

**Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua-León.**

**Facultad de Ciencias Médicas.**

**Escuela de Enfermería.**



Monografía para optar al título de Licenciada (o) en Ciencias de la Enfermería.

**Título:** Antecedentes patológicos personales y estado nutricional de las adolescentes embarazadas, que presentan complicaciones obstétricas, atendidas en el Centro de Salud Sutiaba, León, Agosto- Septiembre 2018

Autores: Bra. Griselda María Landero Torrez.

Br. Enrique Javier Maldonado Martínez.

Tutora: Lic. Mercedes Poveda.

León 31 de octubre del 2018

"A LA LIBERTAD POR LA UNIVERSIDAD"

## **DEDICATORIA**

Principalmente a Dios que nos dio la sabiduría y las fuerzas para seguir adelante, su mano fuerte siempre estuvo de nuestro lado, nos ayudó a terminar esta meta que es un triunfo no solo personal sino de toda nuestra familia.

A nuestros padres quienes día a día se esforzaban para que no nos faltara nada para poder culminar nuestra meta, a pesar de las adversidades siempre estuvieron ahí para darnos aliento a continuar, son una parte indispensables en nuestras vida y a ellos les debemos todo lo que hoy somos.

**BRA. Griselda Landero.**

**BR. Enrique Maldonado.**

## **AGRADECIMIENTOS**

Principalmente a Dios quien nos ha dado la sabiduría necesaria para captar los conocimientos y herramientas para cumplir con nuestras metas.

A nuestras familias que siempre han estado con nosotros alentándonos a seguir adelante en todo momento.

A nuestros maestros y guías quienes nos han brindado todos los conocimientos y herramientas básicas para ejercer esta preciada labor como lo es la enfermería.

A nuestras tutoras por habernos dedicado el tiempo para orientarnos en este trabajo investigativo y habernos compartido sus conocimientos y experiencias lo cual hace cada vez más fuerte nuestro deseo por crecer y servir a la gente.

Al Centro de Salud Félix Pedro Picado y Director Dr. Humberto Ramírez por permitirnos realizar en esta unidad de salud nuestro trabajo investigativo.

Al personal encargados de estadísticas y personal de enfermería quienes en medio de sus múltiples ocupaciones apartaron tiempo para brindarnos nuestras fuentes informativas (expedientes clínicos y censo de embarazadas) y por último a las embarazadas que participaron en el estudio por permitirnos entrar a sus hogares y brindarnos información, que fue de gran ayuda en nuestro trabajo investigativo.

## OPINION DEL TUTOR

La presente monografía es realizada para optar al título de Licenciada (o) en Ciencias de Enfermería, “Antecedentes patológicos personales y estado nutricional de las adolescentes embarazadas, que presentan complicaciones obstétricas, atendidas en el Centro de Salud Sutiaba, León, Agosto- Septiembre 2018”

El estudio de tipo descriptivo, cuantitativo, de corte transversal, tomaron una población y muestra de 51 embarazadas adolescentes, recolectaron la información a través de encuestas con preguntas cerradas analizada con la Base de datos SPSS versión 22.

Esta organizada en áreas sugeridas por la “Normativa de tesis de la UNAN-LEON (2011) y ESTATUTOS Y REGLAMENTOS: (PAG 47 A 49, ARTÍCULOS 174 AL 195) LEY DE AUTONOMIA Y ESTATUTOS. UNAN LEÓN.

Obtuvieron los siguientes resultados en relación a los datos demográficos, la mayoría están entre las edades de 15 a 19 años, cursaron la secundaria, la mayoría de las adolescentes son amas de casa, con estado civil unión libre, procedentes del área urbana; la complicación más frecuente durante el embarazo fue anemia seguida de hipertensión y diabetes gestacional, aumento de peso, al contrario disminuyeron; con respecto al estado nutricional la mayoría tienen el peso normal.

Han recomendado al personal y a las embarazadas implementar estrategias de información, educación y comunicación orientada a disminuir el riesgo reproductivo en adolescentes con relación a las complicaciones obstétricas.

Lic. Fidelia Mercedes Poveda Rivas

Tutora

## RESUMEN

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, cuantitativo, de corte transversal tomando una población y muestra de 51 embarazadas adolescentes con el objetivo principal de determinar los antecedentes patológicos personales y estado nutricional de las adolescentes embarazadas, que presentaron complicaciones obstétricas, atendidas en el Centro de Salud Félix Pedro picado.

Para recolectar la información se hizo uso de encuesta con preguntas cerradas para luego introducir la información en una Base de datos la cual fue creada en el programa de SPSS versión 22, posteriormente se realizaron tablas de frecuencia y se hizo cruce de variables para presentar los resultados.

El estudio evidencia como resultado que, de 51 pacientes embarazadas que lo constituían, el 97% están comprendidas entre las edades de 15 a 19 años, la mayoría cursaron la secundaria (61%), el 55% de estas adolescentes son amas de casa, gran parte tenía como estado civil unión libre (57 %); un 46% pertenecen a la religión católica siendo el porcentaje más alto, son mayoritariamente procedentes del área urbana (69%); la complicación más frecuente durante el embarazo fue anemia (53%), seguida de hipertensión y diabetes gestacional con (40%). De 51(100%) embarazadas adolescentes, 44(86%) si tuvieron aumento de peso el porcentaje restante (14%) no presento aumento de peso, al contrario disminuyeron; con respecto al estado nutricional 26(59%) tienen peso normal.

Al revisar el censo de embarazadas encontramos que la gran mayoría de adolescente en su último control prenatal se le diagnostico IVU recurrente y anemia,

Palabras Claves: Antecedentes Patológicos Personales, Estado Nutricional, Complicaciones.

## INDICE

CONTENIDO	PAG.N°
I. Introduccion_____	1
II. Planteamiento del problema_____	5
III. Objetivos_____	6
IV. Marco teorico_____	7
V. Diseño Metodologico_____	19
VI. Resultados_____	22
VII. Discusion_____	25
VIII. Conclusiones_____	27
IX. Recomendaciones _____	28
X. Bibliografia_____	29
XI. Anexos_____	33

## I. INTRODUCCION:

En el mundo se estima que existe más de un billón de adolescentes y la actividad sexual cada vez es más temprana, con lo que la incidencia de embarazos en mujeres menores de 20 años es mayor. Según la OMS el embarazo en la adolescencia ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarca. La adolescencia se considera como una etapa de la vida del ser humano donde ocurren complejos cambios biológicos, psicológicos y sociales que conducen al individuo hacia la madurez del adulto<sup>1</sup>

Las complicaciones relacionadas con el embarazo se reportan entre las principales causas de muerte de las mujeres entre 15 y 19 años en casi todas las regiones de América Latina y el Caribe; Aunque la adecuada atención durante el embarazo puede minimizar en mucho los resultados desfavorables, esto no es así en casi todos los casos.

A nivel latinoamericano, Nicaragua es el país con mayor proporción de embarazos en adolescentes. El 24.4% de los embarazos son de adolescentes, es decir, 92 de cada 1,000 mujeres adolescentes (*entre 15 y 19 años*) son madres.

Se reconocen una extensa gama de complicaciones biológicas cuya incidencia es superior en las madres adolescentes, las cuales abarcan todos los trimestres del embarazo y los periodos del parto afectando tanto a la joven madre como a su hijo<sup>1</sup>.

El embarazo en la adolescente se ha asociado con un mayor riesgo de complicaciones durante la gestación como hipertensión, infecciones, ruptura prematura de membranas, parto pretérmino y hemorragia postparto

El problema del embarazo en la adolescencia tiene implicaciones importantes en la salud pública, siendo una preocupación tanto desde el punto de vista médico como psicosocial, ocurriendo con mayor frecuencia en adolescentes de medios socioeconómicos bajos, en familias desintegradas, numerosas o monoparentales,

afectadas por el desempleo y es un fenómeno que se había presentado previamente en las propias madres de las adolescentes <sup>2</sup>.

La desnutrición y la obesidad son un problema nutricional grave, que se complica cuando una mujer queda embarazada, pues puede sufrir enfermedades e infecciones secundarias.

La mujer con bajo peso no posee reservas de proteínas, vitaminas y minerales, provocando trastornos para ella y para su hijo. Los signos físicos de las mujeres que llegan desnutridas al embarazo son resequedad en la piel, caída del cabello, uñas quebradas, lesiones en la boca y en los ojos. Esto demuestra la deficiencia de vitaminas.

Las mujeres con obesidad tienen mayor riesgo de infecciones, trombosis, diabetes gestacional, hipertensión y ruptura prematura de las membranas del saco gestacional". Además, está más expuesta a sufrir dolores de espalda, calambres, fatiga y problemas de sueño, también tienen mayor posibilidad de infecciones cervicovaginales o de enfermedades urinarias y pueden sufrir preeclampsia, una de las primeras causas de mortalidad materna en el país.<sup>3</sup>

Por lo expuesto anteriormente, debe ser una prioridad clasificar el estado nutricional en las adolescentes embarazadas y determinar sus antecedentes patológicos que pueden desencadenar en complicaciones obstétricas, de esta manera se evitarían muchas muertes maternas y neonatales

Nicaragua enfrenta uno de los problemas existentes en la mayoría de las regiones en la era moderna (el embarazo adolescente) que afecta el desarrollo social y juvenil. Datos de ENDESA 2011-2012 señalan que la edad promedio en que las mujeres inician sus relaciones sexuales es de 16.8 años. En la zona urbana es de 17.9 y la rural 16.6.<sup>6</sup>

Son muchos los factores que conllevan al ejercicio cada vez más temprano de la sexualidad en los y las adolescentes y por ende a los embarazos precoces. También en algunos países de América Latina y el Caribe se carece de políticas públicas de salud sexual y reproductiva, no se valoran los derechos sexuales y



reproductivos de las adolescentes. En el ámbito de esa población joven tienen también mucho impacto la presión de grupo, la curiosidad, el abuso sexual, el sexo como paga por dinero, y la falta de orientación de los padres y madres.<sup>5</sup>

### **A nivel de América Latina y el Caribe**

Conforme a dicha publicación, sólo África está por encima de América Latina y el Caribe, con una tasa global de fecundidad de 4.68, y una tasa específica de fecundidad del grupo de 15 a 19 años de 103.4, y un porcentaje de 17 del total de nacidos vivos cuya madre es adolescente.

La mayoría de las adolescentes embarazadas son pobres, contemplan una mala alimentación, con poca o nula educación y menos oportunidades de terminarla; y madres solteras, sin pareja. Por tanto, es un problema que afecta y amenaza el avance en las Metas del Milenio relativas a reducción de la pobreza, expansión de la educación y mejoras en la salud materno-infantil.<sup>5</sup>

En el año 2013, Montiel Moreno; realizó un estudio descriptivo de corte transversal sobre complicaciones obstétricas en adolescentes atendidas en el Hospital Regional César Amador Molina de Matagalpa el cual concluye que en su mayoría la atención brindada se presentó en adolescentes entre las edades de 17 y 19 años, la complicación más frecuente en todos los momentos del embarazo es síndrome hipertensivo gestacional inclusive con mayor frecuencia en las últimas semanas de gestación, dentro de los antecedentes personales esta patología se asocia con IMC mayor de 28, durante sus controles cumplen al menos con 4 controles pero no son completos ya que no se realizan en su totalidad todos los exámenes indicados y los óbitos extra hospitalarios que se presentaron en ciertas adolescentes fue producto de malformaciones congénitas tales como anencefalia.

En el año 2013, García L y Toribio J; realizaron un estudio descriptivo de corte transversal sobre complicaciones obstétricas en adolescentes que asistieron al hospital Humberto Alvarado Vásquez de Masaya en el cual obtuvieron que la prevalencia de las adolescentes embarazadas es mayor en la adolescencia tardía, la gran mayoría de las adolescentes están con su pareja en unión estable.

Además que el hecho de tener corta edad al estar embarazada influye con el nivel académico pues con su estudio concluyeron que la mayoría tienen como escolaridad primaria aprobada, la ocupación de las adolescentes es ama de casa y la procedencia de las adolescentes embarazadas se encuentra en su mayoría del área urbana, en cuanto a complicaciones en el embarazo predominó más la preclampsia grave y moderada,

En Nicaragua un 30% de adolescentes cada año quedan embarazadas, a menudo con resultados trágicos como; complicaciones médicas, aborto ilegal, muerte materna, niños abandonados, educación interrumpida y el suicidio. La tasa de fecundidad es de 152 nacimientos por cada mil mujeres adolescentes, siendo la más alta en América Latina <sup>24</sup>.

El embarazo en adolescente es una condición de alto riesgo obstétrico; comprometiendo el futuro en la salud de la madre y su hijo, lo que es agravado por factores contextuales como la pobreza, antecedentes patológicos (hipertensión y diabetes gestacional, preclampsia, eclampsia, IVU, partos pretérmino, ruptura prematura de membranas), desnutrición y obesidad, falta de servicios higiénicos y sanitarios, la interrupción de los estudios y la expulsión de los hogares que muy frecuentemente anteceden a la situación del embarazo.

Es por eso que en esta investigación se pretende determinar los antecedentes patológicos personales y estado nutricional relacionado a complicaciones obstétricas en adolescentes embarazadas. Los resultados de esta investigación será de gran ayuda para la dirección y licenciadas que trabajan en el centro de salud de Félix Pedro Picado, ya que de esta manera podrán apoyar y orientar a las adolescentes embarazada, lograr mantener un buen equilibrio del estado nutricional de cada una de ellas, y disminuir las complicaciones obstétricas de las misma durante el periodo de embarazo de igual manera será de mucha ayuda para las adolescentes embarazada porque al adquirir conocimiento sobre los riesgos durante el embarazo, tendrán un mejor auto cuidado.

## II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

El embarazo en adolescentes se ha mantenido alto durante los últimos años, considerándose un problema de salud sexual y reproductiva, que incrementa, no solo el riesgo de enfermedades de transmisión sexual, sino que también conlleva a complicaciones en la salud de la madre adolescente.

El estado nutricional de las adolescentes puede llevar a desencadenar un sin número de complicaciones, tanto si presenta desnutrición u obesidad, ambos influyen de manera negativa durante el embarazo, haciéndola más susceptible a desarrollar diferentes patologías durante el periodo de gestación, siendo una de las más comunes la hipertensión gestacional causada por el estado de obesidad en la madre

Por lo antes mencionado se plantea la siguiente pregunta de investigación:

- ¿Cuáles son los antecedentes patológicos personales y estado nutricional de las adolescentes embarazadas, que presentan complicaciones obstétricas, atendidas en el Centro de Salud Félix Pedro Picado, León, Agosto- Septiembre 2018?

### **III. OBJETIVOS:**

#### **Objetivo General:**

- Determinar los antecedentes patológicos personales y estado nutricional de las adolescentes embarazadas, que presentan complicaciones obstétricas, atendidas en el Centro de Salud Félix Pedro Picado, León.

#### **Objetivos específicos:**

- Caracterizar socio demográficamente la población en estudio
- Describir los antecedentes patológicos personales relacionados a complicaciones obstétricas en adolescentes embarazadas.
- Identificar el estado nutricional de las adolescentes embarazada con complicaciones obstétrica.

## IV. MARCO TEORICO:

### 4.1 Conceptos mayores:

4.1.1 Los **antecedentes patológicos** se refiere a todas las enfermedades que pueda haber padecido la paciente. Al momento de realizar la historia clínica se debe de recordar que hay enfermedades que: Dejan: a) inmunidad (permanente o transitoria) b) secuelas; y pueden repetirse o facilitar la aparición de otra <sup>7</sup>.

4.1.2 El **estado nutricional** es la situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes <sup>8</sup>.

La evaluación nutricional mide indicadores de la ingesta y de la salud de un individuo o grupo de individuos, relacionados con la nutrición. Pretende identificar la presencia, naturaleza y extensión de situaciones nutricionales alteradas, las cuales pueden oscilar desde la deficiencia al exceso <sup>9</sup>.

4.1.3 Las **complicaciones obstétricas** se refieren a disrupciones y trastornos sufridos durante el embarazo, el parto y el trabajo de parto, así como en el período neonatal inicial <sup>10</sup>.

**Enfermedad hipertensiva gestacional:** Es una de las principales causa de morbilidad y mortalidad materna y produce además restricción del crecimiento fetal y prematuridad. Se detecta luego de las 20 semanas y se caracteriza porque puede o no existir proteinuria, siendo las frecuencias reportadas de 22,4% a cerca de 29%. Una serie de recientes estudios han demostrado que la incidencia de preeclampsia (con proteinuria) es similar en las pacientes adolescentes que en las adultas.

Entre los factores predisponentes para los trastornos hipertensivos durante el embarazo, tenemos:

- Paridad: casi exclusiva de primigestas.
- Embarazo múltiple.
- Macrosomía fetal.

- Patologías asociadas (diabetes, obesidad, mola, polihidramnios, eritroblastocis fetal).
- Antecedentes familiares y personales.
- Bajo Nivel socioeconómico.
- Factores ambientales

**Hipertensión inducida del embarazo:** Es la que se diagnostica por primera vez durante la gestación después de las 20 semanas, sin proteinuria. Las cifras de la tensión arterial regresan a la normalidad antes de las 12 semanas posparto, con lo que se confirma el diagnóstico <sup>11</sup>.

**Preeclampsia:** llamada también “toxemia”, es una condición única y generalmente peligrosa que sólo ocurre durante el embarazo. Es un desorden multisistémico en el que la hipertensión diagnosticada después de las 20 semanas se acompaña de proteinuria. Desaparecen dentro de las 12 semanas del post parto. Se debe a la reducción de la perfusión a los diferentes órganos secundariamente al vasoespasmo y a la activación endotelial.

**Eclampsia:** se denomina así a la presencia de convulsiones en pacientes preeclámpicas que no pueden ser atribuidas a otra causa. Las convulsiones suelen ser tónico clónicas tipo gran mal. Aproximadamente la mitad de los casos de eclampsia aparecen antes del trabajo de parto, un 25% lo hace durante el trabajo de parto y el resto en el posparto.

**Preeclampsia sobre impuesta a hipertensión crónica:** Es la aparición de proteinuria sobre un proceso hipertensivo crónico no proteinúrico.

**Hipertensión crónica:** Es la elevación de la presión arterial diagnosticada antes del embarazo o en la primera consulta prenatal antes de las 20 semanas. No se presenta proteinuria y las cifras tensionales permanecen elevadas después de la décimo segunda semana posparto <sup>11</sup>.

**Amenaza de aborto:** Se presenta con amenorrea, metrorragia de cantidad variable, dolor hipogástrico y/o lumbar. Dentro de los signos hay sangrado uterino

confirmado por especuloscopia, cuello uterino sin modificaciones, útero con tamaño acorde con tiempo de embarazo y prueba de embarazo positiva.

**Parto prematuro:** Es aquel que se produce después de las 20 semanas o antes de las 37 semanas de gestación. Las investigaciones han determinado que el riesgo de parto prematuro en las pacientes adolescentes es mayor mientras menor es la edad de la paciente, siendo el grupo de verdadero riesgo las adolescentes que se encuentran entre los 10 y los 15 años, no existiendo diferencias en el grupo entre 16 y 19 años con respecto a las pacientes adultas.

**Rotura prematura de membranas:** Es la ruptura espontánea del corion y del amnios, una o más horas antes de que se inicie el trabajo de parto. Aumenta la morbi mortalidad materna a expensas de la infección.

**Diabetes gestacional:** Se define como la disminución de la tolerancia a los hidratos de carbono, de severidad y evolución variable, que se reconoce por primera vez durante la actual gestación.

Dentro de los factores de riesgo para contraer una diabetes gestacional están: obesidad con índice de masa corporal mayor a 26, antecedentes de diabetes mellitus en familiares de primer grado, edad materna igual o superior de 30 años, macrosomía fetal actual o antecedente de uno o más hijos con peso al nacer >4000 gramos, malformaciones congénitas y polihidramnios en el embarazo actual<sup>11</sup>.

**Desproporción céfalo pélvica:** Es la obstrucción del trabajo de parto debido a la disparidad entre las dimensiones de la cabeza fetal y la pelvis materna que impide el parto vaginal.

**Desgarro perineal:** Se define como las laceraciones del canal de parto; esta complicación en las adolescentes está dada principalmente por la condición de inmadurez de estas jóvenes, manifestándose en una estrechez de canal blanco y se clasifica como:

- Primer Grado: afecta la horquilla vulvar, piel perineal y la mucosa vaginal, sin comprometer la fascia y el músculo adyacente.

- Segundo Grado: afecta la fascia y el músculo del cuerpo perineal, pero sin comprometer el esfínter anal.
- Tercer Grado: piel, mucosa, cuerpo perineal y esfínter externo anal.
- Cuarto Grado: Se extienden a través de la mucosa rectal y exponen la luz del recto <sup>11</sup>.

**Infección de vías urinarias:** Se trata de la infección de una o más estructuras del tracto urinario; se encuentra entre las infecciones más comunes padecidas por la mujer embarazada e incluyen:

- ❖ Bacteriuria asintomática: Es la colonización bacteriana del tracto urinario sin sintomatología.
- ❖ Uretritis y Cistitis: Las infecciones de las vías urinarias bajas se caracterizan por un cuadro de polaquiuria, ardor miccional, tenesmo y síntomas pélvicos, generalmente afebril.
- ❖ Pielonefritis: Constituye un problema grave que puede desencadenar una muerte materna debido a las complicaciones médicas que pueden aparecer tales como shock séptico y síndrome de dificultad respiratoria del adulto.

**Cesárea:** consiste en la extracción por vía abdominal de un feto, vivo o muerto, con la placenta y sus membranas a través de una incisión hecha en el abdomen y el útero <sup>11</sup>.

4.1.4 Según la OMS **el embarazo en la adolescencia** es “aquella gestación que ocurre durante los dos primeros años de edad ginecológica (edad ginecológica = edad de la menarquía) y/o cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de la familia parental”

La maternidad temprana es reconocida en el mundo como un factor que afecta el bienestar y la salud reproductiva de las mujeres jóvenes, así como el ritmo y la dirección del desarrollo de un país <sup>12</sup>.

4.1.5 El **embarazo** es una condición de la mujer producto de la concepción que tiene una duración promedio de 280 días contados a partir del primer día de la



última menstruación normal, si se relaciona en meses decimos que tiene 10 meses lunares o 9 meses solares y aproximadamente 40 semanas de gestación<sup>13</sup>.

4.1.6 La **adolescencia** es una etapa entre la niñez y la edad adulta, que cronológicamente se inicia por los cambios puberales y que se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones, pero esencialmente positivos.

Es difícil establecer límites cronológicos para este periodo; de acuerdo a los conceptos convencionalmente aceptados de la OMS, la adolescencia es la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose dos fases: adolescencia temprana (10 a 14 años) y la adolescencia tardía (15 a 19 años)<sup>14</sup>.

#### **4.2 Antecedentes patológicos personales relacionados a complicaciones obstétricas en adolescentes embarazadas.**

Los antecedentes patológicos personales se pueden definir como todas aquellas enfermedades padecidas en el transcurso de la vida. Es de suma importancia conocer la historia clínica completa para llevar un mejor control sobre estas enfermedades. La historia clínica ginecológica abarca:

✚ Enfermedades padecidas en la infancia: son las **infecciones** producidas por **virus** o **bacterias**, que se caracterizan por su rápida transmisión de un **niño** a otro por vía oral. Las más frecuentes son padecimientos **respiratorios** y las enfermedades **diarreicas**. Entre estas se encuentran:<sup>15, 16</sup>

1. Bronquitis: Es una inflamación de los bronquios, acompañada de tos y expectoración. Puede ser de corta duración (aguda) o crónica, es decir, que dura por mucho tiempo y recurre a menudo. En la mayoría de los casos, se debe a un catarro o a una gripe mal cuidados<sup>16</sup>.
2. Rubeola: está producida por un virus de la familia Togaviridae del género Rubivirus, es una enfermedad extendida en todo el mundo. La

epidemiología varía según los países y el clima, la densidad de población y las oportunidades para la reintroducción del virus. El único reservorio del virus es el hombre.

El contagio se produce por gotitas de saliva. La enfermedad es contagiosa 2-3 días antes del exantema, es máxima durante el exantema y disminuye paulatinamente. Los lactantes con rubéola congénita eliminan virus en las secreciones corporales durante muchos meses. Las personas que han recibido vacuna no transmiten la enfermedad pero se puede aislar el virus en su faringe.

La rubéola postnatal es en general una infección inocua, mientras que la rubéola congénita conlleva graves secuelas. El momento de la infección es el determinante más importante de la gravedad de la rubéola <sup>17</sup>.

3. Varicela: se caracteriza por fiebre y la aparición de erupciones en la piel. Es de fácil transmisión y, por lo tanto, muy contagiosa. El primer síntoma más común es un brote con vesículas o ampollas en toda la piel: cuero cabelludo, genitales e incluso aparecen lesiones en la boca.

El contagio puede iniciarse 2 días antes de la aparición de las vesículas y prolongarse hasta cinco días después de la aparición de las lesiones. Las vesículas se rompen liberando un líquido claro (muy contagioso) y luego de 4 a 5 días se forman las costras <sup>16</sup>.

Estas son solo unas cuantas enfermedades que se padecen en la infancia pero que de igual manera tienen impacto sobre las adolescentes embarazadas, ya sea porque no se hayan vacunado contra estas o porque les dejaron secuelas.

- ✚ La anemia en el embarazo es asociado con una disminución del volumen eritrocitario materno, que da como consecuencia una menor perfusión sanguínea y función placentaria inadecuada. Esta falla también podría restringir el crecimiento intrauterino fetal, lo que podría resultar en aborto o en niños con peso bajo para la edad gestacional. La adecuada expansión del volumen plasmático parece estar asociada con una menor viscosidad

de la sangre necesaria para una mejor irrigación placentaria. Por lo que se relacionado con complicaciones obstétricas.<sup>32</sup>

- ✚ Diabetes Gestacional: es un tipo de diabetes que afecta a las mujeres durante el embarazo. Si la adolescente embarazada tiene diabetes, su cuerpo no puede utilizar los azúcares y almidones (carbohidratos) que toma de los alimentos para producir energía. Debido a esto, acumula azúcar adicional en la sangre.

No se conocen todas las causas de la diabetes gestacional. Algunas mujeres con esta enfermedad, aunque no todas, tienen sobrepeso antes de quedar embarazadas o antecedentes familiares de diabetes. Entre 1 de cada 50 y 1 de cada 20 mujeres embarazadas presenta diabetes gestacional.

Si la diabetes gestacional no se controla, puede que el bebé:

- ✓ Sea muy grande (pese más de 9 libras), lo que puede ocasionar problemas durante el parto.
- ✓ Sufra cambios rápidos en los niveles de azúcar en la sangre después de su nacimiento.
- ✓ Tenga más probabilidad de ser obeso o tener sobrepeso durante la infancia o adolescencia. La obesidad puede ocasionar diabetes tipo 2

De igual manera si la diabetes no se controla, puede que la adolescente embarazada:

- ✓ Tenga complicaciones durante el parto.
- ✓ Dé a luz un bebé muy grande y tengan que hacerle una cesárea.
- ✓ Necesite más tiempo para recuperarse del parto si el bebé nació por cesárea<sup>15, 18</sup>.

- ✚ Alergias: Durante el embarazo, la alergia no supone un riesgo para el desarrollo del bebé, pero es muy importante controlarla para evitar que la madre y el feto tengan problemas derivados de ella.

A priori el tratamiento de la alergia no está contraindicado en el caso de las mujeres embarazadas, pero también deben seguirse algunas recomendaciones.

En general, se optará por medicamentos con un efecto más duradero. Debe prestarse mucha atención a los fármacos de última generación porque las embarazadas están excluidas de ensayos clínicos y pueden presentar efectos secundarios inesperados.

Dos tercios de las embarazadas que sufren alergia no manifiestan mayores complicaciones durante estos meses e incluso un tercio puede mejorar su estado durante la gestación <sup>15,19</sup>.

#### Antecedentes Quirúrgicos:

Cirugías en útero:

- Cesáreas: es el procedimiento quirúrgico que se realiza con el fin de obtener el nacimiento de un feto, usualmente vivo, a través de una incisión en el hipogastrio que permita acceder al útero <sup>15,20</sup>.
- Miomectomía: es la resección de los leiomiomas uterinos preservando el útero para reestablecer su arquitectura con el objeto de permitir embarazos, limitar el dolor y la hemorragia menstrual <sup>21</sup>.
- Cerclaje cervical: es un procedimiento invasivo con un riesgo intrínseco de pérdida del embarazo. Dado que hay incertidumbre respecto de los beneficios de esta intervención, sólo se debe realizar en casos de alto riesgo donde haya un factor cervical durante el segundo y el tercer trimestre del embarazo, también existe otras patologías como la anemia, problemas cardiacos que se ven relacionados con los problemas obstétricos en el embarazo <sup>22</sup>

### **4.3 Estado nutricional relacionado a complicaciones obstétricas en adolescentes embarazadas**

La adolescencia es la etapa fundamental del crecimiento y desarrollo humano, marcada por cambios interrelacionados del cuerpo, la mente, el espíritu y la vida social, durante la cual el niño y la niña se transforman en adultos. El embarazo en la adolescencia conlleva riesgos de tipo nutricional porque el crecimiento materno impone necesidades que se suman a las del embarazo.

En vista de que la embarazada adolescente se encuentra en fase de crecimiento tiene mayores necesidades proteicas, se estima que sus requerimientos diarios son de 1,7 g/ kg de peso de 11 a 14 años y 1,5 g/kg de peso de 15 a 17 años, además de un aumento de las necesidades de energía, vitaminas y minerales.

En la adolescencia se tienden a asumir dietas restrictivas con ayunos prolongados para no aumentar de peso y esconder el embarazo, lo que agravaría los estados de hipoglucemia característicos de la primera mitad del embarazo, caracterizado por hiperinsulinismo <sup>23</sup>.

La desnutrición y la obesidad son un problema nutricional grave, que se complica cuando una mujer queda embarazada, pues puede sufrir enfermedades e infecciones secundarias y su hijo tiene el riesgo de morir o de nacer con alteraciones. Tanto el bajo peso como el sobrepeso significan un riesgo para la madre y para el bebé<sup>25</sup>.

Uno de los factores que más contribuyen a la desnutrición en el embarazo es la náusea y los vómitos extremos, también conocidos como hiperemesis. Esto da por resultado una disminución de la ingesta calórica y también una disminución de los nutrientes esenciales. Mientras que la mayoría de las mujeres tiene náusea y vómitos al comienzo de sus embarazos, el problema generalmente se detiene en el segundo trimestre <sup>26</sup>.

#### Tipos de desnutrición

- Primaria: ocurre por el bajo consumo de alimentos, dietas rigurosas o anorexia.
- Secundaria: se presenta porque los alimentos ingeridos no son procesados correctamente por el organismo.

#### Grados de desnutrición:

- ✓ Primer grado: el peso corporal está entre el 76 y el 90 por ciento, de acuerdo con su edad y talla. En estos casos, las reservas nutricionales se

consumen totalmente, pero el funcionamiento celular se mantiene en buen estado.

- ✓ Segundo grado: el peso corporal está entre el 60 y el 75 por ciento. Las reservas de nutrientes están agotadas.
- ✓ Tercer grado: el peso corporal es menor al 60 por ciento. Las funciones celulares y orgánicas se deterioran porque no hay nutrientes y hay riesgo de morir <sup>3</sup>.

Al igual que la desnutrición también está la obesidad, su incidencia durante el embarazo es alta. Se estima en un 18,5-38,3% según las distintas series publicadas. Es así que entre 2 y 3 mujeres de cada 10 que acuden a la consulta prenatal tienen sobrepeso y 1-2 de cada 10 tienen obesidad.

El diagnóstico de obesidad se realiza en función del Índice de Masa Corporal (IMC), que se calcula a partir de la talla y el peso de la mujer. El IMC será el resultado del peso, expresado en kg, dividido entre la talla al cuadrado, expresada en m<sup>2</sup>, considerándose un valor normal entre 18,5 y 24,9 kg/m<sup>2</sup> <sup>27</sup>.

Entre las consecuencias de la obesidad asociadas al embarazo tenemos:

**EMBARAZO ECTÓPICO:** Cuando un óvulo fecundado se implanta fuera del útero se dice que ha ocurrido un embarazo ectópico. Debido a que la mayoría de embarazos ectópicos, ocurren en las trompas de Falopio, a estos es común que se los conozca como embarazos "tubáricos".

Es importante detectar temprano este tipo de embarazo, ya que si el embrión sigue creciendo, puede provocar el rompimiento de la trompa de Falopio y causar un sangrado interno, que puede ser fatal. No hay forma de trasplantar un embarazo ectópico al útero, o sea que la única opción es poner fin al embarazo <sup>25</sup>.

**PARTO PRETERMINO:** La obesidad, por sí misma, no parece ser un factor independiente que ocasione el aumento de la prematuridad, sino las complicaciones médicas, como la hipertensión y la diabetes <sup>27</sup>.

La adecuada alimentación de la mujer durante el embarazo es de vital importancia tanto para ella misma como para el bebé en gestación. Un inadecuado estado nutricional, tanto preconcepcional como durante el embarazo, impactará de forma negativa sobre la capacidad de llevar adelante ese embarazo y sobre la salud de la madre y el niño.

Si una mujer inicia el embarazo con sobrepeso, la ganancia total esperable es de entre 5 y 9 kilogramos, que representa la ganancia para el feto, la placenta y los anexos. En el caso de una mujer que inicia su embarazo con bajo peso, no hay límite superior para la ganancia de peso <sup>28</sup>.

La alimentación de la mujer embarazada debe ser evaluada para poder anticipar posibles deficiencias en la ingesta de nutrientes. Cada vez que se observen carencias en la alimentación de la mujer embarazada es importante establecer si las mismas son consecuencia de inadecuados hábitos alimentarios exclusivamente, o de dificultades en el acceso a los alimentos.

Es de suma importancia que la mujer embarazada consuma diariamente alimentos saludables para asegurar una adecuada nutrición, entre estos alimentos tenemos:

- ❖ Cereales: Este grupo se caracteriza por aportar energía (hidratos de carbono), vitaminas del grupo B (especialmente en cereales integrales) y fibra en legumbres y en los cereales integrales. Las harinas de trigo enriquecidas proporcionan un muy alto porcentaje del requerimiento de ácido fólico por estar enriquecidas.
- ❖ Verduras y frutas: son fuente de gran variedad de vitaminas y minerales, como así también de fibra.
- ❖ Leche, yogur y queso: Este grupo está compuesto por toda la variedad de quesos, yogures y leches que existen disponibles para consumo. Estos alimentos aportan fundamentalmente calcio, fósforo y proteínas de muy buena calidad nutricional

- ❖ Carnes y huevos: Las carnes son fuente importante de hierro de alta absorción (hierro hemínico), como así también de zinc. Tanto huevos como carnes brindan proteínas de muy buena calidad nutricional.
- ❖ Aceites, frutas secas, semillas y grasas: Este grupo aporta energía; y en particular los aceites vegetales y las semillas aportan vitamina E y ácidos grasos esenciales.
- ❖ Agua: este es un nutriente esencial para la salud de los seres humanos. Siempre debe consumirse agua potable o adecuadamente potabilizada para evitar el contagio de enfermedades y es recomendable que la embarazada consuma agua a voluntad siguiendo la sensación de sed, es la bebida ideal <sup>28</sup>



## V. DISEÑO METODOLOGICO:

### I. Tipo de estudio:

El presente estudio fue Cuantitativo, descriptivo, de corte transversal.

- ✓ Cuantitativo porque se trabajó con un determinado grupo de pacientes.
- ✓ Descriptivo porque describimos el problema en estudio.
- ✓ Corte transversal porque se hace un corte en el estudio.

### II. Área de estudio:

El estudio se realizó en el centro de salud Félix Pedro Picado, ubicado en la ciudad de León, Nicaragua en el territorio de Sutiaba, costado este del asilo de ancianos, brindando atención a una población de 23,900 habitantes en los diferentes servicios de programas de crónicos, atención integral a la mujer, niñez y adolescencia; epidemiología, atención especializada, fisioterapia, psicología, odontología, laboratorio, farmacia, curaciones, educación comunitaria y morbilidad general. Para atender a la población cuenta con 3 médicos especialistas, 6 médicos generales, 13 personal de enfermería. Atiende un total de 7115 mujeres en edad fértil, 405 embarazos esperados en el año.

### III. Unidad de análisis:

Son todas las adolescentes embarazadas ingresadas al programa de CPN del centro de salud Félix Pedro Picado.

### IV. Población/ estudio:

Se obtuvo como población de estudio a 51 adolescentes embarazadas ingresadas en el programa de CPN en el centro de salud Felix Pedro Picado, pertenecientes al 100% de nuestra muestra.

### V. Fuente de información:

Primaria: se obtuvo a través de las encuestas que se realizó a las personas en estudio.

Secundaria: se obtuvo a través de censos del programa de CPN, expedientes clínicos y datos estadísticos del centro de salud.

VI. Criterios de inclusión:

- Asistentes a la unidad de salud
- Adolescentes embarazadas
- Mujeres pertenecientes al territorio que cubre el centro de salud Félix Pedro Picado
- Consentimiento del paciente para participar en el estudio

VII. Criterios de exclusión:

- Pertenecientes a otra unidad de salud
- Inasistentes al programa de CPN

VIII. Variables:

DEPENDIENTES: Complicaciones obstétricas.

INDEPENDIENTES: Antecedentes patológicos personales y Estado nutricional

IX. Técnicas e instrumentos de recolección de datos:

Antes de hacer el instrumento de recolección de datos se pidió permiso para realizarlo a la dirección del centro de salud Felix Pedro Picado y pacientes ingresadas al programa de CPN, el instrumento que se utilizó fue una encuesta de preguntas cerradas que facilitaron el cruce de variables las cuales son:

- Datos socio demográficos
- Antecedentes patológicos personales en adolescentes embarazadas con complicaciones obstétricas
- Estado nutricional de las adolescentes embarazadas con complicaciones obstétricas

X. Prueba piloto:

Se realizó a 5 adolescentes embarazadas con antecedentes patológicos y estado nutricional que no pertenecen al estudio ni al periodo de tiempo en el que se realizó, con el propósito de validar y mejorar la inconsistencia de las preguntas.

Método de recolección de la información:

Se aplicó una encuesta que se realizó en la unidad de salud y/o casa a casa, esto con previa explicación de los objetivos e importancia del estudio. Se estableció contacto con los encargados del centro de salud Félix Pedro Picado donde se realizó el estudio para obtener los permisos necesarios para poder aplicar el instrumento, con previa ubicación de las direcciones para las visitas casa a casa.

Procesamiento de la información:

Se hizo uso del paquete del programa SPSS versión 22, se presentaron los resultados de características sociodemográficos, antecedentes patológicos personales y estado nutricional relacionado a las complicaciones obstétricas en adolescentes embarazadas a través de tablas de frecuencia.

XI. Aspectos éticos:

Consentimiento informado: Antes que se aplicara el instrumento se le pidió la autorización a los pacientes que participaron en el estudio por medio de una carta, dándoles a conocer los objetivos e importancia del estudio.

Voluntad: se respetó la decisión de los pacientes al querer o no responder la encuesta.

Anonimato: la información dada por los pacientes fue solo para fines de investigación.

## VI. RESULTADOS

Los resultados del estudio realizado en relación a complicaciones obstétricas en adolescentes embarazadas, de las 51 encuestadas correspondientes al 100%, dio como resultado lo siguiente:

En base a los datos socio demográficos en la edad se obtuvo que el 6% están comprendidas entre las edades de 13-14 años, 49% están comprendidas entre las edades de 15-17 años, 45% están comprendidas entre las edades de 18-19 años. En cuanto a la escolaridad de las adolescentes embarazadas obtuvimos que el 25% cursaron la primaria, 61% cursaron la secundaria, 14% cursan la universidad. En cuanto a la ocupación obtuvimos que el 8% se dedican al oficio de domésticas, 55% son amas de casas, 27% son estudiantes, 10% tienen otra ocupación. En cuanto al estado civil encontramos que el 25% son solteras, 18% están casadas, 57% están en unión libre. En cuanto a la religión obtuvimos que el 46% son católicas, 23% son evangélicas, 29% pertenecen a otra religión, 2% no pertenecen a ninguna de las religiones. En cuanto a la procedencia de las adolescentes embarazadas obtuvimos que el 31% son de la zona rural, 69% pertenecen a la zona urbana. **Tabla #1**

En cuanto a la escolaridad relacionado con la edad se obtuvo que: el 25% cursaron la primaria, 23% están entre las edades de 13-14 años, 38.5% están entre las edades de 15-17 años, 38.5% están entre las edades de 18-19 años; 61% cursaron la secundaria, 61% están entre las edades de 15-17 años, 39% están entre las edades de 18-19 años; 14% cursan la universidad, 14% está entre las edades de 15-17 años, 86% están entre las edades de 18-19 años. **Tabla #2**

En cuanto al estado civil relacionado a la edad obtuvimos que: el 25% son solteras, 15% están entre las edades de 13-14 años, 54% están entre las edades de 15-17 años, 31% están entre las edades de 18-19 años; 18% están casadas, 33% están entre las edades de 15-17 años, 67% están entre las edades de 18-19 años; 57% están en unión libre, 3% está entre las edades de 13-14 años, 52% están entre las edades de 15-17 años, 45% están entre las edades de 18-19 años.

**Tabla #3**

En cuanto a la procedencia con relación a la edad obtuvimos que: el 31% habitan en la zona rural, 13% están entre las edades de 13-14 años, 56% están entre las edades de 15-17 años, 31% están entre las edades de 18-19 años; 69% habitan en la zona urbana, 3% está entre las edades de 13-14 años, 46% están entre las edades de 15-17 años, 51% están entre las edades de 18-19 años. **Tabla #4**

En cuanto a la hipertensión con relación a la edad se obtuvo que: el 20% si padecen de HTA, 50% están entre las edades de 15-17 años, 50% están entre las edades de 18-19 años; 80% no padecen de HTA, 7% están entre las edades de 13-14 años, 49% están entre las edades de 15-17 años, 44% están entre las edades de 18-19 años. **Tabla # 5**

En cuanto a la diabetes en adolescentes embarazadas con relación a la edad obtuvimos que: el 20% si padecen de diabetes, 50% están entre las edades de 15-17 años, 50% están entre las edades de 18-19 años; 80% no padecen de diabetes, 7% están entre las edades de 13-14 años, 49% están entre las edades de 15-17 años, 44% están entre las edades de 18-19 años. **Tabla #6**

En cuanto a enfermedades cardiacas en adolescentes embarazadas con relación a la edad se obtuvo: el 14% si padecen de enfermedades cardiacas, 14% está entre las edades de 13-14 años, 29% están entre las edades de 15-17 años, 57% están entre las edades de 18-19 años; 86% no padecen de enfermedades cardiacas, 5% están entre las edades de 13-14 años, 52% están entre las edades de 15-17 años, 43% están entre las edades de 18-19 años. **Tabla #7**

En cuanto a hipertensión en adolescentes embarazadas con relación al estado nutricional obtuvimos que: el 20% si padecen de hipertensión, 10% tiene bajo peso, 40% tienen un peso normal, 50% tienen sobrepeso; 80% no padecen de hipertensión, 7% tienen bajo peso, 56% tienen peso normal, 37% tienen sobrepeso. **Tabla #8**

En cuanto a anemia en adolescentes embarazadas en relación con el estado nutricional se obtuvo que: el 53% si padecen de anemia, 7% tienen bajo peso,

56% tienen peso normal, 37% tienen sobrepeso; 47% no padecen de anemia, 8% tienen bajo peso, 50% tienen peso normal, 42% tienen sobrepeso. **Tabla #9**

En cuanto al aumento de peso en adolescentes embarazadas con relación a la edad obtuvimos que: el 86% si aumentaron de peso, 7% están entre las edades de 13-14 años, 48% están entre las edades de 15-17 años, 45% están entre las edades de 18-19 años; 14% no aumentaron de peso, 57% están entre las edades de 15-17 años, 43% están entre las edades de 18-19 años. **Tabla # 10**

En cuanto al aumento de peso en adolescentes embarazadas con relación al estado nutricional se obtuvo que: el 86% si aumentaron de peso, 2% tiene bajo peso, 59% tienen un peso normal, 39% tienen sobrepeso; 14% no aumentaron de peso, 43% tienen bajo peso, 14% tienen peso normal, 43% tienen sobrepeso. **Tabla #11**

## VII. DISCUSION

Los resultados del estudio en relación a los datos socio demográficos de las 51 embarazadas correspondiente al (100%) de encuestadas se obtuvo lo siguiente:

En este estudio realizado en el Centro de Salud Félix Pedro Picado, podemos observar que mayormente el embarazo se da en adolescente entre las edades de 15 a 19 años similar a lo descrito por García L y Toribio J; en el cual se observa mayor predominio en la adolescencia tardía, al igual que lo descrito por García L y Toribio J. en el estudio realizado en el 2013, que coincide exactamente con las edades predominantes en nuestro estudio.

El estado civil de las embarazadas en estudio coincide con lo descrito por García L y Toribio J, el cual menciona que la gran mayoría de las adolescentes están con su pareja en unión estable, al contrario en su estudio Montiel Moreno, menciona que la mayoría de las embarazadas son madre soltera y sin pareja.

La mayoría de las adolescentes embarazadas en nuestro estudio cursaron la secundaria, lo cual no coincide con el estudio de Montiel Moreno. ya que dice que la mayoría de las adolescentes embarazadas tiene poca o nula educación. Al igual que el estudio realizado por García L y Toribio J. que les arroja que las adolescentes embarazadas solamente tienen como escolaridad primaria aprobada. Esto podría ser porque en nuestro país hay acceso al estudio para todos, contamos con las escuelas, colegios y universidades publicas que favorecen y dan educación gratuita a la población, de igual forma los padres se preocupan porque sus hijos tengan mejor educación y puedan contar con una carrera universitaria para ser profesionales en un futuro.

La ocupación de las adolescentes es ama de casa similar al estudio de descrito por García L y Toribio J, pocas de las adolescentes refirieron como ocupación estudiante lo cual concuerda con lo mencionado anteriormente.

La procedencia de las embarazadas adolescentes en el estudio se encuentra en su mayoría del área urbana similar al estudio de descrito por García L y Toribio J. esto nos puede hacer pensar que las adolescentes del área rural presentan su primer embarazo después de los 20 años sin embargo también es posible que las mismas presenten su embarazo a la misma edad que las adolescentes del área urbana pero que a diferencia de estas no llegan a las unidades de salud, pues acostumbran dar a luz a su hijo en su casa.

Dentro de los antecedentes patológicos personales en adolescentes embarazada encontrados en nuestro estudio predominó más la anemia, lo cual no coincide con los estudios anteriores (García L y Toribio J), debido a que su estudio arrojó que la mayoría de las embarazadas presentaban preclampsia moderada y grave. Nuestros resultados están respaldados por la literatura la cual indica que el tener anemia es un factor predisponente a presentar complicaciones obstétricas (Abortos, Ruptura prematura de membrana, bajo peso fetal, Hemorragia post parto.) durante el embarazo y el parto.

Con respecto al estado nutricional de las embarazadas se concluyó que en su mayoría las adolescentes presentan un IMC entre los rangos normales (19.8 a 26), esto no coincide con el estudio realizado por Montiel Moreno. Ya que los resultados de su estudio indicaron que su embarazada adolescente tiene un IMC mayor de 28. Nuestro estudio indica que el incremento de peso materno es satisfactorio en la mayoría de las embarazadas, teniendo en cuenta que nuestras adolescentes embarazadas tienen una buena alimentación rica en vitaminas, nutrientes y minerales adecuada para su condición.



## VIII. CONCLUSIONES

Al concluir nuestro trabajo investigativo nos dimos cuenta que:

En el estudio predominan las adolescentes entre las edades de 15 a 19 años, con unión libre, siendo en su mayoría pertenecientes a la zona urbana y de secundaria.

Conforme al estudio realizado acerca de los principales antecedentes patológicos personales, encontramos que predomina mas la anemia ya que la mayoría de embarazadas adolescentes lo presentaron o presentan en algún momento de su embarazo, siendo un factor de riesgo para desarrollar complicaciones obstétrica como prematuridad, aborto, ruptura prematura de membrana, parto pretermino, seguido de hipertensión y diabetes gestacional; la mayoría de embarazadas que participaron en este estudio se encuentran con un índice de masa corporal adecuado para la edad gestacional.

## IX. RECOMENDACIONES

Implementar estrategias de información, educación y comunicación orientada a disminuir el riesgo reproductivo en adolescentes con relación a las complicaciones obstétricas.

➤ **Al personal de salud del centro de salud Felix Pedro Picado.**

Reorientar las estrategias de atención médica para garantizar una atención integral, con calidad y calidez hacia las pacientes embarazada.

Mejorar en la detección oportuna de los factores de riesgos obstétricos.

Brindar información de continuidad a la planificación familiar para prevenir nuevos embarazos en adolescentes.

Brindar consejería sobre las causas principales de complicaciones obstétricas en embarazadas adolescentes.

Implementar las charlas educativas y consejerías a pacientes adolescentes acerca de importancias de estado nutricional, salud reproductiva, métodos anticonceptivos y complicaciones del embarazo en adolescentes.

➤ **A los Adolescentes Embarazadas:**

Acudir puntual a su control de atención prenatal y cumplir todas las recomendaciones orientadas.

Prestar mucha atención a los conocimientos brindados por el personal de salud acerca de las complicaciones obstétricas y estado nutricional de las gestantes adolescentes.

## X. BIBLIOGRAFIA:

1. U.S Teenage Pregnancy Statistics: Overall Trends, Trends by Race and Ethnicity and State-by-State Information. New York, NY: The Alan Guttmacher Institute; 2004.
2. Diaz A, Sanhueza R. Yaksic N. Riesgos obstétricos en el embarazo adolescente, estudio comparativo de resultados obstétricos y perinatales con pacientes embarazadas adultas. Rev chil obstet ginecol 2002; 67(6): 481-487
3. Cárdenas J (2011) La mala nutrición puede provocar un embarazo de alto riesgo. Recuperado el 6 enero 2017 de <http://www.abcdelbebe.com/etapa/embarazo/segundo-trimestre/nutricion/la-mala-nutricion-puede-provocar-un-embarazo-de-alto-ries>
4. Rondón A. (2014). Nicaragua trabaja para disminuir cifras de embarazos precoces. Recuperado el 12 agosto 2016 de [www.lavozdelsandinismo.com/opinion](http://www.lavozdelsandinismo.com/opinion)
5. Martinez L. (2010). Los países con más embarazos adolescentes. Recuperado el 11 agosto 2016 de [www.actitudfem.com/entorno/genero/mujeres](http://www.actitudfem.com/entorno/genero/mujeres)
6. UNICEF, CECC-SICA (2012). Embarazo en adolescentes. Recuperado el 11 agosto 2016 de [www.codeni.org.ni/dev/proteccion-especial/](http://www.codeni.org.ni/dev/proteccion-especial/)
7. Costa J. (2006) Historia Clínica. Recuperado el 20 agosto 2016 de [http://med.unne.edu.ar/sitio/multimedia/imagenes/ckfinder/files/files/Carrera-Medicina/MEDICINA-I/semio/h\\_clini1.pdf](http://med.unne.edu.ar/sitio/multimedia/imagenes/ckfinder/files/files/Carrera-Medicina/MEDICINA-I/semio/h_clini1.pdf)
8. Bueno M, Sarría A. Exploración general de la nutrición. En: Galdó A, Cruz M, eds. Tratado de exploración clínica en pediatría. Barcelona: Masson, 1995: 587-600.
9. Sarría A, Bueno M, Rodríguez G. Exploración del estado nutricional. En: Bueno M, Sarría A, Pérez-González JM, eds. Nutrición en Pediatría. 2ª Ed. Madrid: Ergón, 2003: 11-26.
10. Ishikawa S, Raine A (2009) Complicaciones obstétricas y agresión. Recuperado el 20 agosto 2016 de <http://www.encyclopedia->

[infantes.com/agresividad-agresion/segun-los-expertos/complicaciones-obstetricas-y-agresion](http://infantes.com/agresividad-agresion/segun-los-expertos/complicaciones-obstetricas-y-agresion)

11. López E. (2008) “COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL “HOMERO CASTANIER CRESPO” EN EL PERIODO ENERO- DICIEMBRE 2008”. Recuperado el 19 agosto 2016 de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3739/1/MED%2037.pdf>
12. Velásquez J. (2012) Embarazo en la adolescencia. recuperado el 19 agosto de [http://munisalud.muniquate.com/2012/09oct/estilos\\_saludables03.php](http://munisalud.muniquate.com/2012/09oct/estilos_saludables03.php)
13. Jaime Botero U, Alfonso Jubiz H, Guillermo Hena D. NORMAS PARA LA ATENCION. Primera impresión, cuarta edición, 1990
14. Pineda S., Aliño M.(2010) Concepto de la Adolescencia. Recuperado el 20 agosto 2016 de [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/prevemi/capitulo\\_i\\_el\\_concepto\\_de\\_adolescencia.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/prevemi/capitulo_i_el_concepto_de_adolescencia.pdf)
15. Flores G. (2014) Historia Clinica Gineco obstetra. Recuperado el 19 agosto 2016 de <http://es.slideshare.net/dr.lucy/historia-clnica-en-ginecologa-y-obstetricia>
16. Martinez L. (2013) Cinco enfermedades en niños. Recuperado el 20 agosto 2016 de <http://www.salud180.com/maternidad-e-infancia/5-enfermedades-en-ninos>
17. Sirvent E, Rodriguez J, Rodriguez J, Rayo G (2012) Rubéola en la embarazada. Recuperado el 20 agosto 2016 de <https://www.seimc.org/contenidos/ccs/revisionestematicas/serologia/rubeola.pdf>
18. Centro de Control y Prevención de enfermedades (2010) La diabetes y el Embarazo. Recuperado el 18 agosto 2016 de

[https://www.cdc.gov/ncbddd/orders/pdfs/Diabetes%20and%20Pregnancy\\_spfinal.pdf](https://www.cdc.gov/ncbddd/orders/pdfs/Diabetes%20and%20Pregnancy_spfinal.pdf)

19. Moreno E, Castellanos L (2013) Alergia y embarazo. Recuperado el 18 agosto 2016 de <file:///C:/Users/Marcos/Downloads/NP-SEAIC-Alergia-y-Embarazo.pdf>
20. Rubio J, Muller E (2010) Capitulo 16: Operación Cesarea. Recuperado el 18 agosto 2016 de <http://www.bdigital.unal.edu.co/2795/19/9789584476180.16.pdf>
21. Gomez R. (2005) Terapia: Cirugia Ginecologica. Recuperado el 18 agosto 2016 de <http://www.ginecoweb.com/0miomectomia.html>
22. Organización Mundial de la Salud (2016) Sutura (cerclaje) cervical para prevenir la perdida de embarazo en mujeres. Recuperado el 20 agosto 2016 de [http://apps.who.int/rhl/pregnancy\\_childbirth/complications/preterm\\_birth/vq\\_hcom/es/](http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/complications/preterm_birth/vq_hcom/es/)
23. Cedillo N, Dellan J, Merlo J. (2006) Estado nutricional en adolescentes embarazadas: relación con el crecimiento fetal. Recuperado el 3 agosto 2016 de [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0048-77322006000400005](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322006000400005)
24. Miranda Dávila W. Factores de riesgo materno y perinatal en la adolescencia temprana. Tesis para optar al título de Especialista en Ginecología y Obstetricia. Hospital Bertha Calderón Roque, UNAN, Managua Nicaragua, Enero a Diciembre 2009.
25. Cuero H, Espinoza D (2014) Complicaciones y desnutrición en el embarazo. Recuperado el 6 enero 2017 de <https://prezi.com/hpa5bgxem73s/complicaciones-y-desnutricion-en-el-embarazo/>
26. Slayton R (2016) Desnutricion en el embarazo. Recuperado el 6 enero 2016 de [http://muyfitness.com/desnutricion-embarazo-info\\_13843/](http://muyfitness.com/desnutricion-embarazo-info_13843/)

27. Gallo J. (2013) Gestación y Obesidad. Consecuencia y manejo. Recuperado el 6 enero 2016 de [http://www.hvn.es/servicios\\_asistenciales/ginecologia\\_y\\_obstetricia/ficheros/\\_curso2013\\_mmf\\_09\\_gestacion\\_y\\_obesidad.pdf](http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/_curso2013_mmf_09_gestacion_y_obesidad.pdf)
28. Ministerio de Salud de la Nación. Nutrición y Embarazo. Recomendaciones en Nutrición para los equipos de salud –Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Buenos Aires: Ministerio de Salud, 2012.
29. [https://www.unicef.org/republicadominicana/health\\_childhood\\_10191.htm](https://www.unicef.org/republicadominicana/health_childhood_10191.htm)
30. [http://estadisticas.cepal.org/cepalstat/WEB\\_CEPALSTAT/estadisticasIndicadores.asp?idioma=e](http://estadisticas.cepal.org/cepalstat/WEB_CEPALSTAT/estadisticasIndicadores.asp?idioma=e)
31. Garcia C, Toribio J (2013) COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN ADOLESCENTES QUE ASISTIERON AL HOSPITAL HUMBERTO ALVARADO VÁSQUEZ EN EL PERIODO DE ENERO 2012 A DICIEMBRE 2013. Recuperado el 29 de abril 2018 de: <http://repositorio.unan.edu.ni/2953/1/76304.pdf>
32. Gonzales GF, Tapia V, Gasco M, Carrillo C. Hemoglobina Materna En El Perú: Diferencias Regionales Y Su Asociación Con Resultados Adversos Perinatales. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2013;28(3):484–91

# ANEXOS

**TABLA #1****Datos socio demográficos de las adolescentes embarazadas**

<b>DATOS SOCIODEMOGRAFICOS</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>EDADES</b>		
13-14 años	3	6
15-17 años	25	49
18-19 años	23	45
<b>ESCOLARIDAD</b>		
Primaria	13	25
Secundaria	31	61
universidad	7	14
<b>OCUPACION</b>		
Domestica	4	8
Ama de casa	28	55
Estudiante	14	27
Otros	5	10
<b>ESTADO CIVIL</b>		
Soltera	13	25
Casada	9	18
Unión libre	29	57
<b>RELIGION</b>		
Católica	23	46
Evangélica	12	23
Otros	15	29
Ninguna	1	2
<b>PROCEDENCIA</b>		
Rural	16	31
Urbana	35	69

Fuente: encuesta



**TABLA #2**

**Escolaridad de las adolescentes embarazadas en relación a la edad.**

ESCOLARIDAD	EDAD						Total	
	13-14 años		15-17 años		18-19 años			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Primaria	3	23	5	38.5	5	38.5	13	25
Secundaria	0	0	19	61	12	39	31	61
Universidad	0	0	1	14	6	86	7	14
<b>Total</b>							51	100

**Fuente: Encuesta.**

**TABLA #3**

**Estado civil de las adolescentes embarazadas en relación a la edad.**

ESTADO CIVIL	EDAD						Total	
	13-14 años		15-17 años		18-19 años			
	N	%	N	%	N	%	N	%
<u>Soltera</u>	2	15	7	54	4	31	13	25
<u>Casada</u>	0	0	3	33	6	67	9	18
<u>Unión Libre</u>	1	3	15	52	13	45	29	57
<b>Total</b>							51	100

**Fuente: Encuesta.**

**TABLA #4**

**Procedencia de las adolescentes embarazadas en relación con la edad.**

PROCEDENCIA	Edad						Total	
	13-14 años		15-17 años		18-19 años			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Rural	2	13	9	56	5	31	16	31
Urbano	1	3	16	46	18	51	35	69
<b>TOTAL</b>							51	100

Fuente: Encuesta.

**TABLA #5**

**Hipertensión en adolescentes embarazadas con relación a la edad.**

HTA	Edad						Total	
	13-14 años		15-17 años		18-19 años			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Si	0	0	5	50	5	50	10	20
No	3	7	20	49	18	44	41	80
<b>TOTAL</b>							51	100

Fuente: Encuesta.

**TABLA #6****Diabetes en adolescentes embarazadas en relación a la edad.**

DIABETES	Edad						Total	
	13-14 años		15-17 años		18-19 años			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Si	0	0	5	50	5	50	10	20
No	3	7	20	49	18	44	41	80
<b>TOTAL</b>							51	100

Fuente: Encuesta.

**TABLA #7****Enfermedades cardíacas en adolescentes embarazadas en relación a la edad.**

ENFERMEDADES CARDIACAS	Edad						Total	
	13-14 años		15-17 años		18-19 años			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Si	0	0	0	0	2	100	2	4
No	3	5	25	52	21	43	49	96
<b>TOTAL</b>							51	100

Fuente: Encuesta.

**TABLA #8**

**Hipertensión en adolescentes embarazadas en relación con el estado nutricional.**

HTA	Estado Nutricional						Total	
	Bajo peso		Normal		Sobre peso			
	N	%	N	%	N	%	N	%
<u>SI</u>	1	10	4	40	5	50	10	20
<u>NO</u>	3	7	23	56	15	37	41	80
Total							51	100

**Fuente: Encuesta.**

**TABLA #9**

**Anemia en adolescentes embarazadas en relación con el estado nutricional.**

ANEMIA	Estado nutricional						Total	
	Bajo peso		Normal		Sobre peso			
	N	%	N	%	N	%	N	%
<u>Si</u>	2	7	15	56	10	37	27	53
<u>No</u>	2	8	12	50	10	42	24	47
TOTAL							51	100

**Fuente: Encuesta.**

**TABLA #10**

**Aumento de peso en adolescentes embarazadas con relación a la edad.**

AUMENTO DE PESO	Edad						Total	
	13-14 años		15-17 años		18-19 años			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Si	3	7	21	48	20	45	44	86
No	0	0	4	57	3	43	7	14
<b>TOTAL</b>							51	100

**Fuente: Encuesta.**

**TABLA #11**

**Aumento de peso en adolescentes embarazadas en relación al estado nutricional.**

AUMENTO DE PESO	Estado nutricional						Total	
	Bajo peso		Normal		Sobre peso			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Si	1	2	26	59	17	39	44	86
No	3	43	1	14	3	43	7	14
<b>TOTAL</b>							51	100

**Fuente: Encuesta.**

## Consentimiento Informado

Fecha: Septiembre del 2018

A través de la presente nos dirigimos a usted para hacerle de su conocimiento que somos estudiantes egresados de la UNAN-León de la carrera de enfermería, donde debemos presentar un estudio investigativo, el que decidimos realizar en el centro de Salud Félix Pedro Picado de Sutiaba, por lo que solicitamos su colaboración para realizar dicho estudio. Cabe señalar que la información obtenida no será publicada y solo hará uso de ella el personal autorizado.

Sin más a que referirnos, nos despedimos de usted, agradeciéndole su atención.

Atte.

Br. Griselda Landero.

Br. Enrique Maldonado.

Acepto: Si \_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.**

**Facultad de Ciencias Médicas**

**Carrera de Enfermería**



El propósito de este instrumento es recolectar información acerca de los Antecedentes patológicos y estado nutricional relacionado a las complicaciones obstétricas en adolescentes embarazadas, inscritas en el programa CPN del C/S Sutiaba. Este instrumento contiene preguntas cerradas las cuales se responden marcando una “X”, la información brindada por el encuestado será anónima y los datos solo serán utilizados para fines de estudio.

Fecha\_\_\_\_\_ N° de ficha\_\_\_\_\_

**I- DATOS SOCIODEMOGRAFICOS:**

**1. Edad**\_\_\_\_\_

**2. Escolaridad**

1. Primaria\_\_\_\_\_ 2. Secundaria\_\_\_\_\_ 3. Universitaria\_\_\_\_\_

**3. Ocupación:**

1. Domestica \_\_\_\_\_ 2. Ama de casa\_\_\_\_\_ 3. Estudiante. \_\_\_\_\_ 4. otros\_\_\_\_\_

**4. Estado civil:**

1. Soltera\_\_\_\_\_ 2. Casada\_\_\_\_\_ 3. Unión libre \_\_\_\_\_

**5. Religión: ‘**

1. Católica\_\_\_\_\_ 2. Evangélica\_\_\_\_\_ 3. Otros\_\_\_\_\_ 4. Ninguna \_\_\_\_\_

**6. Procedencia:**

1. Rural\_\_\_\_\_ 2. Urbana\_\_\_\_\_

## **II- ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES:**

**1. ¿Ha padecido de hipertensión?**

1. Si\_\_\_\_\_ 2. No\_\_\_\_\_

**2. ¿Padece usted de diabetes?**

1. Si\_\_\_\_\_ 2. No\_\_\_\_\_

**3. ¿Padece usted de enfermedades Cardiacas?**

1. Si\_\_\_\_\_ 2. No \_\_\_\_\_

**4. ¿Usted fuma?**

1. Si\_\_\_\_\_ 2. No\_\_\_\_\_

**5. ¿Consume bebidas alcohólicas?**

1. Si\_\_\_\_\_ 2.No.\_\_\_\_\_

**6. ¿Ha padecido de anemia?**

1. Si\_\_\_\_\_ 2. No\_\_\_\_\_

**7. ¿Cuál de estas enfermedades virales ha padecido durante su embarazo?**

1. VPH (Virus del Papiloma Humano) \_\_\_\_\_ 2. Rubeola\_\_\_\_\_ . 3.Varicela\_\_\_\_\_

4.Bronquitis\_\_\_\_ 5. ZIKA\_\_\_\_ 6. Ninguna \_\_\_\_\_

## **III Estado Nutricional**

**1. Peso\_\_\_\_\_**

**2. Talla\_\_\_\_\_**

**3.IMC\_\_\_\_\_**

**4. ¿Ha aumentado de peso durante su embarazo?**

1. Si\_\_\_\_\_ 2. No\_\_\_\_\_

**5. ¿Ha bajado de peso durante su embarazo?**

1. Si\_\_\_\_\_ 2. No\_\_\_\_\_

GRACIAS POR SU COLABORACION



## IMÁGENES

**TABLA DE RECOMENDACIÓN DE GANANCIA DE PESO PARA GESTANTES**

BAJO PESO IMC PG < 19,8			Sem. gest.	NORMAL IMC PG 19,8 a 24			SOBREPESO / OBESIDAD IMC PG > 24 a 29			Sem. gest.	EMBARAZO MÚLTIPLE		
Ganancia de peso (kg)				Ganancia de peso (kg)			Ganancia de peso (kg)				Ganancia de peso (kg)		
Adecuada				Adecuada			Adecuada				Múltiple		
min.	medio	max.		min.	medio	max.	min.	medio	max.		min.	max.	max.
	0,2		1	0,1			0,1			1	0,1		
	0,4		2	0,2			0,1			2	0,2		
	0,5		3	0,4			0,2			3	0,4		
	0,7		4	0,5			0,3			4	0,5		
	0,8		5	0,6			0,3			5	0,6		
	1,1		6	0,7			0,4			6	0,7		
	1,2		7	0,9			0,5			7	0,9		
	1,4		8	1,0			0,6			8	1,0		
	1,4		9	1,1			0,6			9	1,1		
	1,6		10	1,2			0,7			10	1,2		
	1,9		11	1,4			0,8			11	1,4		
	2,1		12	1,5			0,8			12	1,5		
	2,3		13	1,6			0,9			13	1,6		
2,7	2,8	2,9	14	2,0	2,1	2,1	1,1	1,2	1,3	14	2,1	2,3	2,4
3,1	3,3	3,5	15	2,3	2,5	2,7	1,4	1,5	1,7	15	2,7	3,0	3,2
3,4	3,8	4,0	16	2,7	3,0	3,2	1,8	1,8	2,1	16	3,2	3,7	3,9
3,8	4,2	4,6	17	3,1	3,4	3,7	1,8	2,1	2,5	17	3,7	4,4	4,7
4,2	4,7	5,2	18	3,4	3,9	4,3	2,0	2,5	2,9	18	4,3	5,1	5,5
4,6	5,2	5,8	19	3,8	4,3	4,8	2,3	2,8	3,3	19	4,8	5,8	6,3
4,9	5,7	6,4	20	4,2	4,8	5,3	2,5	3,1	3,6	20	5,3	6,5	7,1
5,3	6,2	7,0	21	4,5	5,2	5,9	2,7	3,4	4,0	21	5,9	7,2	7,9
5,7	6,6	7,5	22	4,9	5,7	6,4	2,9	3,7	4,4	22	6,4	7,9	8,6
6,1	7,1	8,1	23	5,3	6,1	6,9	3,2	4,0	4,8	23	6,9	8,6	9,4
6,5	7,6	8,7	24	5,6	6,6	7,5	3,4	4,3	5,2	24	7,5	9,3	10,2
6,8	8,1	9,3	25	6,0	7,0	8,0	3,6	4,6	5,6	25	8,0	10,0	11,0
7,2	8,5	9,9	26	6,4	7,5	8,5	3,8	4,9	6,0	26	8,5	10,7	11,8
7,6	9,0	10,4	27	6,7	7,9	9,1	4,1	5,2	6,4	27	9,1	11,4	12,5
8,0	9,5	11,0	28	7,1	8,4	9,6	4,3	5,5	6,8	28	9,6	12,1	13,3
8,3	10,0	11,6	29	7,5	8,8	10,1	4,5	5,9	7,2	29	10,1	12,8	14,1
8,7	10,5	12,2	30	7,8	9,3	10,7	4,7	6,2	7,6	30	10,7	13,5	14,9
9,1	10,9	12,8	31	8,2	9,7	11,2	5,0	6,5	8,0	31	11,2	14,2	15,7
9,5	11,4	13,3	32	8,6	10,2	11,7	5,2	6,8	8,4	32	11,7	14,9	16,4
9,9	11,9	13,9	33	8,9	10,8	12,3	5,4	7,1	8,8	33	12,3	15,6	17,2
10,2	12,4	14,5	34	9,3	11,1	12,8	5,6	7,4	9,1	34	12,8	16,3	18,0
10,6	12,9	15,1	35	9,7	11,5	13,3	5,9	7,7	9,5	35	13,3	17,0	18,8
11,0	13,3	15,7	36	10,0	12,0	13,9	6,1	8,0	9,9	36	13,9	17,7	19,6
11,4	13,8	16,3	37	10,4	12,4	14,4	6,3	8,3	10,3	37	14,4	18,4	20,4
11,7	14,3	16,8	38	10,8	12,9	14,9	6,5	8,6	10,7	38	14,9	19,1	21,1
12,1	14,8	17,4	39	11,1	13,3	15,5	6,8	8,9	11,1	39	15,5	19,8	21,9
12,5	15,3	18,0	40	11,5	13,7	16,0	7,0	9,3	11,5	40	16,0	20,5	22,7

Fuente:  
Centro Nacional de Alimentación y Nutrición,  
Ministerio de Salud.









