

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS-LEON



TESIS

Para optar al título de
Doctor en Medicina y Cirugía.

**MORBIMORTALIDAD Y UTILIZACION DE LOS SERVICIOS DE ATENCION
EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS, EN EL CENTRO DE SALUD
TRINIDAD GUEVARA NARVAEZ. MATAGALPA, 2005.**

Autora: Jossary Alejandra Márquez Larios

Tutor: Dr. Francisco R. Tercero Madriz
Prof. Titular Dpto. de Salud Pública
Master en Salud Pública

León, Junio 2006.

INDICE

<u>CONTENIDO</u>	<u>PAGS.</u>
Dedicatoria Agradecimientos Resumen	
1. INTRODUCCIÓN	1
2. ANTECEDENTES	2
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
4. JUSTIFICACIÓN	5
5. OBJETIVOS	6
6. MARCO TEÓRICO	7
7. MATERIALES Y MÉTODOS	20
9. RESULTADOS	23
10. DISCUSION	25
11. CONCLUSIONES	28
12. RECOMENDACIONES	29
13. REFERENCIAS	30
14. ANEXOS	33
Ficha de recolección de datos	
Cuadros	
Figuras	

DEDICATORIA

A TI MI DIOS quien ha trazado todos y cada uno de los días de mi vida. Gracias por todo lo que me has concedido.

A MI HIJA mi máxima inspiración y quien día a día me motiva a seguir superándome.
TE AMO MI PRINCESA.

AGRADECIMIENTO

A MI ESPOSO por ser mi gran amigo, mi confidente, mi gran amor. Gordo gracias por tu ayuda y tu paciencia.

A MIS PADRES por creer en mí desde el inicio de este largo camino y ayudarme a lograr esta meta.

A MI TUTOR, Dr. Francisco Tercero gracias por las horas de trabajo que compartió conmigo para culminar este estudio.

AL CENTRO DE SALUD Y HOSPITAL CESAR AMADOR MOLINA especialmente al área de estadísticas por su colaboración con este estudio.

RESUMEN

Dada la elevada incidencia de embarazo en adolescentes, el objetivo de este estudio fue describir la morbilidad, mortalidad, y utilización de los servicios de atención en adolescentes embarazadas, en el centro de salud Trinidad Guevara Narváez, Matagalpa, 2005.

El estudio fue de corte transversal. La población fueron las embarazadas adolescentes de la ciudad de Matagalpa que acudieron a control prenatal al centro de salud Trinidad Guevara. Las fuentes fueron los expedientes clínicos del centro de salud y del hospital César Amador Molina. En aquellos casos que no tuvieron parto hospitalario se procedió a hacer visitas domiciliarias y obtener la información complementaria. Para el análisis de la morbilidad y mortalidad se calcularon tasas. Además, se calculó la proporción de pacientes de parto institucional.

En total se estudiaron 72 embarazadas adolescentes, y la mayoría se caracterizó por ser adolescentes en etapa tardía, baja escolaridad, y unión libre. Sin embargo, una cuarta parte eran solteras. Las principales enfermedades fueron sepsis urinaria, anemia, preeclampsia, leucorrea, y amenaza de aborto. La principal causas de referencia hospitalaria fue la preeclampsia. El número de controles prenatales (CPN) fue inadecuado en un 47%. El 86% de los partos fueron hospitalarios. El 69% tuvieron un parto vaginal y el 31% cesárea. La mitad de las pacientes presentaron algún tipo de complicación. No hubo ninguna muerte materna, pero se presentaron 5 muertes perinatales. Las principales indicaciones de cesárea fueron sufrimiento fetal agudo, desproporción céfalo pélvica, e inducción fallida del parto. Las principales complicaciones del parto/cesárea fueron desgarro vaginal y sufrimiento fetal agudo.

Dada la alta morbilidad materna y mortalidad perinatal se debería de mejorar el número de CPN y promover más el parto institucional.

Palabras claves: embarazo en adolescente, morbilidad, utilización de servicios de salud, mortalidad perinatal.

INTRODUCCIÓN

El embarazo en la adolescencia ha sido visibilizado solo recientemente como un problema de salud pública y de desarrollo humano. En el pasado se le ha dado una connotación de normal, y muchas veces deseable, la maternidad como punto máximo de realización; además de que ha considerado como destino biológico y social de las mujeres.¹

En muchos países el embarazo en la adolescencia es muy común, por ejemplo, cada año 15 millones de niños nacen de madres adolescentes. Estas jóvenes están expuestas a considerables riesgos de salud durante el embarazo y el parto. Las jóvenes entre los 15 a 19 años de edad tienen doble riesgo de morir en el parto que las mujeres de 20 a 29 años, y en las menores de 15 años el riesgo de morir es 5 veces mayor. Debido a que el embarazo es tan frecuente a esta edad y conlleva tantos riesgos para la salud, las complicaciones del mismo representan la principal causa de muerte entre las adolescentes entre 15 a 19 años de edad a todo el mundo.²

Routi plantea que “El embarazo en cualquier edad constituye un hecho biopsicosocial muy importante, pero la adolescencia conlleva a una serie de situaciones que pueden atender tanto contra la salud de la madre como la del hijo, y constituirse en un problema de salud, que no debe ser considerado solamente en términos del presente, sino del futuro, por las complicaciones que acarrea.”³

Por otra parte la evolución de la madurez biológica, psicológica y social, se ha ido separando progresivamente con el paso de los años. En lo biológico se observa claramente un descenso en la edad de la menarquia, lo que le permite a la adolescente ser madre a edades tan tempranas como a los 11 años. La madurez psicosocial, en cambio, tiende a desplazarse a edades más avanzadas debido al largo proceso de preparación que requiere un adolescente para llegar a ser autovalente en ambos sentidos

ANTECEDENTES

El 43% de la población mundial tiene menos de 15 años y aproximadamente uno de cada cinco niños(as) entre 10-14 años son parte de la población económicamente activa.⁶

Durante los últimos años la atención de la adolescente embarazada en Latinoamérica ha experimentado un considerable desarrollo, se han creado servicios especiales y se han destinado actividades específicas de los programas maternos para este grupo etéreo. Millones de adolescentes son madres. En América Latina y el Caribe esta cifra disminuye a una tercera parte.²

La fecundidad total y la del grupo de 15 a 19 años han disminuido en la región de las Américas. Sin embargo, estos descensos no han sido de igual magnitud en todos los grupos etéreos, ni en todos los países. La tasa de fecundidad (TF) específica en el grupo de 15 a 19 años en América Latina fluctúa entre 60 y 130 nacimientos por 1,000. La fecundidad adolescente es más alta en países en desarrollo y entre clases sociales menos favorecidas, haciendo pensar que se trata de un fenómeno transitorio porque, de mejorarse las condiciones, ella podría descender.⁷

La mitad de las mujeres de Nicaragua inicia su vida sexual antes de los 18 años, de las cuales el 14.4% lo hace antes de cumplir los 15. A los 19 años, más del 45% de las adolescentes ya han sido madres. Según el MINSA, casi un 30% de los embarazos se registran en mujeres adolescentes. La mayor proporción de embarazos en adolescentes en el país, lo presentan la Región Atlántico, Jinotega y Matagalpa. La fecundidad de las adolescentes del área rural, supera en un 75% a las del área urbana.⁶

De acuerdo al Sistema de Vigilancia de la Mortalidad Materna del Ministerio de Salud, el 30% de las muertes maternas registradas en 1998 ocurrió en menores de 20 años. El parto prematuro, el bajo peso al nacer y la mortalidad constituyen un problema tanto para la madre adolescente como para sus hijos o hijas. Por otro lado, durante el desarrollo de su vida están más expuestos al abuso físico, negligencia en su cuidado, desnutrición y atraso en su desarrollo físico y emocional.⁷ La tasa nacional mortalidad materna para el 2002 fue de 96.6 por 1,000 mil nacidos vivos registrados. Durante los últimos 9 años, los SILAIS con mayores índices de mortalidad fueron Matagalpa, RAAN, RAAS, Jinotega y Managua.⁷

En Nicaragua, según datos de la Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud, el 31% de los hogares tiene jefatura femenina y el 35% de los niños y niñas menores de 15 años no viven con sus papás. Las proyecciones realizadas por el Instituto de Estadística y Censos (INEC), señalan una tasa de 139 nacimientos por cada 1000 mujeres entre 15 y 19 años. La quinta parte de las madres embarazadas no recibieron atención médica.⁸

Zelaya (1996) reportó que, además de la pobreza y los bajos niveles educativos, la “búsqueda insatisfecha de amor paterno” y “el haber vivido en una casa con padre ausente” constituían factores asociados al embarazo precoz. Por su parte, los resultados de un estudio sociocultural muestran que la explicación más frecuente que dan las adolescentes del por qué se embarazaban fue “para complacer a mi pareja.”⁹

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la morbilidad, mortalidad, y utilización de los servicios de atención en adolescentes embarazadas, que acuden al centro de salud Trinidad Guevara, Matagalpa, durante el 2005?

JUSTIFICACIÓN

El reconocimiento del riesgo que representa el embarazo para la adolescente ha dirigido la atención de obstetras, y psicólogos así como de otros sectores de la sociedad hacia los embarazos en las adolescentes. El mayor peligro de complicaciones perinatales así como un mayor riesgo de muerte materna en embarazadas adolescentes ha sido ampliamente descrito.

Según las estadísticas Matagalpa tiene la mayor tasa de embarazo en adolescentes y mortalidad materna. Por ello se considera relevante y oportuno realizar un estudio para conocer la morbi-mortalidad en adolescentes embarazadas en el municipio de Matagalpa, y tener una visión general de la atención del parto y las consecuencias del mismo. Con dicha información se podrían sugerir propuestas de intervención para aminorar los problemas de salud de este grupo de mujeres.

OBJETIVOS

Objetivo general

Describir la morbilidad, mortalidad, y utilización de los servicios de atención en adolescentes embarazadas, en el centro de salud Trinidad Guevara Narváez, Matagalpa, 2005.

Objetivos específicos

1. Describir las características socio demográficas de las pacientes.
2. Identificar las principales causas de morbilidad y de mortalidad materna y/o neonatal.
3. Estimar la tasa de incidencia y mortalidad materna, así como el grado de utilización de los servicios de control prenatal y parto institucional.

MARCO TEÓRICO

Adolescencia¹⁰

La OMS (Organización Mundial de la Salud) define como adolescencia al "período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio – económica" y fija sus límites entre los 10 y 20 años. Es considerada como un periodo de la vida libre de problemas de salud pero, desde el punto de vista de los cuidados de la salud reproductiva, el adolescente es, en muchos aspectos, un caso especial. En muchos países, los adolescentes llegan a representar del 20 al 25% de su población. En 1980 en el mundo había 856 millones de adolescentes y se estima que en el 2000 llegarán a 1,1 millones. La actividad sexual de los adolescentes va en aumento en todo el mundo, incrementando la incidencia de partos en mujeres menores de 20 años. Por los matices según las diferentes edades, a la adolescencia se la puede dividir en tres etapas:

1 Adolescencia Temprana (10 a 13 años)¹⁰

Biológicamente, es el periodo peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca. Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Intellectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos

y se plantea metas vocacionales irreales. Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

2 Adolescencia media (14 a 16 años)¹⁰

Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo. Muy preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.

3 Adolescencia tardía (17 a 19 años) ¹⁰

Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales. Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo sabiendo que: "una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes."

Desde el punto de vista psicosocial el embarazo en la adolescencia se define como: "el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarca, y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen."^{2,3}

Debido a que la adolescente está todavía en desarrollo y crecimiento, es importante conocer los riesgos que conlleva un embarazo en la adolescencia saber que la pelvis todavía está creciendo, asimismo el canal del parto no tiene el tamaño definitivo, por lo que las madres adolescentes presentan desventajas biológicas y tienen más problemas en los partos.²

Se observa que el riesgo de presentar complicaciones está en relación con la edad materna, siendo mayor si la edad de la mujer embarazada es menor de 15 años (en la adolescencia temprana). En las embarazadas menores de 15 años el embarazo es de alto riesgo obstétrico. Este se relaciona con la pobreza, mala alimentación y mala salud antes del embarazo, aunado a un inadecuado control prenatal, y no directamente con la edad materna.³

La Organización Panamericana de la Salud también relaciona ciertos factores de riesgo asociados a la edad en la adolescente gestante:²

Edad:	Menor de 17 años
Estatura:	Menor de 1.50 mts
Estado Civil:	Soltera o sin compañero estable
Peso Inicial:	Menor de 45 Kg.
Ganancia de Peso:	Menos de 8 Kg. durante todo el embarazo
Educación:	Analfabetismo
Comportamiento:	Hábito de fumar Consumo de alcohol Consumo de drogas Actitud negativa hacia el embarazo
Aspect. Socioeconómico:	Ingreso familiar por debajo de la pobreza Crítica Embarazo producto de abuso sexual
Atención de salud:	Poca accesibilidad a los servicios

Factores predisponentes^{2,11}

1. Menarca temprana: otorga madurez reproductiva cuando aún no maneja las situaciones de riesgo.
2. Inicio precoz de relaciones sexuales: cuando aun no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención.
3. Familia disfuncional: uniparentales o con conductas promiscuas, que ponen de manifiesto la necesidad de protección de una familia continente, con buen 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.
4. Mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente y/o sola.
5. Bajo nivel educativo: con desinterés general. Cuando hay un proyecto de vida que prioriza alcanzar un determinado nivel educativo y posponer la maternidad para la edad adulta, es más probable que la joven, aún teniendo relaciones sexuales, adopte una prevención efectiva del embarazo.

6. Migraciones recientes: con pérdida del vínculo familiar. Ocurre con el traslado de las jóvenes a las ciudades en busca de trabajo y aún con motivo de estudios superiores.
7. Pensamientos mágico: propios de esta etapa de la vida, que las lleva a creer que no se embarazarán porque no lo desean.
8. Fantasías de esterilidad: comienzan sus relaciones sexuales sin cuidados y, como no se embarazaban por casualidad, piensan que son estériles.
9. Falta o distorsión de la información: es común que entre adolescentes circulen "mitos" como: sólo se embaraza si tiene orgasmo, o cuando se es más grande, o cuando lo hace con la menstruación, o cuando no hay penetración completa, etc.
10. Controversias entre su sistema de valores y el de sus padres: cuando en la familia hay una severa censura hacia las relaciones sexuales entre adolescentes, muchas veces los jóvenes las tienen por rebeldía y, a la vez, como una forma de negarse a sí mismos que tiene relaciones no implementan medidas anticonceptivas.
11. Aumento en número de adolescentes: alcanzando el 50% de la población femenina.
12. Factores socioculturales: la evidencia del cambio de costumbres derivado de una nueva libertad sexual, que se da por igual en los diferentes niveles socioeconómicos.

Factores determinantes^{2,11}

1. – Relaciones sin anticoncepción
2. – Abuso sexual
3. – Violación

Para aplicar un modelo de atención basado en factores de riesgo obstétrico y perinatal, conviene dividir a las adolescentes embarazadas en 3 grupos: de alto riesgo, de mediano riesgo y de riesgo corriente o no detectable.¹¹

Grupo de alto riesgo obstétrico y perinatal.¹¹

- Antecedentes de patología médica obstétrica general importante.
- Antecedente de abuso sexual.
- Enflaquecimiento (desnutrición).

- Estatura de 1.50 m o menor.
- Cursando los 2 primeros años de la enseñanza media.
- Pareja estudiante, en servicio militar o con trabajo ocasional.

Grupo de mediano riesgo obstétrico y perinatal¹¹

- Menarca a los 11 años o menos.
- Actitud negativa o indiferente al inicio del embarazo.
- Ser la mayor de los hermanos.

Grupo de riesgo obstétrico y perinatal corriente o no detectable¹¹

Incorpora a todas las demás adolescentes hasta la edad que determine el programa. Poseen diferentes normas de control prenatal, en base a nivel de complejidad de la atención. Actualmente no se considera el grupo de mediano riesgo. El factor "actitud negativa" de la adolescente al inicio del embarazo, pasó al grupo de alto riesgo y los otros 2 factores pasaron al grupo de riesgo corriente o no detectable. La aplicación de un programa de estas características en CAPS del norte de la ciudad de Santiago de Chile, ha permitido descender la tasa de mortalidad materna a casi 0 en adolescentes y la de partos pretérmino igualarlos prácticamente a la de la población de adultas (7 a 8% en Chile).

Control del embarazo de la adolescente

En Francia, entre el 5 y el 10% de los embarazos en adolescentes, son desconocidos hasta el parto y el seguimiento del 20 a 30% es deficiente o nulo. En EE.UU. la primera visita, por lo general ocurre hacia las 16 semanas en las adolescentes y de las 12 semanas en la mujer mayor siendo nulo el seguimiento entre un 2 a 3%, aumentando con la edad alcanzando un 56% entre los 18 y 19 años. En Salamanca España, el 45% de las gestantes adolescentes son controladas en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario Clínico de dicha ciudad, un 45% lo son fuera de él, y un 12% no son controladas. Se controlan el 11% de las adolescentes gestantes entre 14 y 16 años y un 88% de las gestantes entre 17 y 19 años. Al parecer, el número total de controles no supera los 4 en todo el embarazo.¹¹⁻¹²

Los peligros maternos

Cada minuto muere en el mundo una mujer a consecuencia de complicaciones en el embarazo, 300 conciben sin haberlo deseado o planeado y 200 adquieren alguna enfermedad transmitida sexualmente. Por esto, uno de los retos de la Organización Panamericana de Salud (OPS) ha sido "procurar una maternidad saludable". La organización está tratando de promocionar esta campaña a nivel de gobiernos, escuelas, educadores, organizaciones de desarrollo, medios de comunicaciones y de individuos.²

¹⁰ Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), *la mortalidad materna* se define "como la muerte de una mujer durante el embarazo o 42 días después de éste". Cada año alrededor de 585,000 mujeres en el mundo, mueren como consecuencia de complicaciones del embarazo. En 1996 se estimó una Tasa de Muerte Materna de 197,5 por cada 100.000 nacidos vivos, la más alta reportada a nivel nacional. Esta nueva cifra rebasa el promedio latinoamericano de 190 x 100.000.¹

Según indica el OPS (Organización Panamericana de la Salud), las fallecidas pueden ser: una madre adolescente, sola, lejos de la ayuda profesional; una mujer que llegó al hospital con hemorragia y muy tarde para salvar su vida; una mujer que, en su desesperación, recurrió al aborto para terminar con un embarazo no deseado; una mujer con varios hijos que no asistió a la atención prenatal a tiempo para identificar y prevenir complicaciones. Y según han visto, la mayor proporción de años de vida sanos perdidos por mujeres en edad reproductiva, son atribuibles a problemas relacionados con el embarazo y el parto.¹³

Las principales causas de mortalidad materna son por: ¹³

- Hemorragia
- Hipertensión inducida por la gestación
- Infección producto de un embarazo
- Aborto practicado en malas condiciones

Pero hay signos de alarma que pueden avisar para buscar ayuda: ¹⁴⁻¹⁵

- Antes de las 20 semanas de gestación: Presión arterial por encima de las cifras habituales; sangramiento vaginal; cefalea persistente.
- Después de las 20 semanas de gestación: Convulsiones; hinchazón de piernas o pies o ambas; sangramiento vaginal; dolor abdominal intenso; cefalea persistente; infección de las vías urinarias; temperatura elevada; salida de líquidos o ruptura de la fuente. Estos síntomas pueden avisar de diferentes problemas.

Probables problemas durante los controles prenatales, según trimestres ¹⁴⁻¹⁶

Primer trimestre

- Trastornos digestivos. En 1/3 de las gestantes adolescentes se presentan vómitos, proporción bastante semejante a la población de adultas. En algunas circunstancias pueden colaborar otros factores como la gestación no deseada. Un trabajo nigeriano al respecto informa que los vómitos se ocurrieron en el 83,3% de controladas y el 86% de no controladas.
- Metrorragias. Ocurre en un 16,9% de las adolescentes en y un 5,7% de las adultas.
- Abortos espontáneos. Leroy y Brams detectaron un 28,2% de abortos espontáneos en las adolescentes.
- Amenaza de aborto. Es el cuadro más precoz que puede presentar el aborto espontáneo y se caracteriza por que en una mujer en edad genital con signos presuntivos de embarazo, con amenorrea previa y un útero con caracteres gestacionales y de tamaños acordes con los correspondientes al tiempo de amenorrea, aparecen dolores hipogástricos de tipo cólico que coinciden con las contracciones del útero, sin modificaciones de la forma, ni dilatación alguna del cuello uterino. El cuadro se acompaña de hemorragia genital leve.

- Embarazos extrauterinos. Según Aumerman ocurren en el 0,5% de las gestantes embarazadas y en el 1,5% de las adultas.

Segundo y tercer trimestre

- Anemia. Especialmente en sectores de bajo nivel social y cultural. El déficit nutricional condiciona la anemia ferropénica, problema que comenzó a ser estudiado por Wallace en 1965. Tejerizo encuentra un 16,99% de anemias en las adolescentes gestantes y un 3,97% en las adultas. En el Hospital Universitario Clínico de Salamanca se encontró un 53,8% de anemias ferropénicas en adolescentes. En un estudio sobre 340 adolescentes embarazadas, se encontró 13,5% de anemias en las controladas y 68% en las no controladas.¹¹ La anemia se distingue como una de las complicaciones más frecuentes en el embarazo y es más común en mujeres con dieta inadecuada. La atención prenatal tardía o deficiente, se asocia con el riesgo de presentar anemia, deficiencia de hierro y de zinc.¹⁷
- La leucorrea y las vulvovaginitis. están entre las afecciones más frecuentes en las adolescentes y fue el principal motivo en consultas de Ginecología Infanto-Juvenil en Ciudad Habana en el año 2003.¹⁸
- Infecciones urinarias. Hay discrepancias respecto de si es o no más frecuente esta complicación en la adolescente embarazada. Al parecer habría un discreto aumento de la frecuencia entre las de 14 años pudiendo alcanzar, para algunos autores, un 23,1%.
- Amenaza de parto pretérmino. El criterio esencial para el diagnóstico de parto pretérmino son las contracciones uterinas regulares menos de 2 en 10 minutos con una duración de por lo menos 30 segundos que ocurren por 30 minutos y/o cambios cervicales. Afecta aproximadamente al 11% de las gestantes embarazadas y, para algunos autores, no es diferente al porcentaje de las mujeres adultas. No obstante, la adolescencia en sí, es un factor de riesgo para esta complicación al que contribuyen una serie de condicionantes presentes con mayor frecuencia en las adolescentes que en las gestantes adultas, como son la malnutrición materna, la anemia y las infecciones.¹⁸

- Hipertensión arterial gravídica. Es aquella que ocurre sin desarrollo significativo de proteinuria y que se presenta después de la 20ª semana de gestación, o durante el parto, o en el puerperio, generalmente en las primeras 48 horas. Complicación que se presenta entre el 13 y 20% de las adolescentes gestantes, posiblemente es mayor el porcentaje entre las gestantes menores de 15 años, notándose una sensible disminución en la frecuencia de la eclampsia (0,10 a 0,58%), dependiendo en gran medida de la procedencia de la gestante, su nivel social y de la realización de los controles prenatales. En países en vías de desarrollo puede alcanzar un 18,2% de preeclampsias y un 5% de eclampsias. Para algunos autores, esta incidencia es doble entre las primigrávidas entre 12 y 16 años.
- Rotura prematura de membranas. Se denomina rotura prematura de membranas cuando esta ocurre antes del comienzo del trabajo de parto (para algunos por lo menos 1 hora antes). Se considera “periodo de latencia” al tiempo transcurrido entre el momento en que se produce la rotura y el parto. Cuando este periodo supera las 24 horas, a la rotura se le denomina prolongada.
- Sufrimiento fetal agudo. Se define como una perturbación metabólica compleja debida a una disminución de los intercambios fetomaternos, de evolución relativamente rápida, que lleva a una alteración de la homeostasis fetal, y que puede provocar alteraciones tisulares irreparables o la muerte del feto.
- Parto prematuro. Se denomina parto pre-término al que se produce entre las 28 y 36 semanas de gestación. Su frecuencia oscila entre el 2 y el 12% del total de nacimientos. En la adolescencia se da por la deficiente maduración de los tejidos óseos y blandos.

Es más frecuente en las adolescentes, con una media de menos una semana respecto de las adultas, cubriendo todas sus necesidades (nutritivas, médicas, sociales, psicológicas). En el Hospital Universitario Clínico de Salamanca, la incidencia del parto pretérmino es de 9%.¹¹

- Crecimiento intrauterino retardado. Quizás por inmadurez biológica materna, y el riesgo aumenta por condiciones socioeconómicas adversas (malnutrición) o por alguna complicación médica (toxemia). El bajo peso al nacer se asocia al aumento de la morbilidad perinatal e infantil y al deterioro del desarrollo físico y mental posterior del niño.

- Presentaciones fetales distócicas. Las presentaciones de nalgas afecta del 1,9% al 10% de las adolescentes. Para algunos autores, al 3%.
- Hemorragias durante el alumbramiento. Se comunica una frecuencia del 5,5% de hemorragias del alumbramiento en adolescentes, frente a un 4,8% en las mujeres entre 20 y 24 años. Por lo tanto, la hemorragia del alumbramiento no es específica del parto de la adolescente.

Tipo de parto¹⁹⁻²⁰

En algunas publicaciones se informa una mayor frecuencia de extracciones fetales vaginales instrumentales y no tanta cesárea.

En el período del parto, los problemas más frecuentes son las alteraciones en la presentación y en la posición del feto, que se han relacionado con un desarrollo incompleto de la pelvis materna. Esto determina una incapacidad del "Canal del Parto", para permitir el paso del polo cefálico fetal, estas distocias provocan aumento de cesáreas. Otra manifestación del desarrollo incompleto del aparato genital de la madre adolescente es la estrechez del "Canal Blando", que favorece las complicaciones traumáticas del tracto vaginal.¹⁹

Este hallazgo implica alto riesgo de lesiones anatómicas como son los desgarros, así como mayor probabilidad de hemorragias e infecciones en un terreno materno que puede estar comprometido. por la desnutrición y las anemias previas. La estrechez de cualquiera de las dos porciones del canal del parto (ósea o blanda), implica un mayor peligro de parto traumático para el feto que presenta amplia variedad y grado de severidad.¹⁹

Las principales causas de indicaciones cesárea fueron son: desproporción céfalo pélvica, sufrimiento fetal agudo, inminencia de eclampsia-eclampsia, mala presentación, cesárea previa.²⁰

Patología durante el parto:¹⁹⁻²⁰

- Desproporciones cefalopélvicas. Es muy frecuente en adolescentes que inician su embarazo antes de que su pelvis alcance la configuración y tamaño propios de la madurez.

Distocia provocada por estenosis de la pelvis: Cualquier reducción de los diámetros de la pelvis que reduzca la capacidad pélvica puede provocar una distocia durante el parto. Las reducciones pélvicas se clasifican de la siguiente manera:

- a) Estrecho superior de la pelvis estenótica: el estrecho superior de la pelvis normalmente se considera reducido si su diámetro antero posterior es menor de 10 cm., o si su diámetro transverso máximo es menor de 12 cm. El diámetro antero posterior de la pelvis frecuentemente se mide en función del conjugado diagonal, el cual es alrededor de 1.5 cm. mayor que el antero posterior verdadero.
Por consiguiente, la reducción o estenosis del estrecho superior se define también como la disminución de la medida del conjugado diagonal menor de 11.5 cm.
 - b) Estenosis de la pelvis media: Aunque la definición de reducción de la pelvis media no ha sido establecida con la precisión de la reducción del estrecho superior, la pelvis media puede considerarse estenosada cuando la suma de los diámetros interespinosos isquiáticos y sagitales posteriores de la pelvis media (normal: 10.5 cm. más 5 cm. o sea 15.5 cm.). Existen razones para sospechar de una reducción de la pelvis media, siempre que el diámetro interespinoso desciende por debajo de 10 cm. Cuando es inferior a 9 cms., la pelvis media está reducida.
 - c) Estenosis del estrecho inferior de la pelvis: La estenosis del estrecho inferior de la pelvis se define como la disminución del diámetro intertuberoso a menos de 8 cm.
- Trabajo de parto prolongado: En virtud del mal desarrollo de partes óseas y blandas, se observa con frecuencia, lo que lleva a un cansancio obstétrico y a la vez a un mayor número de cesárea. Se dice que una vez iniciado el trabajo de parto, clásicamente se acepta que éste se encuentra detenido cuando luego de 1 hora en las multíparas y de 3 horas en las nulíparas, con contractilidad normal y sin desproporción cefalo-pélvica, la cabeza fetal no ha descendido, ni rotado y la dilatación cervical permaneció estacionaria. Se considera enlentecido cuando la velocidad de dilatación es menor que el promedio de 1.2 cm. por hora en la nulípara y de 1.5 cm. en la multípara.

- Laceraciones del canal de parto: Las laceraciones del canal de la vagina y perineo se clasifican como de primero, segundo y tercer grado, casi siempre pueden evitarse con una episiotomía.
- Laceraciones de primer grado: Afectan el pliegue muco membranoso en la comisura posterior de la vulva, la piel perineal y la membrana mucosa vaginal, pero no la fascia y el músculo.
- Laceraciones de segundo grado: Afectan además de la piel y la membrana mucosa, la fascia y músculos del cuerpo perineal, pero no al esfínter rectal. Estos desgarros suelen extenderse longitudinalmente a uno o ambos lados de la vagina formando una lesión triangular irregular.
- Laceraciones de tercer grado: Se extienden a través de la piel, membrana mucosa y cuerpo perineal y afectan el esfínter anal.
- Otras complicaciones: La prevalencia del test de Sullivan y la curva de glucemia positiva es posible que ocurra en un 38,4% de cesárea es sensiblemente mayor.

Recién nacido de madre adolescente²¹⁻²²

a) Peso

No existen diferencias significativas con relación a las mujeres adultas, aunque parece existir entre las menores de 15 años, debiendo diferenciarse claramente los nacimientos pretérmino de los retardos del crecimiento fetal, con definidas repercusiones sobre la morbimortalidad perinatal. Entre la menores de 17 años hay mayor frecuencia de bajos pesos, con una prevalencia cercana al 14% de recién nacidos con menos de 2500 g.

Sin embargo otros estudios reportan bajo peso al nacer y este suceso es de 2 a 6 veces más frecuente en adolescentes, de estos el 85% son niños prematuros y un 15% niños pequeños para la edad gestacional. Estos resultados desfavorables del embarazo de adolescentes más que a inmadurez biológica "perse", estarían asociados a otras variables sociodemográficas como inadecuado control prenatal, desnutrición y bajo nivel educacional.²

b).Hospitalización en neonatología

Los hijos de adolescentes registran una mayor frecuencia de ingresos a Neonatología sin diferencias entre las edad de las adolescentes.

c) Malformaciones

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

d) Mortalidad perinatal

Su índice es elevado entre las adolescentes, disminuyendo con la edad (39,4% hasta los 16 años y 30,7% entre las mayores de 19 años).

Pronóstico

Materno

Condicionado por factores físicos, sociales y psicológicos. El corto intervalo intergenésico es frecuente con sus consecuencias psicofísicas y sociales. El 50 a 70% abandonan las escuelas durante el embarazo y el 50% no la retoman más y si lo hacen, no completan su formación. Sólo un 2% continúan estudios universitarios^{2,13}

Fetal

Entre un 5 y 9% de los hijos de adolescentes, son abandonados al nacer²¹⁻²²

MATERIALES Y MÉTODOS

El presente estudio fue descriptivo de corte transversal. El área de estudio correspondió al área de captación del Centro de Salud Trinidad Guevara Narváez. La población de estudio fueron 72 embarazadas adolescentes, procedentes de áreas urbanas del municipio de Matagalpa que acudieron a control prenatal al centro de salud Trinidad Guevara Narváez, y cuyos partos esperados correspondieron al segundo semestre del 2005.

Previo a la recolección de información se procedió a pedir autorización al director (a) del centro de salud Trinidad Guevara Narváez y al director del hospital César Amador Molina de Matagalpa, el acceso a las estadísticas de dichos centros, así como su apoyo institucional.

Una vez obtenida la autorización, se procedió a revisar todos los expedientes de las pacientes embarazadas adolescentes a partir del segundo trimestre. La información necesaria para cumplir con los objetivos fue copiada en el instrumento de recolección de datos (ver anexo). Posteriormente se acudió al hospital César Amador Molina para identificar todos aquellos casos que llegaron a parir a dicho hospital para completar la información de las pacientes. En aquellos casos que no tuvieron parto hospitalario estas fueron todas aquellas embarazadas que no se encontraron en los libros de registro hospitalario ya sea libro de labor y parto o sala de operaciones y además no se encontraron expedientes hospitalario, se procedió a hacer visitas domiciliarias (previo consentimiento informado verbal) y obtener la información complementaria.

Análisis

Epi Info versión 6.04 fue el software utilizado para el procesamiento y análisis de los datos. Para el análisis de la morbilidad y mortalidad se calculó las tasas de incidencia y de mortalidad materna. Para medir la proporción de pacientes de parto institucional se usó como numerador el total de embarazadas adolescentes que parieron en el hospital y como denominador el total de embarazadas adolescentes que asistieron al control prenatal.

Operalización de las variables

VARIABLE	CONCEPTO	ESCALA
Edad	Numero de años cumplidos actualmente	Se especificará
Nivel Educativo	Máximo nivel académico alcanzado por la encuestada	Analfabeta-Ninguno Alfabeta Primaria Secundaria Universitaria
Estado civil	Relación actual con su pareja	Soltera Casada Unión libre Otros
Enfermedades	Enfermedades detectadas durante los controles prenatales	I trimestre II trimestre III trimestre
Causas de referencia	Razón por la que se decide su manejo en una unidad hospitalaria	I trimestre II trimestre III trimestre
Lugar del Parto	Lugar donde se atendió el parto	Hospitalario Domiciliar
Número de CPN	Se considerará inadecuado un número de controles menor de cuatro y adecuado de cuatro.	Adecuado Inadecuado

VARIABLE	CONCEPTO	ESCALA
Tipo de parto	Forma de finalización del embarazo	Vaginal Cesárea
Complicaciones del parto	Anomalía no esperada durante la atención del parto	Si No
Malformaciones congénitas	Si se observó al momento del nacimiento alguna afectación congénita	Si No
Razones del parto extrahospitalario	Razones brindadas por la paciente que impidieron parir en el hospital	Se especificará
Egreso materno		Viva Muerta
Egreso del recién nacido		Vivo Muerto
Causa de muerte materna	Causa muerte basado en la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10 revisión (CIE-10)	Se especificará
Causas de muerte neonatal	Causa muerte basado en la CIE-10	Se especificará

RESULTADOS

Durante el año 2005 en el Centro de Salud Trinidad Guevara se atendieron 72 embarazadas adolescentes procedentes del área urbana y cuyos partos correspondían al segundo semestre de dicho año. Al distribuir a las embarazadas adolescentes según sus características demográficas se encontró que el 75% de ellas se encontraban en la etapa de la adolescencia tardía, el 22% adolescencia intermedia, y el 3% la adolescencia temprana. El 46% tuvo educación primaria, 37% secundaria y el 3% no tuvieron ningún nivel educativo, y el 14% eran alfabetas. El 56% vivían en unión libre, 29% eran solteras y 15% casadas (Cuadro 1).

Dentro de las principales causas de morbilidad detectadas durante el control prenatal: el 37% fue por sepsis urinaria, 21% anemia, 20% preeclampsia y 7% presento amenaza de aborto. Otras causas menos frecuentes fueron amenaza de parto prematuro, retardo del crecimiento intrauterino, hiperémesis, toxoplasmosis y condilomatosis. Los meses en que se detectó mayor número de casos fueron durante el segundo y tercer trimestre del embarazo (Cuadro 2). Las tasas de morbilidad para el primero, segundo y tercer trimestre fueron de 10%, 46% y 49%, respectivamente.

Dentro de las principales causas de referencia hospitalaria se encontró que la preeclampsia represento 6 de los 12 casos que fueron referidos para manejo hospitalario, seguido por la amenaza de parto pretermino con 2 referencias, así como la amenaza de aborto, retardo del crecimiento intrauterino, toxoplasmosis y condilomatosis con una referencia cada uno. El mayor número de referencias que se realizaron fueron durante el tercer trimestre (Cuadro 3).

Con respecto a las características en la atención y sus resultados se encontró que el número de control prenatal adecuado fue realizado en un 53% y 47% fue inadecuado. El 86% de los partos fueron hospitalarios y el 14% domiciliar. El 69% tuvieron un parto vaginal y el 31% fueron vía cesárea. La mitad de las pacientes presentaron algún tipo de complicación durante el parto o cesárea, y no hubo ninguna muerte materna. Se presentaron 2 muertes fetales y 3 neonatales (Cuadro 4). La tasa de mortalidad perinatal III fue de 69 por 1000 nacimientos. En las pacientes cuyos productos terminaron en óbito no se logro encontrar la causa. Dentro de las muertes neonatales 2 fueron por prematuridad y 1 por sepsis neonatal.

Dentro de las principales causas de indicación de cesárea podemos observar que en 7 de las pacientes los fetos presentaron sufrimiento fetal agudo que no mejoraron a pesar de las medidas, 6 pacientes presentaron desproporción céfalo pélvica, en 5 de ellas la inducción del parto fue fallida, 2 pacientes cursaron con hipodinamia y 1 de ellas presentaba condilomatosis y 1 era cesárea anterior. (Fig. 1)

Las principales complicaciones presentadas fueron desgarro vaginal en 18 casos, en 16 casos hubo sufrimiento fetal agudo y 2 pacientes presentaron hemorragia por hipodinamia la cual fue controlada con oxitócicos y 2 pacientes presentaron rotura prematura de membranas. (Fig. 2).

DISCUSION

En el presente estudio se observó que la mayoría de las embarazadas adolescentes se encontraban en la adolescencia tardía, seguido por la adolescencia intermedia. Estos datos coinciden con la mediana de edad de inicio de relaciones sexuales (15.6 años), según ENDESA.⁸ Las prácticas sexuales a edades tempranas y la falta de medios de planificación familiar que es muy frecuente en países en desarrollo como Nicaragua, son los principales determinantes en el embarazo de las adolescentes.^{8, 22} Así mismo a nivel nacional, el ministerio de salud en 1999 reportó una alta tasa de fecundidad para las adolescentes en etapas.²³

El máximo nivel escolar alcanzado por las adolescentes embarazadas fue de primaria o menos. Esto esta de acuerdo a literatura que reporta que las adolescentes embarazadas tienden a alcanzar y abandonar la educación en niveles tanto primarios como secundarios que aquellas jóvenes que posponen su maternidad para etapas futuras.²⁴ Gutiérrez reportó que en 1997 que solo el 41% de las adolescentes que tienen hijos antes de los 18 años de edad termina la educación secundaria, en comparación a adolescentes con otro tipo de problemas sicosociales.^{25,26} Casi una tercera parte de las embarazadas adolescentes vivían en unión libre, lo cual esta por debajo del porcentaje nacional para adolescentes (66%).⁸

Las principales patologías que presentaron las embarazadas adolescentes como anemia, preeclampsia, amenaza de aborto, amenaza de parto pretermino (APP), retardo del crecimiento intrauterino, corresponde por lo referido por otros autores.^{12, 20} La existencia de una relación inversamente proporcional entre control prenatal y morbi-mortalidad materna y perinatal, debe tenerse presente ya que casi la mitad de las pacientes tuvieron un número de CPN inadecuado. Esto se compara con un estudio realizado en Salamanca, Argentina, donde el 45% de las gestantes adolescentes son controladas en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario Clínico de dicha ciudad.¹¹ Pardo y Frisa encontraron que las complicaciones del parto y del puerperio fueron más frecuentes entre adolescentes sin control prenatal.²⁴

Muchos autores encuentran la amenaza de parto pretermino y el parto pretérmino como una de las problemáticas del embarazo a edades tempranas,²⁷ algunos incluso como la complicación más frecuente en este grupo de edad;²⁸ sin embargo, en el presente estudio aunque se presentaron casos de APP no fue la patología que más afecto a las embarazadas adolescentes, lo cual coincide con los resultados hallados por otros autores.

Es raro observar que el 14% de las pacientes no haya tenido parto institucional, ya que no existía problemas de acceso ya que todas eran de la ciudad de Matagalpa. Creo que esto podría deberse a falta de conocimiento de la importancia del parto institucional para reducir las complicaciones y la mortalidad materna, así como a expectativas sobre la atención pública hospitalaria, razón que los lleva a buscar otro tipo de atención alternativa.

Es curioso observar que una de cada tres embarazadas adolescentes resultó en cesárea. Esto es un problema de salud pública porque esta tercer parte (31%) de adolescentes están destinadas a parir a través de cesáreas. Por otro lado, los costos en salud en los hospitales se incrementaran considerablemente si dicha conducta, persiste.

Se encontró que la principal indicación de cesárea se debía a sufrimiento fetal agudo seguido por las desproporciones cefalopelvicas y las presentaciones pelviana; este dato se corresponde por lo expuesto por Agüero que público que la causa más frecuente de indicación de cesárea es el sufrimiento fetal agudo con un 29%. La presentación pelviana constituye el 24% de las indicaciones de cesáreas anualmente.²⁹

La mitad de las pacientes en estudio sufrieron algún tipo de complicación durante el momento del parto, siendo el desgarro vaginal la principal. El predominio de desgarros durante el parto en adolescentes también ha sido encontrado por otros autores.³⁰

En el presente estudio no se presentaron muertes maternas, lo que demuestra una mejoría en la calidad de la atención prenatal y del parto, ya que durante los últimos 9 años el departamento de Matagalpa ha tenido una de las tasas más altas mortalidad materna.^{7,31} Sin embargo, se observaron 5 muertes perinatales para una tasa de

mortalidad perinatal de 69 por 1,000 nacimientos, la cual es casi 2.5 veces superior a la del SILAIS de Matagalpa, según cifras oficiales.³¹ Esto se corresponde con la literatura consultada que indica que una consecuencia del embarazo precoz sobre el hijo, se refleja en el elevado índice de mortalidad perinatal.³² Dentro de las principales causas de mortalidad perinatal encontradas observamos que 1 de los óbitos fue domiciliar y la paciente no logro especificar la posible causa. Acerca del óbito hospitalario no se pudo conocer la causa aparente ya que en el expediente no se describía. Dentro de las muertes neonatales encontramos que 1 fue por síndrome de sufrimiento respiratorio, 1 por neumonía por aspiración meconial en estos casos pudimos observar que ambos neonatos nacieron prematuramente y el otro caso fue debido a una sepsis neonatal debido a una rotura prematura de membranas de 3 días de evolución.

CONCLUSIONES

1. La mayoría de las embarazadas adolescentes se encontraban en la etapa de la adolescencia tardía, con un bajo nivel escolar y casi una tercera parte eran solteras.
2. Las principales morbilidades detectadas durante los controles prenatales fueron sepsis urinaria, anemia y preeclampsia. La preeclampsia fue la causa por la cual fueron referidas al hospital la mitad de las pacientes.
3. Casi la mitad de las embarazadas adolescentes tuvieron un número de controles prenatales inadecuado.
4. La atención del parto en su mayoría fue hospitalario, pero un 14% fue domiciliar. Aproximadamente una tercera parte de las pacientes tuvieron cesárea y el resto fue parto vaginal.
5. En la mitad de las pacientes se presentaron complicaciones durante el momento del parto o cesárea, predominando los desgarros y sufrimiento fetal agudo.
6. No hubo muertes maternas, pero la tasas de mortalidad perinatal III fue muy alta.

RECOMENDACIONES

1. Crear clubes de adolescentes para hacer conciencia de los riesgos que conllevan el embarazo durante esta etapa de la vida.
2. Promover la asistencia a los controles prenatales para a través de ellos detectar y prevenir las patologías o complicaciones que puedan poner en riesgo la vida tanto de la madre como la del hijo.
3. Promover la importancia y la mayor seguridad del parto institucional.

REFERENCIAS

1. Morales A. Módulo: Embarazo en la adolescencia. Ipas, Centroamérica.
2. La sexualidad y el embarazo en la adolescencia. UNICEF, UNFPA, WHO, IPPF. Disponible en la Web. Obgyn.net/publicaciones.
3. Ruoti M., Ruoti A., *et al.* "Sexualidad y Embarazo en Adolescentes". Paraguay: Instituto de Investigaciones de Ciencias de Salud. Universidad de Asunción Paraguay. 1992.
4. Luengo, Ch. X.: "Definición y Características de la Adolescencia". "Embarazo en Adolescentes. Diagnóstico", 1991. SERNAM UNICEF. Stgo. de Chile, 1992.
5. Rico de Alonso, A.: "Madres Solteras Adolescentes", Edit. Colombia. Ltda. Bogotá. 1986.
6. Adolescencia y Fecundidad en Nicaragua. FNUAP – MINSA 1999.
7. Análisis de la situación actual en Nicaragua. Año 2000. OPS–OMS Nicaragua.
8. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 1998. Managua, Nicaragua: Macro International Inc./INEC. 1999.
9. Zelaya E. Adolescent pregnancies in Nicaragua: The importance of education. Umeå, Sweden. Umeå University. Doctoral thesis. 1999.
10. Embarazo en la Adolescencia. J.R.I. Revista de Postgrado de la cátedra VI a Medicina N.107-Agosto/200. Pág.11-23.
11. García Sánchez M. H., Hernández Hernández M. L., Manjón Sánchez A.: "Embarazo y adolescencia" - Dto. Obst. y Ginec. Hptal. Clín. Univers. de Salamanca – Rev. sobre Salud Sexual y Reproductiva N° 2, año 2, junio 2.000, pág. 10-12 – Asociación Argentina por la Salud Sexual y Reproductiva (AASSER).
12. Molina R.: "Adolescencia y embarazo" – Pérez Sánchez A., Donoso Siña E.: Obstetricia, Cap. 14, 2ª Edic. 1992 – Publicac. Técnicas MEDITERRANEO – Santiago de Chile.
13. Organización Panamericana de la Salud. La salud en las Américas. Edición de 1998. Vol.2. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica; 569).

14. Schwarcz R, Fescina R, Diverges C. Obstetricia. 6ª ed. Buenos Aires, Argentina: Editorial El Ateneo. 2005. El parto y sus complicaciones. Revista Medicina. MEXICO. 2004.
15. Toro Merlo J., Uzcátegui Uzcátegui O.: "Embarazo en la adolescente" – Rodríguez Armas O., Santiso Gálvez R., Calventi V.: Ginecología, Fertilidad y Salud Reproductiva, FLASOG, Vol. 1, Cap. 32 – Edit. ATEPROCA, Caracas, Venezuela.
16. Peláez M J. Adolescente embarazada. Características y riesgos. En: Obstetricia y Ginecología Infanto Juvenil. Su importancia. La Habana, SOCUDEF 1996: 61-3.
17. Peña E, Sánchez A, Solano L. Perfil de riesgo nutricional en la adolescente embarazada. Arch Latinoam Nutr 2003; 53(2): 141-9.
18. Salomón AN. Desarrollo de la Ginecología Infanto Juvenil. En: XII Congreso Nacional. de Obstetricia y Ginecología. Abril. 27 al 30; Ciudad de La Habana, Cuba, 2004
19. Belitzky, R. *et al.*: "Resultados Perinatales en Madres Jóvenes: Estudio Comparativo en Maternidades Latinoamericanas". La salud del Adolescente y el joven en las Américas. Publicación Científica, OPS/OMS 1985; 489: p.p. 221-72.
20. Romero A, Lind S, Arce R, Bazán C. Incidencia y principales indicaciones de cesáreas. Revista de Postgrado de la VIa Cátedra Medicina 2004;135:1-6.
21. Chio Naranjo J, Pouymiro Beltrán T, Pérez Felpeto R, Echevarria Puente A, Vargas Torres J. Mortalidad perinatal en embarazadas adolescentes. Rev. Cubana Obst Ginecol 1998; 14(2):31-8.
22. Stevens-Simons C, McAnarney ER. Adolescent pregnancy. Gestational weight gain and maternal and infant outcomes. Am J Dis Child 1992; 146:1359-64.
23. Maddaleno M, et al. La salud del adolescente y del joven. Washington D.C.: OPS/OMS. 1995. Publicación Científica No. 552.
24. Centro de estudios de estado y sociedad (CEDES). El embarazo en la adolescencia. Diagnostico para orientar las políticas y programas de salud. Argentina. Mayo 2003 – 2004.
25. MINSA. "Manual de procedimientos para la atención integral a las y los adolescentes". Capitulo 5. Salud sexual y reproductiva en la adolescencia. Managua, Nicaragua. 2002.

26. Gutiérrez X. Modulo de Adolescencia. Maestría en Salud Sexual y Reproductiva. UNAN-Managua. 2002.
27. Pardo F., Uriza G. Estudio de embarazo en adolescentes en 11 instituciones Colombianas. Rev. Col Obstet Ginecol 1991; 42(2): 109-121.
28. Bolzan A, Norry M. Perfil epidemiológico de embarazadas adolescentes en el Municipio de La Costa, Prov. de Bs. As, Argentina. Rev. Soc. Argent. Ginecol. Infanto Juvenil. 2001; 8(1):18-24.
29. Nadarajah S; Leong NK. Adolescent pregnancies managed at KK Hospital. Singapore Med J 2000; 41(1):29-31
30. Jórjez J, Agüero J. Cesáreas por sufrimiento fetal clínico. Rev. Obst Gin Ven 1982; 42: 147-155.
31. Ministerio de Salud. Indicadores Básicos de Salud 2005. Managua: MINSA. 2005.
32. Coll A.: “Embarazo en la Adolescencia” – Clínicas Perinatológicas Argentinas, N. 4, 1997 – Asociación Argentina de Perinatología (ASAPER).

ANEXOS

Anexo 1: Formulario de recolección de datos.

Morbimortalidad y utilización de los servicios de atención en adolescentes embarazadas, Matagalpa, 2005.

I. DATOS GENERALES:

1. No. Ficha: _____
2. No. expediente: _____
3. Edad (años cumplidos): _____
4. Dirección: _____

5. Nivel educativo:

- a) Analfabeta
- b) Alfabeta
- c) Primaria
- d) Secundaria
- e) Universitaria

6. Estado civil:

- a) Soltera
- b) Casada
- c) Unión libre
- d) Otro

II. DATOS ESPECIFICOS:

Variables	Primer trimestre	Segundo trimestre	Tercer trimestre
7. No. CPN			
8. Principales Morbilidades			
9. Causa de referencia al hospital			

8. Atención de parto:

- a) Hospitalario
- b) Domiciliar
- c) Otro: _____

11. Tipo de parto:

- 12. Vaginal
- 13. Cesárea

12. Complicaciones del parto:

- a) No
- b) Si
- c) Cuales: _____

13. Resultado materno:

- a) Viva
- b) Muerta

14. Resultado del recién nacido:

- a) Vivo
- b) Muerto

15. Con malformaciones congénitas:

- a) No
- b) Si

Explique las razones por las cuales no asistió al hospital a parir:

Explique brevemente la causa de muerte materna:

Explique brevemente la causa de muerte neonatal:

Cuadro 1 Características socio-demográficas de adolescentes embarazadas.
Centro de salud Trinidad Guevara, Matagalpa. 2005.

Características	No.	%
Adolescente (años):		
Temprana (10-13)	2	3
Intermedia (14-16)	16	22
Tardía (17-19)	54	75
Nivel Educativo:		
Analfabeta	2	3
Alfabeta	10	14
Primaria	33	46
Secundaria	27	37
Estado civil:		
Soltera	21	29
Casada	11	15
Unión libre	40	56
Total	72	100

Cuadro 2 Principales causas de morbilidad por trimestre en adolescentes embarazadas. Centro de salud Trinidad Guevara, Matagalpa. 2005.

Enfermedades	Trimestre del embarazo			Total	
	I	II	III	No.	%
Sepsis urinaria	1	14	13	28	37
Anemia	2	10	4	16	21
Preeclampsia	0	4	11	15	20
Amenaza de aborto	1	4	0	5	7
Amenaza de parto prematuro	0	0	3	3	4
RCIU	0	0	3	3	4
Hiperémesis	3	0	0	3	4
Toxoplasmosis	0	1	0	1	1
Condilomatosis	0	0	1	1	1
Total	7	33	35	75	100

Cuadro 3 Principales causas de referencia al hospital por trimestre en adolescentes embarazadas. Centro de salud Trinidad Guevara, Matagalpa. 2005.

Causas de referencia	Trimestre del embarazo			No.
	I	II	III	
Preeclampsia	0	0	6	6
Amenaza de aborto	0	1	0	1
Amenaza de parto prematuro	0	0	2	2
RCIU	0	0	1	1
Toxoplasmosis	0	1	0	1
Condilomatosis	0	0	1	1
Total	0	2	10	12

Cuadro 4 Características en la atención y sus resultados de adolescentes embarazadas. Centro de salud Trinidad Guevara, Matagalpa. 2005.

Características	No.	% (n=72)
Número de CPN:		
Adecuado	38	53
Inadecuado	34	47
Lugar de atención del parto:		
Hospitalario	62	86
Domiciliar	10	14
Tipo de parto:		
Vaginal	50	69
Cesárea	22	31
Complicaciones del parto:		
Si	36	50
No	36	50
Muerte materna:		
	0	0
Muerte perinatales:		
Fetales	2	3
Neonatales	3	4

Fig. 1 Principales indicaciones de cesáreas en adolescentes embarazadas. Matagalpa, 2005.

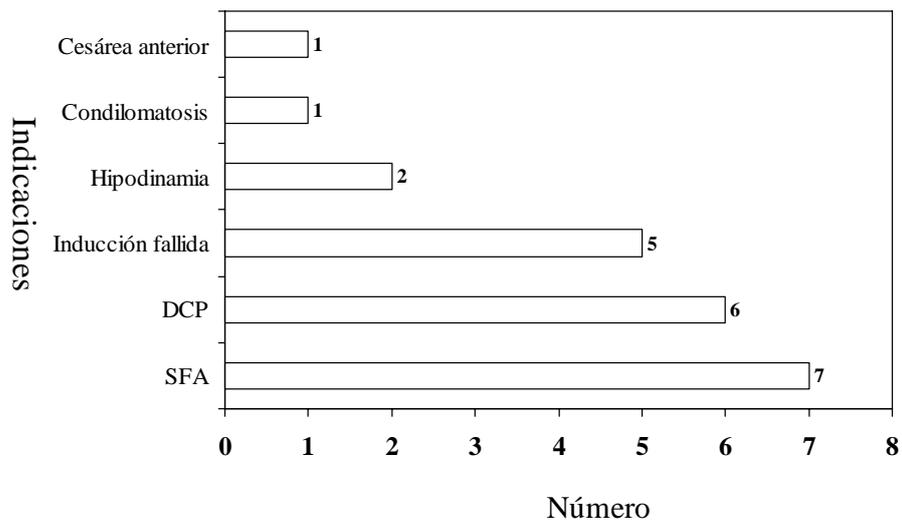


Fig. 2 Principales complicaciones durante el parto en adolescentes embarazadas. Matagalpa, 2005.

