

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA. MANAGUA**  
**FAREM CARAZO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**



**INFORME FINAL DE MONOGRAFIA PARA OPTAR AL TITULO DE MEDICO  
Y CIRUJANO**

“Conocimiento, actitudes y prácticas que tiene las embarazadas sobre las complicaciones obstétricas, que son albergadas en casa materna del Municipio La Dalia en Matagalpa. Noviembre – Diciembre 2019”

Autores:

Bra. Katherine Javiera Guido Reyes  
Br. Wilder Ernesto Soza Matamoros

Tutor:

Dr. Ervin José Ambota López. PhD  
Salud Pública y Epidemiología  
Economía en Gestión Sanitaria  
Especialista en VIH / Sida  
Tutor Metodológico

Managua, 23, Enero, 2020.

## DEDICATORIA

A

Mi Padre Celestial por darme la vida.

Mi Familia por su apoyo incondicional en todo momento.

A mi abuelito, José tranquilino Reyes Castillo (QEP) Por siempre creer en mí y estar conmigo en todo mi crecimiento profesional.

A mis maestros por su enseñanza y experiencias transmitidas.

## **AGRADECIMIENTO**

Tutor por su abnegado apoyo

A las mujeres de Matagalpa que fueron albergadas en casa materna La Dalia,  
por su valioso apoyo.

## OPINION DEL TUTOR

La frecuencia de los embarazos con altas probabilidades de complicaciones varían de un 25 al 60%, el riesgo en una gestación se eleva cuando coexisten condiciones patológicas, intervalo intergenésico corto, alta paridad, edad reproductiva temprana o tardía, un rechazo de su embarazo pueden en un momento de desesperación llevar a la mujer a una práctica insegura, negligencia en la recepción y adherencia a la atención prenatal no adecuada

Se estima que la tasa de mortalidad materna puede reducirse en un 55.5% si se evitara los embarazos en mujeres menores de 20 mayores de 35 años, siendo el reto para los servicios de salud fomentar y fortalecer la salud perinatal en la prevención primaria de embarazo de alto riesgo, siendo el mayor esfuerzo orientado a identificar y modificar las percepciones, actitudes y conductas o prácticas de riesgo reproductivos.

Por lo general las actitudes preceden a las conductas las cuales a su vez son resultados de la participación de 4 factores básicos que toda mujer debe de identificar y que el personal de salud oriente a conocer; la susceptibilidad a los problemas o condiciones de riesgo, severidad de riesgo, riesgo beneficio y los obstáculos, así mismos de conocer los signos y síntomas de peligros durante el embarazo, de aquí la importancia y validez de los resultados de el presente estudio, enfatizar en la identificación de los riesgos por parte de la mujer y del personal de salud, estas son la importancia de la presente investigación.

**Dr. Ervin José Ambota López. PhD**

**MPH Salud Pública – Epidemiología  
Máster en Economía y Gestión en Salud  
Especialista en VIH - sida  
Tutor Metodológico**



## RESUMEN

Con el **Objetivo** de analizar el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas de las embarazadas albergadas en las casas maternas del municipio de la Dalia, del departamento de Matagalpa, se realizó un estudio durante el periodo de Noviembre y Diciembre, para evaluar la percepción que poseen las mujeres ante el riesgo de una complicación obstétrica durante su actual embarazo.

**Diseño metodológico:** se efectuó un estudio descriptivo, observacional, transversal, utilizando técnicas CAP, con un universo de 80 mujeres grávidas albergadas en un momento en la casa materna ubicado en la Dalia de Matagalpa, la muestra fue igual a universo por conveniencia de los autores. Se realizó una prueba piloto del 10% de la muestra para disminuir el sesgo de información al momento de la recolección de los datos. se tomaron en cuenta criterios de inclusión y exclusión se elaboró entrevista, y un hoja de consentimiento informado para las embarazadas alojadas en la casa materna. Para valorar el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas se aplicaron índices sumatorios, asignando a cada respuesta una determinada puntuación.

**Resultados:** Las mujeres que fueron entrevistadas en el momento de estar hospedada en las casa materna; obtuvieron una buen conocimiento, actitud favorables y practicas adecuadas, con un reconocimiento y aceptabilidad de respuesta en relación a organización, funcionalidad y propósito de las casas materna, así como definición de factor de riesgo, identificación de riesgo, problemas de salud existente, edad estilo de vida y condiciones especiales de su embarazo actual.

**Conclusiones:** El uso de enfoque de riesgo y su valoración permanente es posible identificar en la consulta prenatal a todas las mujeres con riesgos biopsicosociales para su embarazo actual. La aplicación del enfoque de riesgo obliga a la determinación de un plan de manejo individual personalizado para cada gestante, consecuente con su situación de salud.

**Palabras Claves:** Casa Materna, Complicación Obstétrica, Enfoque de Riesgos, Conocimiento, Actitudes, Prácticas.

## INDICE

DEDICATORIA.....	i
AGRADECIMIENTO.....	ii
OPINION DEL TUTOR.....	iii
RESUMEN.....	iv
I. INTRODUCCIÓN.....	7
II. ANTECEDENTES.....	8
III. JUSTIFICACIÓN.....	17
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	18
V.OBJETIVOS.....	19
VII. MARCO TEÓRICO.....	20
VIII. DISEÑO METODOLOGICO.....	51
IX. RESULTADOS.....	55
X. ANÁLISIS/ DISCUSIÓN.....	57
XI. CONCLUSIONES.....	62
XII. RECOMENDACIONES.....	63
XII. BIBLIOGRAFÍA.....	64
XIII. ANEXOS.....	69

## I. INTRODUCCIÓN

El Ministerio de Salud Nicaragüense en sus lineamientos de Gobierno y Políticas de Salud, ha venido impulsando un proceso de profundas transformaciones institucionales que le permitan cumplir con los compromisos señalados, en los preceptos constitucionales de garantizar de manera gratuita y de calidad la salud a toda la población del país

Siendo un problema sentido de salud pública, la Mortalidad Materna y en consecuencia una prioridad, por lo que se tomó como estrategias efectivas ampliar el número de casas maternas en el país, con el objetivo de la reducción de las complicaciones obstétrica. Las Casas Maternas en Nicaragua; fueron creadas como una alternativa de albergue para las mujeres del área rural que por el riesgo de su embarazo debería permanecer cerca de una unidad de salud para ser atendida por un profesional de salud y en condiciones óptimas.

La atención de estas mujeres necesita de programas basados en el riesgo obstétrico y perinatal. La determinación de estos riesgo de morbilidad deberán ser aplicados antes de la ocurrencia de los episodios de enfermedad, en forma predictiva

Los factores de riesgo no solo influyen en la morbilidad y la mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil, sino que pueden dejar secuelas en el desarrollo ulterior del infante y de las mujeres.

Son muchos los riesgos a los cuales está expuesta las embarazadas: riesgos sociales, como la baja escolaridad, desempleo, abandono, entre otros; los riesgos reproductivos, tales como el bajo peso del recién nacido, el aumento en la incidencia del parto abdominal, etc.

Reconocer la situación condicionante de riesgo obstétrico y perinatal , lo convierte en un problema de salud pública importante, por el costo biológico y psicosocial que implica, y por ser un tema de actualidad poco estudiado y teniendo en cuenta además la creciente incidencia de embarazo en las zonas rurales, no sólo en nuestro país, sino en todo el mundo, se realizó el presente estudio, para contribuir de alguna manera a disminuir la incidencia de complicaciones obstétricas orientados en el conocimiento, actitudes y prácticas adecuadas de métodos de planificación familiar (PF.) y así mejorar la salud materna y perinatal de nuestra población de embarazadas albergadas en las casas maternas.

## II. ANTECEDENTES

### Internacionales

La Constitución Política de Colombia de 1991 determinó que la atención de la salud y el saneamiento ambiental eran servicios públicos a cargo del Estado, y que se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. También agrega la Carta Magna en su artículo 49 el deber de todas las personas de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad, y se deja clara la trascendencia que tiene el autocuidado en salud. En este país, se han presentado esfuerzos importantes en cuanto a la promoción y prevención en Salud Sexual y Reproductiva, ejemplo de ello ha sido la *Política Nacional de Salud Sexual y reproductiva (2002 - 2006)*, que tiene el objetivo de *“Mejorar la Salud Sexual y Reproductiva y promover el ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos de toda la población, con especial énfasis en la reducción de los factores de vulnerabilidad y los comportamientos de riesgo, el estímulo de los factores protectores y la atención a los grupos con necesidades específicas”*.

Paz L. Welti C. en su publicación: *La Fecundidad de adolescente en el estado de México*. (2001), de acuerdo a los estudios y análisis de UNICEF, cada año nacen 15 millones de niños de madres adolescentes. Cada 24 horas 41,095 niños, y la cifra por hora es de 1,712.

Canadá, España, Francia, Reino Unido y Suecia han presentado un acusado descenso de embarazos en adolescentes, coincidiendo con el aumento en el uso de los anticonceptivos.

Un estudio realizado por Díaz Sánchez Vicente (2013, pág. 12), sobre embarazo en las adolescentes Peruanas acerca de su sexualidad demostró que el Conocimiento global sobre sexualidad en un 85% de los jóvenes adolescentes encuestados desconoce aspectos generales sobre su sexualidad. Y en relación a las Actitudes sexuales Se encontró que el 75% de los adolescentes encuestados, presentan actitudes sexuales desfavorables superando inclusive el 70% de los encuestados. En este estudio, las adolescentes entre 15 a 19 años fueron las que más incidieron en embarazarse y continuar el proceso. Esto coincide con otros autores quienes plantean en sus estudios que la edad



promedio oscila alrededor de los 17 años (adolescencia tardía). Estos resultados se comportaron por igual a otro estudio realizado por este autor en otro policlínico de esta provincia. Las adolescentes de las zonas rurales fundamentalmente entre 15 y 19 años, están influenciadas -en ocasiones- por la pareja y la familia. A estas edades existen uniones consensuales que las familias apoyan y aceptan la llegada de un nieto sin analizar las consecuencias negativas desde el punto de vista biológico, psicológico y social del embarazo en estas edades; así como el papel que tienen que jugar en su prevención para el mejoramiento de la salud sexual y reproductiva de la adolescente.

Torriente Barzaga, Norberto Walfrido, y colaboradores, en la Habana del Este. En sus estudios de conocimientos sobre sexualidad en adolescentes de una Secundaria, afirman que las adolescentes embarazadas encuestadas un (97,8 %) habían recibido información sobre cómo prevenir el embarazo, lo cual no coincide con los resultados de esta investigación. Se considera que no solo el conocimiento y la información sobre el tema es suficiente. Debe tenerse en cuenta el riesgo y llevar estos conocimientos a los responsables: la pareja, la familia, el profesional de salud, el maestro, la comunidad y todo aquel que de una u otra forma se relacione con el adolescente. El nivel de información sobre los temas de salud sexual y reproductiva en los adolescentes tiene importancia para la prevención del embarazo en esta etapa de la vida. En un análisis realizado por investigadores en el tema se revela que en algunos casos esto conduce a posponer el primer acto sexual; en otros, incrementa el uso de anticonceptivos y puede ayudar a adquirir nuevos hábitos de comportamiento sexual.

Figuroa de los Reyes, Rafael, quien se especializa en ginecología y obstetricia, resalta que “a mayor edad de tener un embarazo, mayores son las posibilidades de sufrir complicaciones, tanto para la madre como para el bebé”. De ahí que todavía continúe vigente la recomendación “del Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología, que considera que a los 35 años comienza la etapa en que ya los riesgos de un embarazo pueden ser mayores

Arias Fernando (2015, pág. 120), en guía práctica para el embarazo y el parto de alto riesgo, refieren que los embarazos en mujeres mayores de 35 años, se van incrementando de año en año. El aumento de la edad de las futuras madres es un fenómeno imparable desde hace algunos años. Una de cada cinco mujeres en la actualidad tiene su primer bebé luego de los 35 años.

Guido Bendezú, Martínez, (2012, pág. 47), en su gestación a edades avanzadas afirma, que solo en los Estados Unidos de Norte América se ha duplicado el índice de nacimiento. La tasa de natalidad entre las mujeres de 30 a 50 años creció drásticamente entre 1980 y 1990. Durante la década del 90, la tasa de incremento ha disminuido un poco para las mujeres de entre 30 y 40 años, pero sigue subiendo rápidamente para las mayores de 40 años.

Según el National Center for Health Statistics (2010), en los años 80 la tasa de natalidad subió el 31 por ciento entre mujeres 30 a 34 años de edad, el 60 por ciento entre mujeres de 35 a 39 años y el 50 por ciento entre mujeres mayores de 40 años. Entre 1990 y 1995, la tasa de natalidad sólo subió el 2 por ciento entre mujeres de 30 a 34 años, el 8 por ciento para aquellas entre 35 y 39 y el 20 por ciento entre mujeres de 40 a 44 años de edad, Siendo la frecuencia de presentar complicaciones en el embarazo, mayor en las parturientas con una edad arriba de los 35 años, por los cambios fisiológicos del envejecimiento que afectan algunos aspectos del embarazo y el parto.

Indudablemente el embarazo en las mujeres maduras presenta un crecimiento real en la morbi-mortalidad materna y fetal, por lo que los cuidados prenatales y puerperio, son de gran importancia que deben de tomarse en cuenta para un mejor manejo de estas pacientes.

Collaborative Perinatal Project Nacye; (2015), encontraron una alta incidencia en desprendimiento prematuro de placenta, placenta previa y corioamniotitis en mujeres entre los 35–50 años. También refieren que la mayor frecuencia de hipertensión arterial sistemática y Diabetes Mellitus en la relación con la gravida joven, hubo mayor frecuencia de operaciones cesáreas 32.4% y complicaciones del parto en un 26%.

Cariotipo fetales en embarazo de alto riesgo genético proveniente de hospitales de seguro social y consulta privada 1993-1998 Isabel Castro, Kay Sander, Manuel Vargas Castro (Costa Rica). El objetivo de este estudio fue identificar cromosomopatía fetal en voluntaria de altos riesgo 80% de las indicaciones fue por embarazo en edad materna avanzada. De 552 muestras de líquido amniótico y sangre fetal en el 109 no fue posible obtener resultados y de las 443 Cariotipos, 39 casos (9%) estaban anormales: 21 Cariotipo Trisómicos; 8 casos Síndrome de Turner (4.5%); 3 mosaisismo cromosómicos y 7 anormales por otras causas.

Hipertensión arterial y Diabetes en mujeres con embarazos mayores de 35 años. Escuela de Medicina MOUNT SINAI Nueva York, demostró que la mujer mayor de 40 años o más tenían tres veces más probabilidades de contraer diabetes y casi el doble de probabilidad de desarrollar hipertension durante el embarazo que la mujer de 20-30 años. Este porcentaje aumenta aún más en las madres primerizas de más de 40 años.

Un reciente estudio realizado en Dinamarca por un grupo de epidemiólogos del “Danish Epidemiology Scierter Dinamarca”, analizaron durante el período que va de 1978 – 1992 los efectos de la edad y el desarrollo reproductivo en aproximadamente 600,000 mujeres embarazadas mayores de 35 años. Se pudo demostrar que 1 de cada 5 embarazos ocurridos en mujeres mayores de 35 años fue insatisfactorio por distintas causas:

- Ya sea como resultados de abortos espontáneos.
- Embarazos extrauterinos.
- Nacimientos de bebés muertos, etc.

Guido Bendezú, Martínez. Comprobó que a partir de los 42 años agrega el mismo estudio el porcentaje de embarazos fallidos superó el 50%. El riesgo de aborto espontáneo incrementó de un mínimo 8% a los 22 años hasta 84% a los 48 años. Riesgo de embarazo extrauterino de 1.4% hasta 6.9% a los 42 años. Riesgos cromosómicos y síndrome de down en un 25%.

Cabero Roura. V. Cararach Ramoneda (2015) en Madrid España refieren que las madres primerizas de más de 35 años tienen más probabilidades que aquellas de entre 20 y 30 años de tener dificultades durante el parto. Los estudios sugieren que el sufrimiento fetal y una segunda etapa prolongada de dolores de parto son más comunes en las madres mayores. Esto puede justificar, en parte, la mayor tasa de nacimientos por cesárea entre mujeres de más de 35 años. Las madres primerizas de más de 40 años tienen el riesgo más alto de nacimiento por cesárea, el 47%, según el estudio de la Universidad de California. De la misma manera, otros estudios han informado que las madres primerizas de más de 35 años tienen un riesgo del 40% de cesárea, comparado con un riesgo de aproximadamente el 14% en las madres primerizas de entre 20 y 30 años.

Collaborative Perinatal Project, (2016) encontró una alta incidencia de desprendimiento prematuro de placenta, placenta previa y corioamniotitis en mujeres entre los 35 y 50 años de edad a diferencia de las mujeres entre los 18

y 34 años de edad. Del mismo modo, después de los 35 años de edad la mujer embarazada madura presenta con doble frecuencia hipertensión arterial sistémica y diabetes mellitus en relación con la grávida joven; además, también requieren con más frecuencia intervenciones obstétricas como inducción del trabajo de parto, operación cesárea electiva y aplicación de fórceps.

Afirma que con el incremento de la edad materna, la frecuencia de cesárea también se incrementa; de 20-29 años se obtuvo una frecuencia del 16.8%; de 30-34 años de 26.8% y en mujeres con edad mayor a los 34 años, se encontró una frecuencia de 32.4%. Del mismo modo las complicaciones en el trabajo de parto ocurrieron con más frecuencia en el grupo de embarazadas maduras (26%) en relación con las más jóvenes (16%).

Las causas de hipoperfusión placentaria son debidas a las lesiones arterioscleróticas en el miometrio incrementándose en un 11% a la edad de 17 a 19 años a un 83% después de los 39 años. Este tipo de lesión "fibroide" restringe la elasticidad y dilatación de las arterias, restringiendo de esta forma la normal perfusión sanguínea del miometrio y de la placenta. Según la edad va avanzando hay evidencia indirecta de que el flujo sanguíneo útero placentario disminuye. También se ha implicado a la placenta previa como causa de hipoperfusión útero placentario.

La mortalidad materna en la paciente embarazada madura es debida principalmente a toxemia, placenta previa, hemorragia postparto, embolia pulmonar o de líquido amniótico y a otras complicaciones durante el puerperio. Un buen número de estudios relaciona a la parturienta madura con mayor mortalidad perinatal. La mayoría de los estudios encontró que la edad materna superior a los 40 años se relaciona con mayor mortalidad perinatal.

Según la Investigación de la Conferencia de Diagnóstico Antenatal, en los Estados Unidos nacen cada año entre 100.00 y 150,000 niños con malformaciones importantes y anomalías cromosómicas o trastornos genéticos bien definidos.

El papel de las unidades de salud en los controles prenatales y del Obstetra en el Diagnóstico Prenatal de las enfermedades congénitas, es muy importante y tendrá entre otras funciones las siguientes:

- ✓ Identificar las pacientes con Alto Riesgo de transmitir enfermedades genéticas a su descendencia.
- ✓ Facilitarle a estas pacientes los consejos necesarios para la realización de pruebas antenatales para el diagnóstico.
- ✓ Comentar con la pareja las implicaciones del problema y la tecnología disponible para el diagnóstico y las alternativas del manejo existentes si se diagnostica una enfermedad genética.

Las gestantes con edad avanzada, tiene un riesgo de mal formaciones congénitas que es de 1 de cada 526 a la edad de 20 años y de 18 casos a los 45 años de edad. El defecto que se ve con más frecuencia es el Síndrome de Down (trisomía 21), aunque también son frecuentes la trisomía 18 y la 13.

Sin embargo los riesgos, más comunes que se reflejan en las pacientes mayores de 35 años son las siguientes:

Parto prematuro: Estadísticamente, se ha observado que una mujer que queda embarazada de su primer bebé después de los 35 años tiene mayores probabilidades de tener parto prematuro. Sin embargo, si se trata de una madre que ha tenido hijos antes de esta edad, en caso de quedar embarazada después de los 35, este tipo de riesgo disminuye.

Según *March of Dimes*: El gobierno de Estado Unidos realizó un estudio en 2005 sobre este tema y llegó a la conclusión de que las mujeres mayores de 40 años tenían un 40 por ciento más de probabilidad de tener un parto prematuro. Estos bebés prematuros tienen más riesgo de tener problemas de salud durante su primera infancia.

Diabetes gestacional: Aunque algunas veces sólo se refleja durante la etapa del embarazo, lo cierto es que existe la probabilidad de que permanezca a lo largo de toda la vida de la futura madre.

En los estados unidos para el 2005, las mujeres de más de 35 años tienen un 50 por ciento más de probabilidades de desarrollar esta patología durante su embarazo. El riesgo es que nacen bebés de gran tamaño con mayor probabilidad de sufrir lesiones durante el parto. Esta fue la situación que se le presentó a Salma Hayek durante su embarazo.

Preeclampsia: Se trata de hipertensión inducida por el embarazo. Posterior a los 40 años, la mujer tiene un riesgo mayor de sufrir de estas complicaciones.

Problemas trombo embolicó: Son afecciones que pueden llevar a la formación de coágulos de sangre anormales. Durante el embarazo, hay más cantidad de estrógeno. Por lo tanto, la sangre se pone un poco más espesa y se tiene mayor riesgo de desarrollar tromboflebitis y, junto con ésta, de sufrir una embolia pulmonar.

Aborto espontáneo. Cuando se forma un embarazo que no es normal, “la naturaleza, para evitar que desarrolle un bebé que no venga bien, tiende a expulsarlo”, explica el doctor. Esto resulta más frecuente en mujeres mayores de 35 años.

Embarazos múltiples. Durante esta etapa, existe una cantidad mayor de mujeres que se someten a métodos de reproducción asistida. Por lo general, van a tener embarazos múltiples, los que representan un riesgo mayor que los que se clasifican como sencillos.

Problemas en el trabajo de parto: el riesgo de tener problemas en la labor de parto aumenta para las mujeres mayores de 35 años y aún más para las mujeres mayores de 40 años que están dando a luz a su primer bebé. Los estudios han demostrado que las mujeres mayores tienen más probabilidades de prolongar la segunda etapa de la labor de parto y de sufrimiento fetal. Esto incrementa las probabilidades de tener un parto asistido con fórceps o ventosa obstétrica o de que se les practique una cesárea.

Nacimiento sin vida: Se refiere a la muerte intrauterina luego de 20 semanas de gestación. En estudios recientes se ha comprobado que las mujeres de más de 40 años tienen el doble de probabilidades que las mujeres de hasta 30 años, de tener un nacimiento sin vida.

## **Nacionales**

En América Latina los países con mayor tasa de maternidad en adolescentes se encuentran en las regiones de: Nicaragua y Guatemala afirma López José Israel, Botell Lugones. En su artículo aspectos psicosociales del embarazo en la adolescencia.

También refieren la necesidad de adecuar los servicios de salud reproductiva y los métodos de prevención de los embarazos no planeados a las características y necesidades propias de este grupo de la población. Las madres adolescentes corren mayor riesgo que las mujeres de más de 20 años de tener complicaciones durante el embarazo, como parto prematuro, anemia, hipertensión arterial etc.

El embarazo en los extremo de la vida ha constituido un problema de salud, que se ha acentuado en los grupos de menor edad, representando elevados riesgos biológicos, psicológicos y sociales. El índice de aborto – parto es elevado, y en este grupo se incluyen a los adolescentes, todo lo cual nos motiva a realizar este estudio, con el fin de describir algunos factores que influyen en la salud sexual y reproductiva de las adolescentes de manera que sirva como base para futuras líneas de intervención en este segmento importante.

El inicio temprano de la actividad sexual, las conductas de riesgo, el deterioro del tejido social y la falta de servicios apropiados para los adolescentes propician los embarazos no planeados y aunque las madres adolescentes son responsables del 10% de los partos en el mundo, no todos estos embarazos son indeseados.

La maternidad a edades muy tempranas en nuestro país, entraña complicaciones durante el embarazo y el parto y conlleva riesgo de muerte para las madres muy superiores a la media, los niveles de morbilidad y mortalidad entre las hijas e hijos de madres jóvenes son más elevados. La maternidad precoz sigue constituyendo un impedimento para el avance de las mujeres a nivel educativo, económico y social en Nicaragua y en todos los países del mundo. En general, el matrimonio y la maternidad precoz pueden reducir gravemente las oportunidades educativas y de empleo y pueden afectar negativamente a largo plazo la calidad de vida de las mujeres y de sus hijos.

Guadamuz, Iván en su estudio realizado en el Hospital de referencia nacional "Bertha Calderón. Enero 2001 a Julio 2002 concluyen que las complicaciones fetales y maternas en las pacientes mayores de 35 años tiene una alta incidencia.

Planck, Anna (2013) en su estudio sobre las actitudes y prácticas empleadas por los adolescentes de la ciudad de Somoto, ante el uso de anticonceptivos y el embarazo, encontró que el 50% de los adolescentes presenta un nivel

satisfactorio de conocimientos sobre la temática. De los varones el 60% y 39% de las mujeres ya son activos sexualmente. Existe confusión sobre el uso del anticonceptivo de emergencia “Píldora del día Siguiente” y desconocimiento del doble efecto en el uso del preservativo. La falta de poner en práctica el uso de métodos anticonceptivos (MAC) y la confusión del uso adecuado de anticonceptivos expone al grupo objeto de estudio, al aumento de embarazos durante la adolescencia y arriesga su salud sexual y calidad de vida



### III. JUSTIFICACIÓN

Las principales causas de mortalidad materna y perinatal, se presenta con mayor frecuencia en pacientes primigrávidas, embarazadas diabéticas, embarazo múltiple, molar, eritroblastosis fetal, polidramnios, obesidad, macrosomía fetal, pacientes de bajo nivel socio-económico y en gestantes con antecedentes familiares y personales de preeclampsia.

Las gestante primigrávida con antecedente familiar de preeclampsia, la posibilidad de desarrollar la enfermedad es de 25% y cuando es proveniente de la hermana es de 40% lo cual demuestra la influencia de factores inmunogenéticos en la presentación de la enfermedad. Las primigrávidas de bajo nivel socioeconómico cuando presentan simultáneamente estrés psicosocial se aumenta en seis veces el riesgo de desarrollar la enfermedad.

La atención a la mujer y a la disminución de la mortalidad materna y perinatal mediante el establecimiento de Casa- albergue, Maternas para mujeres embarazadas, procedentes de las comunidades de difícil acceso a los servicios de salud, para la atención del parto institucional en las unidades, son estrategias impulsadas por el MINSA el cual se debe de fortalecer mediante el desarrollo acciones de educación para el auto cuidado de la salud, implementando acciones permanentes de prevención, promoción e higiene de su condición obstétrica y para la preparación del cuidado integral de su recién nacido.

La identificación de factores de riesgo en la gestante y enfermedades que puedan afectar el transcurso normal del embarazo y la salud del recién nacido es propósito de las acciones preventivas y terapéuticas que benefician la salud materna y perinatal. Si tenemos en cuenta que la mortalidad materna y perinatal es un problema de salud pública, e indicador internacional de salud, se debe al aumento de la cobertura del control prenatal en la población, con una adecuada intervención de los factores de riesgo que permita lograr un impacto positivo en la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

#### **IV. PLATEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La evaluación del grado de conocimiento, actitudes y prácticas que posee las mujeres sobre el embarazo y la identificación de los factores de riesgos para evitar una complicación obstétrica es de suma importancia para disminuir la morbilidad y muertes maternas directas por complicaciones,

El ministerio de salud pública de Nicaragua debe de fortalecer el nivel de conocimiento de las mujeres desde su preconcepción, desde la planificación familiar de tal manera que muchas prácticas y actitudes cambien durante el desarrollo de su embarazo valiéndose de charlas y capacitaciones educativas, desde el albergue de casas materna, para el reconocimiento de signos y síntomas de alerta, con el objetivo de evitar complicaciones que pone en riesgo la vida de una mujer.

Con el propósito de dar respuesta a esta problemática social y de salud que se presenta en las embarazadas albergadas en la casa materna pretendemos dar respuesta a la siguiente interrogante.

**¿Cuál es el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas que tiene las embarazadas sobre factores asociados a complicaciones obstétricas, que son albergadas en casa materna del Municipio La Dalia en Matagalpa. Noviembre – Diciembre 2019?**

## V. OBJETIVOS

### **Objetivo General:**

Analizar el nivel de Conocimiento, actitudes y prácticas que tienen las embarazadas sobre las complicaciones obstétricas, que son albergadas en casa materna del Municipio La Dalia en Matagalpa. Noviembre – Diciembre 2019?

### **Objetivos específicos**

1. Describir las características socio demográfico y tipo de información que han recibido las mujeres albergadas en la casa materna La Dalia.
2. Identificar el nivel de conocimiento que poseen las embarazadas albergadas en casa maternas sobre factores asociados a complicaciones obstétricas.
3. Conocer las actitudes que tienen las embarazadas ante los factores asociados a complicaciones obstétricas.
4. Identificar las prácticas que poseen las mujeres albergadas en la casa materna ante los factores asociados a complicaciones de su embarazo.

## **VI. MARCO TEORICO**

### **VII. Casas Maternas**

Las Casas Maternas en Nicaragua fueron creadas como una alternativa de albergue, para las embarazadas de la zona rural que por el riesgo potencial de su embarazo, deberán permanecer cerca de una unidad de salud para ser atendidas por un profesional de salud en condiciones óptimas y oportunas.

Tomando en cuenta los elementos del nuevo modelo de salud Familiar y Comunitario en nuestro país, las casas maternas garantizan la accesibilidad, acorde a la cultura de la población conforme a los requisitos mínimos de seguridad, privacidad, eficiencia y confort para los pacientes y personal de salud.

El objetivo principal de la creación de estas casas, es contribuir a la disminución de las complicaciones obstétricas de las embarazadas en sus diferentes etapas de su maternidad, y que facilite una adecuada atención en salud y cuidados del recién nacido en su propia comunidad.

Según el Ministerio de Salud, Dirección de Servicios de Salud, Reglamento Básico Para la organización y funcionamiento de las Casas Maternas; define Casa Materna; como el establecimiento de salud comunitario que tiene como propósito acercar a la mujer durante el proceso de su embarazo, que reside en zonas distantes a recibir servicios de salud con complejidad adecuada para atender con personal calificado el embarazo, parto, recién nacido y puerperio de bajo riesgo, para su debida atención segura con calidad y respeto a su condición socioeconómica, cultural, étnica y otras características de estas mujeres y sus familias.

El trabajo de la casa materna se desarrolla a través de voluntarios de la comunidad y en coordinación estrecha tanto con las redes de agentes comunitarios y los equipos de salud de los Puestos de Salud Familiar y Comunitario, Centro de Salud Familiar y/u hospitales.

Según Ministerio de Salud, Dirección de Servicios de Salud, Reglamento Básico Para la organización y funcionamiento de las Casas Maternas; define que el proceso de atención en las casas maternas debe de iniciar con la referencia de

una partera, brigadista y de forma espontánea en mujeres que conocen de la casa materna, en todos los casos se solicitará la valoración por parte del personal de salud de la unidad más cercana.

Esta no tiene un horario específico de atención ya que estarán disponibles para el alojamiento de acuerdo a las necesidades de la población y situación de salud del territorio. El albergue agrega valor al servicio de hotelería, condiciones para preparar la alimentación y coordinación de la atención médica con el Ministerio de Salud (MINSA), incorporando los componentes de promoción/ prevención básica de salud e iniciativas de sostenibilidad desde la sociedad civil.

De acuerdo a Orochena, Brizuela; José Francisco en el manual de organización de estructura de Casa Materna; iiiilos objetivos de la casa materna son:

- ❖ Contribuir al aumento de las Coberturas de Atención a la Mujer y a la disminución de la Mortalidad Materna y perinatal mediante el establecimiento de Casa- albergue Maternos para mujeres embarazadas, procedentes de las comunidades de difícil acceso a los Servicios de Salud.
- ❖ Garantizar el alojamiento, promoción básica de la salud a las mujeres embarazadas, procedentes de las comunidades de difícil acceso a los Servicios de Salud para la atención Institucional del parto en las unidades del MINSA.
- ❖ Desarrollar acciones de educación para el auto cuidado de la salud, implementando acciones permanentes de prevención, promoción e higiene de su condición obstétrica y para la preparación del cuidado integral de su recién nacido.
- ❖ Mejorar el acceso a los servicios de salud y la comunicación de la población con las unidades de servicios de salud.

#### Lineamientos de la Casa Materna

- Su ubicación debe ser accesible a un establecimiento de salud público con capacidad resolutoria para la atención del parto.
- La atención en las casas maternas será gratuita para las embarazadas.
- Para el funcionamiento de la casa materna se establecerá coordinaciones interinstitucionales y con amplia participación de la comunidad.

- La Casa Materna brindará Alojamiento a toda embarazada o Púérpera procedente de áreas de difícil acceso, sin distingo social, étnico, religioso y político.
- Puede establecerse más de una casa materna por municipio o departamento, acorde a la demanda, tradiciones, cultura, usos y costumbres dentro del marco de las políticas, planes, programas y proyectos del Ministerio de Salud, las cuales deben estar articuladas a la red de servicio.
- La casa materna municipal puede albergar un máximo de 15 pacientes. La casa materna departamental puede albergar un máximo de 30 pacientes. Las camas pueden destinar un 60% para embarazadas y 40% para las púérperas, para cumplir el estándar de reducción de la mortalidad materna, perinatal que reza "que el 100% de púérperas rurales deben volver a las casas Maternas".
- Se debe promover el alojamiento conjunto y la lactancia materna exclusiva.
- Las mujeres albergadas cooperaran con el trabajo domestico de la casa materna, siempre que su estado de salud lo permita.
- Incentivar a las mujeres a que durante su estadía en la Casa Materna, realicen o desarrollen habilidades manuales como: (Bordar, Tejer, etc.) y no se sientan como que su estado es una enfermedad.

#### Criterios de elegibilidad:

- ✓ Indicadores deficitarios: Mortalidad Materna y Perinatal más elevada que la media Nacional.
- ✓ Población municipal mayor de los 6000 habitantes, porcentaje de población rural mayor del 50%, con limitado.
- ✓ Acceso a los servicios de salud a más de una hora para la atención del parto, sistema de transporte con poca frecuencia.
- ✓ Población en situación de Pobreza severa o extrema. e. Establecimiento de salud con atención de parto 7 días de la semana y 24 horas del día.
- ✓ Capacidad organizativa local para manejar la Casa Materna.

## Criterios de Ingreso:

- Serán ingresadas las mujeres embarazadas o púerperas, procedentes de las comunidades de difícil acceso a los Servicios de Salud para la atención Institucional del parto, con bajos ingresos económicos y que soliciten ser albergadas.
- Para el ingreso es recomendable: La valoración médica o referencia de la partera. Cuando la partera efectúe la referencia, se procederá a canalizar la valoración del médico del centro de salud o el hospital más cercano.
- Se deben aceptar el ingreso de mujeres procedentes de áreas lejanas que asistan de forma espontánea.
- La admisión de la embarazada se establece en un promedio de 10 días antes de la fecha probable de parto

## Acciones a desarrollar en las Casa Materna

- **Alojamiento:** comprende las acciones de alojamiento propiamente dicha, que tiene como objetivo la estancia de manera confortable de la mujer en su periodo gestacional y puerperal, acercándola a las unidades de salud para su atención y monitoreo. Para ello se llenara la documentación de identificación necesaria y papelería determinada por el MINSA (HCPB), se solicitara la valoración médica al momento del ingreso y monitoreo durante su estancia.
- **Promoción y Educación en Salud:** Durante la permanencia se aprovechara para realizar actividades de promoción básica de la salud, enfatizando en los cuidados del embarazo, parto y puerperio, factores de riesgo, causales de la Mortalidad Materna perinatal, enfoque de género, consejería en planificación familiar, lactancia materna.
- **Coordinaciones:** a nivel Comunitario, con los líderes y agentes comunitarios para la implementación del sistema de referencia desde las comunidades. Sociedad Civil, para la identificación de las usuarias, multiplicación de los mensajes en salud y referencia de pacientes. Establecimientos de Salud, para la referencia de pacientes, valoraciones al ingreso y monitoreo periódico durante su estancia, apoyo logístico en las capacitaciones, vigilancia epidemiológica.

De acuerdo Orochena, Brizuela; José Francisco en el manual de organización de estructura de Casa Materna; (2010, pág. 12) las funciones de la casa materna son:

- a. Albergar de forma oportuna a la embarazada, coordinando su atención integral ante las unidades resolutivas del MINSA, según su ubicación geográfica.
- b. Promover hábitos de vida saludable mediante las actividades de promoción y educación en Salud en coordinación con el MINSA y otros organismos presentes en el territorio.
- c. Establecer estrecha coordinación con la red comunitaria, con la finalidad de promover el uso adecuado de la Casa Materna y la referencia de embarazadas de comunidades lejanas.
- d. Gestionar el financiamiento para gastos recurrentes, actividades de rehabilitación, equipamiento y capacitación que requiere la Casa Materna.

## **B) Definición y aspectos conceptuales**

Control prenatal, se define como el “conjunto de acciones y actividades que se realizan en la mujer embarazada con el objetivo de lograr una buena salud materna, el desarrollo normal del feto y la obtención de un recién nacido en óptimas condiciones desde el punto de vista físico, mental y emocional”.

El control prenatal tiene los siguientes componentes:

- El análisis temprano y continuo del riesgo.
- La promoción de la salud, detección temprana y protección específica.
- Las intervenciones médicas y psicosociales.

Con base en estos componentes se define una serie de objetivos generales que, a su vez, caracterizan a un buen control prenatal.

Tales objetivos son:

- Identificación de factores de riesgo.
- Diagnóstico de la edad gestacional.
- Identificación de la condición y crecimiento fetal.
- Identificación de la condición materna.



- Educación materna y a su núcleo familiar en actividades de promoción y prevención.

El control prenatal debe ser:

- **Precoz:** Propender a la atención preconcepcional o desde el primer trimestre.
- **Periódico:** Varía según los factores de riesgo, los recursos disponibles en cada región y las normas establecidas.
- **De buena calidad:** Propendiendo a la determinación adecuada de los factores de riesgo.
- **Integral:** Incluyendo el fomento, la prevención, educación y recuperación de la salud.
- **Universal:** Con cobertura total, es decir, a todas de las mujeres gestantes en un área determinada, conforme a lo definido en el sistema general de seguridad social en salud en relación con su identificación en el sistema y para la población más pobre y vulnerable, conforme a las modalidades definidas en la normativa vigente, por medio de subsidios en salud.
- **Libre escogencia:** Garantizando la accesibilidad de la usuaria a la institución más cercana

### **C) Identificación de factores de riesgo**

El factor de riesgo es toda aquella característica biológica, ambiental o social que cuando se presenta se asocia con el aumento en la probabilidad de presentar un evento sea en el feto, en la madre o en ambos.

En el marco de la perinatología, los factores que contribuyen con mayor frecuencia a la morbilidad del recién nacido son la prematuridad, la asfisia perinatal, las malformaciones congénitas y las infecciones. Por tanto, la identificación de las patologías que generen estas situaciones debe constituirse en una de las prioridades del control prenatal. Por otro lado, las patologías que afectan a la madre son las hemorragias ante, intra y posparto, la hipertensión inducida por el embarazo y, desde luego, las patologías de base que presentan las pacientes al iniciar su embarazo.

La identificación oportuna de factores de riesgo permite la planeación estratégica de los controles prenatales, enfatizando las estrategias de remisión y contra remisión. Se han desarrollado diversas estrategias para ayudar al equipo de

salud a valorar los factores de riesgo. En algunas de ellas se emplean listas sencillas, y en otras se desarrollan escalas con puntuación numérica, de acuerdo con su importancia.

Se prefiere utilizar listas sencillas, en las cuales se requiere un conocimiento más amplio de las diferentes patologías propias o concurrentes con el embarazo, y que de alguna manera podrían modificar el curso y el resultado del mismo; estas orientan al médico en la decisión de si una paciente puede continuar o no su control prenatal en un nivel de atención de baja complejidad, alertándolo en la realización de una interconsulta a un nivel de mayor complejidad, sin importar si la respuesta de este nivel sea que la paciente puede continuar su control prenatal en el lugar que originó la remisión.

La identificación de factores de riesgo que pueden ser identificados mediante la historia clínica y la exploración física. Su existencia en un embarazo puede requerir la valoración adicional de la gestación, consulta con otros especialistas, realización de exploraciones complementarias o la remisión de la mujer a un centro de asistencia especializado. Según Friedman AE.

En su cuadros de trabajo de parto con índices de riesgo. (2012, pág. 121) los factores de Riesgos; se resumen en los siguientes:

### Factores de Riesgos

Factores sociodemográficas	Antecedentes Reproductivos
Edad materna menor a 17 años	Esterilidad en tratamiento al menos durante 2 años
Edad materna mayor a 35 años	Aborto a repetición
Relación peso / talla (IMC)	Antecedente de parto pretérmino
–Obesidad > 29	Antecedentes de nacido con CIR
–Delgadez < 20	Antecedentes de muerte prenatal
Tabaquismo > de 10 cigarrillos / día	Hijo con lesión residual neurológica
Alcoholismo	Antecedente de nacido con defecto congénito
Drogadicción	Antecedente de cirugía uterina (excepto legrado instrumental)
Nivel socioeconómico bajo	Incompetencia cervical
Riesgo laboral ocupacional	
Antecedentes Médicos	Embarazo Actual
Hipertensión arterial	Hipertensión inducida por el embarazo

Enfermedad cardíaca	Anemia
Enfermedad renal	Diabetes gestacional
Diabetes	Infección urinaria de repetición
Endocrinopatías	Infección de transmisión perinatal
Enfermedad respiratoria crónica	Isoinmunización Rh
Enfermedad hematológica	Embarazo múltiple
Epilepsia y otras enfermedades	Polihidramnios
Neurológicas	Oligohidramnios
Enfermedad psiquiátrica	Hemorragia genital
Enfermedad hepática con insuficiencia	Placenta previa asintomático
Enfermedad auto inmune con	(diagnóstico ecográfico a semana 32)
afectación sistémica	Crecimiento intrauterino retardado
Trombo embolismo	Defecto fetal congénito
Patología médico-quirúrgica grave	Estática fetal anormal a semana
	36 Amenaza de parto pretérmino
	Embarazo pos término
	Rotura prematura de membranas
	ovulares
	Tumoración uterina
	Patología médico-quirúrgica grave

**Primera consulta prenatal:** Debe llenarse el instrumento de historia clínica de control prenatal y el carné, este último debe ser entregado a la gestante. La historia clínica perinatal por utilizar, es la del Centro Latinoamericano Asociado de Perinatología (CLAP)

La historia clínica debe constar de:

- Identificación del prestador de los servicios.
- Identificación de la embarazada. Datos básicos: edad, estado civil y nivel de instrucción, ocupación, procedencia y teléfono.
- Aspectos psicosociales, con énfasis en el nivel socioeconómico, acompañamiento o apoyo familiar, ansiedad, depresión, violencia intrafamiliar, entre otras.
- Antecedentes familiares.
- Antecedentes personales.
- Antecedentes obstétricos.

- Datos del embarazo actual.
- Evolución de la gestación.
- Examen físico.
- Laboratorio clínico.
- Vacunación.

La paciente es valorada integralmente por el médico general y por enfermera jefe, y de acuerdo con la valoración del riesgo será valorada por el médico ginecoobstetra. Si bien está demostrado que un profesional bien entrenado, sea médico, enfermera o profesional especializado, ofrece los mismos resultados en calidad de atención prenatal en gestantes de bajo riesgo, puede contemplarse la posibilidad, dada por el recurso humano, de que una institución decida ofrecer el control prenatal a toda gestante, por obstetra.

La valoración del riesgo permite elaborar el plan de manejo de la paciente, que se orienta a la identificación y el manejo de los factores de riesgo, al igual que su remisión posterior al nivel de atención requerido.

Seguimiento y periodicidad de los controles.

**Pacientes de bajo riesgo:** Las consultas de seguimiento deben ser, idealmente, mensuales hasta la semana 32; después, cada 15 días hasta la semana 36, y luego quincenal o semanal hasta el parto. Los últimos dos controles prenatales deben ser efectuados por médico, con frecuencia semanal o quincenal, para orientar a la gestante y a su familia sobre el sitio de atención del parto y del recién nacido, explicar los factores de riesgo y diligenciar, completa, la nota de remisión.

**Pacientes de alto riesgo:** El intervalo con que se realice el control se establecerá de acuerdo con la patología y a criterio del especialista. Idealmente, toda gestante debe ser valorada por el médico ginecoobstetra, para confirmar o determinar el factor de riesgo. Se recomienda que esta valoración se efectúe en la segunda consulta y en el último trimestre del embarazo, preferiblemente entre las semanas 32 a 34

### **Control prenatal por médico**

El médico general realiza el control prenatal de las gestantes cuyas características y condiciones indiquen una gestación sin factores de riesgo. En

caso de confirmarse la presencia de un embarazo de alto riesgo, deberá asegurarse a la paciente su atención en el nivel correspondiente.

La duración de la consulta de seguimiento y control prenatal por médico es, en promedio, así: la consulta de primera vez de 30 minutos, y los controles de 20 minutos. La consulta inicial, de seguimiento y control prenatal por médico incluye: Revisión de la historia clínica anterior y controles previos. Si la historia clínica prenatal no se ha hecho, debe iniciarse en cualquier momento como en la primera cita.

### **Referencia de los factores de riesgo**

Mediante el uso del enfoque de riesgo y su valoración permanente es posible identificar en la consulta prenatal a todas las maternas con riesgos biopsicosociales para la gestación, alrededor de 20%, y la totalidad de madres con riesgos para el parto que representan aproximadamente 15% de las gestantes.

La aplicación del enfoque de riesgo obliga a la determinación de un plan de manejo individual y personalizado para cada gestante, consecuente con su situación de salud. La valoración del riesgo materno fetal se define como la identificación de los factores de riesgo biosicosocial que pueden afectar a una mujer en edad fértil, embarazada o en pos parto y que pueden ser clasificados para determinar el grado de complejidad de la patología que presenta y el nivel de atención al que le corresponde brindar el servicio. La detección de los riesgos debe ser continua y permanente en cada uno de los momentos obstétricos.

### **D) Factores de Riesgos**

La asociación de ginecología del Salvador en su publicación: Evaluación de riesgo reproductivo en los extremos de la vida (2015, pág. 22) refieren que después de la publicación de Aubry y Nesbitt, se inicio a desarrollar una serie de experiencias con el fin de aplicar criterios cuantitativos en la determinación del Riesgo Obstétrico y Perinatal lo cual se resume muy acertadamente en la publicación de la OMS en 1977.

Niswander K.; Gordon M (1972, pág. 120) en su estudio Perinatal Colaborativo llevado a cabo por el Departamento de Salud, Educación y Bienestar de los Estados Unidos de Norteamérica, cuyos resultados fueron publicados en 1972, ha sido otro aporte importante en la determinación de los factores de riesgo.

Esta metodología de comparación entre grupos de este último estudio, permitió considerar a cada factor por separado, sin discriminar el peso relativo que tiene cada uno de ellos. Este hecho dificulta la aplicación de los hallazgos, a la selección de mujeres embarazadas según riesgos predictivos.

Otros modelos parten de riesgos conocidos o supuestos y los analizan unifactorialmente determinando proyecciones para grupos de población, pero sin poder determinar riesgos individuales.

Molina, R.; Alarcón, G.; Luengo, X.; Toledo, V. y cols (1988, pág., 25) analizaron que los factores de riesgo asociados al embarazo en edades extremas, se ordenan en las dimensiones; individual, familiar y social.

En la dimensión individual, los factores que constituyen un mayor riesgo de exposición al inicio de actividad sexual, menarquia en edades cada vez más precoces, percepción de invulnerabilidad, baja autoestima, bajas aspiraciones educacionales, impulsividad, mala relación con los padres, carencia de compromiso religioso, uso de drogas, amistades permisivas en conducta sexual y uso marginal e inconsistente de métodos anticonceptivos.

En la dimensión familiar se describen como factores de riesgo: estilos violentos de resolución de conflictos, permisividad, madre poco accesible, madre con embarazo en la adolescencia, padre ausente y carencias afectivas.

En la dimensión social, uno de los elementos asociados a la actividad sexual precoz, con consecuente riesgo de embarazo sería la erotización de los medios de comunicación, lo que ha contribuido a una declinación de las barreras sociales para el ejercicio de la sexualidad.

De acuerdo a la publicación de la Oficina de Salud de la Mujer (2012, pág., 13); los factores que generan riesgo para el embarazo se pueden dividir en cuatro categorías:

1. Problemas de salud existentes
2. Edad
3. Factores del estilo de vida
4. Condiciones del embarazo

### **1. Problemas de salud existentes**

**Presión arterial alta.** Si bien la presión arterial alta puede ser riesgosa para la madre y el feto, muchas mujeres con presión arterial alta tienen embarazos e

hijos saludables. La presión arterial alta no controlada, sin embargo, puede provocar daño en los riñones de la madre y aumentar el riesgo de tener preeclampsia o un bebé con peso bajo.

**Síndrome del ovario poliquístico.** El síndrome del ovario poliquístico (PCOS por sus siglas en inglés) es un trastorno que puede interferir en la capacidad de una mujer de quedar embarazada y mantener el embarazo. El PCOS puede provocar tasas más altas de aborto natural (pérdida espontánea del feto antes de las 20 semanas de gestación), diabetes gestacional, preeclampsia y parto prematuro.

**Diabetes:** Es importante que las mujeres con diabetes controlen sus niveles de azúcar en la sangre antes de quedar embarazadas. Los niveles altos de azúcar en la sangre pueden provocar defectos de nacimiento durante las primeras semanas de embarazo, con frecuencia incluso antes de que la mujer sepa que está embarazada. Controlar los niveles de azúcar en la sangre y tomar un complejo vitamínico con 40 microgramos de ácido fólico todos los días puede ayudar a reducir este riesgo.

**Enfermedad renal:** Las mujeres con enfermedad renal con frecuencia tienen dificultad para quedar embarazadas y cualquier embarazo corre un riesgo significativo de aborto espontáneo. Las mujeres con enfermedades renales requieren tratamientos adicionales, cambios en la dieta y los medicamentos, y visitas frecuentes al médico.

**Enfermedad autoinmune:** Las enfermedades autoinmunes incluyen enfermedades como el lupus y la esclerosis múltiple. Algunas enfermedades autoinmunes pueden aumentar el riesgo de una mujer de tener problemas durante el embarazo. Por ejemplo, el lupus puede aumentar el riesgo de parto prematuro y nacimiento de un niño muerto. Algunas mujeres podrían observar que sus síntomas mejoran durante el embarazo, en tanto que otras sufren empujes y enfrentan otros desafíos. Determinados medicamentos para tratar las enfermedades autoinmunes también podrían ser dañinos para el feto.

**Enfermedad de la tiroides:** No tener bajo control los problemas de tiroides (glándula pequeña en el cuello que produce hormonas que regulan el ritmo cardíaco y la presión arterial), como una tiroides hiperactiva o hipoactiva, puede

causar problemas en el feto como insuficiencia cardíaca, poco aumento de peso y defectos de nacimiento.

**Infertilidad:** Varios estudios descubrieron que las mujeres que toman medicamentos que aumentan las probabilidades de un embarazo son significativamente más propensas a tener complicaciones en el embarazo que las mujeres que quedan embarazadas sin ayuda. Estas complicaciones con frecuencia involucran a la placenta (el órgano que conecta al feto con la madre) y sangrado vaginal.

**Obesidad:** La obesidad puede tornar más difícil un embarazo, al aumentar la probabilidad de que una mujer desarrolle diabetes durante el embarazo, lo que contribuye a los partos difíciles.

Por otro lado, algunas mujeres pesan demasiado poco para su propia salud y la salud del feto en desarrollo. En 2009, el Instituto de Medicina actualizó sus recomendaciones sobre el aumento de peso durante el embarazo.

Las nuevas recomendaciones del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG por sus siglas en inglés) sugieren que las mujeres con sobrepeso y obesidad podrían aumentar incluso menos peso del que se recomienda e incluso así tener un bebé saludable.

**VIH/SIDA.** El VIH/SIDA daña las células del sistema inmunitario, lo que les dificulta combatir las infecciones y determinados cánceres. Las mujeres pueden transmitir el virus al feto durante el embarazo; la transmisión también puede darse durante el trabajo de parto y el parto, o a través de la leche materna. Afortunadamente, hay tratamientos efectivos para reducir la transmisión del VIH de la madre al feto, al recién nacido o al bebé. Las mujeres con cargas virales muy bajas podrían tener un parto vaginal con un bajo riesgo de transmisión.

Una opción para las mujeres embarazadas con cargas virales (cantidad de VIH activo en la sangre) más altas es un parto por cesárea, el cual reduce el riesgo de transmitir el VIH al bebé durante el trabajo de parto y el parto. Es importante recibir cuidados prenatales tempranos y regulares. Las mujeres que toman medicamentos para tratar el VIH y tienen un parto por cesárea pueden reducir el riesgo de transmisión a un 2%.



## 2. Edad

**Embarazo adolescente:** Las adolescentes embarazadas son más propensas a desarrollar presión arterial alta y anemia (falta de glóbulos rojos saludables) y comenzar el trabajo de parto antes que las mujeres de más edad. Las adolescentes también podrían estar expuestas a enfermedades de transmisión sexual o infecciones que podrían afectar el embarazo.

Las adolescentes podrían ser menos propensas a recibir cuidados prenatales o a visitar a un profesional de la salud de manera regular durante el embarazo para evaluar los riesgos, garantizar una buena salud y entender qué medicamentos y fármacos pueden usar.

**Primer embarazo después de los 35 años:** Las madres primerizas de más edad pueden tener embarazos normales, pero las investigaciones indican que estas mujeres corren más riesgo de tener:

- Un parto por cesárea (cuando el recién nacido nace a través de una incisión quirúrgica en el abdomen de la madre)
- Complicaciones en el parto, incluido sangrado excesivo durante el trabajo de parto
- Trabajo de parto prolongado (que dura más de 20 horas)
- Un trabajo de parto que no avanza
- Un bebé con un trastorno genético, como el síndrome de Down

## 3. Factores del estilo de vida

**Consumo de alcohol:** El alcohol que se consume durante el embarazo pasa directamente al feto a través del cordón umbilical. Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC por sus siglas en inglés) recomiendan que las mujeres eviten las bebidas alcohólicas durante el embarazo o cuando están tratando de quedar embarazadas.

Durante el embarazo, las mujeres que beben son más propensas a tener un aborto natural o el nacimiento de un niño muerto. Otros riesgos para el feto incluyen más probabilidad de tener defectos de nacimiento y el síndrome alcohólico fetal (FASD por sus siglas en inglés). El FASD es el nombre técnico para el grupo de trastornos fetales asociados con beber alcohol en exceso durante el embarazo. Causa rasgos faciales anormales, baja estatura y bajo peso corporal, trastorno de hiperactividad, discapacidades intelectuales y problemas de visión o audición.

**Consumo de cigarrillos:** Fumar durante el embarazo aumenta el riesgo del feto de tener un parto prematuro, determinados defectos de nacimiento y el síndrome de muerte súbita del lactante (SIDS por sus sigls en inglés). El humo de segunda mano también hace que la mujer y el feto en desarrollo corran más riesgo de tener problemas de salud.

#### **4. Condiciones del embarazo**

**Embarazo múltiple:** Los embarazos de mellizos, trillizos o más fetos, conocidos como embarazos múltiples, aumentan el riesgo de los bebés de nacer prematuros (antes de las 37 semanas de gestación). Tener un bebé después de los 30 años y tomar medicamentos para la fertilidad son factores que se han asociado con los embarazos múltiples. Tener tres o más bebés aumenta la probabilidad de que la mujer necesite un parto por cesárea.

Es más probable que los mellizos o trillizos tengan un menor tamaño que los fetos únicos. Si los bebés de un embarazo múltiple nacen de forma prematura, son más propensos a tener dificultades respiratorias.

**Diabetes gestacional:** La diabetes gestacional, también conocida como diabetes mellitus gestacional (GDM por sus siglas en inglés) o diabetes durante el embarazo, es la diabetes que se desarrolla por primera vez cuando la mujer está embarazada. Muchas mujeres pueden tener embarazos saludables si siguen el plan de dieta y tratamiento indicado por un profesional de la salud para controlar su diabetes. La diabetes gestacional no controlada aumenta el riesgo de tener un trabajo de parto y un parto prematuros, preeclampsia y presión arterial alta.

**Preeclampsia y eclampsia:** La preeclampsia es un síndrome marcado por un aumento súbito de la presión arterial en una mujer embarazada después de las 20 semanas de embarazo. Puede afectar los riñones, el hígado y el cerebro de la madre. Si no se trata, la enfermedad puede ser mortal para la madre y/o el feto y causar problemas de salud a largo plazo. La eclampsia es una forma más grave de preeclampsia, marcada por convulsiones y coma en la madre.

De acuerdo a la publicación de la Oficina Regional de la OMS para Europa. En el Simposio sobre "Identificación de Personas de Alto Riesgo y Grupos de Población". (1971, pág. 120), define los factores de riesgo en la mujer de la siguiente manera:

**Factores internos:**

Inicio de la actividad sexual sin contar con información y recursos preventivos a su alcance; resistencia al uso de los métodos anticonceptivos; la edad de menarquia como marcador para el inicio de la actividad sexual; sentimiento de omnipotencia característico de la adolescencia; carencia de interés en la escuela, familia o actividades comunitarias; escape de grupos familiares disfuncionales; influencia del alcohol y otras drogas, que limitan el control de los impulsos; inexistencia de un proyecto de vida; percepción de pocas o ninguna oportunidad para el éxito y falta de expectativas diferentes a la maternidad; cumplimiento de asignaciones de género construidas en su contexto; vivir en comunidades (rural) o escuelas donde los embarazos tempranos son comunes y se consideran como algo natural; crecer en condiciones empobrecidas; y ser hija de madre adolescente.

Omnipotencia característico de la adolescencia; carencia de interés en la escuela, familia o actividades comunitarias; escape de grupos familiares disfuncionales (con problemas); influencia del alcohol y otras drogas, que limitan el control de los impulsos; inexistencia de un proyecto de vida; percepción de pocas o ninguna oportunidad para el éxito y falta de expectativas diferentes a la maternidad; cumplimiento de asignaciones de género construidas en su contexto; vivir en comunidades (como el medio rural) o escuelas donde los embarazos tempranos son comunes y se consideran como algo natural; crecer en condiciones empobrecidas; y ser hija de madre adolescente.

**Factores externos (contexto, cultura)**

Escasos o inadecuados programas de educación sexual; insuficientes servicios de orientación y atención en salud del adolescente; mitos y estigmas acerca del

uso de anticonceptivos; poca o ausente oferta de métodos anticonceptivos; asignaciones de género fundamentadas en un rol femenino de dependencia y servicio a los hombres (incluso en el plano sexual) y centrado en la reproducción y en las funciones domésticas; estimulación del contexto para tener relaciones sexuales, especialmente por parte de los medios de comunicación (televisión, cine, música, videos, revistas, etc.), de los padres o compañeros y de los modelos culturales predominantes; presiones, acoso sexual o amenazas de abandono por parte del hombre; violación sexual, delincuencia y alcoholismo.

Cabe destacar que dentro de los factores mencionados se encuentra la actividad sexual que es muy común entre los adolescentes, y su frecuencia varía de acuerdo al sexo y a la condición socioeconómica.

En encuestas de Salud Reproductiva, se reporta que entre los jóvenes de América Latina, la primera relación sexual se da entre los 13 y 16 años para los varones y entre los 16 y 18 para las mujeres. La edad varía de una región a otra y la impresión actual es que los y las jóvenes comienzan la actividad sexual a más temprana edad, aunque en un ambiente desfavorable y carente de información acerca de sus posibles repercusiones y de las formas para evitarlas, incrementando la aparición del embarazo adolescente.

En cuanto a las consecuencias, el embarazo adolescente trae repercusiones para la madre, para el hijo, para el padre y para la familia.

- **Consecuencias para la madre:**

- ✓ **Fisiológicas:**

**A corto plazo:** Anemia, prematuridad, hipertensión gestacional, infecciones de transmisión sexual, preeclampsia, eclampsia, infecciones urinarias, malnutrición materna, hemorragias con afecciones placentarias, rotura prematura de membranas, desproporción céfalo-pélvica, cesárea, aborto, trabajo de parto prolongado, lesiones durante el parto y mortalidad materna.

**A largo plazo:** Baja estatura (frena el crecimiento), tienen mayor probabilidad de presentar obesidad e hipertensión en etapas posteriores.

- ✓ **Psicológicas y sociales:**

Mayor número de hijos no deseados. Mayor inestabilidad con la pareja (solo el 20% de las casadas permanece con el padre de su hijo a largo plazo). Escaso nivel educativo o fracaso escolar. Menor ingreso económico que sus padres. Mayor prevalencia de depresión y otros síntomas psiquiátricos. Distanciamiento de sus padres que genera aislamiento social. Estrecha relación con su familia (para la supervivencia de su hijo).

- **Consecuencias para el hijo:**

- ✓ **Fisiológicas:**

- Bajo peso al nacer.
- Prematuridad.
- Mayor incidencia de muerte súbita.
- Traumatismo e intoxicaciones accidentales.
- Infecciones agudas menores.
- Desnutrición.

- ✓ **Psicológicas y sociales:**

- Mayores problemas de conducta en edad escolar.
- Obtienen más bajos puntajes en pruebas intelectuales.
- Repitencia escolar.
- Maltrato y abandono por parte de la madre.
- Mayor frecuencia por uso de drogas.
- Mayor tasa de embarazo en la adolescencia.

- **Consecuencias para el padre:**

- Abandono de estudios
- Realización de trabajos de menor nivel de acuerdo a su formación.
- Familia más numerosa
- Mayor tendencia a la separación de la pareja
- Exagera en su preocupación por el problema sin tomar medidas para su solución.

- **Consecuencias para la familia:**

- Al inicio, sentimientos de rabia, dolor y confusión que posteriormente se reemplaza por apoyo.

- Traspaso de roles, siendo las abuelas la cuidadora primaria del niño/a: la adolescente disminuye el vínculo madre/hijo. Cuando la adolescente vive en pareja lo hace a expensas de sus padres o suegros.
- Se genera violencia.
- Se incrementan los problemas económicos.

### **Existen 3 niveles de prevención del embarazo:**

- **Prevención Primaria:**

Se refiere a un conjunto de medidas destinadas a evitar el embarazo a temprana edad. Supone la base de la prevención y procura actuar sobre los factores de riesgo que favorecen u originan la aparición del problema. Entre estas medidas destacan:

- ✓ Información sobre fisiología reproductiva, gradual y continua en todos los ámbitos y no solo destinada al ámbito escolar.
- ✓ Utilización adecuada de los medios de comunicación.
- ✓ Estimulación de los jóvenes a la reflexión grupal, sobre los problemas relacionados con cada etapa de la adolescencia.
- ✓ Fomento de la comunicación entre padres o adultos responsables y los jóvenes en lugares comunes que sirvan de foro de discusión.
- ✓ Entrenamiento de las personas que tienen contacto prolongado con adolescentes para la atención de aquellos adolescentes en situación de alto riesgo.
- ✓ Captación, por personal entrenado, de los jóvenes que no asisten a establecimientos educacionales ni trabajan, para su reinserción social y educación.
- ✓ Programas de educación sexual y accesibilidad de los jóvenes a los métodos anticonceptivos.

- **Prevención Secundaria:**

Se refiere a las medidas que se toman cuando la mujer está embarazada. Asistencia del embarazo, parto y recién nacido en programas de atención de adolescentes, por personal motivado y capacitado en éste tipo de atención. Asistencia al padre, favoreciendo su participación y ayudándolo a asumir su rol. Formación y apoyo psicológico a la joven, si decide entregar al hijo en adopción.

- **Prevención Terciaria:**

Se refiere a las medidas que se toman cuando la mujer tuvo alguna complicación y necesita valoración de especialidad y rehabilitación. Pascualini D, Llorens A (2010, pág. 47), refieren que los factores pres disponibles se dividen en:

- ✓ **Menarca Temprana:** Otorga madurez reproductiva cuando aún no maneja las situaciones de riesgo.
- ✓ **Inicio Precoz de Relaciones Sexuales:** Cuando aún no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención.
- ✓ **Familia Disfuncional:** Uniparentales o con conductas promiscuas, que ponen de manifiesto la necesidad de protección de una familia continente, con buen dialogo 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. Mayor Tolerancia del Medio a la Maternidad Adolescentes Y/O Sola.
- ✓ **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 afectiva del embarazo.
- ✓ **Migraciones Recientes:** Con pérdida del vínculo familiar. Ocurre con el traslado de las jóvenes a las ciudades en busca de trabajo y aun con motivo de estudios superiores.
- ✓ **Pensamientos Mágico:** Propios de esta etapa de la vida, que las lleva a creer que no se embarazan porque no lo desean.
- ✓ **Fantasías de Esterilidad:** Comienzan sus relaciones sexuales sin cuidados y como no se embarazan por casualidad, piensan que son estériles.
- ✓ **Falta O Distorsión de la Información:** Es común que entre adolescentes circulen “mitos” como: solo se embaraza si se tiene orgasmo, o cuando se es más grande, o cuando lo hace con la menstruación, o cuando no hay penetración completa, etc.

- ✓ **Controversias entre sus sistemas 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 tienden por rebeldía y a la vez, como una forma de negarse a sí mismos que tiene relaciones no implementan medidas anticonceptivas.
- ✓ **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.

Los factores que condicionan el embarazo en las adolescentes, según la Organización Mundial de la Salud, en los países en desarrollo tenemos;

- **Factores biológicos**

Los procesos de crecimiento y maduración sexual terminan con la menarquía, después suele haber un periodo más o menos variable, en el que la adolescente, en general, aun no es capaz de concebir de forma fisiológica. En la actualidad la edad de aparición de la menarquía ha descendido, estando la media entre los 12-13 años de edad. En general son muy raros los embarazos antes de los 14 años, ya que lo frecuente en la chica, al comienzo, es tener ciclos anovulatorios. Sin embargo, no es posible la gestación antes de la menarquía, por lo menos teóricamente, pero han llegado a detectar cuerpos lúteos en muchachas que aún no habían tenido la primera menstruación y, por consiguiente, pudiera ocurrir que antes de la menarquía presenten un ciclo ovulatorio, existiendo así la posibilidad de fecundación antes de la fecha teórica de la primera regla.

Existen literatura que señalan una relación entre la edad de aparición de la menarquía y la precocidad de las relaciones sexuales, de aquí que para muchos autores la menarquía represente una fecha importante para profundizar en la educación sexual y explicar a las adolescentes todos los riesgos inherentes a las relaciones sexuales. Por otra parte, el periodo en el inicio de la pubertad y la independencia económica ha aumentado en nuestras sociedades, lo que permite una mayor posibilidad de relaciones prematrimoniales.

El uso de métodos anticonceptivos en los adolescentes sigue siendo un factor importante, pese a las numerosas campañas educativas.



Un factor que condiciona en el embarazo de las adolescentes es la frecuencia de contactos sexuales. Ha habido cambios de conducta muy notables. Una proporción muy elevada de mujeres solteras incluyendo adolescentes, tienen contactos sexuales y parece existir una tendencia a que se produzcan con menor carga emocional hacia el compañero y a tener contactos con más de una persona antes de matrimonio.

- **2. Factores psicológicos**

Durante la etapa temprana del desarrollo cognitivo de la adolescencia, los adolescentes no son capaces de entender todas las consecuencias de la iniciación de la actividad sexual precoz, ya que la pubertad no implica madurez psicológica. El impulso sexual del adolescente no se puede negar, su fuerza es arrolladora e imprevisible, de aquí que con frecuencia pueda desencadenar disturbios psicológicos más o menos graves.

Es importante insistir en que la experiencia sexual en la joven adolescente no responde únicamente a un simple deseo de sexo sino más bien a un interés de ser aceptada, cuidada, mimada, deseada y protegida. Por otra parte, las mujeres jóvenes con poca confianza en sí mismas, con tendencia a depender de alguien, confusas con escasa autoestima, con insuficiente o ninguna comunicación con sus padres, en especial en los que se refiere al sexo, está generalmente expuestas a un inicio sexual temprano y al consiguiente riesgo de quedar embarazadas. Muchas adolescentes experimentan la soledad de su aislamiento y encuentran un medio de apoyo de correspondencia emocional en las relaciones sexuales.

- **3. Factores culturales.**

De todos es conocida la gran diferencia existente en los índices de escolarización entre unos y otros países. Se refiere una mayor frecuencia de embarazos en grupos sociales de menor grado cultural, aunque no exclusivo. La falta de una educación sexual adecuada contribuye en gran medida en el aumento del número de embarazos en estas adolescentes.

La pérdida, por gran parte de la sociedad actual, de una serie de valores morales y religiosos que pueden tener igualmente influencia. Incluso, en el momento actual se cuestiona a la familia como institución y se pone en duda, con frecuencia, el valor de la fidelidad matrimonial.

La adolescente sin información adecuada en determinados principios, en este ambiente en el que se desarrolla, se marca una idea particular sobre los medios necesarios para agrandar y tener éxito. La actividad sexual es, según su mentalidad, el camino adecuado para conseguir la popularidad y el éxito.

- **Factores familiares**

La existencia de factores familiares adversos parece influir en la producción de embarazo entre las adolescentes. Entre ellos hemos de tener presentes la disfunción familiar, los problemas familiares que motivan la falta de comunicación con los padres, soledad, abandono. Padres separados, hijas de solteras, antecedente en su madre o hermana que quedó embarazada en la adolescencia, enfermedades crónicas en los progenitores, parece aumentar la incidencia de embarazo en las adolescentes.

- **Factores socio-económicos**

El embarazo en la adolescente ocurre en todos los grupos socio-económicos, raciales y étnicos. Sin embargo, no hay que olvidar que la pobreza, el hacinamiento, la delincuencia juvenil, la iniciación a las drogas, el alcohol, e incluso la indigencia favorecen de forma notable el incremento del índice de embarazos en las mujeres jóvenes. Las necesidades económicas inherentes al casamiento, el hogar etc., son factores que de alguna manera contribuyen al embarazo durante la adolescencia, ya que estas muchachas alcanzan la madurez sexual en etapa temprana, quedando un vacío de cinco o diez años, entre dicha madurez y la actividad sexual legitimada por el matrimonio, como ya hemos referido.

Según Klein (2014, pág. 27) afirma que la mayor parte de las adolescentes no comienzan su actividad sexual con la finalidad de quedar embarazadas, sino que piensan que el sexo es necesario para lograr los beneficios sociales de los contactos. El sexo se considera muchas veces como un pago necesario al varón si la mujer desea ser popular. Las mujeres sin actividad sexual y sin contactos se consideran socialmente descartadas.

Todos los autores están de acuerdo en que la propaganda que se hace de sexo, en un ambiente erotizado, es responsable directamente de la mayor libertad sexual entre los jóvenes. Nuestra sociedad proporciona un bombardeo constante de sexualidad con la televisión, la radio, la prensa escrita etc.; en donde el sexo es utilizado para aumentar las ventas del mercadeo y hacernos cada día más consumidores. Las adolescentes pueden considerar que sus vidas son tristes y

aburridas en relación con la sexualidad presentada públicamente de algunos políticos, artistas, atletas etc. Por consiguiente, no debe extrañarse que estas muchachas sean atraídas hacia el sexo, con la consecuencia, frecuentemente imprevista de un embarazo temprano y NO deseado ni planificado.

El embarazo en la adolescente plantea complejas consecuencias médicas difíciles de evaluar, ya que a veces NO es fácil distinguir entre la influencia de la edad y de los otros factores que suelen asociarse a estos embarazos. Entre dichos factores se deben citar los siguientes: alta incidencia de gestación no deseada, soltería (que a veces puede obligar a mantener en secreto el embarazo hasta el momento del parto), falta de cuidados prenatales o cuidados deficientes, nuliparidad y otros problemas diversos.

Según Dickens y Allison (2015, pág. 77) en las adolescentes que quedan embarazadas se han descubierto, sentimientos de autodestrucción, ira y agresión hacia todo lo que configure autoridad, falta de responsabilidad en el gobierno de su propio cuerpo y acciones, y súplicas desesperadas en busca de atención y ayuda.

En EE.UU, la madre joven supera en siete veces la media de suicidios registrados en todo el país. El embarazo en estas mujeres puede ser una forma de escapar el proceso de maduración en la adolescencia. Las dificultades de adaptación a la sociedad y a su propia familia hace que las adolescentes estén aquejadas con frecuencia de diversos problemas psíquicos (depresión, baja moral, insomnio, ideas suicidas, bajo rendimiento escolar etc.) que constituyen la base para que se pueda originar fácilmente el fenómeno de embarazo en la adolescencia.

- **Problemas Psicosociales**

Estudios extensos sobre las consecuencias psicosociales a largo plazo de la maternidad adolescente indican que la maternidad temprana afecta en forma profunda y adversa las experiencias educacionales, vocacionales y conyugales de numerosas jóvenes. Aunque se ha demostrado en reiteradas oportunidades que las adolescentes que tienen hijos reciben menos educación que la población adolescente general, el abandono y fracaso escolar suelen anteceder al embarazo en la adolescente, rara vez es la única razón por la que las jóvenes abandonan la escuela secundaria.

El logro educacional y la estabilidad económica tienen implicaciones para la estabilidad de los matrimonios adolescentes y la vida familiar de la adolescente. La mayor parte de los embarazos adolescentes son extramatrimoniales y los padres adolescentes que logran formar una relación estable entre sí, son obviamente la excepción. Un estudio reveló que 17 años después del nacimiento del primer hijo, solamente un 16% de las adolescentes permanecía casado con el padre del bebé.

La inestabilidad conyugal es un hallazgo común en las parejas que conciben antes del matrimonio, sobre todo cuando el nacimiento extramatrimonial es complicado por el estrés de la pobreza y la inestabilidad económica. Un estudio de parejas adolescentes mostró que si el padre del bebé había superado la secundaria o era un obrero especializado, la probabilidad de separación conyugal dentro de los tres primeros años era del 19%, en cambio si el padre NO había superado la secundaria y era un obrero no especializado, la probabilidad de separación conyugal a los 2 años era de un 45%.

Por último la prevalencia de depresión y otros síntomas psiquiátricos es significativamente más alta en madres adolescentes que en la población general. En un estudio de adolescentes embarazadas y madres, se observó una incidencia de depresión del 60%, en otro estudio, el 13% de la muestra de mujeres jóvenes que habían tenido un hijo antes de los 17 años habían sido tratadas por un intento de suicidio posterior.

### **Riesgos para el niño**

Aparte de la posibilidad de que un embarazo finalice en un aborto espontáneo o provocado, existen diversos riesgos para el fruto de la gestación que analizamos a continuación, en relación a su morbi-mortalidad. La tasa de mortalidad neonatal se estima en 2,4 veces mayor en los hijos nacidos en menores de 15 años, que en los nacidos de madres mayores de 20 años.

El riesgo de bajo peso se duplica en las menores de 15 años, es 1,5 veces mayor en las menores de 17 años y 1,3 veces en las adolescentes de 18 a 19 años. En gran medida este bajo peso al nacer se debe a la prematuridad. Los niños que sobreviven al periodo neonatal, crecen al mismo ritmo que los lactantes nacidos de madres mayores. Parece que en este aspecto influyen los factores ambientales como: pobreza, hacinamiento, malos hábitos de salud, falta de

conocimiento adecuado sobre el desarrollo del niño e inapropiadas prácticas de crianza y supervisión infantil, más que el bajo peso al momento del nacimiento, son los responsables de la mayor incidencia de problemas médicos postnatales en lactantes de madres adolescentes.

### **Factores determinantes del embarazo.**

Las causas del embarazo en edades extrema son políticamente discutibles, de gran carga emocional. Se deben examinar muchos factores, además de la causa obvia que es que los adolescentes mantienen relaciones sexuales sin las medidas de contracepción adecuadas. Como no hay ninguna contracepción efectiva al 100%, la abstinencia es la manera más segura para prevenir el embarazo.

Las estadísticas muestran que el 18% de los adolescentes, americanos han experimentado el sexo con anterioridad a los 15 años de edad, además, este número crece hasta el 66% de las adolescentes no casadas que tienen experiencias sexuales antes de los 19 años de edad. Diferentes estudios han mostrado que a la edad de 20 años, el 75% de las mujeres y el 86% de los varones estadounidense son sexualmente activos. Por qué los adolescentes practican el sexo y porque lo hacen sin métodos efectivos de contracepción, es un tema de discusión ardiente. Las razones sugeridas son las que siguen.

El riesgo potencial de que una adolescente llegue a quedar embarazadas incluyen:

- Los tempranos contactos sexuales (la edad de 12 años se asocia con un 91% de oportunidades de estar embarazadas antes de los 19 años, y la edad de 13 años se asocia con un 56% de embarazos en la adolescencia.)
- El uso temprano de alcohol y/u otras drogas incluyendo productos como el tabaco, salir de la escuela, la carencia de un grupo de apoyo o pocos amigos.
- La carencia de interés en la escuela, familia, o actividades comunitarias.
- Percibir pocas o ninguna oportunidad para el éxito.
- Vivir en comunidades o escuela donde los embarazos tempranos son comunes y considerarlos como una norma más que como una causa para su interés.
- Crecer en condiciones empobrecidas

- Haber sido víctima de un ataque o abuso sexual, o cuando sus madres a su vez les han dado a luz antes de los 19 años de edad.

Muchas de las adolescentes casadas se embarazan porque quieren formar una familia, en algunas comunidades la mujer joven soltera ve la maternidad como una forma de subir el estatus social y ganar reconocimiento como adultas, o creen que les ayudara a mantener una relación estable con el padre del niño/a. En grupos sociales tradicionales da un gran valor a la fertilidad, y la falta de hijos puede conllevar al marido o compañero a abandonar el hogar o al divorcio. Por tanto, algunas mujeres jóvenes se embarazan antes de casarse para probar que son fértiles, mientras que algunas adolescentes recién casadas garantizan su seguridad con un hijo lo antes posible.

La ausencia de un programa de educación sexual en el sector educativo formal y sector salud que tome en cuenta la diversidad cultural y establezca normas definidas para la atención de la salud sexual en los servicios de salud, contribuye para que en los trabajadores de la salud y los educadores prevalezca la influencia de valores y actitudes segadas por conceptos derivados de juicios morales y religiosos , los mitos y los tabúes que se traducen en un abordaje inadecuado en los servicios de salud y educativos. La salud sexual se refiere a la capacidad de disfrutar una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, no incluye como elemento indispensable la procreación, es una oportunidad para desarrollar los valores como el amor, la comunicación, responsabilidad, respeto y equidad de género.

Al reducir la salud sexual de las personas a lo reproductivo, los servicios de salud no reconocen más actividad sexual que la ligada a la reproducción, obviando que, a diferencia de la actividad reproductiva, la sexualidad comienza con el nacimiento y muere con el individuo. Esto ha fomentado mitos y tabú es que asumen que la sexualidad se expresa únicamente a través de la relación y la ejerce solo el adulto joven.

Una buena salud sexual y reproductiva contribuye directamente al mejoramiento individual de la mujer y de su familia, produciendo un desarrollo del capital humano de ella, como mujer, y de sus hijos buen nivel de conocimientos, buen estado nutricional y alimentario, adecuado tamaño de la familia y mejoramiento del status de la mujer. Por lo tanto una adecuada salud y reproductiva contribuye el desarrollo socioeconómico.

## **Complicaciones observadas durante embarazo**

Entre las complicaciones más frecuentes en edades extremas: en embarazos en adolescentes están 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 costo vaginales. La mortalidad relacionada con el embarazo y el parto es de dos a cinco veces más alta entre las mujeres menores de 18 años de edad que entre las de 20 -29 años de edad.

Las mujeres recurren al aborto por razones tales como el temor, la vergüenza y la desesperación por no sentirse capaces de cuidar un bebé o no saber cómo podrán continuar su educación.

Las adolescentes tienen mayor probabilidad que las mujeres adultas de tener un aborto en una etapa tardía, cuando corren mayores riesgos. Debido al estigma asociado con el embarazo fuera del matrimonio y el aborto, las adolescentes muchas veces no procuran abortos legales y seguros. Las principales consecuencias de un embarazo de alto riesgo es la pre-eclampsia – eclampsia, mayor frecuencia de cesárea, trabajos de parto prolongado, partos prematuros, bajo peso y sufrimiento fetal e incluso el aborto.

La mayoría de las jóvenes embarazadas abandonan los estudios, ya sea por su situación económica, social, o ideas erróneas sobre el cambio en su vida a consecuencia del bebé, además que son pocas las que reciben el apoyo de su pareja, lo que determina en muchas ocasiones actitudes de rechazo o de ocultarlo, por temor a las reacciones del grupo familiar y de su medio social.

La vida de la madre adolescente y de su bebé puede ser difícil. Las madres adolescentes tienden más a abandonar la educación secundaria que las jóvenes que posponen la maternidad. Solo el 40 por ciento de las adolescentes que tienen hijos antes de los 18 años de edad termina la escuela secundaria, en comparación con el 75 por ciento de las adolescentes de una extracción socio económica similar que no tienen hijos hasta tener 20-21 años de edad.

Al carecer de la educación adecuada, es probable que la madre adolescente no posea las habilidades que necesitan para conseguir un trabajo y conservarlo. Es común que dependa económicamente de su familia o del sistema asistencial social. En comparación con las madres que tienen sus hijos en etapa posterior de la vida, también es probable que las madres adolescentes vivan en la pobreza. Más del 75 por ciento de todas las madres adolescentes solteras

comienzan a recibir asistencia social dentro de los cinco años posteriores al nacimiento de su primer hijo.

A parte de todo esto, están las repercusiones en cuanto a la vida diaria de la joven, como tener que dejar de estudiar, enfrentarse a la decepción familiar, asumir responsabilidades que aún le quedan muy grandes. Entre las opciones encontramos:

- Decidir seguir adelante y cuidar él bebe, preferiblemente con ayuda de la familia.
- Abortar, pues la ley lo permite en supuestos de menores de edad cuando la salud del paciente corre peligro.
- Darlo en adopción, para lo cual también hay que poseer cierta madurez o será una decisión que marcara negativamente toda su vida.

La mayoría se ve obligada a abandonar los estudios para dedicarse a una maternidad prematura, ordinariamente no deseada. Las relaciones de amistad pierden sus características: no más fiestas, ni paseos, ni boliches, ni todo lo que antes se hacía entre amigos y amigas. se rompe la coquetería destinada a atraer y conquistar, desaparece el interés por la policromía de la moda y lo que implica en procesos eróticos, el mundo se achica; se reduce la necesidad de atender un embarazo inadecuado, inoportuno y casi siempre no deseado.

En cualquier caso una vez que ya existe el embarazo, lo mejor es que la adolescente pueda contar con su familia y que se busque la mejor manera de que, a pesar de asumir su responsabilidad adquirida en caso de que opte por tenerlo y ser madre, pueda continuar su desarrollo personal y educativo lo más normalmente posible. Esto ira en beneficio no solo de la futura madre, sino también del hijo por llegar.

En todos los estratos sociales, incluso en aquellos en los que se da una mayor tolerancia, la adolescente embarazada puede recibir maltrato de todo orden, en la familia, en el colegio y en los círculos sociales. Lo que las mantiene en casa porque teme ser objeto de burlas y chismeríos. En otras épocas se la mandaba a la casa de unos parientes que Vivian en un lugar lejano para que nadie del barrio la viera, luego volvía con el niño. Se interrumpe, para siempre la vivencia de un tiempo único e irrepetible, que no volverá jamás, porque no es posible dar marcha atrás al tiempo.

## **Maternidad.**



Cuando una mujer está embarazada, su compañero, su familia y entorno social reciben la noticia con evidente disgusto. No hay datos acerca de que la maternidad en la mujer sea bien recibida en ningún grupo de la mayoría de las sociedades actuales. Por lo que tiene cinco opciones posibles:

- Abortar.
- Criar al niño con su familia de origen lo que suele ocurrir con las clases más pobres, donde la situación no es una novedad. Este tipo de crianza en “clan” o en “tribu”, genera confusión de roles familiares en el niño, pero le brindan a él y a su madre un continente afectivo aceptable.
- 3. Dar al niño en adopción: esto tiene un alto costo emocional. La sociedad tiene en general una actitud ambivalente al respecto, con posiciones muchas veces encontradas. La opinión de los jóvenes padres suele ser la que menos se tiene en cuenta.
- Casarse o unirse: conviven, pero no tienen la independencia económica necesaria para consolidarse como pareja. Esto además de la inmadurez afectiva, explica la alta tasa de fracaso de estas uniones.
- E. Alojarse en hogares maternos, que es siempre una solución transitoria y constituye una forma sofisticada de marginación. Las nuevas tendencias son a utilizar pequeños hogares, similares a una familia, en lugar de grandes instituciones impersonales, que se adecuaran mejor a un modelo integrador con posibilidades de producir un impacto positivo en la problemática de la madre adolescente sola.

Es indudable la carga que para la madre entraña cualquiera de esas posibilidades. El joven padre suele tener menos información que su compañera sobre el proceso biológico general y la noticia de ser padres suele conmoverlos profundamente. Deben en ese momento asumir un rol que en esa etapa de su crecimiento está cuestionado.

Sin depender estrictamente del camino elegido, las consecuencias de la maternidad y paternidad suelen ser:

- Abandono de la escuela en el caso de los adolescentes. Los motivos pueden ser por vergüenza o por planes de educación formal difíciles de cumplir cuando se está criando un hijo.
- Dificultades laborales: tienen en general trabajos mal remunerados y sin contrato, por lo tanto, es habitual el despido cuando se sabe que está

embarazada y es muy difícil conseguir empleo en estas condiciones o si ya se tiene un niño.

- 3. Situaciones de riesgo prenatal y perinatal para la madre y el niño, que llevan el fracaso en la crianza.
- Maltrato del niño en parte porque es el modelo que recibieron y además porque culpan al niño por la situación en la que están.
- Dificultades para formar una nueva pareja estable por el estigma que muchos casos es el ser madre soltera.
- Interrupción definitiva del proceso de adolescencia. Para asumir un rol paternal y maternal con todas las exigencias que esto implica.
- 7. Dificultades para independizarse económicamente. Quedando expuestas a la posibilidad de que los exploten o que deban

## VII. DISEÑO METODOLÓGICO

**Tipo de estudio:** Descriptivo, observacional, transversal, técnicas CAP

**Área de estudio:** Casa materna ubicados en el departamento de Matagalpa, municipio de la Dalia.

**Universo:** 80 mujeres en estado de embarazo, que con diversas condiciones son albergadas en la casa materna de la Dalia.

**Muestra:** La muestra corresponde al universo.

**Tipo de muestro:** es por conveniencia de los autores.

### **Criterios de Inclusión**

- Embarazadas de Matagalpa, municipio de la Dalia
- Embarazadas albergadas en las casa maternas
- Consentimiento informado

### **Criterios de Exclusión**

- Mujeres que no estén embarazadas de Matagalpa, municipio de la Dalia
- Mujeres albergadas en las casa maternas que no estén embarazadas
- Que no den su consentimiento informado

### **Técnica y recolección de los datos:**

Para la información se consideraron los objetivos específicos del presente estudio y se realizaron las siguientes actividades:

- ❖ Validación del instrumento con preguntas cerradas.
- ❖ Validación de instrumento de recolección, por medio de la realización de una prueba piloto, del 10% del total del universo, esta también fue incluida en la muestra, con el objetivo de disminuir el sesgos de información
- ❖ Elaboración de un consentimiento informado para las embarazadas albergadas en las casas maternas.
- ❖ Solicitud por escrito a las autoridades del SILAIS y unidad de salud cabecera para la recolección de la información.

- ❖ Recolección de los datos de las embarazadas albergadas en las casas maternas.

### **Procedimientos y análisis de la información:**

La información cuantitativa se procesó electrónicamente utilizando el programa SPSS 22, y Excel. El informe se grabó en el programa de Microsoft Word y los cuadros y gráficos se presentan por frecuencias y porcentajes de la información consolidados para mejor comprensión del análisis del estudio.

Para valorar el nivel de conocimiento de las embarazadas sobre los factores asociados a complicaciones obstétricas, se aplicaron índices sumatorios, asignando a cada respuesta una determinada puntuación (valor de 1), con 2 escalas (Si, No), y categorías en dependencia de preguntas contestadas correctamente.

Bueno.....25 a 33 respuestas correctas

Malo..... Menos de 25 respuestas correctas

La valoración de la actitud se midió por medio de 2 escalas (Si, No), y se asignaron una puntuación a cada respuesta correcta de valor de uno. Posteriormente se organizaron respuestas y según la sumatoria en la siguiente categoría:

Actitud Favorable..... 10 a 14 respuestas correctas

Actitud Desfavorables.....Menor a 10 respuestas correctas

La Práctica se valoró con preguntas relacionadas a alberge de la casa materna y factores asociados a complicación de su embarazo actual y anterior. Se le dio la categoría

Adecuadas.....8 - 11 respuestas correctas

No adecuadas..... Menor a 8 respuestas correctas

### **Variables**

- Características demográficamente
- Tipo de información recibida
- Conocimiento

- Actitudes
- Prácticas

### Operacionalización de Variables

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADOR	ESCALA
Edad	Periodo de tiempo en años que tiene la embarazada momento de la entrevista en la casa materna	Años	Menor de 19 años 19 - 29 años 30 - 40 años
Escolaridad	Nivel académico que tiene la mujer al realizar entrevista	-----	Primaria Secundaria Universidad
Estado civil	Relación conyugal de la embarazada al momento del ingreso a casa materna	-----	Soltera Casado Unión estable
Procedencia	Barrio o sector donde habita o pasa la mayor parte del tiempo la embarazada	-----	Rural Urbana
Religión	Fe que profesa la embarazada al ser albergada en casa materna	-----	Católica Evangélica
Ocupación	Empleo, oficio o actividad a la cual se dedica la mujer momento del ingreso al albergue	-----	Ama de casa Estudiante
Antecedentes Obstétricos	Consideraciones fisiológicas las cuales nos proporcionan gran información sobre la funcionalidad general para prevenir complicaciones	IVSA	<15 15-19 20-24 25-29 ≥ 30
		# Compañeros	1 2-3 ≥ 4
		Gestas	1 2-3 ≥ 4
		Aborto	1 2-3
Antecedentes Preconcepcionales	Identificación de riesgo en mujeres en edad reproductivas antes de la concepción de un embarazo	Edad de 1º embarazo	≤ 15 ≥ 35
		Historia Familiar de preeclampsia	Si No
		Historia Personal de preeclampsia	Si NO

		Antecedentes Enfermedades Crónicas	Si: HTA, DM, ERC No
		CPN	<4 ≥4
Antecedentes Gestacionales	Situaciones vividas por la mujer relacionados a complicaciones en embarazos anteriores.	Embarazo	Único Múltiple
		Polihidramnios	Si, No
		Primigesta	Si, No
		Tipo de embarazo	No Planificado, Planificado
		Muerte fetal previa	Si, No
		Bebe con peso mayor a 4000 gramos	Si, No
		Bebe con peso menor de 2000 gramos	Si, No
Información Recibida	Datos de información recibidas por la embarazada sobre el propósito de las casa materna	Información	Si No
Conocimiento	Conjunto de datos y hechos que se adquieren y retienen a lo largo de la vida transmitidos por la generación anterior como resultado de la experiencia de un embarazo	Definición Factores riesgo Problemas de salud Edad y condición de embarazo	Bueno: 25 a 33 respuestas correctas  Mala: Menor de 25 respuestas correctas
Actitudes	Subjetivo a positiva o negativa, de las mujeres, ante el embarazo actual	Favorable  Desfavorables;	10-14 respuestas correctas Menor de 10 respuestas correctas
Prácticas	Son aquellas acciones y eventos que realizamos a lo largo de desarrollo del embarazo actual en experiencia, poniendo en práctica cierto tipo su conocimiento	Adecuadas  No adecuadas	8-11 respuestas correctas Menor a 8 respuestas correctas

## VII. RESULTADOS

De acuerdo los datos sociodemográficos se observó que las edades predominantes de las embarazadas albergadas en casa materna durante el estudio fueron las de 18-29 años con 50% (39), menor de 19 años 28% (23) y mayor de 35 años 22% (18); mientras que en la variable escolaridad se encontró primaria 47%(38), secundaria 28%(23), en cuanto a la procedencia un 87%(70) de la población estudiada era de origen rural, la ocupación de las embarazadas en su mayoría era ama de casa con un 90% (72); y predominó la religión evangélica con 55%(44).

En relación a los antecedentes gineco obstétrico el IVSA fue en un 60% (48) a edad menor de 15 años. Seguido de 15-19 32%(26); el 78% (63) refieren de haber tenido solo un compañero al momento de la entrevista; al preguntar el número de embarazos que habían tenido el 43% (35) respondieron que era su primer embarazo, 3 a más embarazo 57% (45), antecedentes de aborto antes de su embarazo actual respondieron 87%(70), que no han tenido y 13% (10) han tenido por lo menos 1 aborto.

En cuanto a antecedentes preconceptionales de las mujeres albergadas en casa materna, su primer embarazo fue a la edad menor de 15 años 63% (51), solo 5%(4) después de 35 años, cuando se le pregunto sobre historia familiar 2% (2), personal sobre pre eclampsia 16%(13), y hemorragia postparto 1% (1).

Al preguntar sobre los antecedentes patológicos menos de 11% refirieron tener una patología crónica al momento de la entrevista; HTA 8% (6), DM 2% (2), Cardiopatía 1% (1)

Cuando se le pregunta sobre si tenía conocimientos sobre la organización, funcionalidad, propósito de las casa maternas de la Dalia, 92% (73) enfatizaron ser conocedora de la existencia, objetivos, propósitos y como funciona las casas materna de La Dalia, solo un 8% (7), afirmaron que no sabían que en las camas el 60% eran para albergar embarazadas y 40% para las puérperas.

En cuanto al nivel de conocimiento que poseen las mujeres alojadas en casas maternas mencionan que 81% (64), consideran se conocedora de los riesgos que tiene las mujeres al salir embarazadas, 70% (56) afirma que tienen problemas de salud en este momentos, pero solo el 53%(53), aluden que tiene riesgo en su embazado actual, por la edad, por su estilo de vida actual y por la misma condición del embarazo 49% (39). Concluyendo que el grado de conocimiento de las mujeres al salir embarazadas es buena en 65% (52) del total de las embarazadas albergadas en las casa materna de La Dalia

Al referirnos a las actitudes de estas mujeres se concluyen que en un 69% (55), posen actitudes favorables, algún que algunas actitudes esta no apta para continuar con este embarazo como el ítem que las mujeres con embarazos de alto resigo no se encuentra preparada psicológicamente ni económicamente para asumir complicación obstétrico, y que toda mujer en edad fértil deben tener una educación suficiente y adecuada para evitar embarazo de alto riesgo de complicarse

Cuando se le pregunto sobre las prácticas de las mujeres embarazadas albergadas en casa materna ante un complicación obstétrica, observamos que 87% (70), realizan prácticas favorables para evitar complicación durante su embarazo actual, a pesar de que existen actividades de riesgo que afirman que decidirían seguir haciendo como; que a pesar de tener una patológica crónica que podrían afectar el proceso de su embarazo y terminar en una complicación obstétrica está dispuesta a salir nuevamente con un nuevo embarazo, en muchas ocasiones las mujeres con un embarazo de alto riesgo de complicarse su compañero no la dejaría que se quede en la casa materna por diferentes razones.



## XI. ANALISIS Y DISCUSIÓN

En referencia a los datos socio-demográficos, de forma general los estudios internacionales y nacionales nos dicen que la fecundidad es alta, sobre todos en adolescente, información confirmada y analizada por UNICEF, donde cada año nacen 15 millones de niños de madres adolescentes, cada 24 horas nacen 41,095 niños, y la cifra por hora es de 1,712 nacimientos.

En España afirma Díaz Vicente que esta cifra ha disminuido por el incremento del uso de métodos de anticoncepción, a pesar de tener un buen conocimiento global hasta de un 85% sobre sexualidad, en contraparte tienen actitudes desfavorables. Otros estudios plantean que la edad promedio de salir embarazada es de 17 años, predominantemente en zonas rurales, con una escolaridad de secundaria y primaria afirma Torriente Barzada, Norberto Walfrido y colaboradores, en este estudio también se confirma que el conocimiento e información sobre factores de riesgo y complicaciones obstétricos son insuficiente, pues desconocen en su totalidad sobre el riesgo potencial que conlleva el desarrollo de un embarazo con riesgos reales que se potencializan al ir desarrollando su gestación en una corta edad.

Arias Fernando destaca en la guía práctica para el embarazo y el parto de alto riesgo, que los embarazos en mujeres mayores de 35 años se incrementan de año a año, este aumento de la edad de las futuras madres, este fenómeno se observa que de cada cinco mujeres en la actualidad tiene su primer bebé luego de los 35 años.

En encuestas de Salud Reproductiva, se reporta que entre los jóvenes de América Latina, la primera relación sexual se da entre los 13 y 16 años y a los 16 y 18 para las mujeres. La edad varía de una región a otra y la impresión actual es que los y las jóvenes comienzan la actividad sexual a más temprana edad, aunque en un ambiente desfavorable y carente de información acerca de sus posibles repercusiones y de las formas para evitarlas, incrementando la aparición del embarazo adolescente. Desconocen las consecuencias del embarazo adolescente y las repercusiones para la madre, para el hijo, para el padre, la familia y sociedad.

Los inadecuados programas de educación sexual a nivel general; insuficientes servicios de orientación y atención en salud reproductivas con enfoque de

riesgos; mitos y estigmas acerca del uso de anticonceptivos; poca o ausente oferta de métodos anticonceptivos; asignaciones de género fundamentadas en un rol femenino de dependencia y servicio a los hombres (incluso en el plano sexual) y centrado en la reproducción y en las funciones domésticas; estimulación del contexto para tener relaciones sexuales, especialmente por parte de los medios de comunicación (televisión, cine, música, videos, revistas, etc.), de los pares o compañeros y de los modelos culturales predominantes; presiones, acoso sexual o amenazas de abandono por parte del hombre; violación sexual, delincuencia y alcoholismo.

Guido Bendezú, Martínez, analiza que el índice de nacimientos en edades avanzadas se ha venido duplicando; la tasa de natalidad entre las mujeres de 30 a 50 años creció drásticamente en los últimos años. Durante la década del 90 la tasa de incremento ha disminuido un poco para las mujeres de entre 30 y 40 años, pero sigue subiendo rápidamente para las mayores de 40, haciendo énfasis en países desarrollados, todo lo contrario en países en desarrollo, principalmente en zonas rurales.

Al preguntar sobre qué información tiene sobre las casas maternas, en su mayoría tiene buena información sobre la funcionalidad, organización y objetivos de la estrategia de las casas maternas pero en la práctica comprobamos que no es así pues existen influencias culturales, étnicas y persisten el machismo que no deja salir a la mujer de sus hogares a pesar de tener pleno conocimiento de que su embarazo es de alto riesgo.

En relación a los antecedentes gineco obstétrico, preconcepcionales y patológicos Figuero de los Reyes, Rafael manifiesta que “a mayor edad se tiene un embarazo, mayores las posibilidades de sufrir complicaciones, tanto para la madre como para el bebé”. De ahí que todavía continúe vigente la recomendación “del Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología, que a los 35 años comienza la etapa en que ya los riesgos de un embarazo pueden ser mayores.

Indudablemente el embarazo en las mujeres maduras presenta un crecimiento real en la morbi-mortalidad materna y fetal por lo que los cuidados prenatales y puerperio, peri-operatorio son de gran importancia que deben de tomarse en cuenta para un mejor manejo de estas pacientes.

En cuanto a los antecedentes patológicos personales y patológicas crónicas; Collaborative Perinatal Project Nacye, encontraron una alta incidencia en desprendimiento prematura de placenta, placenta previa y corioamniotitis en mujeres entre los 35–50 años. También refieren mayor frecuencia de hipertensión arterial sistémica, Diabetes Mellitus, en la relación con la grávida joven. Hubo mayor frecuencia de operaciones cesáreas 32.4% y complicaciones del parto en un 26%.

Hipertensión arterial y Diabetes en mujeres con embarazos mayores de 35 años. Escuela de Medicina MOUNT SINAI Nueva York, demostró que la mujer mayor de 40 años o más tenían tres veces más probabilidades de contraer diabetes y casi el doble de probabilidad de desarrollar alta presión durante el embarazo que la mujer de 20-30 años. Este porcentaje aumenta aún más en las madres primerizas de más de 40 años.

Un reciente estudio realizado en Dinamarca por un grupo de epidemiólogos del “Danish Epidemiology Scierter Dinamarca”, analizaron durante el período que va de 1978 – 1992 los efectos de la edad y el desarrollo reproductivo en aproximadamente 600,000 mujeres embarazadas mayores de 35 años. Se pudo demostrar que 1 de cada 5 embarazos ocurridos en mujeres mayores de 35 años fue insatisfactorio por distintas causa.

A nivel nacional existen la limitación de existencia de este tipo de estudio, pero en artículos de los aspectos psicosociales del embarazo en la adolescencia, López José Israel, Botell Lugones en su publicación confirman que en América Latina los países con mayor tasa de maternidad en adolescentes se encuentran en las regiones de: Nicaragua y Guatemala.

Los embarazos adolescentes corren mayor riesgo que las mujeres de más de 20 años de tener complicaciones durante el embarazo, como parto prematuro, anemia, hipertensión arterial etc.

Aunque los embarazos en los extremo de la vida ha constituido un problema de salud, que se ha acentuado en los grupos de menor edad, representando elevados riesgos biológicos, psicológicos y sociales. El índice de aborto – parto es elevado, y en este grupo se incluyen a los adolescentes, todo lo cual nos motiva a realizar este estudio, con el fin de describir algunos factores que influyen en la salud sexual y reproductiva de las adolescentes de manera que sirva como base para futuras líneas de intervención en este segmento importante.

Los principales factores de riesgos lo constituyen el inicio temprano de la actividad sexual, las conductas de riesgo, el deterioro del ámbito social y la falta de servicios apropiados para los adolescentes, estos propician los embarazos no planeados y aunque las madres adolescentes son responsables del 10% de los partos en el mundo, no todos estos embarazos son indeseados.

La maternidad a edades muy tempranas en nuestro país Nicaragua, entraña complicaciones durante el embarazo y el parto y conlleva riesgo de muerte para las madres muy superiores a la media, los niveles de morbilidad y mortalidad entre las hijas e hijos de madres jóvenes son más elevados. La maternidad precoz sigue constituyendo un impedimento para el avance de las mujeres a nivel educativo, económico y social en Nicaragua y en todos los países del mundo. En general, el matrimonio y la maternidad precoces pueden reducir gravemente las oportunidades educativas y de empleo, pueden afectar negativamente a largo plazo a la calidad de vida de las mujeres y de sus hijos.

Guadamuz, Iván en su estudio realizado en el Hospital de referencia nacional Bertha Calderón. Enero 2001 a Julio 2002 concluyen que las complicaciones feto y maternas en las pacientes mayores de 35 años tiene una alta incidencia.

Planck, Anna en su estudio analiza las actitudes y prácticas empleadas por los adolescentes de la ciudad de Somoto, ante el uso de anticonceptivos y el embarazo, encontró que el 50% de los adolescentes presenta un nivel satisfactorio de conocimientos sobre la temática. Existe confusión sobre el uso del anticonceptivo de emergencia "Píldora del día Siguiente" y desconocimiento del doble efecto en el uso del preservativo. La falta de poner en práctica el uso de métodos anticonceptivos (MAC) y la confusión del uso adecuado de anticonceptivos expone al grupo objeto de estudio, al aumento de embarazos durante la adolescencia y arriesga su salud sexual y calidad de vida

En la práctica, las causas del embarazo en edades extrema son políticamente discutibles, de gran carga emocional. La identificación por el personal de salud y reconocimiento de la mujer de los factores de riesgos, constituyen la piedra angular de la problemática sentida del aumento de la morbimortalidad materna. Las estadísticas muestran que el 18% de los adolescentes, americanos han experimentado el sexo con anterioridad a los 15 años de edad .además, este número crece hasta el 66% de las adolescentes no casadas que tienen experiencias sexuales antes de los 19 años de edad. Diferentes estudios han mostrado que a la edad de 20 años, el 75% de las mujeres y el 86% de los

varones estadounidenses son sexualmente activos. El porqué de los adolescentes practica el sexo y porque lo hacen sin métodos efectivos de contracepción, es un tema de discusión ardiente. Las razones sugeridas son las que siguen.

En grupos sociales tradicionales da un gran valor a la fertilidad, y la falta de hijos puede conllevar al marido o compañero a abandonar el hogar o al divorcio. Por tanto, algunas mujeres jóvenes se embarazan antes de casarse para probar que son fértiles, mientras que algunas adolescentes recién casadas garantizan su seguridad con un hijo lo antes posible.

La ausencia de un programa de educación sexual en el sector educativo formal y sector salud que tome en cuenta la diversidad cultural y establezca normas definidas para la atención de la salud sexual en los servicios de salud, contribuye para que en los trabajadores de la salud y los educadores prevalezca la influencia de valores y actitudes segadas por conceptos derivados de juicios morales y religiosos, los mitos y los tabúes que se traducen en un abordaje inadecuado en los servicios de salud y educativos. La salud sexual se refiere a la capacidad de disfrutar una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, no incluye como elemento indispensable la procreación, es una oportunidad para desarrollar los valores como el amor, la comunicación, responsabilidad, respeto y equidad de género.

Al reducir la salud sexual de las personas a lo reproductivo, los servicios de salud no reconocen más actividad sexual que la ligada a la reproducción, obviando que, a diferencia de la actividad reproductiva, la sexualidad comienza con el nacimiento y muere con el individuo. Esto ha fomentado mitos y tabúes que asumen que la sexualidad se expresa únicamente a través de la relación y la ejerce solo el adulto joven.

Una buena salud sexual y reproductiva contribuye directamente al mejoramiento individual de la mujer y de su familia, produciendo un desarrollo del capital humano de ella, como mujer, y de sus hijos buen nivel de conocimientos, buen estado nutricional y alimentario, adecuado tamaño de la familia y mejoramiento del status de la mujer. Por lo tanto una adecuada salud reproductiva contribuye el desarrollo socioeconómico.

## **X. CONCLUSIONES**

1. Dentro los datos socio demográficos se observó, que las edades de las embarazadas albergadas en casa materna predominó 18-29 y menor de 19 años; escolaridad primaria, procedencia rural; ama de casa de ocupación; evangélica de religión. En relación a los antecedentes gineco obstétrico el IVSA se dio a la edad menor de 15 años, refieren de haber tenido solo un compañero al momento de la entrevista; era su primer embarazo, con antecedentes de aborto antes de su embarazo actual. .En cuanto a antecedentes preconceptionales su primer embarazo fue a la edad menor de 15 años con historia familiar y personal de pre eclampsia y hemorragia postparto. Al preguntar sobre los antecedentes patológicos menos del 11% refirieron tener una patología crónica al momento de la entrevista.
2. Un 92% de las embarazadas hospedadas en casa materna conocen de la existencia, objetivos, propósitos y como funciona las casas materna de La Dalia.
3. En cuanto al nivel de conocimiento que poseen las mujeres alojadas ,este es bueno, y en pro de evitar el riesgo de desarrollar una complicación obstétrica.
4. Actitudes de estas mujeres se concluyen que son favorables, en beneficio del binomio madre – hijo.
5. Un 87% de las mujeres realizan prácticas favorables para evitar complicación durante su embarazo actual.

## **XII. RECOMENDACIONES**

1. Identificar en la primera consulta prenatal los riesgos maternos haciendo uso del enfoque de riesgo con valoraciones permanentes a todas las mujeres.
2. Usar la clasificación de riesgo a través de los 3 criterios o parámetros; antecedentes obstétricos, embarazo actual e historia clínica general, brindando consejería y educación a las embarazadas.
3. Aplicar el enfoque de riesgo para orientar a la mujer a determinar un plan de manejo individual y personalizado para cada gestante.
4. Valorar el riesgo materno fetal a través de la identificación de los factores biopsicosociales que afectan a una mujer en edad fértil, embarazada o en posparto y que se use para determinar el grado de complejidad de la patología que presenta y el nivel de atención que amerita a la embarazada.
5. El conocimiento teórico para la mujer con un embarazo de alto riesgo es fundamental en la práctica y toma de actitud ante una complicación, por lo que se recomienda educación y consejería permanente a auto cuidado de identificar de actores de riesgo por la misma mujer durante su embarazo.
6. Dar a conocer a las mujeres en edad fértil de lejanía geográficas; objetivo, propósitos, funcionalidad y organización de la comunidad en las casas maternas del municipio.

## I. BIBLIOGRAFIA

1. Aubry R. "Identification of the high risk perinatal patient. En Aladjem S. (ed). Perinatal Intensive Care. Springfield, C.V. Mosby, 1977. Pág. 15.
2. Ardila Montealegre Javier. Control Prenatal. Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá. Programa de Actualización Médica ASCOFAME, Bogotá 2002. Pág. 28.
3. Arias, F. Guía Práctica para el Embarazo y el Parto de Alto Riesgo. 2a Edición. Mosby / Doyma Libros. Madrid 1994. Pág. 475.
4. Arias Fernando M.D.PH.D. "Guía práctica para el embarazo y el parto de alto riesgo". II Edición 1997: Ed Harcourt Brace.
5. Benson, R. Diagnóstico y Tratamiento Gineco obstétrico 1979, Editorial El Manual Moderno S.A. Pág. 18.
6. Bowes WA. Aspectos Clínicos del Trabajo de Parto Normal y Anormal. En: Creasy RK, Resnik R. Medicina Materno Fetal. Editorial Panamericana, Buenos Aires Argentina. 1987. Pág. 469-501.
7. Calderón E, Arredondo JL, Karchmer S, Nasrallah E. Infectología Perinatología. 1a. Edición. Editorial Trillas. México. 1996.D.F. Pág. 74.
8. Carrera J.M. y col. Protocolos de Obstetricia y Medicina Perinatal del Instituto Daxeus, Salvat Editores S.A. Barcelona, España, 1996. Pág. 58.
9. Carroli G, Belizan J, Stamp G. Episiotomy policies in vaginal births (Cochrane Review) en: The Cochrane LIBRARY, Issue 2. Oxford (Software), 1998.
10. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP-OPS/OMS). Sa-lud Perinatal. Diciembre de 1998. No. 17.
11. Creasy R, Resnik R. Medicina Maternofetal. Principios y Práctica. Editorial Médica Pana-mericana. Buenos Aires. Pp. 1180. 1987.
12. Cabero Roura. V. Cararach Ramoneda. "Medicina Materno Fetal" VII Curso Intensivo. 1999. Ed. Ergon. Madrid España. Pág. 81.
13. Calero Calero, Teódulo: "Embarazo y parto en Gestantes Adolescentes menores de 16 años. Hospital Bertha Calderón Roque. 1994". Managua; 1997. Pág. 95 (Monografía)
14. Constance M. Wiemann, Abbey B. Berenson, Leticia García-del Pino and Sharon L. McCombs. Factors Associated with Adolescent's Risk For Late Entry into Prenatal Care. Family Planning Perspectives, 1997. Pág. 273-276



15. Cortez Flores, Soledad; Taleno Espinoza Eduardo: "Características de las Adolescentes Embarazadas en el año de 1994. Barrio Monimbó, Masaya". Managua 1997; pp. 110 (Monografía)
16. Díaz Sánchez Vicente. "El embarazo de las adolescentes en México". Director General de Mexfam. Gaceta medica de México Vol. 139 Suplemento 1, Julio – Agosto 2003. Pág. 23.
17. Díaz AG, R, Díaz Rosselli JL y col. Sistema informático perinatal. Publicación científica del CLAP No. 1203, CLAP-OPS/OMS. Montevideo Uruguay, 1990. Pág. 13.
18. Díaz AG, Sanié E, Fescina R col. Estadística básica. Manual de Autoinstrucción. Publicación científica del CLAP No. 1249, CLAP-OPS/OMS. Montevideo Uruguay, 1992.
19. Díaz AG, Sanié E, Fescina R y col. Estadística básica. Manual de autointroducción. Publicación científica del CLAP No. 1249. CLAP-OPS/OMS. Montevideo Uruguay 1992.
20. ENDESA. Informe Final de la Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 2006/07. Pág.,. 201
21. Fernández – Martínez de Alegría, C; Brugos Larumbe, A; Sánchez Cantalejo, E. "El riesgo de embarazo en la adolescencia. Atención Primaria". Vol.9. Núm. 2 (42-54). Febrero 1999. Pág. 4.
22. Flor Tay, Lucie Puell, "Embarazo en adolescentes": Complicaciones obstétricas, Pág 3.
23. Galdo Muñoz G.: "Embarazo en la adolescencia". Actualidad medica, 2001; 87: pp 1- 14, Universidad de Granada, España.
24. Garforth S, García J. Hospital admission practices. En: Chalmers I, Enkin MW, KeirseMJNC (Eds). Effective Care in Pregnancy and Childbirth. Oxford, Oxford University Press, 1989: 820-6.
25. Gómez P.I., Hemorragia anormal del postparto. Programa de actualización médica permanente. ASCOFAME. Cuaderno 43. Mayo 3. 1997. Pág. 48
26. Guido Bendezú, Martínez. "Gestación a edades avanzadas". Ginecología y obstetricia. Vol. 47 N° 3. Julio 2001. Pág. 66.
27. Luengo Ximena. Salud Adolescente y Nivel de atención por Regiones y Servicios de Salud. Chile 1994. Tesis para optar al grado de Magister en Salud Pública. Diciembre 1997. Pág. 22.

28. López José Israel, Botell Lugones et al. "Experiencia médica, Aspectos psicosociales del embarazo en la adolescencia". Rev. Cubana Med Gen Integr 2005. Pág. 21.
29. Majluf N.; Romero M.I.; Ubilla G.; et Al. "Nivel de Salud y Atención pediátrica Preventiva, una aplicación de ingeniería de Sistemas." Escuela de ingeniería, Universidad Católica de Chile, Santiago, Enero de 1975. Pág. 153.
30. Molina, R.; Alarcón, G.; Luengo, X.; Toledo, V. y cols. "Estudio Prospectivo de Riesgo en Adolescentes Embarazadas". Rev. Ch. de Obst y Ginecol. N°1, 1988. Pág. 12
31. Molina R., Sandoval J., Luengo X.: "Salud sexual y reproductiva del adolescente" – Ruotti, A. M. y col.: Obstetricia y Perinatología, Cap. 8, 2 Edición, 2006 – EFACIM - EDUNA, Asunción, Paraguay. Pág. 213
32. Menacho Chioko., Luis Pedro: "Embarazo Adolescente". Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM) Lima – Perú. 2004. Pp.178
33. Nicaragua. Ministerio de Salud. "Estrategias y Lineamientos Básicos para la Prevención del Embarazo en la Adolescencia." Managua: Dirección Primer Nivel de Atención. Atención Integral a la Adolescencia. 2003. Pág. 48.
34. Ministerio de Salud de Nicaragua. Consideraciones para Infraestructura de Albergues Maternos. Programa de Modernización. Pág. 84.
35. Ministerio de Salud del Perú. "Guías Técnicas para Proyectos de Arquitectura y Equipamiento de las Unidades de Centro Quirúrgico y Cirugía Ambulatoria" Dirección General de Salud de las Personas Dirección Ejecutiva de Servicios de Salud. 2001. Pág. 12.
36. Ministerio de Salud, Dirección de Servicios de Salud, Reglamento Básico Para la organización y funcionamiento de las Casas Maternas. Pág. 28.
37. Ministerio de Salud. N-013- Manual de Habilitación de Establecimientos. Managua. Pág. 120.
38. Nicaragua, Ministerio de Salud. Gobierno de Reconciliación Nacional. Desarrollo Prospectivo de la Red de Servicios de Salud MINSA: Managua - 1ra Edición. Julio, 2008. Pág. 55
39. Niswander K.; Gordon M. "The women and their pregnancies". The collaborative perinatal study of the National Institute of Neurological diseases and stroke. The U.S. Department of Health, Education and Welfare. Ed. W. B. Saunders Company Philadelphia, 1972. Pag. 22.
40. Nicaragua. Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud ENDESA - 2001. Managua, 2001. Pág. 18

41. Nicaragua. Ministerio de Salud. "Situación de la mortalidad Perinatal en Nicaragua 2008". Managua: Programa Materno Infantil. 2009. Pág. 29.
42. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. "La Salud del adolescente y el joven en las Américas" Publicación Científica N° 489, 1985.
43. OMS. Clasificación Internacional de Enfermedades Accidentes y Causas de Muerte. Novena Revisión, Ed. World Health Organization, Ginebra, Suiza, 1977.
44. Oficina Regional de la OMS para Europa. Simposio sobre "Identificación de Personas de Alto Riesgo y Grupos de Población". Copenhague, 1971 (EURO, 4911), Schlesselman. Pág. 27.
45. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Fecundidad en la Adolescencia. Causas, Riesgos y Opciones. Cuaderno Técnico No. 12. Washington D.C. 1992.
46. Organización Panamericana de la Salud (OPS). "Plan de Acción de Desarrollo y Salud de Adolescentes y Jóvenes en las Américas." Washington, D.C. 1998 – 2001. Pág. 46.
47. Organización Mundial de la Salud. Prevenir el embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos en adolescentes en los países en desarrollo. Publicación: WHO/FWC/MCA/12.02 1
48. Richards, M.: "La Psicología de los Jóvenes de Hoy". Biblioteca de Psicología. 196. Cap. 6. (421). Barcelona. Editorial Herder. 2005. Pág. 11.
49. Soto Martínez O, Franco Bonal A, Silva Valido J, Velásquez Zúñiga, GA. "Embarazo en la adolescencia y conocimientos sobre sexualidad". Rev. Cubana de Medicina General Integral. Vol. 19 n6 Ciudad de la Habana nov - dic 2003. Pag. 201.
50. Susheela Singh, Haishan Fu, Renee Samara, Karen Mahler, Jeannie I. Rosoff and Dore Hollander. Into a New World. Young Woman's Sexual and Reproductive Lives. The Allan Guttmacher Institute, New York. 1998. Pág. 75.
51. UNICEF. Análisis de la Situación de la Mujer y la Niñez. Managua. 1996. Pág. 52.
52. Ulanowicz María Gabriela, Parra Karina Elizabeth et al. "Riesgos en el Embarazo en Adolescente". Revista de Postgrado de la VI Cátedra de Medicina UNAM – No. 153. 2006 . Pág. 13 – 17.
53. Torriente Barzaga Norberto Walfrido, Cedré Cabrera Angelina y . Rodríguez González. F Juan Facultad "Calixto García Iñiguez". Municipio Habana del

Este. "Conocimientos sobre sexualidad en adolescentes de una Secundaria Básica de Alamar en el curso escolar 2006/2007. Pág. 23.

54. Valero, C; Nebot, M; Villalbi, JR.: "Embarazo en Adolescentes en Barcelona: Distribución, antecedentes y consecuencias". Gaceta Sanitaria. Vol. 8. Núm. 43. Julio - Agosto 1999; pág. 155 – 161.

55. Welti C, Paz L. "La Fecundidad adolescente en el estado de México". México: Consejo Estatal de Población; 2001. Pág. 17.

# Anexos

## ANEXOS # 1

**Tabla No1. Características Sociodemográficas de Embarazadas albergadas en casa materna La Dalia, Matagalpa. Noviembre – Diciembre 2019**

<b>Variables</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Edad</b>		
Menor de 19 años	23	28
19– 29 años	39	50
30 - 39 años	13	16
40 - 45	5	6
<b>Escolaridad</b>		
Primaria	38	47
Secundaria	23	28
Universitaria	4	5
Ninguno	15	20
<b>Procedencia</b>		
Rural	70	87
Urbano	10	13
<b>Ocupación</b>		
Ama de Casa	72	90
Estudiantes	7	8
Otros	1	2
<b>Religión</b>		
Católico	36	45
Evangélico	44	55

**Fuente: Entrevista**

**Tabla No 2. Distribución de Embarazadas albergadas en casa materna La Dalia, según antecedentes Gineco Obstétricos. Matagalpa. Noviembre – Diciembre 2019**

<b>Variables: Antecedentes Gineco Obstetra</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>IVSA</b>		
Menor de 15 años	48	60
15– 19 años	26	32
20 - 30 años	6	8
Mayor de 31	0	0
<b>No Compañeros</b>		
1	63	78
2	15	20
3 o mas	2	2
<b>Gestas</b>		
1	35	43
2- 3	32	40
4 o más	13	17
<b>Aborto</b>		
0	70	87
1	9	12
2	1	1
3 o mas	0	0

**Fuente: Entrevista**

**Tabla No 3. Distribución de Embarazadas albergadas en casa materna La Dalia, según antecedentes Pre-convencionales. Matagalpa. Noviembre – Diciembre 2019**

<b>Variables:</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Antecedentes Pre-concepcionales</b>		
<b>Edad del 1er embarazo</b>		
Menor de 15 años	51	63
15– 19 años	18	22
20 - 30 años	7	10
Mayor de 35	4	5
<b>Historia Familiar de PE</b>		
Si	2	2
No	78	98
<b>Historia Personal de PE</b>		
Si	13	16
No	67	84
<b>Historia Personal de HPP</b>		
Si	1	1
No	79	99
<b>Aborto</b>		
0	70	88
1	9	11
2	1	1
3 o mas	0	0

**Fuente: Entrevista**



**Tabla No 4. Distribución de Embarazadas albergadas en casa materna La Dalia, según antecedentes Patológicos. Matagalpa. Noviembre – Diciembre 2019**

Variables	Si		No	
	#	%	#	%
Antecedentes Enf Crónicas	6	8	74	92
Hipertensión Arterial	2	2	78	98
Diabetes Mellitus	0	0	0	0
ERC	0	0	0	0
Cardiopatía	1	1	1	99
Inmunológicas	0	0	0	0
Reumatológicas	0	0	0	0
VIH - sida	0	0	0	0

**Fuente: Entrevista**

**Tabla No 5. Distribución de Embarazadas albergadas en casa materna La Dalia, según antecedentes Gestacionales.**

**Matagalpa. Noviembre – Diciembre 2019**

<b>Variables: Antecedentes Gestacionales</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>No CPN</b>		
Menor de 4	34	42
Mayor de 4	46	58
<b>Tipo de Embarazo</b>		
Único	72	90
Múltiples	8	10
<b>Tipo de 1er embarazo</b>		
Primigesta	21	26
Más de un embarazo	59	74
<b>Tipo de embarazo</b>		
Planeado	36	45
No Planeado	44	55

**Fuente: Entrevista**

**Tabla No 6. Distribución de Embarazadas albergadas en casa materna La Dalia, según antecedentes Gestacionales. Matagalpa. Noviembre – Diciembre 2019**

<b>Variabes</b>		<b>Si</b>		<b>No</b>	
<b>Antecedentes Gestacionales anterior</b>		<b>#</b>	<b>%</b>	<b>#</b>	<b>%</b>
Polihidramnios		4	15	76	85
Muerte Fetal		1	2	79	98
Aborto		10	13	70	87
Muerte Fetal		1	2	79	98
Muerte Neonatal		4	15	76	85
BB mayor de 4000 gramos		3	4	77	96
BB menor de 2000 gramos		1	2	79	98

**Fuente: Entrevista**

**Tabla No 7. Información recibida por las embarazadas sobre las Casas Materna de La Dalia, Matagalpa. Noviembre – Diciembre, 2019**

Variables	Si		No	
	fr	%	fr	%
<b>Información sobre Casa Materna</b>				
Propósito de las casa maternas es acercar a la mujer embarazadas que reside en zonas distantes	80	100	0	0
Casa materna se desarrolla a través de voluntarios de la comunidad y en coordinación estrecha de agentes comunitarios y los equipos de salud	79	98	1	2
Casas Maternas, tiene horario específico de atención, disponibles solo para alojamiento de acuerdo a las necesidades del equipo de salud	64	80	16	20
Cuenta con servicio de hotelería, condiciones para preparar la alimentación y coordinación de la atención medica con el MINSA	78	97	2	3
Garantizar el alojamiento, promoción básica de la salud a las mujeres embarazadas, procedentes de las comunidades de difícil acceso a los Servicios de Salud	75	93	5	7
Implementa acciones permanentes de prevención, promoción e higiene de su condición obstétrica y para la preparación del cuidado integral de su RN	78	97	2	3
Las camas son ocupadas en 60% para embarazadas y 40% para las puérperas	62	77	18	23

**Fuente: Entrevista**

**Tabla No 8. Nivel de conocimiento que poseen las Embarazadas albergadas en casa materna sobre complicaciones obstétricas. Matagalpa, La Dalia, Noviembre – Diciembre 2019**

Variables	Si		No	
	fr	%	fr	%
<b>Definición de Factores de Riesgos</b>				
Factor de riesgo es toda aquella característica biológica, ambiental o social que se asocia con el aumento en la probabilidad de presentar un evento no desea	64	80	16	20
Identificación oportuna de factores de riesgo permite la planeación estratégica de los controles prenatales, enfatizando las estrategias de referencia y contra referencia	79	98	1	2
Un embarazo de bajo riesgo las consultas de seguimiento deben ser, mensuales hasta la semana 32; después cada 15 días hasta la semana 36, y luego quincenal hasta el parto	64	80	16	20
Últimos dos controles prenatales antes de parto deben ser efectuados por médico, para orientar a la gestante y a su familia sobre el sitio de atención del parto y del RN	74	92	6	8
Pacientes de alto riesgo el intervalo con que se realice el control se establecerá de acuerdo con la patología y a criterio del especialista	76	95	4	5
Toda gestante debe ser valorada por el médico ginecoobstetra, para determinar el factor de riesgo	77	96	3	4
La valoración por el obstetra se efectúe en la segunda consulta y en el último trimestre del embarazo, preferiblemente entre las semanas 32 a 34	35	43	45	57
Médico general realiza el control prenatal de las gestantes con características de una gestación sin factores de riesgo.	45	56	35	44
Al confirmarse embarazo de alto riesgo, deberá asegurar a la paciente su atención en el nivel correspondiente	70	87	10	13

**Fuente: Entrevista**

**Tabla No 9. Nivel de conocimiento que poseen las Embarazadas albergadas en casa materna sobre complicaciones obstétricas. Matagalpa, La Dalia, Noviembre – Diciembre 2019**

Variables	Si		No	
	fr	%	fr	%
Riesgo para su embarazo actual				
Problemas de salud existentes	53	66	27	34
Edad	55	68	25	32
Factores del estilo de vida	39	48	41	52
Ser estudiada	22	27	58	73
Condiciones del embarazo	43	53	37	47
Problemas de salud existentes				
Presión arterial alta	55	68	25	32
Síndrome ovario poliquístico	56	70	24	30
Diabetes	57	71	23	29
Enfermedad renal	54	67	26	33
Enfermedad autoinmune	57	71	23	29
Enfermedad de la tiroides	57	71	23	29
Infertilidad	56	70	24	30
Obesidad	57	71	23	29
VIH- SIDA	58	72	22	28
Edad				
Embarazo adolescente	48	60	32	40
Primer embarazo después de los 35 años	51	63	29	37
Tener edad entre los 21 y los 30 años	20	25	60	75
Estilo de vida				
Consumo de alcohol	48	60	32	40
Consumo de cigarrillos	51	63	29	37
Comer carne blanca , verduras y frutas	20	25	60	75
Condiciones del embarazo				
Embarazo múltiples	53	66	27	34
Embarazo único	38	47	42	53
Diabetes gestacional	54	67	26	33
Pre eclampsia y eclampsia	45	56	35	44

**Fuente: Entrevista**

**Tabla No 10. Nivel de conocimiento que poseen las Embarazadas albergadas en casa materna sobre complicaciones obstétricas. Matagalpa, La Dalia, Noviembre – Diciembre 2019**

<b>Variables</b>	<b>Si</b>		<b>No</b>	
	<b>fr</b>	<b>%</b>	<b>fr</b>	<b>%</b>
<b>Conocimiento</b>				
Definición Factor de Riesgo	64	81	16	19
Riesgo para su embarazo actual	58	53	42	47
Problemas de salud existentes	56	70	44	30
Edad	39	49	61	51
Estilo de Vida	39	49	61	51
Condición del embarazo actual	29	59	51	41

**Fuente: Entrevista**

**Tabla No 11. Nivel de conocimiento que poseen las Embarazadas albergadas en casa materna sobre complicaciones obstétricas. Matagalpa, La Dalia, Noviembre – Diciembre 2019**

<b>Conocimiento</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
Mala	28	35
Buena	52	65
Total	80	100

**Fuente: Entrevista**



**Tabla No 12. Actitud de las Embarazadas albergadas en casa materna ante una complicación obstétrica. Matagalpa, La Dalia, Noviembre – Diciembre 2019**

<b>Variables / Actitud</b>	<b>DA</b>		<b>DE</b>	
	<b>fr</b>	<b>%</b>	<b>fr</b>	<b>%</b>
<b>Ante Factores de Riesgo</b>				
Relaciones sexuales es necesario el uso de anticonceptivos para evitar un embarazo de riesgo	74	92	6	8
Toda mujer embarazada independientemente de si está sana o no debe acudir al Puesto de Salud para CPN	78	97	2	3
El condón disminuye las probabilidades de tener un embarazo de riesgo	68	85	12	15
Embarazo es responsabilidad de la mujer y NO del hombre	11	13	69	87
Mayoría de las mujeres con embarazos de riesgo NO tienen el apoyo de su pareja por ser ARO	16	20	64	80
Las mujeres con embarazo de riesgo no están preparados psicológicamente, ni económicamente para asumir las complicaciones obstétricas	74	92	6	8
Embarazo de riesgo y sus complicaciones afecta la económica de la familia	75	93	5	7
Mujeres en edad fértil tienen suficiente y adecuada información para evitar el embarazo de riesgo	37	46	43	54
Fácil obtener métodos para evitar un embarazo de riesgo	66	82	14	8
Antes de tener relaciones sexuales las parejas deben unirse en matrimonio	43	53	37	47
Para tener hijos es necesario haber alcanzado un buen nivel educativo alto	35	43	45	57
Para tener hijos es necesario ser económicamente independiente	46	57	34	43
Si su embarazo es de alto riesgo de complicarse durante su desarrollo, usted está dispuesta de pasar alojada en la casa materna	79	98	1	2
Si vive largo del CS y tu embarazo es de alto riesgo de complicarse antes, durante y después de parto , usted está dispuesta de pasar alojada en la casa materna hasta irse sana usted y su bebe	78	97	2	3

**Fuente: Entrevista**

**Tabla No 13. Actitud de las Embarazadas albergadas en casa materna ante una complicación obstétrica. Matagalpa, La Dalia, Noviembre – Diciembre 2019**

<b>Actitudes</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Favorables	55	69
No Favorables	25	31
Total	80	100

**Fuente: Entrevista**

**Tabla No 14. Prácticas de las Embarazadas albergadas en casa materna ante una complicación obstétrica. Matagalpa, La Dalia, Noviembre – Diciembre 2019**

Variables / Practicas	DA		DE	
	fr	%	fr	%
<b>Ante los factores de riesgos</b>				
Inicio de Vida Sexual Activa antes de los 19 años y después de los 35 años, con lleva a complicaciones antes durante y posterior del parto	72	90	8	10
Antes de salir embarazada y conociendo que sería de alto resigo para su usted y sus bebe uso algún métodos anticonceptivos	74	92	6	8
Sabiendo que tiene un problema de salud crónico está dispuesta de salir nuevamente embarazada	27	33	53	67
El numero de compañeros sexuales aumenta el riesgo de tener un embarazo de alto riesgo	73	91	7	9
Al salir embarazada usted está dispuesta a dejar alcohol y el cigarrillos pues constituyen un riesgo de complicarse usted y su bebe	76	95	4	5
Recibiste algún tipo de información sobre la prevención del embarazo al diagnosticarse un enfermedad inmunológica	76	96	4	5
Recibiste algún tipo de información sobre la prevención de otro embarazo al haber tenido una complicación obstétrica en el embarazo actual	69	86	11	14
El uso del condón disminuye las probabilidades de tener un nuevo embarazo de riesgo y así disminuye una nueva complicación	74	92	6	8
Si su embarazo actual es de alto riesgo de complicarse usted está dispuesta de pasar alojada en la casa materna	77	96	3	4
Si vive largo de las unidades de salud y tu embarazo es de alto riesgo de complicarse durante el parto , usted está dispuesta de pasar alojada en la casa materna	77	96	3	4
Si su embarazo es de alto riesgo de complicarse su compañero la dejaría que se quede en la casa materna durante toda su embarazo	77	96	3	4

**Fuente: Entrevista**

**Tabla No 15. Prácticas de las Embarazadas albergadas en casa materna ante una complicación obstétrica. Matagalpa, La Dalia, Noviembre – Diciembre 2019**

<b>Actitudes</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Adecuadas	70	87
No adecuadas	10	13
Total	80	100

**Fuente: Entrevista**

## ANEXOS # 2

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua

Recinto Universitario FAREM - Carazo

Facultad de ciencias medicas

**“Conocimiento, actitudes y prácticas, sobre complicaciones obstétricas en las embarazadas ingresadas en casa materna del Municipio La Dalia en Matagalpa. Noviembre – Diciembre 2019”**

La presente entrevista es para valorar el conocimiento, actitudes y prácticas que tiene las mujeres al ser ingresada en casa materna de la dalia, Matagalpa, sobre lo factores riesgo de riesgo sobre complicaciones obstétricos. Sus respuestas serán utilizadas únicamente para efectos del estudio y su información será confidencial de forma que usted responda con toda confianza a las preguntas que se le realizaran.

Numero de encuesta\_\_\_\_\_ Fecha\_\_\_\_\_

### **I- DATOS GENERALES**

1. Edad

Menor de 19 años\_\_\_\_\_ 19 - 29 años\_\_\_\_\_ 30- 40 años\_\_\_\_\_

2. Estudios realizados:

Primaria\_\_\_\_ Secundaria\_\_\_\_ Universidad\_\_\_\_ Ninguno \_\_\_\_\_

3. Estado Civil

Soltero \_\_\_\_\_ Casado \_\_\_\_\_ Unión estable \_\_\_\_\_

4. Procedencia

Rural\_\_\_\_\_ Urbana \_\_\_\_\_

5. Religión

Católica\_\_\_\_\_ Evangélica \_\_\_\_\_ Otra \_\_\_\_\_

6. Ocupación

Ama de casa\_\_\_\_\_ Estudiante\_\_\_\_\_ Otra \_\_\_\_\_

### **7. Antecedentes obstétricos, familiares y patológicos:**

1. IVSA: (años)  $\leq$  15\_\_\_\_\_ 15-19\_\_\_\_ 20-24\_\_\_\_ 25-29\_\_\_\_  $\geq$  30\_\_\_\_\_

2. Compañeros sexuales: 1\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_  $\geq$  3 \_\_\_\_\_

3. Gestas: 0\_\_\_\_ 1- 2 \_\_\_\_\_  $\geq$  3\_\_\_\_\_

4. Abortos: 0\_\_\_\_ 1\_\_\_\_ 2\_\_  $\geq$  3\_\_\_\_\_

### Antecedentes Preconcepcionales:

- Edad 1 embarazo: 10-14 años \_\_\_\_\_ 15-19 años \_\_\_\_\_
- Historia Familiar de preeclampsia: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
- Historia Personal de preeclampsia: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
- Historia de HPP: Si \_\_\_ No \_\_\_
- Antecedentes de Enfermedades Crónicas:  
HTA: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Diabetes Mellitus: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Otros \_\_\_\_\_

### Antecedentes Gestacionales

- CPN: <4 \_\_\_\_\_ ≥4 \_\_\_\_\_
- Embarazo: único \_\_\_\_\_ Múltiple: \_\_\_\_\_
- Polihidramnios: si \_\_\_ No: \_\_\_\_\_
- Primigesta: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
- Tipo de embarazo: No planificado: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_
- Muerte fetal previa Si \_\_\_ No \_\_\_
- Bebe con peso mayor a 400 gramos: Si \_\_\_ NO \_\_\_
- Bebe con peso menor de 200 gramos. Si \_\_\_ No \_\_\_ -

## II- INFORMACIÓN

Sobre casa Materna	Si	No
El propósito de las casa maternas es acercar a la mujer embarazadas que reside en zonas distantes a recibir servicios de salud con complejidad adecuada		
El trabajo de la casa materna se desarrolla a través de voluntarios de la comunidad y en coordinación estrecha de agentes comunitarios y los equipos de salud		
Las Casas Maternas, tiene un horario específico de atención ya que esta disponibles solo para alojamiento de acuerdo a las necesidades del equipo de salud		x
Cuenta con servicio de hotelería, condiciones para preparar la alimentación y coordinación de la atención medica con el MINSA, incorporando los componentes de promoción/ prevención.		

Garantizar el alojamiento, promoción básica de la salud a las mujeres embarazadas, procedentes de las comunidades de difícil acceso a los Servicios de Salud para la atención Institucional del parto		
Implementa acciones permanentes de prevención, promoción e higiene de su condición obstétrica y para la preparación del cuidado integral de su recién nacido.		
Las camas son ocupadas en 60% para embarazadas y 40% para las púerperas, para cumplir el estándar de reducción de la mortalidad materna, perinatal		

## 1. Conocimiento

<b>1) Definición de Factores de Riesgo (9)</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
El factor de riesgo es toda aquella característica biológica, ambiental o social que se asocia con el aumento en la probabilidad de presentar un evento no deseado para el bebé y la madre		
La identificación oportuna de factores de riesgo permite la planeación estratégica de los controles prenatales, enfatizando las estrategias de referencia y contra referencia		
Usted considera que un embarazo de bajo riesgo las consultas de seguimiento deben ser, idealmente, mensuales hasta la semana 32; después cada 15 días hasta la semana 36, y luego quincenal o semanal hasta el parto.		
Los últimos dos controles prenatales antes de parto deben ser efectuados por médico, para orientar a la gestante y a su familia sobre el sitio de atención del parto y del recién nacido		
Pacientes de alto riesgo el intervalo con que se realice el control se establecerá de acuerdo con la patología y a criterio del especialista		
Toda gestante debe ser valorada por el médico ginecoobstetra, para confirmar o determinar el factor de riesgo.		
Se recomienda que la valoración por el obstetra se efectúe en la segunda consulta y en el último trimestre del embarazo, preferiblemente entre las semanas 32 a 34		
El médico general realiza el control prenatal de las gestantes cuyas características y condiciones indiquen una gestación sin factores de riesgo.		X

En caso de confirmarse la presencia de un embarazo de alto riesgo, deberá asegurar a la paciente su atención en el nivel correspondiente		
<b>2. Los factores que generan riesgo para el embarazo, marque los que consideran riesgo para su embarazo actual (5)</b>		
Problemas de salud existentes		
Edad		
Factores del estilo de vida		
Ser estudiada		x
Condiciones del embarazo		
<b>3. Dentro los problemas de salud tenemos , marque el que usted cree que no es problema (19)</b>		
<b>3.1 Problemas de salud existentes (9)</b>		
Presión arterial alta		
Síndrome ovario poliquístico		
Diabetes		
Enfermedad renal		
Enfermedad autoinmune		
Enfermedad de la tiroides		
Infertilidad		
Obesidad		
Vih SIDA		
<b>3.2 Edad (3)</b>		
Embarazo adolescente		
Primer embarazo después de los 35 años		
Tener edad entre los 21 y los 30 años		x
<b>3.3 Factores del estilo de vida (3)</b>		
Consumo de alcohol		
Consumo de cigarrillos		
Comer carne blanca , verduras y frutas		x
<b>3.4 Condiciones del embarazo (4)</b>		
Embarazo múltiples		
Embarazo único		
Diabetes gestacional		
Pre eclampsia y eclampsia		x



## ACTITUDES

Marque con una X según corresponda: Da: De Acuerdo, De: Desacuerdo

1. Actitud ante los factores de riesgo del Embarazo (14)	Da	De
En las relaciones sexuales es necesario el uso de anticonceptivos para evitar un embarazo de riesgo		
Toda mujer embarazada independientemente de si está sana o no debe acudir al Puesto de Salud para controlar su embarazo		
El condón disminuye las probabilidades de tener un embarazo de riesgo		
El embarazo es responsabilidad de la mujer y NO del hombre		x
La mayoría de las mujeres con embarazos de riesgo NO tienen el apoyo de su pareja por ser ARO		x
Por lo general las mujeres con embarazo de riesgo no están preparados psicológicamente, ni económicamente para asumir las complicaciones obstétricas		
El embarazo de riesgo y sus complicaciones afecta la económica de la familia		
Las mujeres en edad fértil por lo general tienen una suficiente y adecuada información para evitar el embarazo de riesgo		x
Es fácil obtener métodos para evitar un embarazo de riesgo		
Antes de tener relaciones sexuales las parejas deben unirse en matrimonio		x
Para tener hijos es necesario haber alcanzado un buen nivel educativo alto		x
Para tener hijos es necesario ser económicamente independiente		x
Si su embarazo es de alto riesgo de complicarse durante su desarrollo, usted está dispuesta de pasar alojada en la casa materna hasta llevar a su bebe sanito a casa		
Si vive largo de las unidades de salud y tu embarazo es de alto riesgo de complicarse antes, durante y después de parto , usted está dispuesta de pasar alojada en la casa materna hasta irse sana usted y su bebe		

## PRACTICAS

Marque con una X según corresponda: Da: De Acuerdo, De: Desacuerdo

1. Practicas (11)	Da	De
Inicio de Vida Sexual Activa antes de los 19 años y después de los 35 años, con lleva a complicaciones antes durante y posterior del parto		
Antes de salir embarazada y conociendo que sería de alto resigo para su usted y sus bebe uso algún métodos anticonceptivos		

Si usted sabiendo que tiene un problema de salud crónico está dispuesta de salir nuevamente embarazada		x
El numero de compañeros sexuales aumenta el riesgo de tener un embarazo de alto riesgo		
Al salir embarazada usted esta dispuesta a dejar alcohol y el cigarrillos pues constituyen un riesgo de complicarse usted y su bebe		
Recibiste algún tipo de información sobre la prevención del embarazo al diagnosticarse un enfermedad inmunológica		
Recibiste algún tipo de información sobre la prevención de otro embarazo al haber tenido una complicación obstétrica en el embarazo actual		
El uso del condón disminuye las probabilidades de tener un nuevo embarazo de riesgo y así disminuye una nueva complicación		
Si su embarazo actual es de alto riesgo de complicarse usted está dispuesta de pasar alojada en la casa materna		
Si vive largo de las unidades de salud y tu embarazo es de alto riesgo de complicarse durante el parto , usted está dispuesta de pasar alojada en la casa materna		
Si su embarazo es de alto riesgo de complicarse su compañero la dejaría que se quede en la casa materna durante toda su embarazo		

GRACIAS POR SU APOYO

**Anexos # 3**

**Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua**

**Recinto Universitario FAREM- Carazo**

**Facultad de ciencias medicas**

**Conocimientos, actitudes y prácticas de las embarazadas ingresadas en casa materna sobre complicaciones obstétricas. Matagalpa, la dalia Noviembre – Diciembre 2019.**

No Entrevista:

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

YO \_\_\_\_\_ CON NUMERO  
DE CEDULA \_\_\_\_\_, DOY  
AUTORIZACIÓN

A REALIZAR ENTREVISTA SOBRE FACTORES DE RIESGO Y COMPLICACIONES DE MÍ EMBARAZO. SIN NINGUN TIPO DE COHESION, RESPONDIENDO A LAS PREGUNTAS, CON EL OBJETIVO DE MEJORAR LA ORGANIZACIÓN DE CASA MATERNA Y LA ATENCION DE LAS EMBARAZADAS ALOJADAS, TODO LOS QUE SE DIGAN SERA UTILIZADOS CON PROPOSITOS ACADEMICOS Y DE FORMA CONFIDENCIAL.

MATAGALPA A LOS \_\_\_\_\_ DIAS DEL MES DE \_\_\_\_\_ DEL AÑO 2020

\_\_\_\_\_

FIRMA DEL ENTREVISTADO

\_\_\_\_\_

FIRMA DEL ENTREVISTADOR

