvez identificó las complicaciones más frecuentes del embarazo y parto y construir índices para las mismas, realizando un estudio descriptivo, retrospectivo de una serie de casos. El embarazo ectópico fue tres veces más frecuente que el molar. El índice de preeclampsia grave y eclampsia, muy parecido al de hiperémesis gravídica y al de abortos complicados. De cada diez hemorragias, nueve fueron por retención de placenta o atonía uterina post-parto. Los desgarros perineales y del cuello del útero fueron las complicaciones más frecuentes de la atención. Los índices de morbilidad obstétrica y de complicaciones de la atención fueron muy elevados.⁹

En el 2006, en Lima (Perú), en un estudio de caso y control, se estudiaron a 46 adolescentes con reincidencia de embarazo. La edad promedio fue de 17.4, las complicaciones más frecuente fueron la anemia, preeclampsia, y el trabajo de parto disfuncional. Se observó un periodo intergenésico cortos (menor de 2 años).¹⁰

En el 2002, en la Habana (Cuba) con el objetivo de evaluar las características maternas y los resultados perinatales en el embarazo cronológicamente prolongado, el Dr. Balestena estudio en un hospital docente a las gestantes que tuvieron su parto con 42 semanas o más (n = 412); entre tanto se formó un grupo control con gestantes que tenían tiempo de gestación entre 37 y 40 semanas (n = 320). Se evaluaron diferentes variables maternas y perinatales, para el análisis estadístico se utilizó la frecuencia porcentual, la media y la desviación estándar. Los principales resultados fueron que la adolescente y la gestante añosa resultaron variables maternas muy significativas; el líquido amniótico meconial, el sexo masculino y la macrosomía fetal fueron resultados perinatales muy significativos. EL Apgar inferior de 7 puntos al minuto de vida también resultó significativo.¹

Justificación

Se ha considerado al embarazo en la adolescente como un embarazo de alto riesgo ya que supuestamente experimenta mayor incidencia de complicaciones durante la gestación y el parto, tanto para la madre así como mayor posibilidad de complicaciones para el recién nacido.⁵ La procreación prematura aumenta el riesgo tanto para las madres como para los recién nacidos. En los países de ingresos bajos y medianos, los bebés de madres menores de 20 años se enfrentan a un riesgo un 50% superior de mortalidad prenatal o de morir en las primeras semanas de vida que los bebés de mujeres de 20 a 29 años. Cuanto más joven sea la madre, mayor el riesgo para el bebé. Además, los recién nacidos de madres adolescentes tienen una mayor probabilidad de registrar peso bajo al nacer, con el consiguiente riesgo de efectos a largo plazo.⁴⁻⁶

Las unidades de salud deben estar preparadas cuando se enfrentan a este problema de salud, y se duplica el esfuerzo, cuando el problema se repite con las mismas pacientes. Es decir, que una embarazada adolescente con un embarazo anterior, duplica los riesgos y empeora el nivel de calidad de las mujeres a nivel social, económico y familiar.

Este fenómeno de volver a repetir nuevamente un embarazo o parto aun siendo una mujer en edad adolescente, trae consigo situaciones que complican la vida de la mujer, del bebé actual y el bebé anterior. Esta situación se observa en las unidades hospitalarias frecuentemente, por lo que este estudio pretende realizar una evaluación de las embarazadas adolescentes reincidente con el objetivo de analizar la situación en un hospital particular de la ciudad de Managua, donde se determinaran las complicaciones obstétricas y neonatales que presentan más frecuentes en nuestro medio. Los resultados servirán para retomar estrategias de mejora en la atención de las embarazadas adolescentes e influir donde podría trabajar más el ministerio de salud, y así mejorar los indicadores de salud de nuestra región.

Planteamiento del problema

El embarazo en adolescentes es un problema de salud pública a nivel mundial, está relacionado con mayores riesgos para la salud de la madre y con un peor pronóstico para el niño, a corto y a largo plazo, más aun cuando el embarazo adolescente es por segunda ocasión.²

Esta problemática afecta todas las sociedades, pero se magnifica con mayor gravedad en países subdesarrollados o en desarrollo con el consiguiente aumento en la demanda de atención médica y social para las madres y sus niños.²

En Nicaragua, el embarazo adolescente es un problema serio que enfrenta el ministerio de salud, el cual por medio del control prenatal, el programa de planificación familiar postnacimiento y la aplicación de las normas en los últimos años ha mejorado la situación. Es necesario valorar cómo se comporta el binomio madre feto hasta el nacimiento en embarazo de adolescente reincidentes, y así realizar nuevos análisis e intervenciones. Por esta razón, se ha planteado lo siguiente:

¿Cuáles son los resultados obstétricos y neonatales en las adolescentes con embarazos consecutivos atendidas en la sala de maternidad del Hospital Alemán Nicaragüense. Junio - Noviembre 2015?

Objetivos

General:

Determinar resultados maternos y neonatales en las adolescentes con embarazos consecutivos atendidas en la Sala de Maternidad del hospital Alemán Nicaragüense. Junio a Noviembre del 2015.

Específicos:

1. Describir las características sociodemográficas de la adolescente con embarazo consecutivo.
2. Identificar las características obstétricas de la adolescente con embarazo consecutivo.
3. Determinar las complicaciones obstétricas de la adolescente con embarazo consecutivo.
4. Identificar las características clínicas de los neonatos de las madres adolescentes con embarazo consecutivo.
5. Determinar las complicaciones del neonato de madre adolescente con embarazo consecutivo.

Marco teórico

Juventud y adolescencia.

Del latín *iuventus* es la edad que se sitúa entre la infancia y la edad adulta. Según la Organización de las Naciones Unidas, la juventud comprende el rango de edad entre los 10 y los 28 años; abarca la pubertad o adolescencia inicial—de 10 a 14 años—, la adolescencia media o tardía —de 15 a 19 años— y la juventud plena —de 20 a 28 años—El término juventud también puede referirse a los primeros tiempos en la existencia de algo, y puede ser sinónimo de energía, vigor y frescura.¹¹

La Organización Mundial de la Salud propuso en el año 2000 una escala de edades para la estratificación de la adolescencia y la juventud. La propuesta de la OMS se recoge en el documento La salud de los jóvenes: un desafío para la sociedad, y es una consideración genérica en períodos de 5 años en los que términos como juventud y adolescencia resultan intercambiables entre los 15 y 19 años de edad¹¹:

Juventud: 10 a 28 años (datos según la OMS)¹¹

- 10 a 14 años - Pubertad, adolescencia inicial o temprana, juventud inicial (5 años)
- 15 a 19 años - Adolescencia media o tardía, juventud media (5 años)
- 20 a 28 años - Juventud plena (8 años)

Embarazo adolescente.

Es el embarazo que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarquía, y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen".¹²

Embarazo adolescente reincidente

Es la adolescente que repite un embarazo tras un periodo intergenésico corto, que aumenta la desnutrición en edades tempranas y reduce la supervivencia del hijo previo por el destete precoz al reducir la duración de la lactancia materna.¹⁰

Factores predisponentes del Embarazo en adolescente

Menarca Temprana: otorga madurez reproductiva cuando aún no maneja las situaciones de riesgo. La edad de la pubertad ha declinado desde 17 años, en el siglo XIX, alrededor de 12-13 años actualmente. Los adolescentes son fértiles a una edad menor. Los adolescentes con una edad de menarquia precoz están más expuestas al riesgo de embarazo.¹³

Inicio Precoz De Relaciones Sexuales: cuando aún no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención.¹⁴

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.¹⁴

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.¹⁵

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.

Pensamientos Mágico: propios de esta etapa de la vida, que las lleva a creer que no se embarazarán porque no lo desean.¹⁶

Fantasías de Esterilidad: comienzan sus relaciones sexuales sin cuidados y, como no se embarazan por casualidad, piensan que son estériles.¹⁶

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, ente otros.¹⁶

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.¹⁶

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

Factores socioculturales: la evidencia del cambio de costumbres derivado de una nueva libertad sexual, que se da por igual en los diferentes niveles socioeconómicos.¹⁶

Las zonas de pobreza, con hacinamiento, estrés, delincuencia y alcoholismo, tendrán mayor cantidad de familias disfuncionales, falta de recursos y de acceso a los sistemas de atención en salud, con el consecuente mayor riesgo.¹⁶

Las complicaciones frecuentes son¹⁷⁻¹⁹:

- Abortos
- Anemia
- Infecciones urinarias
- Bacteriuria asintomática
- Hipertensión gestacional
- Preeclampsia – Eclampsia
- Escasa ganancia de peso
- Malnutrición materna
- Hemorragias asociadas con afecciones placentarias
- Parto prematuro
- Rotura prematura de membrana
- Desproporción cefalopélvica
- Cesárea

Complicaciones Perinatales en Embarazo Adolescentes

Algunos autores de diversas investigación refieren que debido principalmente a una falta de desarrollo de la pelvis materna y de sus partes blandas lo que condicionaría una mayor incidencia de desproporción cefalopélvica, por lo tanto más trabajos de parto prolongados y mayor uso de fórceps y cesáreas.

Una serie de estudios realizados en poblaciones de similares características, demuestran que el riesgo de parto prematuro es mayor en las pacientes adolescentes embarazadas. La edad gestacional del parto prematuro está en relación a la edad materna, existiendo mayor riesgo de partos prematuros de menor edad gestacional a menor edad materna. En este mismo contexto, algunos estudios destacan que existe una frecuencia mayor de rotura prematura de membranas en la paciente adolescente.²⁰

Sin duda la mayor incidencia de parto pretérmino está ligado a la disminución del nivel socio-económico y disminución de los cuidados médicos. En la aparición de la Restricción del Crecimiento Intrauterino, la edad de la joven es un factor determinante, acumulándose los casos en menores de 15 años. Adolescentes sin cuidado prenatal presentaron significativo mayor riesgo de muerte fetal, rotura prematura de membranas, parto prematuro, endometritis puerperal, hemorragia puerperal, recién nacido pequeño para la edad gestacional, morbilidad neonatal, síndrome hipóxico-isquémico (asfixia) neonatal, neonato con Apgar bajo en minuto 1, dificultad respiratoria, sepsis neonatal, muerte neonatal y muerte perinatal.²⁰

Otros autores mencionan dentro de las complicaciones perinatales los estudios revelan que la incidencia de bajo peso al nacer (<2.500 g) entre los adolescentes es más del doble de la tasa de mujeres adultas y la mortalidad neonatal dentro de los primeros 28 días de nacimiento, es casi 3 veces mayor. En experiencias internacionales, aproximadamente el 14% de los recién nacidos de los adolescentes de 17 años o menos son prematuros en comparación con el 6% de mujeres de 25-29 años, mientras que las adolescentes de 14 o menos años tienen un mayor riesgo de tener prematuros de bajo peso. Los factores biológicos que se han asociado consistentemente con resultados negativos durante la gestación en adolescentes son el pobre estado nutricional, el peso bajo al inicio de la gestación y la pobre ganancia de peso durante el embarazo.^{21,22,23}

En el 2010, la OPS reportó una mayor tendencia de recién nacidos prematuros en madres menores de 20 años, así mismo menciona un mayor porcentaje de niños con bajo peso al nacer hijos de madre adolescente en especial si pertenecen a grupos sociales desfavorecidos.²⁴

Es común que el porcentaje de partos prematuros es mayor que el de niños con bajo peso al nacer, cuando ocurre lo contrario como en el caso de las adolescentes significa que la mayor parte de estos niños son desnutridos intrauterinamente.²⁴

Factores que contribuyen al inicio de la sexualidad adolescente.²⁵

- Ignorancia en reproducción y sexualidad humana
- Mala o deficiente comunicación con los padres
- Ignorancia de los padres en embarazo y sexualidad
- Problemas entre los padres
- Padres que viven separados
- Ser hijo o hija de madre adolescente.

Factores que contribuyen a menor probabilidad de inicio de relaciones sexuales en adolescentes.²⁵

- Padres más instruidos y educados
- Buena o adecuada autoestima del adolescente
- Adolescente estudiando
- Existencia de planes futuros
- Ocupación del tiempo libre con actividades de desarrollo físico, intelectual, artístico o espiritual.

Factores asociados al embarazo en adolescentes

- Pertenencia a zonas rurales: Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005, en todo el período 1990-2005 se observó un mayor porcentaje de madres adolescentes en las zonas rurales respecto a las zonas urbanas. En esta encuesta se demostró que persisten altas tasas de fecundidad adolescente en ambas zonas: 14.5% en las ciudades y 21.6% en el campo.²⁶
- Nivel económico y social: Según la Encuesta Nacional de demografía y Salud del 2005, entre las adolescentes que estaban solteras y fueron clasificadas por el indicador NBI, el 10.8% eran pobres y el 7.7% estaban en miseria, lo que sugiere que las condiciones económicas de las madres adolescentes son más críticas que

las de las jóvenes que no han estado embarazadas. En 2005, el 31.5% de las adolescentes más pobres había estado embarazada (Profamilia, 2000, 2005).²⁶

- Practicar alguna religión: Algunos estudios sugieren que la identificación y satisfacción con una religión y con valores religiosos las lleva a un estado de satisfacción personal que actúa como una influencia protectora del inicio de relaciones sexuales a temprana edad.²⁵
- Influencia del grupos de amigos: La adolescente buscando su libertad e intentando continuar con su vínculo afectivo con otras personas que estén desligadas de su núcleo familiar, se refugia en amigos, y por ley natural de ahí progresa hacia una relación amorosa, donde generalmente, inician su vida sexual a temprana edad, de la cual pueden surgir embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual
- Influencia de televisión, radio, periódicos o revistas: La influencia de los medios de comunicación donde se promueve la relación amorosa sin un sentido de respeto hacia la persona, donde no se referencia el respeto por el cuerpo, por la determinación individual ni por la salud mental.²⁵

Actitud frente a la experiencia del embarazo. El embarazo en la adolescente es una crisis que se sobre impone a la crisis de la adolescencia. Comprende profundos cambios somáticos y psicosociales con incremento de la emotividad y acentuación de conflictos no resueltos anteriormente. Generalmente no es planificado, por lo que la adolescente puede adoptar diferentes actitudes que dependerán de su historia personal, del contexto familiar y social pero mayormente de la etapa de la adolescencia en que se encuentre.²⁵

Sexualidad en la Adolescencia²⁵

La sexualidad es fuente de comunicación y se expresa principalmente en tres Áreas. Se plantea los siguientes tópicos acerca de la sexualidad en la adolescencia:

- Se debe destacar que una gran proporción de adolescentes no se embarazan de otro adolescente sino de un hombre adulto que puede duplicar o triplicarles la edad. Se le permite como derecho casi exclusivo ejercer el hombre su sexualidad mientras que a la mujer se le exige la represión y el control de sus emociones además de la

responsabilidad respecto al bebé. Debido a esto usualmente la mujer abandona su educación, lo que le acarrea muchas dificultades en su desarrollo personal.

- El diagnóstico de embarazo se hace más tardíamente y por lo tanto las maniobras abortivas son de mayor riesgo. La provocación del aborto en adolescentes no cuentan con los recursos para pagar un experto y terminan aceptando maniobras y situaciones de gran riesgo de infección y hemorragias. Las complicaciones del aborto en adolescentes son de consulta más tardía de lo observado en adultas, pues no le dan importancia a los primeros síntomas y además esconden complicaciones hasta el momento en que la situación empeora.
- La ocurrencia más frecuente de embarazos adolescentes, en hijas de madres que fueron gestantes durante su adolescencia, si bien es un fenómeno frecuente en familias disfuncionales o monoparentales.
- La mayoría de adolescentes se ven abocadas a dejar sus estudios y a dedicarse a las labores del hogar mientras termina su embarazo y a buscar sub-empleos que de todas formas le representa una muy baja remuneración. Algunas adolescentes embarazadas constituyen uno de los grupos de alto riesgo, que puede ser dada por su madurez física como por dificultades sociales y económicas y al mismo tiempo aceleran el crecimiento demográfico.

Riesgos biológicos²⁵

- Algunas gestaciones presentan pequeñas hemorragias iniciales que pueden ser confundidas como anomalías menstruales sin importancia.
- La amenorrea en los primeros meses no atrae la atención, razón por lo que a menudo el embarazo se confirma casi al tercer mes.
- Más del 10% de todos los nacimientos anuales se dan en mujeres entre los 15 y 19 años y por falta de maduración del organismo, el riesgo de mortalidad es dos a cuatro veces más alto en adolescentes que en mujeres mayores de 20 años. La mortalidad en neonatos es mayor cuando son de madres adolescentes.

Riesgos obstétricos²⁷

- Atención prenatal inadecuada. Que se da más que todo por los esfuerzos de la adolescente por ocultar su embarazo y la dificultad para disponer de servicios adecuados o la inexistencia de un servicio médico prenatal, hacen que no tenga un seguimiento adecuado. La OPS, asevera que los embarazos en adolescente, en los países en desarrollo, especialmente en América Latina, pasan con poco o ningún control. También se ha documentado una asociación positiva entre no tener derecho de acceso a los servicios de salud de las instituciones del sistema de seguridad social y embarazo no deseado.
- Deficiencias Nutricionales: Alrededor del 20% de la población de los países subdesarrollados esta crónicamente desnutrida. Siendo la adolescencia una etapa de rápido crecimiento físico; hay aumento normal de las necesidades básicas, que se incrementan con la gestación:
 - Aumento de peso
 - Menor crecimiento uterino
 - Aumento en la frecuencia de abortos.
 - Mayor aumento en la amenaza de parto pre término
 - Mayor frecuencia de pre-eclampsia
 - Mayor frecuencia de trabajos de partos prolongados
 - Mayor frecuencia de distocias como desproporción céfalo-pélvica, por las estrechas dimensiones pélvicas de la adolescente, si el feto tiene una talla normal.
 - Mayor frecuencia en el número de cesáreas.

Cambios en la Adolescencia^{25,28}

Intelectuales. El pensamiento desarrollado se vuelve más flexible, puede manejar un mayor número de operaciones mentales, comprender y aceptar situaciones sociales y teorizar sobre aquellas que no son comprendidas en forma directa; comienza el empleo de la lógica formal para solucionar problemas, realiza planificación y elabora proyectos a largo plazo. A nivel mundial, el embarazo en la adolescencia sigue siendo un impedimento para mejorar las condiciones educativas, económicas y sociales de la mujer. Según Vásquez (2001) en el caso de las jóvenes, el matrimonio y la maternidad precoz

limitan en alto grado las oportunidades de educación y empleo y perpetúa la dependencia económica de los padres.

Emocionales. Los adolescentes se deben enfrentar a conflictos de la primera infancia, los cuales no han sido resueltos entre ellos, la búsqueda de la propia identidad y lo que piensan de sí mismos, la aparición de la fecundidad como posibilidad de procreación, la identidad es el tema central de la adolescencia. Hay desubicación temporal, el yo se ha constituido en el eje del conflicto adolescente.

Sociales. Hay crítica de las normas o valores familiares, especialmente lo que proviene de los padres y además se cuestiona la autoridad y disciplina.

Madurez Psico-Social de la Adolescente²⁵

El desarrollo psicológico y social, se presenta que los procesos emocionales y mentales se adapten uno al otro, sin producir desequilibrio se dice que la maduración precoz de 9 a 10 años, el adolescente tiende a adaptarse rápidamente a este tipo de desarrollo, y en la maduración tardía, al final de la adolescencia; donde son tratados como niños por el grupo que los rodea, trae conductas inadecuadas, al igual que en sus relaciones con las jóvenes, por lo general tienen autoestima baja. De ahí que, el personal de salud incluyendo enfermería deberá conocer las diferentes conductas del adolescente en estos periodos para poder dirigir de manera efectiva los programas de educación psico-sexual.

En concordancia con el desarrollo psicosocial del adolescente, la teoría de Freud y Erikson citada por Toledo, E. señala que a medida que el individuo madura, el impulso sexual o la búsqueda del placer sexual, que Freud, lo llamó libido, se concentra en diversas partes sensitivas del cuerpo según el desarrollo sexual: en la pubertad se despierta o renacen los impulsos sexuales, esta vez dirigido a personas del sexo opuesto, buscando la satisfacción a través del amor; a medida que transcurren los años, éste se va convirtiendo en un amor maduro, en el cual intervienen la satisfacción pospuesta, la responsabilidad y el amor por los demás, en todas sus expresiones.

Definición, Prevalencia y Factores de Riesgo

La Organización Mundial de la Salud, divide la infancia desde el nacimiento hasta los 10 años, preadolescencia de 10 a 14 años y adolescencia de los 14 a los 19 años.¹² Estudios

realizados en Estados Unidos han evidenciado una tendencia al alza de la actividad sexual en los adolescentes durante los últimos 30 años.¹⁶ Según la Cuarta Encuesta Nacional de la Juventud, en Chile, al año 2003, el 35,2% de los adolescentes y el 84,5% de los jóvenes hasta los 24 años de edad se encontraban sexualmente activos.¹⁷

Mientras en otros países como Cuba el 50 % de las adolescentes tiene vida sexual activa y se ha visto un incremento del 10% anual.^{29,30}

Al año 2003 se estimaba que la edad promedio de inicio de las relaciones sexuales era alrededor de los 17 años, sin embargo en trabajos más recientes al respecto, se ha visto una tendencia a una mayor precocidad. Como ejemplo de lo anterior es posible citar el estudio realizado por González T et al el año 2005 en donde se vio que la edad promedio de inicio de la actividad sexual era de 15,6 años. Es importante destacar la relación que existe entre el nivel socioeconómico y la edad de inicio de la actividad sexual, ya que las edades menores se presentan en los niveles socioeconómicos más bajos y en los niveles más altos mayores edades.³¹

Definiremos el embarazo adolescente como la gestación en mujeres, cuyo rango de edad se considera adolescente, independiente de su edad ginecológica.³¹

Ruoti plantea que el embarazo a cualquier edad constituye un hecho biopsicosocial muy importante, pero la adolescencia conlleva a una serie de situaciones que pueden atentar tanto contra la salud de la madre como la del hijo, y constituirse en un problema de salud, que no debe ser considerado solamente en términos del presente, sino del futuro, por las complicaciones que acarrea.³⁰ Dicha situación produce un serio problema biomédico ya que presenta altas tasas de morbilidad y mortalidad materna, perinatal y neonatal, agregándose el impacto que produce a nivel sociocultural y psicológico con un elevado costo a nivel personal, educacional, familiar y social.

Trabajos realizados en el extranjero, señalan que el 60% de los embarazos adolescentes ocurren dentro de los 6 primeros meses de inicio de las relaciones sexuales, por lo que la mayoría de las adolescentes embarazadas son primigestas (del 73% al 93 %). Sin embargo, el 60% de las primigestas adolescentes vuelven a embarazarse dentro de los 2 años siguientes.³²

El embarazo adolescente va en aumento mundial presentándose cada vez a edades más precoces. Existen variaciones importantes en la prevalencia a nivel mundial, dependiendo de la región y el nivel de desarrollo. Así, en países como Estados Unidos corresponde a un 12,8% del total de embarazos, mientras que en países con menor desarrollo, como El Salvador, constituye cerca del 25% y en países africanos cerca del 45% del total de embarazos.³³

Estudios revelan que en América Latina entre un 15-25% de los recién nacidos vivos son hijos de madres menores de 20 años. En Chile, el embarazo adolescente es considerado un problema de Salud Pública grave ya que cada año nacen aproximadamente 40.355 recién nacidos vivos hijos de madres adolescentes y 1.175 hijos de madres menores de 15 años. Así la incidencia anual del embarazo adolescente en nuestro país es de 16,16%. Se debe poner atención también en las variaciones que presenta entre las distintas regiones registrándose la mayor incidencia anual en la octava región (25%). Al comparar trabajos realizados sobre la edad de las embarazadas en Chile, es posible observar la existencia de diferencias a nivel regional, ya que al año 2000 según un estudio realizado en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Salvador (Servicio de Salud Metropolitano Oriente) se determinó una edad promedio de 18,6 años. Sin embargo, estudios realizados el año 2001 evidenciaron edades menores, como es el caso de un estudio realizado en el Hospital San Borja Arriarán (Servicio de Salud Metropolitano Centro) donde se observó una edad promedio de 14,5 años, mientras que en un estudio realizado por Burgos en la octava región, que la edad promedio fue de 16 años.³⁴

Con respecto a los factores de riesgo asociados al embarazo adolescente, se ha logrado identificar una gran variedad que es posible agrupar en 3 categorías:

1. Factores de riesgo individuales: Menarquia precoz, bajo nivel de aspiraciones académicas, impulsividad, ideas de omnipotencia y adhesión a creencias y tabúes que condenan la regulación de la fecundidad y la poca habilidad de planificación familiar.

2. Factores de riesgo familiares: Disfunción familiar, antecedentes de madre o hermana embarazada en la adolescencia, pérdida de figuras significativas y baja escolaridad de los padres.

3. Factores de riesgo sociales: Bajo nivel socioeconómico, hacinamiento, estrés, delincuencia, alcoholismo, trabajo no calificado, vivir en un área rural, ingreso precoz a la fuerza de trabajo, mitos y tabúes sobre sexualidad, marginación social y predominio del “amor romántico” en las relaciones sentimentales de los adolescentes.³⁵

Un trabajo realizado el año 2005 logró determinar la influencia de cada uno de estos grupos de factores de riesgo, en donde destaca la gran importancia de los factores individuales presentando una frecuencia de 71,6%, mientras que los factores familiares presentaron un 28%.

Consecuencias del Embarazo Adolescente

En el último tiempo ha disminuido la edad en que los jóvenes se inician sexualmente y de esta manera ha aumentado además, de forma preocupante, el embarazo no deseado en las adolescentes. Esto ha implicado que en este grupo etario específico se presenten una serie de consecuencias que de manera simple se agruparon en dos grandes grupos: somáticas y psicosociales.

Complicaciones somáticas³⁷

Para la madre

La mortalidad materna del grupo de 15-19 años en los países en desarrollo se duplica al compararla con la tasa de mortalidad materna del grupo de 20 – 34 años. Con respecto a la morbilidad materno-fetal, la desnutrición materna es un factor importante que influye en el resultado de un neonato de bajo peso, aunque para algunos es sólo un factor influyente, lo que cobra fuerza cuando se asocia a otros riesgos, como una ganancia de peso insuficiente durante el embarazo. La anemia y el síndrome hipertensivo del embarazo han sido encontradas, por muchos autores, como complicaciones comunes entre las gestantes adolescentes. Las edades extremas constituyen un factor de riesgo conocido para la pre-eclampsia. La anemia se distingue como una de las complicaciones más frecuentes en el embarazo y es más común en mujeres con dieta inadecuada, como es el caso de las

menores de 20 años, donde malos hábitos alimentarios de la edad contribuyen al déficit de hierro.

Para el hijo

El recién nacido de madre adolescente no tiene diferencias significativas respecto a las mujeres adultas, aunque si existen diferencias si la madre es menor a 15 años, ya que se han presentado una mayor incidencia de malformaciones especialmente las del cierre del tubo neural. El hecho de que las adolescentes se embaracen con un intervalo de tiempo menor de 5 años entre la menarquia y el parto es considerado un factor de riesgo para que se presenten resultados perinatales desfavorables.

Complicaciones Psicosociales.³⁸

Uno de los principales problemas para las madres adolescentes es la deserción escolar. La baja escolaridad que alcanzan y la dificultad para reinsertarse al sistema escolar, tiene un efecto negativo en la formación del capital humano y la superación de la pobreza a nivel social. El rendimiento escolar de estas adolescentes, durante su permanencia en el sistema es deficiente, puesto que la repitencia es mayor al promedio general nacional. El 100% de las adolescentes embarazadas desertaron durante el embarazo, en tanto que la deserción escolar global en Chile, a nivel de enseñanza media, incluyendo a quienes desertaron por razón del embarazo, es de sólo 9,9%. La vergüenza y las complicaciones médicas del embarazo, como el síndrome hipertensivo y el parto prematuro, son las razones específicas de deserción que señalaron las adolescentes.

La adolescente madre además debe asumir una multiplicidad de roles adultos, especialmente la maternidad, para los cuales no está psicológicamente madura ya que, sigue siendo niña cognitiva, afectiva y económicamente, agudizándose esto aún más en el caso de la primera adolescencia.

La maternidad adolescente duplica con creces las posibilidades que tiene una mujer de vivir como allegada y reduce a la mitad la probabilidad de que viva con el padre de su hijo o en una familia nuclear durante el quinto año después del nacimiento de su primer hijo. La probabilidad de que el padre biológico del hijo provea apoyo financiero en forma constante o esporádica al hijo de una madre adolescente es la mitad de la observada en

una madre adulta. La aparición de embarazo en la familia de una adolescente obliga a la reestructuración de las funciones de sus miembros, requiriéndose la movilización del sistema para encontrar nuevamente el estado de equilibrio familiar que, inicialmente, puede ser rechazado, crear sorpresa y frustración.³⁹ Si lo habitual es que todo el grupo familiar se deba adaptar para recibir a un nuevo miembro, esto es mucho más evidente en la adolescencia, ya que las familias de las adolescentes suelen ser más complejas, al incluir a sujetos en diversas etapas del desarrollo; los que probablemente no están esperando la llegada de un nuevo integrante. La maternidad temprana parece tener más efectos económicos que sociales y efectos más serios para el caso de las madres pobres que para todas las madres.⁴⁰

Diseño metodológico

Tipo de estudio

Descriptivo, de corte transversal, retrospectivo.

Área de estudio

Sala de Maternidad del Hospital Alemán Nicaragüense, ubicado en la ciudad de Managua.

Periodo de estudio

Junio a Noviembre del año 2015

Población de estudio

Fueron 100 adolescentes con embarazos consecutivos atendidas en el hospital Alemán Nicaragüense en el período de estudio. No se realizó cálculo de muestra, esta fue elegida por conveniencia, debido a que la cantidad es significativa.

Criterios de inclusión:

- Paciente con diagnóstico de adolescente con embarazo consecutivo.
- Expediente que cumple con los datos necesarios para el cumplimiento de objetivos.

Criterios de exclusión

- Embarazo con patología severa previa al embarazo recurrente.

Fuente

Fue de tipo secundaria. Se tomó primeramente datos sociodemográficos y clínicos a los pacientes en una ficha al revisar expedientes clínicos, estos fueron el expediente de la madre, y el expediente del bebé.

Recolección y procesamiento de los datos

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

Se recolectaron los datos en ficha, las cuales se introdujeron en una base de datos realizada en el programa estadístico SPSS versión 24, para su análisis. Se realizaron tablas de frecuencia y porcentaje, así como gráficos de barras y pasteles para representar los resultados. Se realizó un análisis univariado y cálculo de medidas de tendencia central.

Aspectos Éticos

Se respetó la información extraída en los expedientes de los pacientes. Esto solo será para fines académicos. Se solicitó el permiso a la subdirectora docente, posterior a la aprobación se llenaron las fichas. Se revisaron los criterios de Helsinki, donde se determinó que este trabajo no pone en riesgo la vida de un paciente, ni hay riesgo al autor.

<u>Operacionalización de Variables</u>		
Variable	Concepto	Escala/ Valor
Edad de la madre	Número de años calculados desde el nacimiento y el periodo de estudio.	<ul style="list-style-type: none"> • 14 a 16 años • 17 a 19 años
Procedencia de la madre	Ubicación actual de la madre, con respecto a las características sociales y ambientales.	<ul style="list-style-type: none"> • Urbano • Rural
Nivel educativo de la madre	Cantidad de años en el cual se transmiten conocimientos, valores, costumbres y formas de actuar.	<ul style="list-style-type: none"> • Ilustrada • Primaria • Secundaria • Educación Superior
Estado civil	Es un estado legal y social de la relación de dos individuos que conviven.	<ul style="list-style-type: none"> • Soltera • Acompañada
Menarquia	El primer episodio de sangrado vaginal de origen menstrual en la mujer.	<ul style="list-style-type: none"> • Precoz (menor de los 8 años) • Normal (9 a 14 años) • Tardía (Mayor de 14 años)
IVSA	Número de años de haber iniciado su actividad sexual	# de años
Antecedente de Embarazos	Número de embarazos presentes hasta la actualidad	<ul style="list-style-type: none"> • 1 a 2 • 3 a 4 • Mayor de 4
Tipo de nacimiento	Se refiere a la vía de nacimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Parto • Cesárea
Antecedente de Abortos	Expulsión del producto por cualquier causa menor de 500 gramos antes del embarazo actual.	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No

Antecedente de Embarazo ectópico	Embarazo en el que el óvulo fecundado se implanta fuera del útero, especialmente en la trompa de Falopio.	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
Planificación familiar	Conjunto de métodos artificiales o naturales por medio del cual se evita un embarazo.	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No • Cual _____
Complicaciones obstétricas	Condición que refleja la dificultad de control u homeostasis de un sistema del cuerpo, y pone en riesgo la vida.	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguna • Amenaza de aborto • Aborto • Amenaza de parto pretérmino • ITU • Eclampsia • DCP • Distocia. • Parto precipitado • Trabajo de parto prolongado • Ruptura prematura
Peso al nacer	Se refiere al peso de un bebé inmediatamente después de su nacimiento. Tiene correlación directa con la edad a la que nació el bebé y puede estimarse durante el embarazo midiendo la altura uterina.	<ul style="list-style-type: none"> • Bajo peso (menos de 2500 gr) • Normal (2500 a 3999 gr) • Sobrepeso.(Mayor de 4000 gr)
Talla al nacer	Medida en centímetros desde el talón hasta el borde posterior de la cabeza.	<ul style="list-style-type: none"> • Menor de 45 cm • 46 y 53 cm • Mayor de 54
Apgar	Es un examen rápido que se realiza al 1er y 5to minuto después del nacimiento del bebé. Basado en tono muscular, frecuencia, color, reflejos, y respiración.	<ul style="list-style-type: none"> • Menor de 3 • De 4 a 6 • Normal (7 a 9)

Edad gestacional	Tiempo en semanas del producto durante el embarazo.	<ul style="list-style-type: none"> • <28 sem • 28-33sem • 34-36 sem (6/7) • Mayor de 37sem
Sexo del neonato	Características anatómicas que caracterizan al neonato.	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino
Complicaciones neonatales	Condiciones o características que ponen en riesgo la vida de un neonato.	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguna • Prematuridad • Sepsis neonatal • Hipoglicemia • Distres respiratorio • RCIU • Óbito
Tiempo de estancia hospitalaria.	Tiempo de días de la estadía en la unidad hospitalaria.	<ul style="list-style-type: none"> • Menor de 2 días. • De 3 a 5 días • De 6 a 10 días • De 11 a 15 días • Mayor de 16 días

Resultados

En el presente estudio, se revisaron 100 expedientes de pacientes adolescentes que cursaron con un embarazo por segunda ocasión. Las principales características clínicas observadas en la embarazada y en el neonato, tratando de identificar datos relevantes, los cuales se muestran en tablas y gráficos de barras y pastel en el acápite de anexos en este documento.

El grupo etario predominante es el de 17 a 19 años con el 83%. De igual manera, la procedencia fue en su mayoría de tipo urbana con un 85%, y la escolaridad observada predominante fue la de nivel de secundaria con un 58%, y con respecto al estado civil se observó que el 81% solo están acompañadas. Tabla 1.

El periodo entre el embarazo anterior y el embarazo que se demuestra en este estudio, encontrando que el 26% de pacientes tienen más de dos años, un dato similar del 26% los que tienen de 13 a 18 meses de intervalo intergenésico, solo un 10% de pacientes tienen menos de 6 meses de intervalo. Grafico 1.

La edad de menarquía predominada en 75% de pacientes había iniciado entre 12 a 14 años, y un 20% entre 9 y 11 años de edad. Grafico 2.

El 68% no estaban planificando, y el 25% lo hacen con inyecciones (Depoprovera), un dato alarmante es el 2% del uso del Dispositivo intrauterino. Gráfico 3.

Algunas características del embarazo en las pacientes, el 88% eran Bigestas, trigestas 11% y solo el 1% tenía 3 embarazos anteriores Con el 31% de antecedentes de aborto, y con un 83% con productos a término. Solo el 28% tuvo más de 4 controles, es importante observar que el 12% no tuvo controles prenatales. Tabla 2.

Las complicaciones que sufrieron las embarazadas adolescentes en el periodo de estudio, un 20% predominante de infección de vías urinarias, seguido de un 14% con anemia y Preeclampsia respectivamente para cada patología. Se observa que un 18% no tuvo complicaciones. Gráfico 4.

Se reportó también que el 18% recibió conducción del parto. Gráfico 5.

En las características del recién nacido, el 55% nacieron por vía cesárea, un 84% fueron productos a término, con un peso mayor de 2500 gramos en el 85%. Con respecto a la talla, la mayoría de recién nacidos tuvo de 41 a 50 centímetros en un 60%. En un 93% tuvo un apgar de 7/9. Un 11% tuvo circular de cordón y 14% presencia de meconio. Tabla 3.

En las complicaciones de los recién nacidos el 11% nació con datos prematuridad, la sepsis se observó en un 6%, de igual manera la restricción de crecimiento intrauterino y asfixia. Lo relevante es el 75% sin complicaciones. Gráfico 6.

Con respecto a la planificación familiar, el 76% planifica a su egreso con la depoprovera, y un 10% con DIU. Un 3% recibió esterilización quirúrgica. Gráfico 7.

Discusión

El embarazo en la adolescencia es una de las preocupaciones médicas más importantes derivadas de la conducta sexual de las jóvenes, pues como resultado de la precocidad en las relaciones sexuales, sin el uso adecuado de los anticonceptivos, han aumentado considerablemente los embarazos en adolescentes en las últimas décadas.

En este estudio, las adolescentes embarazadas por segunda ocasión en sus vidas, se observó que se encontraban en una edad de 17 a 19 años en 83%. Esto quiere decir que en edades menores de 16 años en una proporción similar estuvieron embarazadas, por eso en el dato de ser Bigesta tiene un 88%. El adelanto de la edad de la menarquia y el comienzo más precoz de las relaciones sexuales, entre otros; podría explicar algunas de las razones por las que la sexualidad del adolescente puede resultar más problemática. La sexualidad en estos adolescentes fue muy anterior, y entre las consecuencias de que haya una elevada proporción de adolescentes sexualmente activos, se encuentra la aparición de un problema de salud pública. Se ha considerado al embarazo en la adolescente como un embarazo de alto riesgo ya que experimenta mayor incidencia de complicaciones durante la gestación y el parto, tanto para la madre así como mayor posibilidad de complicaciones para el recién nacido.

El 60.1% de las adolescentes en el estudio fueron adolescentes tardías, López en su estudio las adolescentes tardías fue del 69.0%; más de la mitad proceden de la zona urbano marginal, en el estudio de López más del 60% de la población adolescente proceden de la rural⁴⁴, en este estudio fue lo contrario observando que el 85% provienen de zonas urbana, eso coincide con Lara en su estudio la mayoría (74.4%) de las adolescentes procedían del área urbana.⁴⁷

En nuestro estudio, aunque la mayoría tiene educación secundaria hay adolescentes sin estudios (1%), Ramírez en su estudio el 28% fueron analfabetas, Lara reporta el 8.5% de analfabetas. López refiere en su estudio que el embarazo en adolescentes tiene una instrucción de secundaria incompleta.⁴⁴

Las complicaciones maternas más frecuentes observadas fueron la infección urinaria, la Preeclampsia, y la anemia, en otros estudios es encontrada en las adolescentes la ruptura prematura de membranas, la cual en este estudio solo tiene un 7%.⁴⁰ Así mismo en Guatemala, en un hospital central se encontró las complicaciones más frecuentes fueron metrorragias, aborto espontáneo, infección del tracto urinario, anemia, amenaza y parto pretérmino, desproporción cefalo-pélvica, y trabajo de parto prolongado.⁴¹

Las complicaciones en el neonato observado fueron la prematuridad, la sepsis, bajo peso y el RCIU, entre otros. El 75% de los casos no tuvieron complicaciones en los recién nacidos, en un estudio el Dr. Zamora en los neonatos de las adolescentes encontró la complicación más frecuente fue el síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido ($p < 0.05$) teniendo diferencia estadística significativa. , dicha complicación no fue observada.⁴⁰ En un hospital venezolano el Dr. Manrique menciona que la prevalencia de parto pretérmino fue 10,51 % y complicaciones neonatales 18 (38,2 %); siendo las más frecuentes sepsis (33.3%), ictericia (29.2%), muerte (20.8%), síndrome de distrés respiratorio (12.5%) y anemia (14.2%).⁴² Martínez y colaboradores evaluaron a 150 embarazadas adolescentes pertenecientes a todos los consultorios del policlínico docente "Manuel González Díaz" del municipio Bahía Honda, provincia Pinar del Río - Cuba, encuentra que las alteraciones más frecuentes durante el embarazo fueron la anemia (55,3 %), sepsis urinaria (52 %), amenaza de parto pretérmino (11,3 %), amenaza de aborto (7,3 %) y el 4,7 % presentaron hipertensión gestacional.⁴³

La cesárea (55%) en embarazo en adolescente es mayor a lo reportado por López en la cesárea se presentó en el 41.8% de los casos; pero en nuestro estudio se realizaron cesáreas con más frecuencia en adolescentes, obligando a saber las indicaciones de estas.⁴⁴ Yu tang en su estudio reporta que el 21% de los partos fueron distócicos, con más frecuencia entre adolescentes tempranas, en este estudio lo observamos en un 3%.⁴⁵ Mayer⁴⁶ reporta en su estudio el 16.30% de parto distócicos, con más frecuencia entre adolescentes tardías. Lara reporta una tasa de cesáreas fue de 13.3%.⁴⁷

El embarazo adolescente es un problema que está en ascenso, por eso es la importancia del abordaje por medio de las unidades de salud con el programa de planificación familiar, donde la consejería y la elección del método es un valor fundamental para lograr

el objetivo de tratar socialmente el embarazo en adolescentes. Se observara que la elección de las adolescentes es la Depoprovera en 76%, dato que alarma ya que se pueden utilizar otros métodos, que inclusive influyen sobre factores económicos y de estabilidad familiar. No se promueven adecuadamente el dispositivo intrauterino, ni otros métodos. El trabajo de planificación es arduo y multi-integral, donde el cambio de paradigmas es el inicio de este cambio.

Conclusiones

1. El grupo etáreo predominante es el de 17 a 19 años, la procedencia fue urbana, con nivel educativo de secundaria, y el estado civil se observó cómo acompañadas en su mayoría.
2. Los pacientes tuvieron un intervalo intergenésico mayor de dos años y un grupo igual de 13 a 18 meses. En su mayoría eran Bigestas, un alto porcentaje de antecedentes de aborto, y con embarazos a término. La minoría se realizó más de 4 controles. Posterior al nacimiento las pacientes decidieron planificar con la depoprovera, DIU y esterilización quirúrgica.
3. En las complicaciones maternas predominantes fueron la infección de vías urinarias, seguido de anemia y Preeclampsia.
4. Las características clínicas neonatales predominó nacimiento por vía cesárea, fueron recién nacidos a término, con un peso mayor de 2500 gramos. Con respecto a la talla la mayoría obtuvo de 41 a 50 centímetros, con un apgar de 7/9.
5. En las complicaciones neonatales se encontró: datos prematuridad, sepsis, restricción del crecimiento intrauterino y asfixia. Lo relevante es un alto porcentaje sin complicaciones.

Recomendaciones

Al ministerio de salud

- Fortalecer la actitud sobre la salud sexual y reproductiva de las adolescentes, por medio de programas basados y realizados por adolescentes en las unidades de salud y la comunidad.
- Mejorar, y monitorear el trabajo realizado por el programa de planificación familiar en cada unidad.
- Al personal brindar la consejería, promoviendo las características de cada método para llevar a una adecuada elección de planificación familiar.
- Brindar charlas que eviten el inicio de vida sexual activa.
- Mejorar el llenado de libros de nacimientos y la historia clínica.
- Promover uso de DIU.

Al ministerio de educación

- Implementar un programa de educación sexual y planificación familiar en los adolescentes en las escuelas públicas y privadas.
- Promover la concientización a padres de familias sobre temas de sexualidad y a principales actores de la comunidad.

Bibliografía

- 1.- Balestena J, Pino Malagón, Suárez C, Soto M. Características maternas y resultados perinatales en el embarazo prolongado. Hospital Universitario “Abel Santamaría” Pinar del Río. Rev Cubana Obstet Ginecol v.28 n.1 Ciudad de la Habana ene.-abr. 2002
- 2.- Fraser AM, Brockert JE, Ward RH. Association of young maternal age with adverse reproductive outcomes. N Engl J Med. 1995; 332: 1113-1117.
- 3.- OMS. Juventud en acción: nuevas perspectivas. Ginebra, Suiza. 2013
- 4.-El embarazo en la adolescencia. Nota descriptiva N° 364. Actualización de septiembre de 2014
- 5.- Benjamín J, Gómez J. Resultado obstétricos y perinatales en adolescentes. Revista colombiana de Obstetricia y Ginecología, 2004; 55(2):114-121.
- 6.- Zamora-Lares AN, Panduro-Barón JG, Pérez-Molina JJ, Quezada-Figueroa NA, González-Moreno J, Fajardo-Dueñas S. Embarazo en adolescentes y sus complicaciones maternas perinatales. Revista Médica MD. 2013.4(4):233-238
- 7.- Panduro J., Jiménez P., Pérez J., Panduro E., Peraza D., Quezada N. Embarazo en adolescentes y sus repercusiones maternas perinatales. Ginecol Obstet Mex 2012;80(11):694-704
- 8.- Furzán J., Yuburí A., Eizaga S., García- Benavides J. Embarazo en adolescentes y resultado perinatal adverso: un análisis multivariado de factores predictivos de riesgo. Gac Méd Caracas 2010;118 (2):119-126 39.
- 9.- De la Gálvez A. Atención obstétrica y complicaciones del embarazo y parto en Bolivia. Cuadernos del Hospital de Clínicas. 2009. 54(2):100-107
- 10.- Acuña H, Ochoa Y. Complicaciones materno perinatales en adolescentes con reincidencia de embarazo. Universidad Nacional San Marcos. Instituto perinatal de Lima, Perú 2006
- 11.- OMS. Salud para jóvenes. Ginebra, Suiza. 2013

- 12.- Ramírez G, Juárez C., Pérez J. Embarazo en adolescentes complicaciones obstétricas, prenatales y perinatales. Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas. 2008
- 13.- Department of Health and Human Services. Preventing teenage pregnancy. Georgia, United States; 2,002
- 14.- Contreras J, Guzmán J, Falconier M. La adolescencia y la salud reproductiva. En: Guzmán J, Hakkert R, Contreras J, Falconier M. Diagnóstico sobre salud sexual y reproductiva de adolescentes en América Latina y el Caribe. México: Fondo de Población de las Naciones Unidas; 2,000: p.12-41.
- 15.- Issler JR. Embarazo en la adolescencia. Revista de Posgrado de la Cátedra Via Medicina 2001; 107: 11-23.
- 16.- Torres C. Factores de riesgo en adolescentes embarazadas. Lima, Perú: 2002;17(1)
- 17.- Vázquez Niebla JC, Vázquez Cabrera J, Rodríguez P. Epidemiología de la rotura prematura de membrana en un hospital ginecoobstétrico. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2003; 29(2).
- 18.- Fernández LS, Carro Puig E, Osés Ferrera D, Pérez Piñero J. Caracterización del recién nacido en una muestra de gestantes adolescentes. RCOG [en línea] 2004 [25 de noviembre de 2005]; 30(2). URL disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol30_2_04/gin03204.htm
- 19.- Lezcano SA, Vallejos Arce MS, Sodero H. Caracterización del recién nacido en madres adolescentes. Revista de Posgrado de la VI Cátedra de Medicina. 2005; 149:6-8
- 20.- Sáenz V. Embarazo y adolescencia resultados perinatales. Rev Cubana Obstet Ginecol (Cuba) 2005; 84(31):2-10
- 21.- Davidson N, Felice ME. Adolescent pregnancy. In: Friedman SB, Fisher M, Schonberg SK, eds. Comprehensive Adolescent Health Care. St Louis, MO: Quality Medical Publishing Inc; 1992:1026-40.

22. Fraser AM, Brockert JE, Ward RH. Association of young maternal age with adverse reproductive outcomes. *N Engl J Med* 1995; 332:1113-7.
23. Goldenberg RL, Klerman LV. Adolescent pregnancy— another look. *N Engl J Med* 1995; 332:1161-2.
- 24.- Maddaleno M. OPS/OMS Noviembre 2000. Salud y Desarrollo de Adolescentes y Jóvenes.
- 25.- Virella E, González A. Intervención educativa sobre el conocimiento de factores de riesgo del embarazo en la adolescencia. *AMC* v.13 n.5 Camagüey sep.-oct. 2009
- 26.-Endesa-Encuesta Demografía y salud. Instituto Nacional de información y desarrollo. INIDE 2011
- 27.- Britto F. Prevalencia de embarazo en adolescentes en la Escuela Alejandro prospero Reverend de santa marta en los años 2008- 2009. Bogota, Colombia. 2011
- 28.-Vasquez Á, et al. Embarazo y adolescencia, factores biológicos, maternos y perinatales más frecuentes. En: *Revista Cubana Obstetricia y Ginecología*. La Habana 2001, vol. 27 no. 2, p. 158-164.
- 29.- Ruoti A: Patología obstétrica en la adolescente embarazada. *Rev SOGIA* 1994; 1:70-2.
- 30.- Ruoti M, Ruoti A. Sexualidad y embarazo en adolescentes. Instituto de Investigaciones de Ciencias de Salud. Paraguay: Universidad de Asunción, 2002.
- 31.- Torrez G. Embarazo adolescente, riesgos de salud y problemas sociales. CIMAC México DF. 2007
- 32.- Lázaro L. Las escuelas ante el embarazo adolescente. Disponible en www.salutia.com (Consultado el 25 Diciembre 2015).
- 33.- Sulak PJ, Haney AF. Unwanted pregnancies: understanding contraceptive use and benefits in adolescent and older women. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 168: 2042-8.

- 34.-González E., Molina T., Caba F., et al. Variables personales y familiares que se asocian al comportamiento sexual y reproductivo de jóvenes varones sexualmente activos. Resúmenes IV Congreso Chileno de Obstetricia y Ginecología Infanto-juvenil 2002; 13.
- 35.- Hamel P. Crónica de un embarazo Anunciado: Criterios de Riesgo en Adolescentes populares Urbanas. Revista De Familias y Terapias, Revista del Instituto Chileno de Terapia Familiar. 1993; 44-62.
- 36.- Poo A., Baeza B., Capel P., et al. Factores que favorecen la generación del embarazo en la adolescencia desde la perspectiva de adolescentes primigestas en control prenatal. Rev SOGIA 2005; 12:17-24.
- 37.- Díaz A, Sanhueza P., Yaksic N. Riesgos obstétricos en el embarazo adolescente: Estudio comparativo de resultados obstétricos y perinatales con pacientes embarazadas adultas. Rev chil obstet ginecol 2002; 67:481-487.
- 38.- Valdivia M., Molina M. Factores Psicológicos Asociados a la Maternidad Adolescente en Menores de 15 años. Revista de Psicología de la Universidad de Chile 2003; 12:85-109
- 39.- Rangel J., Valcrio L., Patiño J., et al. Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada. Rev Fac Med UNAM 2004; 47:24-27.
- 40.- Zamora-Lares AN, Panduro-Barón JG, Pérez-Molina JJ, Quezada-Figueroa NA, González-Moreno J, Fajardo-Dueñas S. Embarazo en adolescentes y sus complicaciones materno perinatales. Revista Médica MD. 2013.4 (4):233-238
- 41.-Ramírez G. Juárez C., Pérez J. Embarazo en adolescentes complicaciones obstétricas, prenatales y perinatales. Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas. 2008
- 42.- Manrique R., Rivero A., Ortunio M., Rivas M., Cardozo R., Guevara H. Parto pretérmino en adolescentes. Rev Obstet Ginecol Venez 2008; 68 (3):144-149
- 43.- Martínez G., Modesta M., Pérez D. Repercusión biológica, psíquica y social del embarazo en la adolescencia. Rev Cubana Enfermer 2002; 18(3):175-83

- 44.- . López E. Complicaciones obstétricas en adolescentes atendidas en el servicio de maternidad del Hospital “Homero Castanier Crespo” en el periodo enero diciembre 2008. Universidad de Cuenca. Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Medicina. 2008
- 45.- Yu Tang J. Complicaciones Perinatales y Vía de Parto en Recién Nacidos de Madres Adolescentes Tempranas y Tardías, 1995-1997. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión - Callao. Anales de la Facultad de Medicina 2000, 61 (1): 46 - 50
- 46.- Mayer L., Barrías A., Barboza S., Fochesatto N, Complicaciones perinatales y vía de parto en recién nacidos de madres adolescentes tempranas y tardías. Revista de posgrado de la vía cátedra de medicina 2006,160:1-4
- 47.- Lara K., Anta J. Características obstétricas de las adolescentes embarazadas en la sala de labor y parto del bloque materno infantil del Hospital Escuela. Rev Med Post UNAH 2001, 6(1):36-40

Anexos

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

“Resultados obstétricos y neonatales en las adolescentes con embarazos consecutivos atendidas en la Sala de Maternidad del Hospital Alemán Nicaragüense en el periodo de Junio - Noviembre 2015”

1. Características sociodemográficas de la gestante adolescente

Edad: _____ Años

- 14 a 16 años
- 17 a 19 años

Procedencia: 1. Urbano _____ 2. Rural _____

Nivel de Instrucción:

1. Sin estudios _____ 2. Primaria _____ 3. Secundaria _____ 4. Superior/Técnica _____

Estado civil: Acompañada _____ Sola _____

2. Características obstétricas de la gestante adolescente

Menarquia: _____ años IVSA: _____

Número de Gestación: 1. Bigesta _____ 3. Multigesta _____

Antecedente de Aborto: 1. Si _____ 2. No _____

Antecedente de embarazo ectópico: 1. Si _____ 2. No _____

Edad gestacional: 1. Pre término _____ 2. A término _____ 3. Post término _____

Control prenatal 1. 1 a 4 controles _____ 2. 5 a más controles _____ 3. Sin controles _____

Tipo de parto: 1. Eutócico _____ 2. Cesárea _____

Periodo intergenésico en meses _____ Menarquía _____

Antecedentes de planificación familiar _____ . Cual _____

3. Complicaciones obstétricas

Ninguna ()	Eclampsia ()
Amenaza de aborto ()	RPM ()
Aborto ()	Distocias de presentación ()
Amenaza de parto pretérmino ()	DCP ()
ITU ()	Trabajo de parto prolongado ()
Hiperemesis gravídica	Expulsivo prolongado ()
Anemia ()	Parto precipitado ()
DPP ()	Desgarros perineales ()
Pre-eclampsia ()	Desgarros cervicales ()
Otros:	

4.- Características clínicas del Neonato

Apgar_____	Meconio_____
Peso al nacer_____	Circular de cordón_____
Talla_____	Disnea_____
RPM_____	Edad gestacional por Capurro_____
Tiempo de estancia hospitalaria_____	

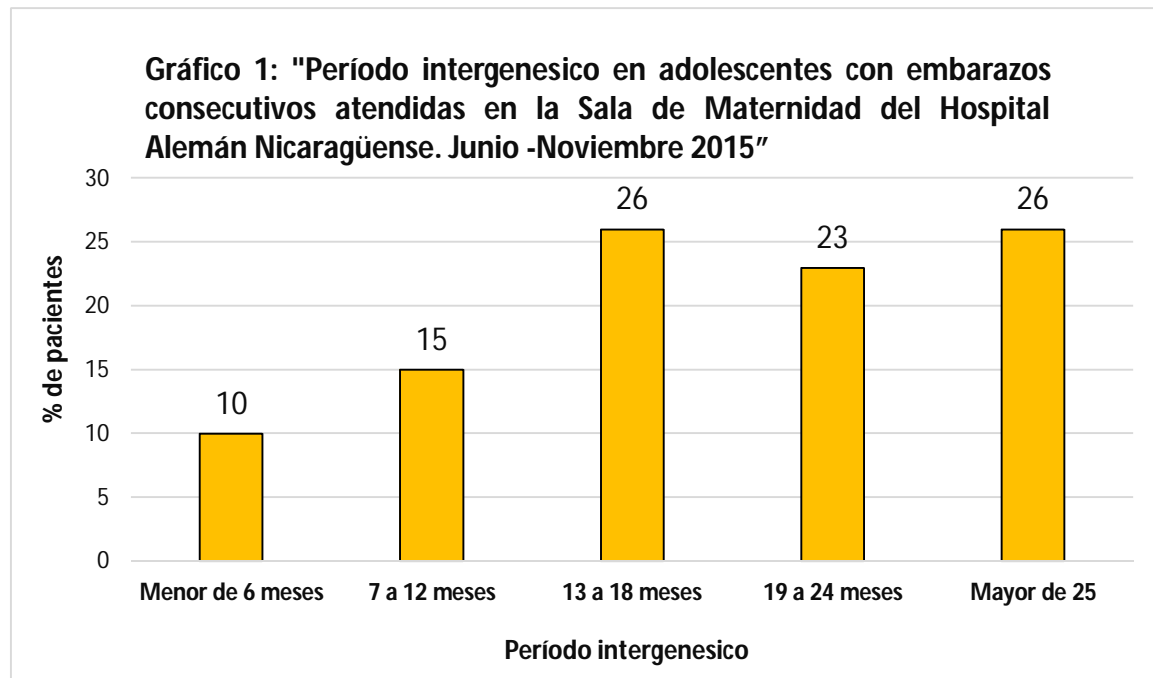
5. Complicaciones neonatales

Ninguna ()	Hipoglicemia () Sepsis neonatal ()
Prematuridad ()	Óbito fetal ()
Sufrimiento fetal agudo ()	Otros:
RNBP ()
RNMBP ()
RCIU ()	

6.- Tiempo en días de estancia hospitalaria: _____.

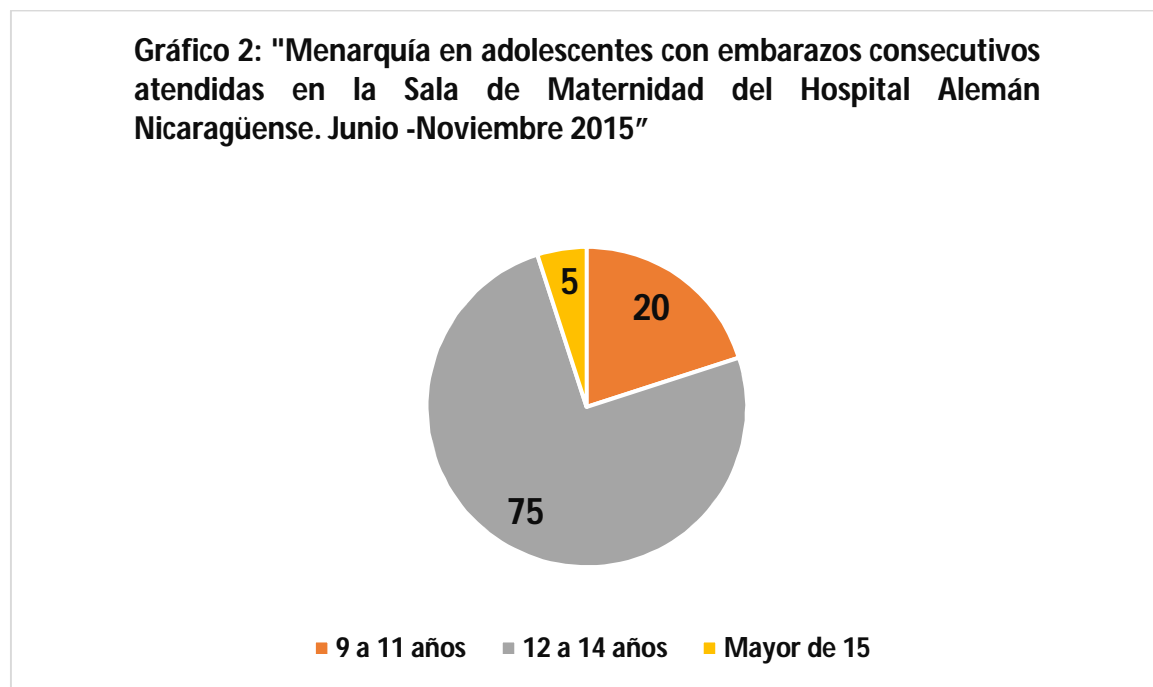
Resultados**Tabla 1: Características sociodemográficas de las adolescentes con embarazos consecutivos atendidas en la Sala de Maternidad del Hospital Alemán Nicaragüense. Junio - Noviembre 2015'**

Variable	Número	Porcentaje
Edad		
• 14 a 16	17	17
• 17 a 19	83	83
Procedencia		
• Urbana	85	85
• Rural	15	15
Escolaridad		
• Iltrado	01	01
• Primaria	41	41
• Secundaria	58	58
• Superior	00	00
Estado civil		
• Soltera	13	13
• Casada	06	06
• Acompañada	81	81
N=100 Fuente: ficha de recolección		



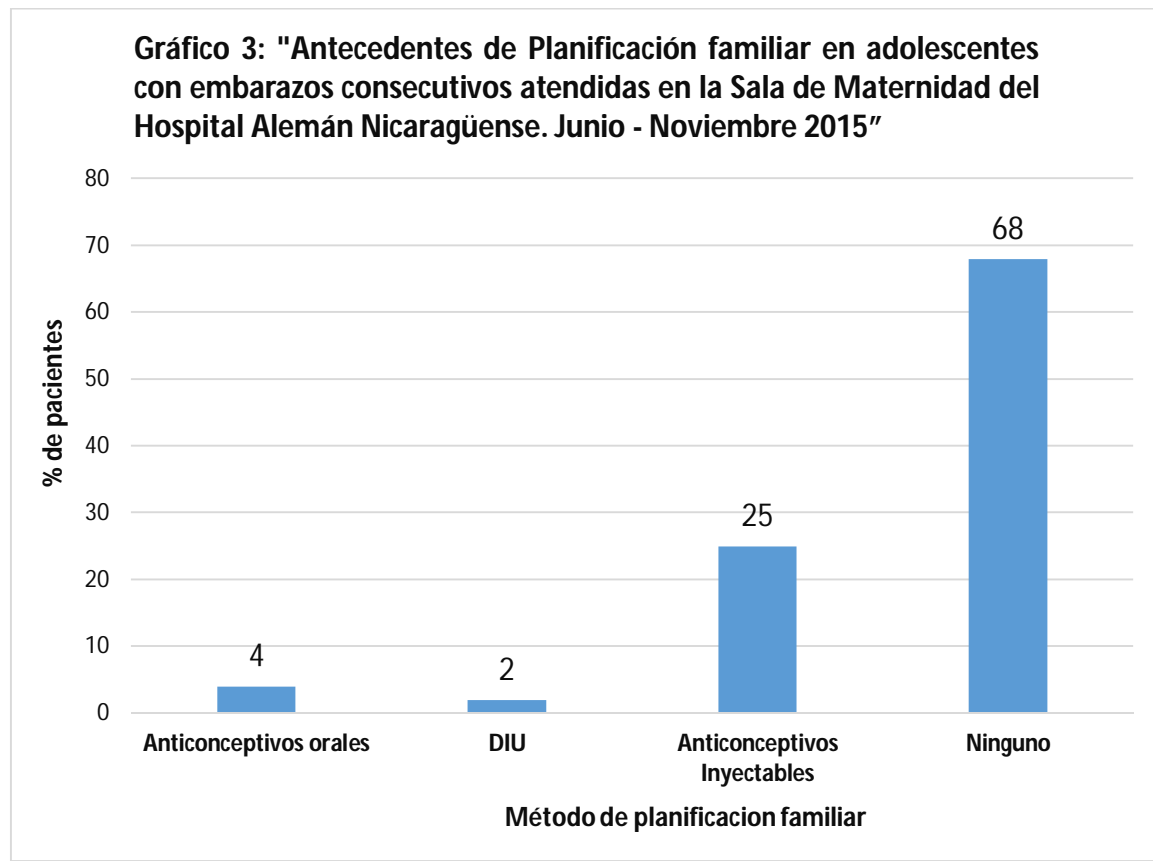
N=100

Fuente: ficha de recolección



N=100

Fuente: ficha de recolección



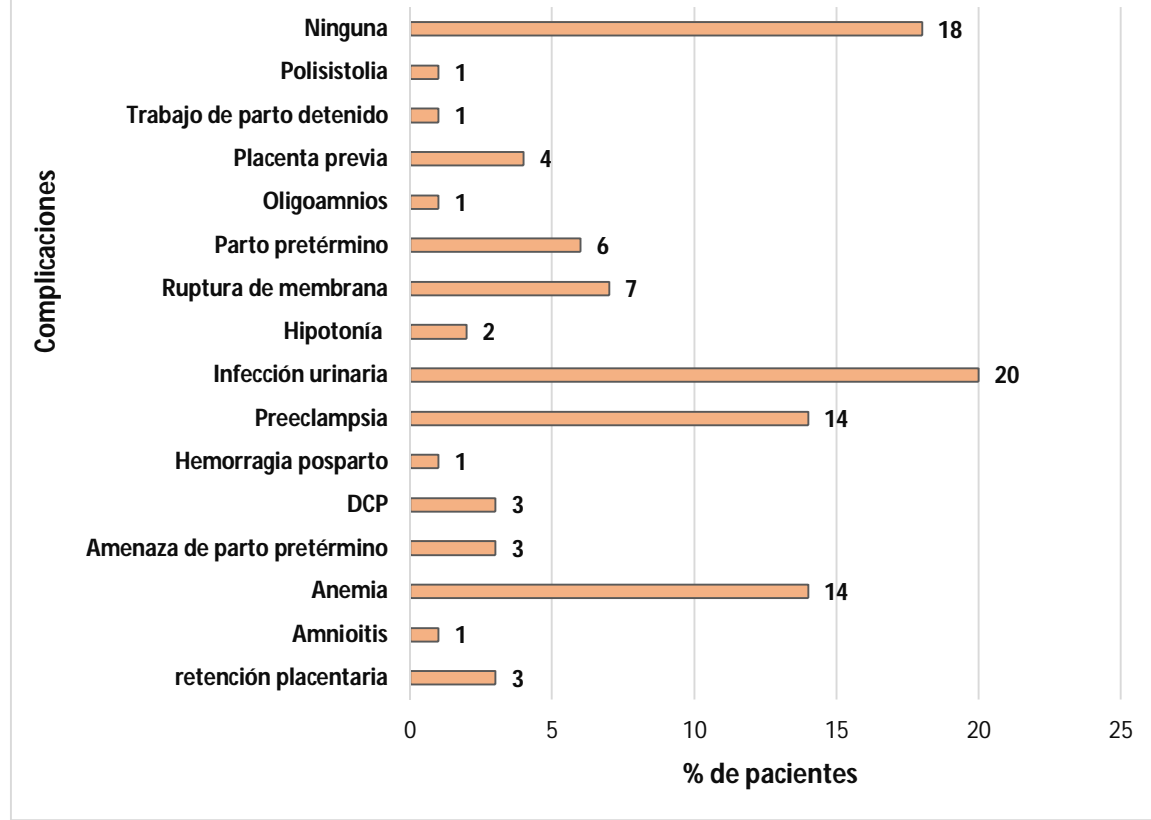
N=100

Fuente: ficha de recolección

Tabla 2: Características obstétricas en las adolescentes con embarazos consecutivos atendidas en la Sala de Maternidad del Hospital Alemán Nicaragüense. Junio - Noviembre 2015'

Variable	Número	Porcentaje
Gestaciones		
• Bigesta	88	88
• Trigesta	11	11
• Cuadrigesta	01	01
Antecedentes de aborto		
• Si	31	31
• No	69	69
Edad gestacional		
• Pretérmino	17	17
• A término	83	83
Número de controles		
• Sin control	12	12
• 4 control	60	60
• Más de 4 controles	28	28
N=100	Fuente: ficha de recolección	

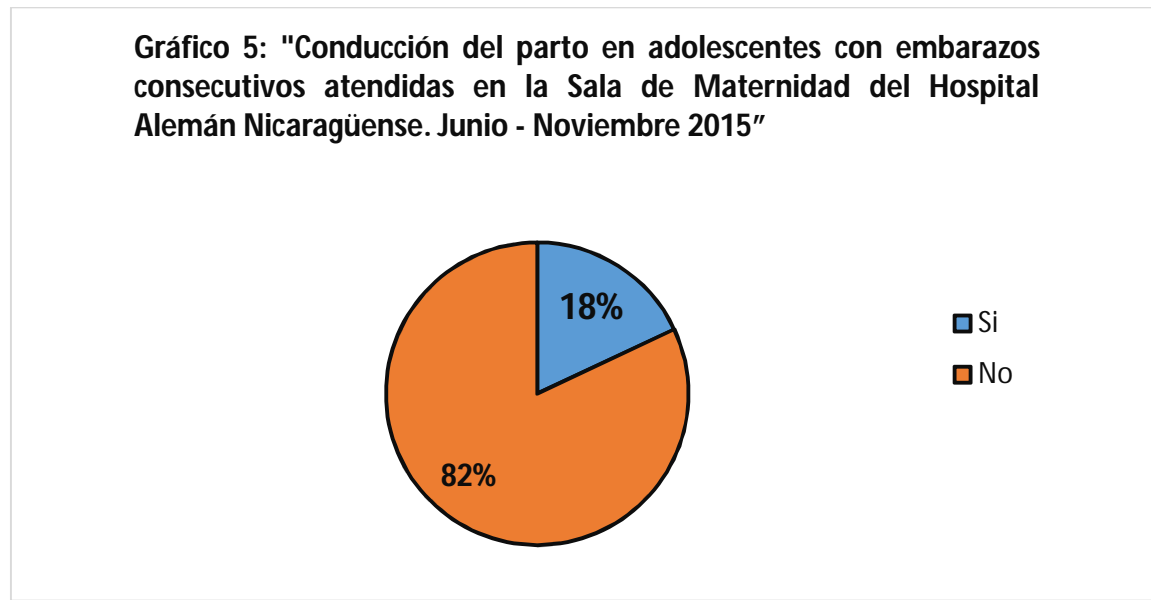
Gráfico 4: "Complicaciones en adolescentes con embarazos consecutivos atendidas en la Sala de Maternidad del Hospital Alemán Nicaragüense. Junio - Noviembre 2015"



N=100

Fuente: ficha de recolección

Gráfico 5: "Conducción del parto en adolescentes con embarazos consecutivos atendidas en la Sala de Maternidad del Hospital Alemán Nicaragüense. Junio - Noviembre 2015"

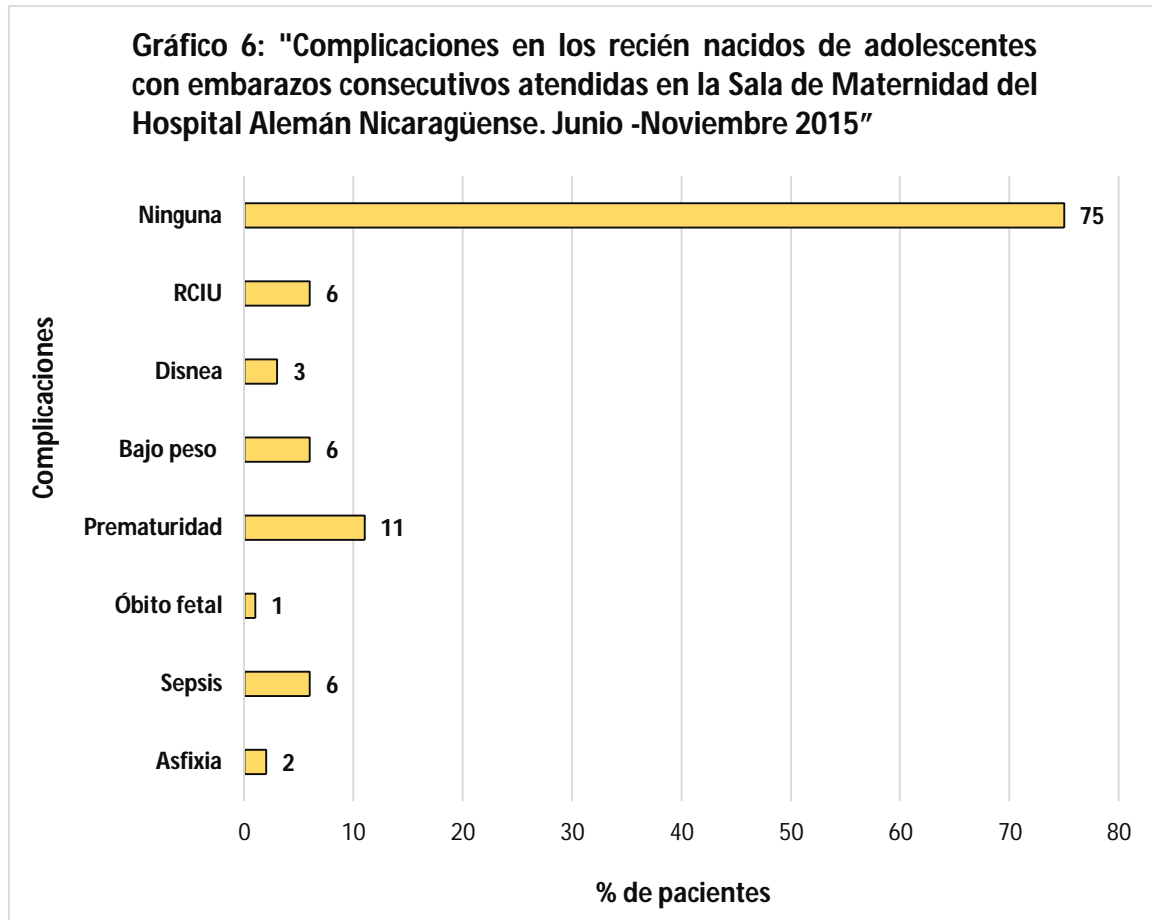


N=100

Fuente: ficha de recolección

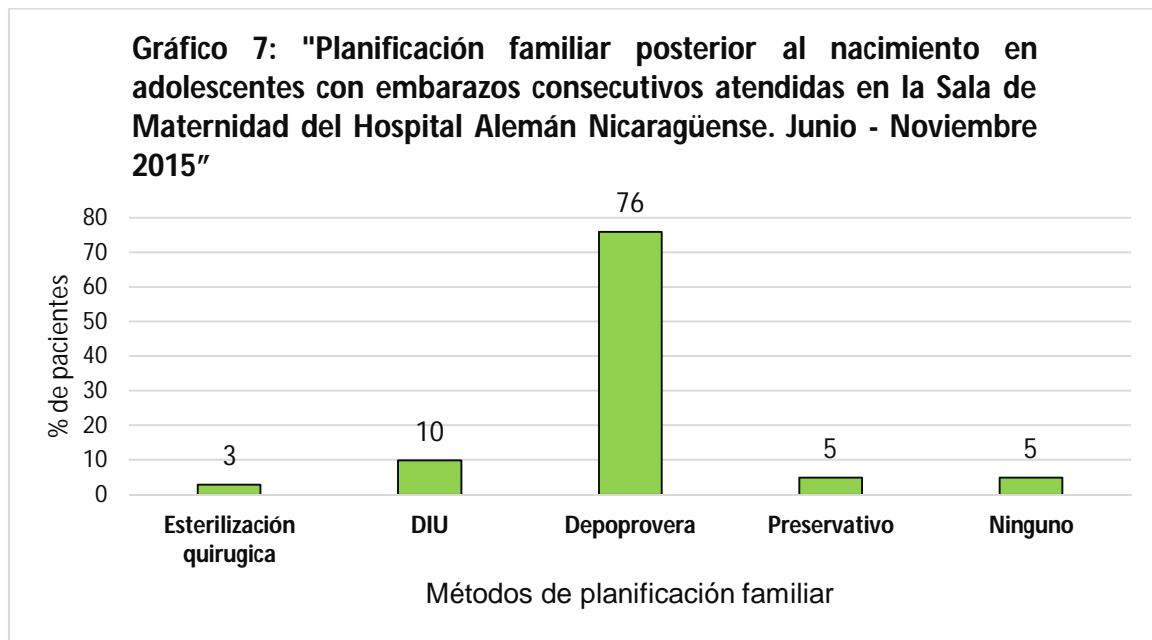
Tabla 3: Características del neonato de las adolescentes con embarazos consecutivos atendidas en la Sala de Maternidad del Hospital Alemán Nicaragüense. Junio - Noviembre 2015”

Variable	Número	Porcentaje
Tipo de nacimiento		
• Parto	45	45
• Cesárea	55	55
Edad gestacional		
• Pretérmino	16	16
• A término	84	84
Peso al nacer		
• Menos de 1999 gr	09	09
• 2000 a 2500 gr	08	08
• Mayor de 2500 gr	85	85
Talla al nacer		
• Menos de 40 cm	04	04
• 41 a 50 cm	60	60
• 51 a 60 cm	36	36
Apgar		
• Menor de 3	02	02
• 4 - 6	04	04
• 7 - 9	93	93
• Óbito fetal	01	01
Presencia de Circular de cordón	11	11
Presencia de meconio	14	14
N=100	Fuente: ficha de recolección	



N=100

Fuente: ficha de recolección



N=100

Fuente: ficha de recolección