



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

Trabajo Monográfico para optar al título de Doctor en Medicina y Cirugía

**Comportamiento del embarazo adolescente en asistentes a la atención
prenatal del centro de salud Carlos Rugama del Distrito V de Managua.
Octubre - Diciembre 2019.**

Autores: Br. María Fernanda Ruiz García
Br. Luis Enrique García Reyes
Br. Danilo Enrique Caldera Pacheco

Tutor: Dr. José Francisco Reyes Ramírez
Profesor Titular
Facultad de Ciencias Médicas. UNAN-Managua

Managua, Septiembre 2020

Dedicatoria

Dedico el presente proyecto sobre todo a Dios padre por llenarme de abundantes bendiciones y regalarme la capacidad para culminar mis proyectos, a mi madre, agradezco todo lo que has hecho por mi incluso si te ha tocado estar lejos y luchar por nosotros, a mi padre quien siempre se ha esforzado por darme lo mejor, me ha guiado y brindado su sabiduría para alcanzar mis metas a lo largo de estos 8 años de carrera.

A mi hermana, abuelos y amigos, gracias por brindarme su apoyo y consideración a lo largo de mi carrera, por estar incondicionalmente en todas mis necesidades, y por siempre empujarme a dar lo mejor de mí.

María Fernanda Ruíz García.

Dedico este trabajo primeramente a Dios, por haberme permitido la oportunidad de cursar la carrera de medicina, haberme iluminado y acompañado durante estos 8 años.

Al mismo tiempo quiero dedicársela a mi papá y mi mamá porque han sido pilar en mi formación académica, desde mis primeros años de vida, los amo, como no tienen idea. A mis hermanos, por confiar en mí, apoyándome siempre y a todos los colegas, amistades y personas especiales que han marcado mi vida durante este paso

Danilo Caldera Pacheco

Dedico este estudio primeramente a Dios padre por toda la sabiduría que me brindó y todas las bendiciones en mi vida, a mis queridos padres, por su apoyo incondicional en todo mi camino hasta este punto, siempre supieron animarme y darme los más oportunos consejos los cuales hicieron de mí un hombre recto, también dedico este estudio a mis maestros, de paciencia infinita los cuales con gran amor compartieron sus conocimientos invaluable, ética y principios como profesional los cuales me guiarán por toda la vida.

Luis Enrique García

Agradecimiento

Especial agradecimiento sobre todo a Dios, por habernos permitido culminar este proyecto, con satisfacción y esfuerzo, por permitirnos culminar nuestra carrera a pesar de atravesar por dificultades, y por permitirnos ser perseverantes aun cuando todo parecía demasiado duro. Gracias por siempre escucharnos y estar a nuestro lado.

A nuestros padres, hermanos y amistades, gracias por abrazarnos y dar su apoyo, escuchar nuestras inconformidades y tristezas, gracias por sus palabras de aliento y de amor.

A la Facultad de Ciencias Médicas de la UNAN Managua, maestros, y tutor de tesis, los cuales nos forjaron a lo largo de nuestra carrera profesional, gracias por ser el principal sostén en la realización y culminación de la investigación.

Opinión del Tutor

El presente estudio sobre comportamiento del embarazo adolescente en asistentes al programa de atención prenatal del centro de salud Carlos Rugama del Distrito V de Managua. Octubre- Diciembre 2019, realizado por los bachilleres María Fernanda Ruiz García, Luis Enrique García Reyes y Danilo Enrique Caldera Pacheco, es de mucha importancia debido al impacto que representa el embarazo en la adolescencia, en la población del mundo y en nuestro país. Representa uno de los principales factores que contribuye a la tasa de mortalidad materna e infantil y al círculo de enfermedad y pobreza en una gran mayoría de la población mundial. Nicaragua sigue ocupando el segundo lugar en tasa de embarazo adolescente a nivel de América Latina. Las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las adolescentes de 15 a 19 años en todo el mundo. El manejo de la información acerca del comportamiento del embarazo adolescente desarrollara condiciones personales, familiares y comunitarias que logren cambios de actitud e impulsen una salud sexual y reproductiva de las adolescentes con un enfoque integral

Los resultados alcanzados en el estudio han sido posibles por la dedicación, interés, responsabilidad e iniciativa demostrada por los bachilleres María Fernanda Ruiz García, Luis Enrique García Reyes y Danilo Enrique Caldera Pacheco, durante todo el proceso de la investigación, lo cual permitió haber logrado la aplicación de una metodología regida en todo momento por un alto nivel científico.

Felicito a los bachilleres María Fernanda Ruíz García, Luis Enrique García Reyes y Danilo Enrique Caldera Pacheco, por los alcances logrados y extendiendo mi motivación a que continúen profundizando y desarrollando este campo investigativo.

Dr. José Francisco Reyes Ramírez

Profesor Titular

Facultad de Ciencias Médicas, UNAN-Managua.

Resumen

Aproximadamente 11% de todos los nacimientos en el mundo se producen todavía entre mujeres de 15 a 19 años. Un 95% de estos ocurren en países llamados en vías de desarrollo (UNICEF, 2015). Nicaragua es el país con mayor proporción de embarazos en adolescentes, según CODENI en el 2017, 26.3% de los embarazos son de adolescentes, cerca de dos terceras partes de las mujeres de 15 a 19 años. Por lo tanto, la presente investigación busca dar respuestas al objetivo principal, siendo este el evaluar el comportamiento del embarazo en adolescentes de 15 a 19 años atendidas en el programa de control prenatal del centro de salud Carlos Rugama, del Distrito V del municipio de Managua, en el periodo del 1° de octubre al 31 de diciembre de 2019. El Tipo de estudio es descriptivo de corte transversal, con una muestra de 96 embarazadas adolescentes que acudieron al censo de control prenatal. Entre las características sociodemográficas de mayor importancia se encontraron que la gran mayoría de las adolescentes estaban en el rango de edad entre los 17 a 19 años, de escolaridad secundaria, las cuales convivían en unión libre, en su mayoría católicas, provenientes de la zona urbana. Sus antecedentes obstétricos más relevantes fueron constituidos por su menarquia, de aparición entre los 9 a 11 años de edad, con inicio de vida sexual activa entre los 14 a 16 años, en su mayoría primigestas, únicamente habían estado con una pareja sexual y recalcaron que se encontraban usando algún método anticonceptivo, siendo el principal elegido, el de tipo inyectable. Al momento de su captación se encontraban con menos de 12 semanas de gestación, acudiendo a cuatro o más controles prenatales, sin deseo del embarazo. Respecto a las acciones en salud realizadas a las pacientes durante sus controles prenatales, en una gran mayoría se realizaron anamnesis completas y detalladas, examen físico y obstétrico completo, toma de Papanicolaou en tiempo y forma, examen odontológico en compañía con el servicio de odontología, exámenes complementarios necesarios para el crecimiento adecuado del embarazo, una correcta evaluación nutricional por parte del servicio de nutrición y sobretodo se brindó una consejería médica adecuada y pertinente.

Palabras Clave: Adolescente, Embarazo, Control Prenatal, Acciones en Salud.

Índice

<i>i.</i> Dedicatoria	I
<i>ii.</i> Agradecimiento.....	II
<i>iii.</i> Opinión del tutor	III
<i>iv.</i> Resumen	IV
I. Introducción	8
II. Antecedentes	9
III. Justificación	13
IV. Planteamiento del problema.....	14
V. Objetivos.....	16
VI. Marco Teórico.....	17
VII. Material y Método.....	46
7.1 Tipo de estudio	46
7.2 Área de estudio.....	46
7.3 Universo	46
7.4 Muestra	47
7.5 Tamaño de muestra.....	47
7.6 Tipo de muestra	48
7.7 Criterios de inclusión y exclusión	48
7.8 Procedimientos para la recolección	49
7.9 Plan de tabulación y análisis	51
7.10 Enunciado de variables	52
7.11 Operacionalización de las Variables.....	53
7.12 Consideraciones éticas	56

VIII. Resultados	57
IX. Análisis y Discusión de Resultados	62
X. Conclusiones.....	67
XI. Recomendaciones	68
XII. Referencias bibliográficas	71
XIII. Anexos	75

I.- Introducción

El embarazo adolescente representa en los países en vías de desarrollo, un problema en salud pública ya que los resultados indican que en aquellos bebés nacidos de madres menores de 20 años prevalece un riesgo de un 50% superior de mortalidad prenatal o de morir en las primeras semanas de vida en comparación a aquellos bebés de mujeres de 20 a 29 años. (OMS, 2018)

Las desigualdades socioeconómicas, inestabilidad familiar, son factores directos del crecimiento del número de embarazos en adolescentes. La falta de conocimientos en relación a la salud sexual y reproductiva, lo que provoca la exposición a factores de riesgo al iniciar relaciones sexuales a edades tempranas y de forma directa a la presencia de embarazos no deseados (OPS, 2018).

Aproximadamente 11% de todos los nacimientos en el mundo se producen todavía entre mujeres de 15 a 19 años. Un 95% de estos ocurren en países llamados en vías de desarrollo. Estadísticas Sanitarias Mundiales durante el año 2014 indican que la tasa media de natalidad mundial entre las adolescentes de 15 a 19 años es de 49/1000 jóvenes. (UNICEF, 2015). Nicaragua es el país con mayor proporción de embarazos en adolescentes. El 26.3% de los embarazos son de adolescentes, Los mayores porcentajes se presentan en Jinotega (38.0%) la Costa Caribe Norte y Sur (30.0%) y León (20.0%) (CODENI, 2017) (OMS, 2018)

El centro de salud Carlos Rugama, del Distrito V de Managua, en el año 2019 atendía una población de 19,057 mujeres en edad fértil (MEF), con metas de 1,242 nacidos vivos esperados producto de 1,322 partos, donde el 42.3% ocurrieron en adolescentes, expresando que el embarazo adolescente continua siendo una problemática importante en el área de salud, se decidió llevar a cabo el presente trabajo con el fin de describir el comportamiento clínico de las embarazadas adolescentes asistentes a atención prenatal durante el último trimestre del año 2019, y de esta manera brindar pautas necesarias para influir y controlar este fenómeno, mejorando la calidad de vida de las mujeres en estudio.

II.- Antecedentes

A nivel internacional

Madrid y colaboradores, en el año 2019, llevan a cabo el artículo científico **“Embarazos y maternidad adolescente desde una perspectiva cualitativa en ciencias sociales”** en el cual se entrevistó a 4 adolescentes gitanas embarazadas concluyendo que la maternidad en si no les genera riesgos específicos de exclusión, sino más bien es un indicador, y una consecuencia, de las situaciones de precariedad, marginación y de falta de atención en las que ellas se encuentran, le edad más común entre este grupo fue 18 años, la mayoría se encontraban en una relación con hombres que son mayores que ellas y se concluyó en que todas en un 100% conocían y tenían acceso a métodos anticonceptivos moderno antes de tener el embarazo. (Madrid, Hernández, Gentile, & Cevallos, 2019)

Quesada y colaboradores durante el año 2016, realizan el artículo científico **“Caracterización Social del Embarazo en la adolescencia”**, Venezuela, cuyos resultados se obtuvieron mediante encuestas realizadas a 61 adolescentes embarazadas del área de salud integral comunitaria El Gaitero, en el estudio se tomaron en cuenta variables tales como edad más frecuente de embarazo, inicio de vida sexual, satisfacción de necesidades y edad de menarquia, en donde se demuestra que en relación a la edad predominaron las embarazadas de edades comprendidas entre 15 y 18 años para un 67,31%, el 88,4% de las adolescentes determinaron que no tenían cubiertas todas sus necesidades básicas y que un 86,5% de las participantes.

Tuvieron su menarquia durante el rango de 10 a 14 años de edad, el 100% manifestó que esta nueva etapa implicó mayores exigencias económicas, el 82,69% refirió verse privadas de las actividades propias de su edad y el 55,7% tuvo que formalizar su relación de pareja sin estar preparadas para ello; con dichas variables se logró concluir que las embarazadas en su mayoría no tienen cubiertas sus necesidades básicas, y que entre las situaciones sociales que más afectaron a las participantes se encuentra una mayor exigencia económica y la privación de las actividades propias de su edad. (Quesada, Romero, Prieto, & Rodríguez, 2016)

Mendoza, Claros y Peñaranda, en 2016, en el hospital de San José de Buga, Buga, publicaron el artículo **“Actividad Sexual temprana y embarazo en la adolescencia: estado del arte”**, Colombia, cuyos resultados demostraron que existen diversos determinantes que promueven el inicio de vida sexual activa a temprana edad y por ende los embarazos adolescentes no deseados, entre ellos las inequidades y barreras de acceso a los servicios de salud sexual reproductiva, lo que provoca un impacto en otras dimensiones de la vida del adolescente y lo hacen susceptible a dicha problemática. (Mendoza, Claros, & Peñaranda, 2016)

Hernández & colaboradores, 2013, en su tesis monográfica **“Prevalencia de embarazo en adolescentes escolarizados y sus factores predisponentes: Cartagena 2012-2013”**, Colombia, en donde fueron encuestados 621 adolescentes escolares, elegidos entre 4 escuelas públicas y 2 privadas, en donde se demostró que la prevalencia de embarazo en adolescentes escolarizados fue del 7%, los cuales en su mayoría refirieron haber iniciado su vida sexual a una edad promedio de 14 años, asociado a todos estos factores se determinó que la mayor cantidad de embarazos adolescentes provenían de aquellos jóvenes cuyo estrato social fue considerado como bajo. (Hernández, et al., 2013)

Membreño Díaz, durante el año 2011, en su tesis monográfica **“Factores Sociales y culturales que influyen en el embarazo en las adolescentes en la unidad de salud Dr. Mauricio Sol Nerio, San Jacinto, San Salvador periodo Enero a Junio 2011”** realizado en El Salvador, se determinó según encuestas realizadas a 25 participantes que la edad que predominaba entre las adolescentes embarazadas fue de 18 años seguida por casos de adolescentes con edad igual o menor a 15 y 16 años, con respecto a estado civil, ninguna de las encuestadas se encontraba casada y apenas un 15% de las vivían en unión libre, en la mayoría este es su primer embarazo, se determinó que en un 88% de las encuestadas el embarazo constituyó un obstáculo para continuar estudiando y quizás lo más importante que muestra el estudio es que 96% de las pacientes encuestadas tenían conocimientos sobre métodos anticonceptivos sin embargo decidieron no utilizarlo. (Membreño, 2011)

Así mismo González Reyes, durante el 2011, lleva a cabo el estudio monográfico **“Determinantes sociales en embarazo adolescente y planificación familiar, unidad de salud San Antonio Abad, El Salvador, septiembre y octubre 2011”** en el que se concluyó que de las 52 participantes que fueron encuestadas el 60% (31 pacientes) de las adolescentes entrevistadas estas presentaban las edades entre los 17 a 19 años, 54% de las adolescentes eran solteras y el 56% de estas apenas había logrado terminar la primaria. Además, cabe recalcar que de las encuestadas el 75% de los casos fueron embarazos no planeados y el 79% de las mismas tuvieron un inicio de su vida sexual a una edad menor de los 17 años lo que concordó con las estadísticas del resto de países latinoamericanos. (González, 2011)

A nivel nacional

Bolívar & Duarte, 2019, en su tesis monográfica **“Embarazo no planificado en adolescentes de 12-19 años del Barrio Sutiava que asisten al Centro de Salud Félix Pedro Picado, León, primer semestre, 2017”** realizado en la ciudad de León, se reportó entre sus conclusiones que 70% de sus encuestadas se encontraban entre las edades de 17 a 19 años, 72% de estas procedían del área urbana, la edad promedio de menarquia fue de 12 años, para el inicio de vida sexual activa la edad promedio fue de 15 años, además el 38% de las pacientes reportaban que vivían con sus padres aun, de estas el 62% vivían con una estructura familiar deficiente, con un nivel de comunicación nulo para un 54% de las encuestadas, un 96% refiere tener conocimientos y saber cómo adquirir los métodos anticonceptivos y un 56% refirió haber adquirido conocimiento adecuado sobre cómo prevenir un embarazo a temprana edad. (Bolívar & Duarte, 2019)

Cáliz & Castillo, durante el 2018 realizaron su estudio monográfico titulado **“Factores Asociados a embarazos en adolescentes atendidas en el Puesto de Salud Francisco Real de la comunidad Valle La Laguna-Masaya, enero a diciembre 2017”** llevado a cabo en la ciudad de Masaya, en donde encontraron que la mayoría se encontraba entre las edades de 17 a 19 años con un 74%, la mayoría tenía escolaridad primaria con un 69%, el estado civil predominó acompañada con un 73%, el 99% de las encuestadas provenían de la zona rural, respecto a la ocupación, la mayoría es ama de casa con un 63%, la mayoría profesaba la

religión católica con un 86%, la mayoría mencionó que iniciaron vida sexual activa entre las edades de 14 a 16 años con un 81%, además un 67% refirieron que su primera menstruación había sido entre las edades de 10 a 12 años, un 93% refirió que únicamente ha estado con 1 compañero, la gran mayoría de encuestadas eran primigestas en un 78% y la gran mayoría con un 65% poseía un buen nivel de conocimiento sobre salud sexual y reproductiva. Con respecto a los factores psicológicos los autores concluyeron en que la mayoría de las participantes tenía una disfunción moderada según el Apgar familiar que valora la funcionalidad de la familia y una baja autoestima según la escala de evaluación de esta. (Cáliz & Castillo, 2018)

El estudio monográfico de Urbina & Vargas durante el 2016 el cual lleva por título **“Complicaciones obstétricas en adolescentes en el Hospital Primario Jacinto Hernández, Nueva Guinea, Región Autónoma Atlántico Sur, durante el periodo de enero-septiembre 2015”** realizado en Nueva Guinea, se determinó que las adolescentes embarazadas encuestadas predominaron en el rango de edad que va de los 17 a 19 años, en un 61% el estado civil que predominó fue el de unión libre, el 75% de las pacientes abandonaron los estudios y ahora se dedican a ser amas de casa, 71% de las adolescentes afectadas son de procedencia rural, un 56% de las pacientes únicamente alcanzaron la escolaridad primaria y dentro de las complicaciones más frecuentes se encontró el aborto espontáneo en un 17%. (Urbina & Vargas, 2016)

Dávila & Velásquez, 2011, realizaron su tesis monográfica **“Calidad de atención, manejo y cuidados de enfermería a las embarazadas adolescentes durante los controles prenatales en el puesto de salud Primero de Mayo, Matagalpa, II semestre, 2011”** en Matagalpa, el cual tuvo como objetivo principal conocer la calidad de atención que se brindaba a todas aquellas embarazadas adolescentes que asistían a la unidad, se encuestaron 28 adolescentes obteniendo como conclusión que el 64% de las adolescentes embarazadas que acuden al puesto de salud primero de mayo, son menores de 19 años y la calidad de atención que brinda enfermería es calificada como buena por el 100% de las pacientes atendidas. (Dávila & Velásquez, 2011)

III.- Justificación

Nicaragua es uno de los países que presenta una mayor proporción de embarazos en adolescentes. El 26.3% de los embarazos son de adolescentes, es decir, 110 de cada 1,000 mujeres adolescentes entre 15 y 19 años son madres.

El centro de salud Carlos Rugama durante el año 2019 conto con una tasa de embarazos esperados de 1353 de los cuales 500 eran de adolescentes, únicamente en el último trimestre del año (octubre- noviembre y diciembre) se contó con 127 captaciones de embarazadas adolescentes, contando de esta manera con una alta tasa de embarazos adolescentes, los cuales se ven influenciados por múltiples factores sociales tales como pobreza, drogadicción, violencia intrafamiliar, etc., que se encuentran presentes en las áreas atendidas por el centro y que contribuyen a que la población adolescente atendida por esta unidad se consideren como adolescentes en riesgo.

La realización del presente trabajo desarrollará los siguientes beneficios:

- Permitirá contribuir a la mejoría de la calidad de atención enfocados sobretodo en la atención de las adolescentes embarazadas, centrado en el proceso de abordaje y manejo de los programas dirigido a los adolescentes.
- Desarrollar un proceso de fortalecimiento dentro del protocolo sobre el manejo y atención de los programas de atención en salud sexual y reproductiva dirigidos específicamente al grupo de los adolescentes, mejorando cobertura y seguimiento,
- Implementar acciones de intervenciones educativas con respecto al tema del embarazo adolescente tanto de forma individual como hacia la pareja, con una estrategia de integración familiar, lo cual les permitirá desarrollar cambios en su comportamiento e impulsar una mejor calidad en salud, logrando un impacto socioeconómico para el adolescente, su familia y la sociedad.

IV.- Planteamiento del problema

Alrededor de 16 millones de jóvenes entre las edades de 15 a 19 años y aproximadamente 1 millón de niñas menores de 15 años dan a luz cada año, la mayoría en países de ingresos bajos y medianos. Las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las muchachas de 15 a 19 años en todo el mundo.

Cada año, unos 3 millones de muchachas de 15 a 19 años se someten a abortos peligrosos. Los bebés de madres adolescentes se enfrentan a un riesgo considerablemente superior de morir que los nacidos de mujeres de 20 a 24 años. (OPS, 2018)

El embarazo en la adolescencia sigue siendo uno de los principales factores que contribuyen a la mortalidad materna e infantil y al círculo de enfermedad y pobreza. Los embarazos en la adolescencia son más probables en comunidades pobres, poco instruidas y rurales. La edad promedio en que los adolescentes inician su vida sexual activa es entre los 15 a 16 años y la mayoría no ha recibido información exacta acerca de la salud sexual y reproductiva. Esta falta de información puede hacerles correr riesgos de embarazos no planificados y de infecciones del tracto reproductor, así como VIH/SIDA. (OPS, 2018)

El centro de salud Carlos Rugama ubicado en el distrito V de Managua, aborda muchas zonas de extrema pobreza, como son los barrios German Pomares, Augusto C. Sandino, Héroes y Mártires de Macaralí, 18 de Mayo, La Cuaresma, Francisco Salazar y Walter Ferrey; en él se realizó control prenatal a 127 adolescentes durante los meses de Octubre a Diciembre del año 2019, en donde esta cifra o aproximadas, permanecen constante en los trimestres anteriores, entre los factores que ejercen un gran impacto en esta problemática de la zona se encuentra principalmente la pobreza y con esta la falta de información sobre métodos anticonceptivos, falta de familiares que brinden apoyo o simplemente el predominio de un cultura machista.

A partir de la caracterización y delimitación del problema antes expuesto, se plantea la siguiente pregunta principal de Investigación:

¿Cuál es el comportamiento del embarazo adolescente en asistentes a la atención prenatal del centro de salud Carlos Rugama del Distrito V de Managua, en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre de 2019?

A continuación, se presentan las siguientes preguntas orientadoras según objetivos específicos:

1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas de las adolescentes en estudio?
2. ¿Cuáles son los antecedentes obstétricos de las adolescentes embarazadas?
3. ¿Cuáles son las características del embarazo actual de las adolescentes en estudio?
4. ¿Cuáles son las acciones en salud realizadas por el personal asistencial durante la atención prenatal a las adolescentes del estudio?

V.- Objetivos

General:

Describir el comportamiento del embarazo en adolescentes de 15 a 19 años asistentes a la atención prenatal del centro de salud Carlos Rugama, del Distrito V del municipio de Managua, en el periodo del 1° de octubre al 31 de diciembre de 2019.

.

0Específicos:

1. Caracterizar socio-demográficamente a las adolescentes embarazadas en estudio.
2. Presentar los antecedentes obstétricos de las adolescentes embarazadas.
3. Determinar las características del embarazo actual en adolescentes embarazadas en estudio.
4. Identificar las acciones en salud realizadas por el personal asistencial durante la atención prenatal a las adolescentes embarazadas en estudio.

VI.- Marco Teórico

1. Adolescencia

La adolescencia se consideró por largo tiempo solo como un tránsito entre la niñez y la adultez, sin dedicarle mayor interés.

1.1. Concepto

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como adolescencia al “periodo 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 socioeconómica” y fija sus límites entre los diez (10) y diecinueve (19) años. Se considera 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. (OMS, 2014)

En Nicaragua, en las zonas del caribe, a los adolescentes en miskitu se les llama *Wahma Kura an tiara Kura* que significa *joven tierno*. En su cosmovisión las primeras relaciones son producto de un *silka, un hechizo o embrujo*.

1.2. Clasificación de la adolescencia

El sistema de estadificación utilizado con mayor frecuencia es la clasificación de madurez sexual, también conocido como etapas de Tanner, descritas y evaluadas por Tanner y Marshall, las cuales detectan las primeras características sexuales secundarias al examen físico: telarquia, pubarquia y crecimiento testicular. Los IMS 1 y 2 corresponden al inicio de la adolescencia, los IMS 3 y 4, al período medio, y el IMS 5 a la fase final de la misma y a la plena madurez sexual.

El comienzo de la adolescencia (IMS 2) suele producirse entre los 10 y los 13 años y dura de 6 meses a 1 año en las mujeres. En los varones comienza entre los 10.5 y los 15 años y dura de 6 meses a 2 años. El período medio de la adolescencia (IMS 3 y 4) puede alcanzarse en las primeras en cualquier momento entre los 11 y los 14 años y dura de 2 a 3 años como promedio. En los segundos, el período empieza generalmente entre los 12 y los 15.5 años y dura de 6 meses a 3 años. En general, las jóvenes alcanzan el período final de la adolescencia

(IMS) entre los 13 y los 17 años, y los muchachos, entre los 14 y los 16 años. (Rueda-Quijano, y otros, 2019)

1.2.1. Adolescencia Temprana

Tomada en un sentido amplio, podría considerarse como adolescencia temprana el período que se extiende entre los 10 y los 14 años. Es en esta etapa en la que, por lo general, comienzan a manifestarse los cambios físicos, que usualmente empiezan con una repentina aceleración del crecimiento, seguido por el desarrollo de los órganos y las características sexuales secundarias. Estos cambios externos son con frecuencia muy obvios y pueden ser motivo de ansiedad, así como de entusiasmo para los individuos cuyos cuerpos están sufriendo la transformación.

Los cambios internos que tienen lugar en el individuo, aunque menos evidentes, son igualmente profundos. Una reciente investigación neurocientífica muestra que, en estos años de la adolescencia temprana, el cerebro experimenta un súbito desarrollo eléctrico y fisiológico. El número de células cerebrales pueden casi llegar a duplicarse en el curso de un año, en tanto las redes neuronales se reorganizan radicalmente, con las repercusiones consiguientes sobre la capacidad emocional, física y mental

El desarrollo físico y sexual, más precoz en las niñas –que entran en la pubertad unos 12 a 18 meses antes que los varones– se reflejan en tendencias semejantes en el desarrollo del cerebro. Este fenómeno contribuye a la percepción generalizada de que las niñas maduran mucho antes que los varones. (Gaete, 2015)

1.2.2. Adolescencia Media

El hecho central en este período es el distanciamiento afectivo de la familia y el acercamiento al grupo de pares. Ello implica una profunda reorientación en las relaciones interpersonales, que tiene consecuencias no solo para el adolescente sino también para sus padres. Ocurre en el periodo de edad que abarca desde los 14-15 a los 17-18 años.

En cuanto al desarrollo psicológico, en esta etapa continúa aumentando el nuevo sentido de individualidad. Sin embargo, la autoimagen es muy dependiente de la opinión de terceros, el

joven tiende al aislamiento. El egocentrismo es significativo, y durante décadas se le responsabilizó de generar en los adolescentes un sentimiento de invulnerabilidad que los predisponía a conductas de riesgo, las cuales son frecuentes en esta etapa.

En cuanto al desarrollo sexual, en la adolescencia media aumenta la aceptación del propio cuerpo y la comodidad con él. La mayoría de los adolescentes ha tenido ya gran parte de los cambios puberales y está menos preocupado de ellos. Sin embargo, los jóvenes dedican mucho tiempo a tratar de hacer su cuerpo más atractivo. Prueban su atractivo sexual experimentando con su aspecto (peinado, maquillaje, ropa, tatuajes y piercing pasan a ser muy importantes) y con su comportamiento (coqueteo). En este período se toma conciencia de la orientación sexual (¿Hacia quién me siento atraído sexualmente?) y aumenta el involucramiento en relaciones de pareja. (Gaete, 2015)

1.2.3. Adolescencia Tardía

La adolescencia tardía abarca la parte posterior de la segunda década de la vida, en líneas generales entre los 15 y los 19 años. Para entonces, ya usualmente han tenido lugar los cambios físicos más importantes, aunque el cuerpo sigue desarrollándose. El cerebro también continúa desarrollándose y reorganizándose, y la capacidad para el pensamiento analítico y reflexivo aumenta notablemente. Las opiniones de los miembros de su grupo aún tienden a ser importantes al comienzo de esta etapa, pero su ascendente disminuye en la medida en que los adolescentes adquieren mayor confianza y claridad en su identidad y sus propias opiniones.

En la adolescencia tardía, las niñas suelen correr un mayor riesgo que los varones de sufrir consecuencias negativas para la salud, incluida la depresión; y a menudo la discriminación y el abuso basados en el género magnifican estos riesgos. (Gaete, 2015)

2. Embarazo

2.1. Concepto

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 solares y aproximadamente 40 semanas de gestación. (Nicaragua, 2010)

2.2 Diagnostico

2.2.1. Tipos de diagnósticos

Los presuntivos y probables aparecen en etapas tempranas (aparecen al final de la cuarta semana de embarazo y desaparecen en el curso de la 18ava semana de embarazo), los de certeza hacen su aparición más tardíamente (entre la dieciséis y la vigésima semana de embarazo). (MINSA, Normas y Protocolos para la atención Prenatal, parto, puerperio y recién nacido/a de bajo riesgo, 2008)

2.2.1.1. Presuntivos

- ⇒ Sialorrea
- ⇒ Nauseas / vómito / mareos
- ⇒ Cambios en el patrón alimenticio (falta de apetito y gusto)
- ⇒ Lipotimia
- ⇒ Cambio del carácter (tristeza)
- ⇒ Aumento de la frecuencia urinaria y disuria
- ⇒ Aumento de la sensibilidad, tamaño y pigmentación de los senos
- ⇒ Fatiga / Cansancio / Desgano
- ⇒ Palpitaciones
- ⇒ Cambios en el patrón del sueño (somnolencia)
- ⇒ Ausencia de la menstruación: recordar que son muy comunes los ciclos ~~menstruales~~ prolongados (oligomenorrea)
- ⇒ Distensión abdominal

2.2.1.2. De Probabilidad

Estos cambios se encuentran en el útero y en los genitales externos. Los Principales son: amenorrea y cambios en la forma y tamaño de útero. (MINSA, Normas y Protocolos para la atención Prenatal, parto, puerperio y recién nacido/a de bajo riesgo, 2008)

2.2.1.3. De Certeza

⇒ Movimientos activos fetales

⇒ Latidos fetales

2.3. Embarazo en la adolescencia

El embarazo en la adolescencia no es un asunto que involucra exclusivamente a la adolescente embarazada y su bebé, sino a su pareja (si existe), a su familia y a su entorno.

Desde esta perspectiva se visualiza a una adolescente que enfrenta transformaciones en su cuerpo, en sus sentimientos y en sus diferentes proyectos; a su vez, este evento transforma la dinámica familiar o de pareja, lo que requiere de un proceso de ajuste a la nueva situación. (MINSA, Protocolo para la atención de las adolescentes embarazadas, 2016)

2.3.1. Concepto

La Academia Americana de Pediatría (AAP) y la Academia Americana de Medicina (AMA), han definido el término de “Embarazo Adolescente” como embarazo no planeado, cuyas partes involucradas está(n) económicamente dependiendo de otros, no tienen una relación estable, usualmente se ven forzados a interrumpir su proceso de desarrollo humano (escolarización, empleo, planes de vida), abandonada(os) por su pareja y/o familia y para el cual no han adquirido una madurez ni física ni psicológica. (Gans, McManus, & Newacheck, 1991)

2.3.2. Clasificación

Todo embarazo en la adolescencia es considerado de Riesgo. De acuerdo con la normativa actualizada de “Atención Prenatal, Parto, Puerperio y Recién Nacido de Bajo Riesgo, N-011” se divide a las embarazadas en dos:

- Aquellas elegibles para recibir el APN de rutina llamado “bajo riesgo” (Cuidados Básicos).
- Aquéllas que necesitan Cuidados Especiales “alto riesgo” determinados por sus condiciones particulares de salud y/o factores de riesgo.

La clasificación de “bajo riesgo” o “alto riesgo”, se determinará con la aplicación del Formulario de Criterios de Clasificación del Riesgo.

El formulario debe de aplicarse en cada atención prenatal y de acuerdo con resultados la paciente puede continuar en bajo riesgo o progresar a alto riesgo.

Una mujer que inicialmente es derivada a un nivel de atención superior debido a una patología identificada en el formulario de clasificación posteriormente puede ser considerada apta para seguir el componente básico. El especialista debe determinar el manejo de seguimiento en la hoja de contra referencia, así mismo garantizar y recomendar referencia oportuna a casa materna. (MINSA, Normas y Protocolos para la atención Prenatal, parto, puerperio y recién nacido/a de bajo riesgo, 2008)

2. Factores de riesgo asociados al embarazo adolescente

El embarazo en la adolescencia sigue siendo uno de los principales factores que contribuyen a la mortalidad materna e infantil y al círculo de enfermedad y pobreza. (MINSA, Protocolo para la atención de las adolescentes embarazadas, 2016).

Existen factores de Riesgo relacionados al embarazo adolescente y se deben identificar, entre estos encontramos:

- Baja autoestima.
- No contar con el apoyo de pareja y/o familia; sentimientos de soledad.
- Baja escolaridad, fracaso o deserción del sistema educativo.
- Conductas sexuales de riesgo: múltiples parejas sexuales, no uso del preservativo.
- Antecedentes Gineco-obstétricos que afecten el embarazo.
- Abortos previos.

- Adolescentes con problemas en las relaciones interpersonales y de comunicación con los padres, a nivel de pareja, de familia y amigos (as).
- Adolescentes agredidas por sus compañeros, sus padres o parientes.
- Antecedentes familiares de maternidad/paternidad en la adolescencia.
- Falsas creencias sobre la fertilidad.
- Presión de grupos y pares.
- Falta de acceso a educación sexual adecuada.
- Adolescentes en situación de calle, pandillas y explotación sexual.
- Adolescentes de familias que no satisfacen las necesidades básicas o que están bajo la línea de pobreza y que son dependientes económicamente.
- Adolescentes con ansiedad o depresión severa, con ideas suicidas o con depresión postparto.
- Adolescentes con rebeldía, hostilidad, impulsividad e inestabilidad emocional.
- Dificultad para desarrollar un proyecto de vida.
- Adolescentes con grupos de amigos(as) con conductas de riesgo.
- Adolescentes deambulantes o trabajadoras del sexo.
- Abandono de uno de los padres/madres.
- Noviazgos precarios clandestinos.
- Sufrir violencia intrafamiliar y sexual.
- Familias numerosas y que viven en hacinamiento.
- Prohibición de abordaje de temas de sexualidad en la familia.
- No tolerancia de relaciones amistosas o amorosas de las jóvenes con varones.
- Antecedente de embarazo ocurrido en edad de adolescencia en la madre es significativamente más común entre casos.

3. Características sociodemográficas de las adolescentes embarazadas

El último censo de población con que cuenta el país se realizó del 28 de mayo al 11 de junio del año 2005, contabilizando un total de 5,142,098 habitantes. De ésta el 51 por ciento correspondió a población femenina y 56 por ciento del total de la población estaba residiendo en áreas consideradas urbanas, la tasa de crecimiento intercensal 1995-2005 es de 1.7 por

ciento. Las estimaciones y proyecciones de población al 30 del 2012, la población nicaragüense se estimó en 6,071,045 habitantes. (ENDESA, 2006/07)

La información recolectada por ENDESA 2011/2012 permite conocer la distribución de la población por edad, sexo y área de residencia. La población total entrevistada fue de 89,503 personas, de ellas el 57 por ciento reside en el área urbana, aumentando dos puntos porcentuales respecto al 2006/07. De acuerdo con la composición por grandes grupos de edades, la población menor de 15 años representa 32 por ciento, el grupo en edad activa de 15-64 años comprende el 62 por ciento y la población de 65 años y más alcanza el 6 por ciento. (ENDESA, Situación Demográfica de Nicaragua, 2011/2012)

Este comportamiento de la estructura por edades de la población coincide con la disminución de los menores de quince años que va perdiendo progresivamente el peso relativo tradicionalmente observado, muy relacionado con el descenso de la fecundidad experimentado en los últimos años, aumentado el grupo en edades activas y la población de adultos mayores. Este cambio en la estructura de la población conduce a un indicador demográfico de mucha valía, la Relación de Dependencia de la Edad (RDE), que se obtiene sumando las poblaciones de los menores de años más la población de 65 años de edad y más, dividida entre la población de 15 a 64 años de edad, está en el pasado fue de 71% (ENDESA 2006/07), reduciéndose actualmente a 60%, es decir que en la actualidad, hay menos personas consideradas inactivas teóricamente dependientes del grupo de personas de edades activas.

Por otro lado 51% de la población total corresponde a mujeres, resultado semejante al encontrado en la última encuesta de ENDESA 2006/07, con un índice de Masculinidad (IM) de 96 hombres por cada 100 mujeres. (ENDESA, Situación Demográfica de Nicaragua, 2006/07)

4.1. Relaciones Familiares

La gran mayoría de embarazos adolescentes son embarazos no planificados por lo que todos traen consigo la fractura de las relaciones que posee la adolescente en su vida. La adolescente que se ve abandonada por su pareja a raíz del embarazo o aquellas cuyo embarazo es producto

de abuso o violación, también enfrentan riesgo de vivir el embarazo como una experiencia dolorosa y traumática. Las adolescentes que no cuentan con apoyo familiar enfrentan el rechazo y, en ocasiones, el abandono que las coloca en mayor riesgo tanto a ellas como a su bebé. A su vez, la falta de apoyo comunitario por estigmatización y prejuicios sociales y otras condiciones ligadas al género, producen en la adolescente inseguridad y auto rechazo que la pueden llevar al aislamiento.

Los hogares con embarazo adolescente presentan una mayor tasa de incidencia de pobreza multidimensional que el promedio nacional. Además de presentar una mayor incidencia de pobreza, los hogares también presentan una mayor intensidad, es decir que los hogares con embarazo adolescente en situación de pobreza presentan un mayor número de privaciones que los hogares a nivel nacional.

4.2. Situación Socioeconómica

Una de las características esenciales para el análisis de la situación sociodemográfica y económica de las mujeres en edad fértil se refiere al acceso y tipo de empleo y la remuneración salarial, por lo que el cuestionario de mujeres de la ENDESA 2011/12 indaga sobre su ocupación actual en los últimos doce meses anteriores a la encuesta (estuviesen empleadas o no al momento de la entrevista) y si recibieron remuneración por el tipo de trabajo desempeñado. De igual forma se averigua a qué sector de la economía pertenece la actividad que desarrolla la empresa o lugar en dónde se desempeña. Otra característica asociada al empleo que se analiza se relaciona a la capacidad de tomar decisiones que tienen las mujeres con respecto a la administración de sus ingresos y su aporte en los gastos del hogar.

Del total de las mujeres encuestadas en todo el país, el 49% declaró que no había trabajado en los últimos 12 meses (47% en 2006/07), la gran mayoría, equivalente al 64% pertenecen al área rural, y un 39 por ciento pertenecen al área urbana, es decir que la mayoría de las mujeres urbanas han tenido un empleo en los últimos 12 meses y una minoría de mujeres rurales (según los porcentajes vistos hay una relación inversa entre las mujeres urbanas que

trabajan y las rurales que no trabajan). (ENDESA, Situación Demográfica de Nicaragua, 2011/2012)

A medida que aumenta la escolaridad de las mujeres aumenta también la actividad económica de las mujeres, así de las MEF sin educación un 56% no trabajan, mientras que de las mujeres que con educación secundaria 2 de cada 3 se encontraban empleadas (68%). Se observa una menor actividad económica entre las MEF adolescentes de 15 a 19 años (73%) por lo que un embarazo al momento de la adolescencia únicamente disminuye significativamente las posibilidades de un empleo adecuado y de buena paga, promoviendo de esta manera una cadena de desempleo y escasez económica. La adolescente deberá enfrentar una inadecuada alimentación, condiciones de vivienda inapropiadas, presiones familiares por la “carga” que implica un nuevo miembro que viene a desestabilizar la escasa economía familiar y la dificultad para el acceso a los servicios de salud por su condición de no asegurada. (ENDESA, Situación Demográfica de Nicaragua, 2011/2012)

4.3. Nivel de escolaridad de las adolescentes

Para aquellos hombres que han aprobado entre el 1er y 3er grado de primaria, corresponde un 21%, algo mayor al de las mujeres con el 19% (ambos mantienen los mismos porcentajes que en el 2006, pero mejoran respecto a 2001), los hombres que han completado entre 4 y 6 grados de primaria alcanzan el 25 por ciento, muy similar lo hacen las mujeres (24 por ciento) este comportamiento es invariable en el tiempo.

En la educación secundaria hay aumentos significativos respecto a las investigaciones anteriores, sobre todo en las mujeres que alcanzan un 30 por ciento con este nivel y 29 por ciento en los hombres. También se aprecian avances en la educación superior siendo algo mayor el porcentaje en las mujeres universitarias con el 11 por ciento y hombres con 9 por ciento, se nota que, a partir de la secundaria, las mujeres aventajan a los hombres en nivel educativo. En general la población ha ganado años de estudio promedio al pasar de 3 años en 2001, 5 en 2006/07 a tener actualmente 6 años de estudio en promedio a nivel nacional. El comportamiento por grupo de edades quinquenales refleja el 59% de las niñas entre 6 y 9 años con algún nivel de primaria alcanzado, valor que aumenta en el grupo de 10 a 14 años

a 80 por ciento, similares valores presentan los hombres en esos mismos grupos de edades, con el 57% (6 a 9 años) y 82% (10 a 14 años) respectivamente. De una encuesta a otra hay un descenso significativo en el porcentaje de niños y niñas de 6 a 9 años que no tienen ningún nivel de educación y un aumento para los que ya alcanzaron 1 a 3 grados de primaria. Evidenciando la gratuidad y universalidad de la educación básica primaria en todo el país. Los mayores porcentajes con educación secundaria alcanzados, tanto para hombres y mujeres se encuentran en los grupos de edades que van de 15-19 años (55% Para hombres y 61 por ciento mujeres) y 20-24 años (45% en hombres y 39% en mujeres), no obstante, en el nivel educativo superior, las mujeres que lo logran muestran un mayor porcentaje en los grupos de 20-24 y 25-29 años con 25 y 22 por ciento y los hombres obtienen mayor nivel universitario a esas mismas edades, pero en menor porcentaje. (ENDESA, Situación Demográfica de Nicaragua, 2011/2012)

4.4. Educación Sexual y Reproductiva

Las mujeres que están planificando al momento de la encuesta representan el 55 por ciento del total de mujeres de 15 a 49 años de edad, 6 puntos porcentuales más que el 49 por ciento obtenido en la ENDESA 2006/07; poco más del 80 por ciento de las mujeres en unión conyugal usa algún método anticonceptivo, algo más del 60 por ciento en las divorciadas (62 por ciento), 45 por ciento en las separadas y viudas y concluye con el 11 por ciento en las solteras; observando los valores de las mujeres en unión conyugal en la encuesta anterior (7273 por ciento hace uso de métodos), hay una diferencia de unos ocho puntos porcentuales menos que en la encuesta actual, también hay un menor nivel de anticoncepción en las demás categorías del estado conyugal; este mayor nivel de anticoncepción de la ENDESA 2011/12, explica el descenso experimentado en la fecundidad entre estas 2 encuestas, visto en el promedio de hijos por mujer (TGF). (ENDESA, Situación Demográfica de Nicaragua, 2011/2012)

4.5. Fecundidad

La fecundidad es la variable demográfica más importante para estudiar la dinámica de la población, su nivel condiciona el mayor o menor crecimiento de esta. Constituye uno de los objetivos de la ENDESA 2011/12 cuantificar en forma precisa el nivel de esta variable;

considerando también las medidas obtenidas en las encuestas anteriores, los indicadores derivados de estas fuentes de información permiten conocer su evolución, los cambios operados y con los datos adicionales de las mismas encuestas, vistos en la temática relativa a los determinantes próximos a la fecundidad, la razón de estos cambios.

En las Tasas de Fecundidad Global obtenidas durante esta encuesta, se tomaron en cuenta los nacimientos de los 5 años anteriores a las encuestas, muestran un descenso paulatino del promedio de hijos por mujer, en algo menos de 2 décadas, este promedio baja de 4.6 a 2.4 hijos por mujer, un descenso cercano al 50 por ciento (48 por ciento), también se observa que el descenso entre una encuesta y la siguiente, superaba el medio hijo, hasta la ENDESA 2006/07, dado que entre esta y la ENDESA 2011/12 el promedio se redujo cerca de un tercio de hijo.

Si bien se determinó anteriormente que se produjo un descenso en las tasas específicas de fecundidad en todos los grupos quinquenales anteriormente mencionados dentro del periodo reproductivo, también se debe hacer referencia a los cambios ocurridos en el aporte a la fecundidad por grandes grupos de edades, mostrando que las adolescentes están aumentando su participación en el total de nacimientos, de poco más del 17 por ciento en la ESF 1992/93, pasando a casi el 20% en la ENDESA 2006/07 y bajando levemente a un 19% en el ENDESA 2011/12. (ENDESA, Situación Demográfica de Nicaragua, 2011/2012)

4.6. Estado Civil

El estado conyugal de la población se investiga a todas las personas de 15 años y más de edad. De las 60,703 personas indagadas, el 29 por ciento se declaró Soltera, las personas Casadas y Unidas suman 53 por ciento y solamente el 18 por ciento se encuentra en la situación de Viudos, Divorciados y Separados. Dando como resultado que el 82% de la población adolescente (15 a 19 años) se encuentra soltera y solo el 15% está casada o en unión, el segundo grupo más representativo de población con mayor peso de las personas Solteras es el de 20-24 años con 50 por ciento y un 40 por ciento de este mismo grupo de edad declara estar Casada o Unida, un cuarto de la población de 25-29 años es soltera y un importante porcentaje (72 por ciento) están casadas o unidas.

A medida que los grupos de edad avanzan, el estado conyugal Soltero, disminuye proporcionalmente, mientras el Casado y Unido aumentan, y alcanzan sus máximos valores sumados en el grupo de edad 35-39 años, en 75%. La categoría Unido(a) alcanza un valor significativo a partir del grupo de 20 a 24 años, alcanzando su máximo valor en el siguiente tramo de edades y posteriormente disminuye a medida que avanza la edad. La categoría viuda/o es notoria en las edades mayores, de 50 y más años, los divorciados/as no van más allá del 2% y los separados cobran relevancia a partir de los 40 años, aunque no alcanza ni un 20% en ninguno de los grupos de edades. (ENDESA, Situación Demográfica de Nicaragua, 2011/2012)

4. Consecuencia del embarazo en la adolescencia

5.1. Situación Laboral

La maternidad temprana está comúnmente asociada con niveles bajos de escolaridad, pobreza y participación reducida y precaria en el mercado laboral. Chevalier y Viitanen en 2003, analizando las consecuencias a largo plazo del embarazo adolescente en Gran Bretaña encuentra que el embarazo adolescente entra en conflicto con la inversión en educación que usualmente se realiza en la adolescencia, porque al tener la responsabilidad financiera de un bebé, la joven adolescente experimenta un aumento de su costo de oportunidad por el tiempo invertido en educación. Así mismo, la maternidad en edades tempranas reduce la participación en la fuerza laboral debido a la incompatibilidad del empleo con el cuidado infantil. (Chevalier & Viitanen, 2003)

Para el caso de Nicaragua, se identificó que las mujeres que fueron madres en la adolescencia tienen una ligera mayor probabilidad (5%) de insertarse en la fuerza laboral en comparación con las mujeres que por primera vez fueron madres después de los 19 años. Sin embargo, una vez insertas tienen un 2% menor probabilidad de tener un empleo. (FUNIDES, 2016)

5.2. Situación Socioeconómica

La brecha de ingresos bruta por embarazo temprano, definida como el ingreso promedio de las mujeres que fueron madres desde la adolescencia como proporción del ingreso de las

mujeres que fueron madres por primera vez en la edad adulta, es de prácticamente el 75% para 2012.

Siguiendo el enfoque de Anderson et al. (2003), al aislar el efecto del estado civil (casadas, solteras, divorciadas, separadas y viudas) en el ingreso, se estima que las mujeres que dieron a luz en la adolescencia cuya hija o hijo mayor es menor de 18 años ganan 28.1% menos que las mujeres que dieron a luz por primera vez hasta la edad adulta y cuya hija o hijo mayor es menor de 18 años.

Esta relación se interpreta como la brecha de ingresos total por embarazo temprano, la cual incluye los efectos directos e indirectos de la maternidad adolescente en los ingresos ya sea por menos años de educación y experiencia laboral, preferencia por ocupaciones más flexibles y amigables, discriminación por parte de los empleadores, y diferencias en características que no se observan entre las que fueron madres adolescentes y las que no; por ejemplo, las mujeres que tienen hijas o hijos en la adolescencia podrían tener menores habilidades que las que esperan hasta la edad adulta, lo que las lleva a procrear a más temprana edad y posteriormente insertarse en ocupaciones poco remuneradas. (FUNIDES, 2016)

5.3. Emocionales, Físicas y Sociales

Es indispensable considerar que las consecuencias del EA afectan a ambos miembros de la pareja, aunque probablemente es la mujer quien más las sufre. (FUNIDES, 2016) De ellas, destacan la fuerte carga emocional como consecuencia de su cambio físico y por la influencia, habitualmente negativa, del medio donde vive, entre las consecuencias emocionales más destacadas, encontramos:

- Rompimiento del proyecto de vida
- Deserción escolar
- Conflictos familiares y expulsión del hogar
- Abandono de la pareja
- Alteración emocional diversa
- Rechazo escolar y social

- Problema para obtener un empleo
- Carencia de un ingreso monetario suficiente.
- Inclinación al consumo de sustancias lícitas e ilícitas - Tendencia a la prostitución o delincuencia

5.4. Fenómeno del doble maltrato infantil

Un fenómeno frecuentemente observado, pero poco considerado, es la existencia del doble fenómeno de maltrato infantil (DFMI). La joven madre, al ser rechazada por su pareja, familia y/o sociedad, es víctima de maltrato infantil (MI) ya sea por abuso físico, abuso psicológico o negligencia, sin considerar que un número importante de sus derechos, son violentados. Como consecuencia de estas agresiones, la nueva madre puede rechazar e inclusive maltratar físicamente a su hijo dando origen a cualquier modalidad de MI, de esta manera se puede establecer el DFMI en la misma familia. (FUNIDES, 2016)

5.5. Salud

El Embarazo Adolescente tiene otras consecuencias además de los cambios hormonales, entra en juego la emotividad de la adolescente. Su proceso de formación emocional se altera, la confianza en sí misma se ve vulnerada al no saber si será capaz de superar la etapa que vive y ello, entre otras cosas, puede afectar su salud física. (Loredo, Vargas, Casas, González, & Gutiérrez, 2017)

- Riesgos en su salud física
- Placenta previa
- Preeclampsia
- Óbito
- Anemia severa
- Con respecto a la salud del bebe, encontramos: Aumento de la morbimortalidad infantil prematuras, bajo peso al nacer y enfermedades congénitas.

Los bebes de madres adolescentes tienen una alta tasa de mortalidad al igual que pueden experimentar mal formaciones congénitas, problemas de desarrollo, retraso mental, ceguera,

epilepsia o parálisis cerebral. Estos niños experimentan muchos más problemas de conductas y funcionamiento intelectual disminuido.

5. Complicaciones más frecuentes durante el embarazo adolescente

6.1. Parto obstruido o detenido

6.2. Aborto

6.2.1. Etiología

- Aborto espontaneo
- Aborto provocado
- Aborto inseguro

6.2.2. Según frecuencia

- Perdida gestacional recurrente:
- Perdida gestacional esporádica:

6.2.3. Según formas clínicas

- Amenaza de aborto
- Aborto inminente o en curso
- Aborto inevitable
- Aborto diferido o huevo muerto retenido
- Aborto incompleto
- Aborto completo
- Aborto séptico

(MINSa, Normativa 109: Protocolo para la atención de las complicaciones obstétricas y neonatales, 2018)

6.3. Embarazo ectópico

6.4. Embarazo molar

6.4.1. Tipos

- Coriocarcinomas
- Mola Completa
- Mola Invasora (Corioadenoma destruens)
- Mola Parcial
- Tumor del sitio placentario (MINSa, Normativa 109: Protocolo para la atención de las complicaciones obstétricas y neonatales, 2018)

6.5. Síndrome Hipertensivo Gestacional

- Hipertensión arterial crónica
- Hipertensión gestacional
- Hipertensión arterial crónica con preeclampsia agregada
- Preeclampsia-Eclampsia

(MINSA, Protocolo para la atención de las adolescentes embarazadas, 2016)

6.6. Shock hemorrágico

6.7. Desprendimiento de placenta normo inserta (DPPNI)

6.8. Placenta previa

6.8.1. Clasificación

- Placenta Previa
- Placenta Oclusiva

6.9. Ruptura uterina

6.9.1. Clasificación

- Según Profundidad
 - Rotura uterina completa
 - Rotura uterina incompleta o dehiscencia
- Según Extensión y Localización
 - Rotura vaginal
 - Cervicales supra vaginales
 - Cérvico segmentarias
 - Segmentarias
 - Segmento corporal
 - Corporales
 - Cérvico segmento corporales
 - Laterales
- Según su Dirección
 - Longitudinal
 - Transversa

- Oblicua
- Mixta
- Rotura estrellada
- Según Mecanismo
- Espontáneas (por debilidad miometrial)
- Pasivas (traumáticas)
- Activas (hiperdinamia) (MINSA, Normativa 109: Protocolo para la atención de las complicaciones obstétricas y neonatales, 2018)

6.10. Hemorragia postparto

- Hemorragia temprana
- Hemorragia tardía

6.11. Retención placentaria

- Acretismo placentario (MINSA, Normativa 109: Protocolo para la atención de las complicaciones obstétricas y neonatales, 2018)

6.12. Inversión uterina

6. Mortalidad de adolescentes embarazadas

Las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las muchachas de 15 a 19 años en todo el mundo. Sin embargo, desde el año 2000 se han registrado descensos considerables en el número de muertes en todas las regiones, sobre todo en Asia Sudoriental, donde las tasas de mortalidad se redujeron de 21 a 9 por 100 000 muchachas. Cada año se practican unos 3 millones de abortos peligrosos entre muchachas de 15 a 19 años, lo que contribuye a la mortalidad materna y a problemas de salud prolongados.

La procreación prematura aumenta el riesgo tanto para las madres como para los recién nacidos. En los países de ingresos bajos y medianos, los bebés de madres menores de 20 años se enfrentan a un riesgo un 50% superior de mortalidad prenatal o de morir en las primeras semanas de vida que los bebés de mujeres de 20 a 29 años. Cuanto más joven sea la madre, mayor el riesgo para el bebé. Además, los recién nacidos de madres adolescentes tienen una mayor probabilidad de registrar peso bajo al nacer, con el consiguiente riesgo de efectos a largo plazo. (OMS, 2020)

7. Atención integral de la adolescente embarazada

8.1. Concepto

La atención integral del embarazo en la adolescencia comprende el abordaje de la situación a nivel individual, interpersonal, familiar y comunitario en los diferentes momentos: embarazo, parto, y puerperio y desde las diferentes dimensiones involucradas en la situación del embarazo: psicológica, social, física y legal.

La atención del embarazo en la adolescencia desde los servicios de salud comprende acciones específicas de detección y captación temprana de las adolescentes embarazadas para brindarles una atención prenatal en forma sistemática y según las normas institucionales. Esto significa ofrecer una adecuada atención al parto, una captación temprana postparto, acompañamiento posterior al nacimiento y prevención de un siguiente embarazo, todo ello basado en una valoración integral de la adolescente y su familia en los diferentes momentos de la atención, al igual que en el trabajo conjunto con otras instituciones que facilite el abordaje integral de las necesidades de esta población. (MINSA, Protocolo para la atención de las adolescentes embarazadas, 2016)

8.2. Características de la atención

Para que podamos hablar de una atención integral del embarazo, la maternidad y la paternidad adolescente, deben estar presentes las siguientes características en la atención:

8.3. Derechos Humanos

Para garantizar que los y las adolescentes ejerzan sus derechos humanos, incluyendo derecho a la salud y derechos reproductivos, es necesario pasar a los y las adolescentes del concepto de receptores o beneficiarios de servicios, como titulares de derechos, participantes activos de su salud y desarrollo y desde los enfoques verticales a estrategias locales intersectoriales coordinadas, que integren promoción y prevención de la salud. (MINSA, Protocolo para la atención de las adolescentes embarazadas, 2016).

8.3.1. Intersectorialidad

La atención integral a las adolescentes embarazadas debe basarse en la sinergia de los esfuerzos de diferentes instancias sociales. Las adolescentes embarazadas, junto con su pareja y familia, tendrán necesidades específicas de salud, educación, justicia, recreación, protección social, vivienda y trabajo que requerirán trascender la mera sumatoria de esfuerzos institucionales para establecer un trabajo conjunto que permita abordar una situación tan compleja (MINSA, Protocolo para la atención de las adolescentes embarazadas, 2016)

8.3.2. Multidisciplinariedad

La atención integral a la adolescente embarazada y su familia solo es posible con el esfuerzo complementario y coherente de diferentes disciplinas en salud.

8.3.3. Enfoque de Vulnerabilidad

Para establecer una atención integral de esta población, se debe partir de que el embarazo en la adolescencia no es en sí mismo un problema, más bien el problema reside en las condiciones en que dicho embarazo acontece. Es necesario contextualizar y reconocer la diversidad de circunstancias en que se produce la maternidad temprana para poder priorizar las acciones y ofrecer una atención conforme a las necesidades particulares de cada adolescente. (MINSA, Protocolo para la atención de las adolescentes embarazadas, 2016).

Dichas circunstancias son:

- Edad
- Educación
- Situación Económica
- Situaciones de abandono o violencia
- Acceso a servicios de salud
- Cultura machista
- Discapacidades
- Condiciones de vida o riesgos ambientales

8.3.4. Calidad técnica y humana

Esta calidad abarca desde la adecuada competencia técnica de los prestatarios de servicios, hasta la intervención humana caracterizada por cierto nivel de sensibilidad ante las necesidades propias de las adolescentes y adolescentes embarazadas, así como una actitud contraria a la estigmatización y devaluación de éstas. (MINSA, Protocolo para la atención de las adolescentes embarazadas, 2016)

8.3.5. Enfoque de género

El enfoque de género busca promover la ruptura de aquellos patrones socioculturales y subjetivos que sostienen dichas inequidades y generar espacios que faciliten la construcción de identidades femeninas y masculinas cuyo sentido esencial sea la autorrealización y la construcción de equidad de género. Por equidad de género estamos comprendiendo un proceso donde se apunte a relaciones más armoniosas, amorosas y respetuosas, y se parta de las potencialidades propias de la adolescencia. (MINSA, Protocolo para la atención de las adolescentes embarazadas, 2016)

8.3.6. Enfoque intergeneracional

Se trata en la actualidad de dos generaciones preparándose permanentemente y, por tanto, respetándose, compartiendo y complementándose en sus saberes, sus experiencias y en sus roles. (MINSA, Protocolo para la atención de las adolescentes embarazadas, 2016)

8.3.7. Enfoque intercultural

En particular en el ámbito de la sexualidad y reproducción, en que los factores socioculturales y ambientales ejercen importante influencia en patrones de conocimientos, actitudes y prácticas, las iniciativas de prevención y atención del embarazo adolescente deben tomar en consideración las diferencias étnicas, culturales y personales de la población adolescente, sin que ello signifique discriminación alguna y en muchos casos requerirá de una atención diferenciada y particular. (MINSA, Protocolo para la atención de las adolescentes embarazadas, 2016)

8. Principios para el cumplimiento de la atención integral del embarazo adolescente

Una atención integral del embarazo, promoviendo el desarrollo integral de las personas

involucradas debe de abarcar los siguientes principios:

- Se debe reconocer a las adolescentes embarazadas como personas en su integridad necesitan oportunidades para seguir desarrollando sus capacidades.

- Se debe reconocer a las adolescentes embarazadas como sujetos con derechos y responsabilidades.
- Las y los adolescentes tienen derecho a ser tratadas(os) con respeto y sin prejuicios, en una atmósfera de privacidad y confidencialidad.
- Se debe promover y respetar la participación y protagónica de las adolescentes embarazadas y de los padres adolescentes en las diversas etapas de su atención.
- Se deben superar posiciones adulto centristas, en las cuales se les niegan a las adolescentes su capacidad de opinar y de tomar decisiones sobre su propia vida y establecer una relación de dependencia como norma a seguir.
- La atención debe contribuir a superar las condiciones desventajosas de adolescentes embarazadas al abogar por mejores condiciones de vida que permitan romper el ciclo del empobrecimiento de este sector poblacional.
- La atención debe estar centrada en los procesos y necesidades de esta población en sus diferentes momentos, desde el embarazo hasta el inicio de la maternidad y la paternidad y de sus obligaciones, ofreciendo oportunidades factibles para el desarrollo de ellos y ellas y de sus bebés.
- Se debe garantizar la continuidad en la atención, la cual deberá centrarse en los momentos de necesidades particulares de esta población y no en las necesidades y procesos institucionales.
- Se debe dar una atención oportuna, humanizada y solidaria a las adolescentes embarazadas, sus hijos(as), a su pareja. (MINSA, Protocolo para la atención de las adolescentes embarazadas, 2016)

9. Atención Prenatal

10.1. Concepto

Es la serie de visitas programadas de la embarazada con el personal de salud con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y lograr una adecuada preparación para el parto y cuidados del recién nacido/a.

La atención prenatal en la adolescente embarazada debe iniciarse tan pronto se confirme el embarazo, de ser posible en el primer trimestre (antes de la semana 12). (MINSA, Normas y

Protocolos para la atención Prenatal, parto, puerperio y recién nacido/a de bajo riesgo, 2008)

10.2. Calidad de atención

Secuencia de actividades normadas que relacionan al proveedor de los servicios con el usuario (a), y con resultados satisfactorios. (MINSA, Normas y Protocolos para la atención Prenatal, parto, puerperio y recién nacido/a de bajo riesgo, 2008)

10.3. Actividades básicas e integrales en la atención prenatal adolescente

La atención integral del embarazo en la adolescencia comprende el abordaje de la situación a nivel individual, interpersonal, familiar y comunitario en los diferentes momentos: embarazo, parto, y puerperio y desde las diferentes dimensiones involucradas en la situación del embarazo: psicológica, social, física y legal.

Todo embarazo en la adolescencia es considerado de Riesgo. De acuerdo a la normativa actualizada de “Atención Prenatal, Parto, Puerperio y Recién Nacido de Bajo Riesgo, N011” se divide a las embarazadas en dos grupos (MINSA, Normas y Protocolos para la atención Prenatal, parto, puerperio y recién nacido/a de bajo riesgo, 2008)

10.3.1. Bajo riesgo

Si se clasifica a la embarazada como bajo riesgo:

- Se le empieza o continúa el llenado de la Historia Clínica Perinatal.
- De ser posible empezar el llenado de la Historia Integral de la/el Adolescente.
- Se deben realizar cuatro atenciones prenatales durante el embarazo.

-

Se realiza evaluación (aplicación de formulario de riesgo) antes de cada atención prenatal y se decide si continua en bajo riesgo o se refiere a cuidados especiales (alto riesgo).

10.3.2. Alto Riesgo

Se le empieza o continúa el llenado de la Historia Clínica Perinatal. De ser posible empezar el llenado de la Historia Integral de la/el Adolescente.

Las atenciones prenatales en este grupo de riesgo son un máximo de Siete Consultas. Si por alguna patología o comorbilidad debe de evaluarse con mayor periodicidad se deberá de consignar Consulta Médica por Patología o Seguimiento de Patologías (a criterio del médico tratante) y eso deberá de consignarse como motivo de consulta, no es correcto establecer como APN a aquellas pacientes que se valoran de forma semanal o quincenal en seguimiento por una causa distinta a la atención prenatal.

La vigilancia de la comorbilidad es mediante consultas y evaluaciones periódicas sin que estas se consideren atención prenatal (debiendo designarse oportunamente el motivo de consulta si es Atención Prenatal o Consulta Médica por Patología / Seguimiento de Patologías).

Es importante mencionar que a pesar de que el motivo de la consulta sea una patología determinada (diabetes, hipertensión arterial etc.) hay actividades que son de realización obligatoria con el fin de que se garantice estabilidad y vigilancia fetal en cada atención y que deben de interrogarse y dejarse establecido en la evaluación médica en el expediente clínico. (Signos vitales, Frecuencia Cardíaca Fetal y Movimientos Fetales, Evaluación de datos de Alarma, Peso y Análisis del Incremento de este).

Serán clasificadas como alto riesgo para realizar cuidados esenciales por especialista en Gineco-Obstetricia o cualquier otro especialista que sea necesario que la atienda (equipo multidisciplinario). Este equipo multidisciplinario será coordinado por el Obstetra, quien será el encargado de organizar todo el proceso de atención multidisciplinaria. Según su

criterio se acuerda la periodicidad que no debe ser inferior a cada cuatro semanas, hasta la semana.

Se recomienda:

- Valoración y manejo nutricional por nutricionista.
- Valoración y manejo recomendado por personal entrenado en salud mental. – Valoración y acompañamiento por trabajo social desde donde se debe coordinar con equipo psicosocial del MIFAN un plan de protección. (MINSa, Normas y Protocolos para la atención Prenatal, parto, puerperio y recién nacido/a de bajo riesgo, 2008)

10.3.3. Actividades propias de cada control prenatal

10.3.3.1. Primera Atención Prenatal antes de las 12 SG

Llamada captación Precoz, esta se realiza en las primeras semanas de gestación. (MINSa, Normas y Protocolos para la atención Prenatal, parto, puerperio y recién nacido/a de bajo riesgo, 2008) En esta se llevan a cabo las siguientes actividades:

- Llenado de Historia Clínica Perinatal, Carne Perinatal
- Indagar sobre factores sociales (Violencia de cualquier tipo, pobreza, falta de apoyo de su familia o pareja)
- Clasificación de embarazada de alto o bajo riesgo
- Toma de signos vitales y peso de embarazada
- Talla de la embarazada
- Examen Físico General
- Cálculo de la edad gestacional
- Aplicación de la vacuna antitetánica (Refuerzo o primera dosis)
- Indicar prueba de Hemoglobina
- Indicar Glicemia
- Prescribir prueba de sífilis (RPR) y proporcionar información sobre la enfermedad
- Indicar prueba de ITS/VIH-SIDA y proporcionar información sobre la enfermedad
- Realización de cinta reactiva de uroanálisis en búsqueda de infección urinaria (Leucocitos positivos y nitritos positivos)
- Solicitar grupo sanguíneo y Factor Rh

- Entrega de Suplementos de hierro y ácido fólico
Consejería en signos, síntomas de peligro durante el embarazo -
Consejería en Lactancia materna y planificación familiar.

10.3.3.2. Segunda Atención Prenatal a las 26 SG

- Llenado de Historia Clínica Perinatal, Carne Perinatal
- Indagar sobre factores sociales (Violencia de cualquier tipo, pobreza, falta de apoyo de su familia o pareja)
- Clasificación de embarazada de alto o bajo riesgo
- Toma de signos vitales y peso de embarazada
- Examen Físico General
- Examen Obstétrico (Medir altura uterina, frecuencia cardiaca fetal, situación y presentación fetal)
- Cálculo de la edad gestacional
- Aplicación de segunda dosis antitetánica (Cuando corresponda)
- Realización de cinta reactiva de uroanálisis en búsqueda de infección de vías urinarias (Leucocitos positivos y Nitritos positivos)
- Entrega de Suplementos de hierro y ácido fólico
- Entrega de albendazol 400 mg PO, dosis única
- Entrega de Calcio 2g diario a partir de las 20 SG, VO, en riesgo de Preeclampsia/ Eclampsia
- Entrega de Aspirina, tableta de 81 mg diario después de las 20 SG, V.O, en riesgo de preeclampsia/eclampsia
- Consejería en signos, síntomas de peligro durante el embarazo - Consejería en Lactancia Materna y planificación familiar.

10.3.3.3. Tercera Atención Prenatal a las 32 SG

- Llenado de Historia Clínica Perinatal, Carne Perinatal
- Indagar sobre factores sociales (Violencia de cualquier tipo, pobreza, falta de apoyo de su familia o pareja)

- Clasificación de embarazada de alto o bajo riesgo
- Toma de signos vitales y peso de embarazada
- Examen Físico General
- Examen Obstétrico (Medir altura uterina, frecuencia cardiaca fetal, situación y presentación fetal)
- Cálculo de la edad gestacional
- Aplicación de segunda dosis antitetánica (Cuando corresponda)
- Indicar prueba de Hemoglobina
- Indicar Glicemia
- Prescribir prueba de sífilis (RPR) y proporcionar información sobre la enfermedad
- Indicar prueba de ITS/VIH-SIDA y proporcionar información sobre la enfermedad
- Realización de cinta reactiva de uroanálisis en búsqueda de infección urinaria (Leucocitos positivos y nitritos positivos)
- Entrega de suplementos de hierro y ácido fólico
- Entrega de Calcio 2g diario a partir de las 20 SG, VO, en riesgo de Preeclampsia/Eclampsia
- Entrega de Aspirina, tableta de 81 mg diario después de las 20 SG, V.O, en riesgo de preeclampsia/eclampsia
- Consejería en signos, síntomas de peligro durante el embarazo
- Instrucciones para el parto/Plan de parto
- Consejería en Lactancia Materna y planificación familia.

10.3.3.4. Cuarta Atención Prenatal a las 38 SG

- Llenado de Historia Clínica Perinatal, Carne Perinatal
- Indagar sobre factores sociales (Violencia de cualquier tipo, pobreza, falta de apoyo de su familia o pareja)
- Clasificación de embarazada de alto o bajo riesgo
- Toma de signos vitales y peso de embarazada
- Examen Físico General
- Examen Obstétrico (Medir altura uterina, frecuencia cardiaca fetal, situación y

- presentación fetal)
- Cálculo de la edad gestacional
 - Realización de cinta reactiva de uroanálisis en búsqueda de infección urinaria (Leucocitos positivos y nitritos positivos)
 - Entrega de suplementos de hierro y ácido fólico.
 - Entrega de Calcio 2g diario a partir de las 20 SG, VO, en riesgo de Preeclampsia/Eclampsia
 - Entrega de Aspirina, tableta de 81 mg diario después de las 20 SG, V.O, en riesgo de preeclampsia/eclampsia
 - Consejería en signos, síntomas de peligro durante el embarazo
 - Instrucciones para el parto/Plan de parto
 - Consejería en Lactancia Materna y planificación familia
 - Detección y referencia de presentación pélvica o situación transversa del feto (MINSA, Normas y Protocolos para la atención Prenatal, parto, puerperio y recién nacido/a de bajo riesgo, 2008).

10. Consejería a la adolescente embarazada

Cabe recordar que es imprescindible realizar todos los esfuerzos requeridos para evitar la revictimización de la adolescente, evitar todo tipo de exposición innecesaria y velar por que se cumpla con la confidencialidad del caso.

Cuando una adolescente embarazada está informada y se le da seguimiento a su embarazo, el MINSA en conjunto con el MIFAN, deben brindarle apoyo psicosocial especializado. A la vez brindar información y educación en el Programa Amor para los más Chiquitos y Chiquitas; referente a la Estimulación Temprana, Lactancia Materna (Apego Precoz), Higiene Personal, Importancia de acudir a las Atenciones Prenatales, Dormir Bien, Alimentarse Bien, Limpieza en el Hogar y Dar a Amor al Futuro Bebe).

La adolescente, por su situación de vulnerabilidad como adolescente y embarazada, en

ciertos momentos puede presentar crisis durante la consulta que es necesario resolver, no ignorar, de modo que se dé una atención de calidad en beneficio de la adolescente y su hijo o hija. Por tanto, exponemos los siguientes aspectos a tomar en cuenta:

No desvalorizar sus sentimientos, para ella son reales.

- Mostrarse comprensivo (a) de la situación con gestos amables.
- Ser cálido (a) y buscar que se tranquilice.
- Utilizar un lenguaje agradable con tonos bajos.
- Mostrarle que entendemos lo que le está pasando, que sepa que cuenta con nosotros en ese momento y que se le va a ayudar.

Apoyarla en todo momento.

- Si se identifica ansiedad, depresión o Acoso escolar referirla a un especialista en salud mental, para el abordaje integral de este problema. Si se identifica violencia intrafamiliar notificar a la Comisaría de la Mujer y la Familia y al MIFAN para protección especial. (MINSA, Normas y Protocolos para la atención Prenatal, parto, puerperio y recién nacido/a de bajo riesgo, 2008).

VII.- Material y Método

7.1. Tipo de Estudio

El enfoque investigativo fue de tipo cuantitativo, observacional, descriptivo, de corte transversal (OPS/OMS, 2002). (Gordillo Moscoso & Medina Moreno, 2012)

Área de estudio

El estudio fue realizado en el centro de salud Carlos Rugama del Distrito V de Managua, ubicado en el barrio Walter Ferreti, limita al este con el mercado Roberto Huembés, al oeste con el Puesto Médico Salomón Moreno, al sur con la entrada a las Colinas y al norte con el barrio Héroes y Mártires de Macaralí; cuya población durante el 2019 en su totalidad fue de 66,401 habitantes, cuenta con 14 ESAFC los cuales se encuentran distribuidos de la siguiente manera: ESAFC 1,2,3 y 4 se encuentran en sede los cuales atienden 23,046 , ESAFC 5, 6, 7, 8 y 9 en puesto de salud Rene Polanco en donde se atienden 19,782 habitantes, ubicado en el barrio del mismo nombre y ESAFC 10, 11, 12, 13 y 14 ubicados en puesto de salud Salomón Moreno también ubicado en barrio que lleva el mismo nombre, el cual atiende a 23,573 habitantes. Cada ESAFC se encuentra formado por su equipo médico de salud familiar y comunitario, algunos no se encuentran completos, ya sea que falte médico, personal de enfermería o enfermera MOSAFC, cuenta con los servicios de emergencia 24 horas, consulta externa en donde se oferta medicina general, ginecología y obstetricia, psiquiatría, medicina natural, fisioterapia, programa de TB-VIH y PAI.

Período de estudio

El estudio se realizó en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre de 2019.

7.2. Universo

El universo del estudio fue conformado por **127 adolescentes embarazadas** de 15 a 19 años atendidas en el programa de control prenatal, provenientes de los diferentes sectores atendidos por el Centro de Salud Carlos Rugama del Distrito V de Managua, durante el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre de 2019.

7.3. Muestra

7.3.1. Tamaño de la Muestra

Para calcular el tamaño de la muestra se utilizará la siguiente fórmula:

(Aguilar Barojas, 2005)

Dónde:

$$n = \frac{N \sigma^2 Z^2}{(N - 1)e^2 + \sigma^2 Z^2}$$

n = el tamaño de la muestra.

N = tamaño de la población.

σ = Desviación estándar de la población que, generalmente cuando no se tiene su valor, suele utilizarse un valor constante de 0,5.

Z = Valor obtenido mediante niveles de confianza. Es un valor constante que, si no se tiene su valor, se lo toma en relación al 95% de confianza equivale a 1,96 (como más usual) o en relación al 99% de confianza equivale 2,58, valor que queda a criterio del investigador.

e = Límite aceptable de error muestral que, generalmente cuando no se tiene su valor, suele utilizarse un valor que varía entre el 1% (0,01) y 9% (0,09), en el presente estudio se valoró un valor del 5% (0.05).

La muestra estuvo conformada por **96 adolescentes embarazadas** de 15 a 19 años atendidas en el programa de control prenatal, de los diferentes sectores atendidos por el Centro de Salud Carlos Rugama del Distrito V de Managua, durante el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre de 2019, y establecida de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión.

7.3.2. Tipo de muestreo

El tipo de muestreo fue de tipo probabilístico, aleatorio simple. Mediante el empleo de un sistema de *lotería*, donde se utilizó los números de expedientes clínicos de las adolescentes embarazadas suministrados por el departamento de estadística del centro de salud Carlos Rugama, posteriormente se procedió a seleccionar uno por uno de los mismos hasta completar la muestra de acuerdo a la fórmula anteriormente indicada.

7.3.3. Criterios de inclusión:

1. Adolescentes embarazadas en edades de 15 – 19 años.
2. Adolescentes que asisten al programa de CPN del Centro de Salud Carlos Rugama del Distrito V, Managua.
3. Adolescentes Embarazadas que vivan en los sectores atendidos por el Centro de Salud Carlos Rugama.
4. Expedientes clínicos de las adolescentes con información completa-

7.3.4. Criterios de exclusión:

1. Expedientes clínicos que se encuentren fuera de la unidad de salud

7.4. Técnicas y fuentes de recolección de la información:

La información obtenida fue de tipo secundaria, mediante revisión documental de los expedientes clínicos de las adolescentes embarazadas participantes en el estudio y de acuerdo a información estadística, a través del censo del programa de control prenatal del Centro de Salud Carlos Rugama del Distrito V, Managua, en el periodo del 01 de Octubre al 31 de Diciembre de 2019.

La técnica utilizada para la recolección de la información fue la revisión documental, a través de la revisión de expedientes clínicos (fuente secundaria) de adolescentes embarazadas de 15 a 19 años, atendidas en el programa de control prenatal (CPN).

Para el proceso de recopilación de la información, se realizó el llenado de un instrumento (ficha de recolección), el cual fue diseñado de acuerdo a los objetivos específicos de la investigación, basados en la revisión bibliográfica de investigaciones realizadas previamente, por parte de los autores del presente estudio.

Procedimientos para la recolección de información

Para realizar el estudio, se contó con el permiso de las autoridades del Centro de Salud Carlos Rugama del Distrito V de Managua, a los cuales se les informo y explico el tema de investigación, así como los objetivos del mismo.

Se establecieron coordinaciones con el departamento de estadística del Centro de Salud Carlos Rugama del Distrito V de Managua, donde se solicitó permiso para realizar la búsqueda de cada uno de los expedientes de las adolescentes embarazadas, de la muestra del estudio y se extrajo la información necesaria requerida para el logro de los objetivos.

Se realizaron reuniones de coordinación con el equipo de investigación, desarrollando un proceso de revisión y selección de información actualizada a nivel internacional y nacional, acerca del tema de investigación, y de acuerdo a las líneas de investigación de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNAN Managua.

A partir de la revisión de la literatura se elaboró el instrumento de recolección de la información, el cual fue utilizado durante la revisión documental, para la extracción de los datos de la población de estudio.

La revisión documental se llevó a cabo mediante la autorización previa de las autoridades de la unidad de salud, donde se les informó que los datos obtenidos de los expedientes clínicos fueron utilizados estrictamente con fines académicos y científicos y que la identidad de las pacientes se mantuvo oculta en todo momento para garantizar que no habrá daño a su integridad psicológica-moral.

El instrumento fue estructurado en 4 capítulos: el primero de ellos consta de información acerca de las características sociodemográficas de las adolescentes embarazadas, el segundo capítulo presenta 7 ítems, en donde se evaluó los antecedentes obstétricos de la adolescente embarazada, el tercer capítulo determinó las características clínicas del embarazo actual de las adolescentes embarazadas. El último capítulo identificó las acciones en salud, durante la atención de la adolescente embarazada en su visita al programa de control prenatal.

7.5. Plan de tabulación y análisis

La información obtenida se procedió a organizar en una base de información, donde fueron procesadas y analizadas para lo cual se utilizó el Programa SPSS 22.0v. para Windows. Posteriormente se analizó y organizó a través de tablas y gráficos en los que se aplicó frecuencias y porcentajes, considerando los objetivos del estudio, usando para ello el sistema Windows con el programa OFFICE 2015.

7.6 Enunciado de Variables

Este estudio incluye las siguientes variables:

Objetivo 1: Caracterizar socio-demográficamente a las adolescentes embarazadas en estudio

- a) Edad
- b) Escolaridad
- c) Estado civil
- d) Religión
- e) Procedencia

Objetivo 2: Presentar los antecedentes obstétricos de las adolescentes embarazadas del estudio

- a) Antecedentes Obstétricos

Objetivo 3: Determinar las características clínicas del embarazo actual en adolescentes embarazadas en estudio

- a) Características clínicas del embarazo actual.

Objetivo 4: Identificar las acciones en salud realizadas por el personal asistencial durante la atención prenatal a adolescentes embarazadas del estudio

- a) Acciones de salud por el personal asistencial.

La información obtenida se resumió en tablas de frecuencia simple, distribuyéndose en números y porcentajes, para lo siguiente:

1. Factores socio demográficos.
2. Antecedentes obstétricos (Menarquia, IVSA, Número de Emb. Previos, Número de Hijos vivos, Numero de Parejas Sexuales, Uso y tipo de métodos anticonceptivos)
3. Características del embarazo actual (Semanas de Gestación a la captación, Numero de CPN, Aceptación del embarazo)
4. Intervenciones en salud. (Anamnesis, Examen Físico, Examen Obstétrico, Toma de PAP, Examen Odontológico, Exámenes Complementarios, Consejería)

Se realizó el siguiente entrecruzamiento de variables:

1. Edad versus número de embarazo
2. Edad versus número de parejas sexuales
3. Escolaridad versus uso de métodos anticonceptivos
4. Estado civil versus número de parejas sexuales
5. Religión versus número de embarazos
6. Religión versus deseo del embarazo actual
7. Religión versus uso de métodos anticonceptivos
8. Procedencia versus uso de métodos anticonceptivos
9. Procedencia versus número de hijos
10. IVSA versus número de embarazos
11. Escolaridad versus # CPN
12. Acciones en salud vs. Semanas de Gestación

Operacionalización de Variables

Variable	Definición Operacional	Indicador	Escala/valor
Edad	Número de años transcurridos desde el nacimiento hasta el momento del estudio	Años cumplidos	15 - 16 17 - 19
Escolaridad	Es el nivel académico más alto alcanzado hasta el momento del estudio	nivel académico cursando	Analfabeta Primaria Secundaria Universitaria
Estado civil	Situación conyugal Condición de un individuo en lo referente a su relación de pareja	Estado conyugal del adolescente	Soltera Casada Unión Libre
Religión	Doctrinas constituidas por un conjunto de principios, creencias y prácticas en torno a cuestiones de tipo existencial, moral, sobrenatural	Práctica o doctrina religiosa aceptada por la adolescente embarazada	Católica Evangélica Otras
Procedencia	Es el origen que ostenta el adolescente y del cual entonces procede.	Tipo de zona geográfica	Urbana Rural

Variable	Definición Operacional	Dimensión	Indicador	Escala/valor
Antecedentes obstétricos	Serán los antecedentes obstétricos de las adolescentes embarazadas que asisten al programa de CPN encontrados en el expediente clínico	Menarca	Edad de aparición de la primera menstruación	9 a 11 años 12 a 14 años 15 años o más
		Edad de la primera relación sexual (IVSA)	Edad de inicio de vida sexual activa	11 – 13 años 14 – 16 años 17 – 19 años
		Número de embarazos anteriores	Número de veces de estar embarazada por parte de la adolescente embarazada	Ninguno 1 2 Más de 2
		Edad al momento del primer embarazo	Edad de la adolescente al momento de inicio de vida sexual activa	11 a 13 años 14 a 16 años 17 a 19 años
		Número de hijos	Número de hijos de la adolescente embarazada al momento de la encuesta	Ninguno 1 2 Más de 2
		Número de parejas sexuales	Será el número de compañeros sexuales que haya tenido la adolescente embarazada	1 2 3 o más
		Uso de métodos anticonceptivos (MAC)	Antecedente de uso de MAC por parte de la adolescente embarazada	SI NO
		Tipo de MAC utilizado	Es el tipo de MAC utilizado por la adolescente embarazada	Condón Anticonceptivos orales Inyectables Píldora para el día siguiente(PPMS)

Variable	Definición Operacional	Dimensión	Indicador	Escala/valor
Características clínicas del embarazo actual	Serán los datos clínicos del embarazo actual en la adolescente embarazada de 15 a 19 años que asiste al programa CPN y que son recopilados en su expediente clínico	Semanas de gestación al momento de captación al CPN	# de S/G al ingresar al programa de CPN por parte de la Adolescente	Menor de 12 Sem 13 a 19 Sem 20 a 26 Sem 27 a 33 Sem 34 a 40 Sem
		Número de CPN	# de controles prenatales realizados por parte de la Adolescente embarazada	1 2 3 4 o más
		El embarazo actual es deseado	Deseo de estar embarazada en la actualidad por parte de la adolescente	Sí No

Variable	Definición Operacional	Indicador	Escala/valor
Acciones en salud realizadas por el personal asistencial.	Actividades realizadas por el personal de salud que atiende a las adolescentes embarazadas y que fueron anotadas en las hojas del expediente clínico	Llenado de hoja de anamnesis durante la consulta de CPN	Si No
		Realización del Examen Físico durante la consulta de CPN	Si No
		Realización del Examen obstétrico completo durante la consulta de CPN	Si No
		Realización del papanicolaou durante la consulta de CPN	Si No
		Realización del examen odontológico durante la consulta de CPN	Si No
		Realización de exámenes complementarios durante la consulta de CPN	Sí No
		Realización de evaluación nutricional durante la consulta de CPN	Si No
		Realización de consejería educativa durante la consulta de CPN	Si No

Aspectos Éticos

El presente estudio siguió en todo momento los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos contenidas en la declaración de Helsinki de la AMM. Se solicitó el consentimiento informado del centro de salud para la obtención de los expedientes y datos de los mismos, se respetaron, en todo momento, los derechos de las embarazadas adolescentes sujetas a estudio, manteniendo su anonimidad y confidencialidad, se resguardo la seguridad de los datos. El principal riesgo que presenta la investigación según la declaración de Helsinki, es que no todas las participantes pueden tener un acceso apropiado a la participación de la investigación, puesto que la información obtenida fue por medio del llenado de encuestas apoyado de los expedientes clínicos, no se tuvo contacto físico con las pacientes, obteniéndose el permiso por medio de la institución. Cabe destacar que la información recopilada de cada uno de los expedientes clínicos de las embarazadas adolescentes atendidas en el programa de control prenatal (CPN) del centro de salud Carlos Rugama del Distrito V de Managua, se mantuvieron en todo momento en resguardo por los investigadores hasta que se concluyó con el llenado del instrumento, los datos fueron utilizados para fines de la investigación en el ámbito académico.

VIII. Resultados

Con relación a la edad se encontró que el 63.5% (61) de las adolescentes del programa de CPN se encontraban entre las edades de 17 a 19 años, mientras que aquellas con edades entre 15 a 16 años se encontraron en un 36.5% (35), el nivel de escolaridad secundaria que predomina con 42.7% (41), seguido de primaria con 33.3% (32), analfabeta con 12.5% (12) y en menor rango universitaria con 11.5% (11), la mayoría con estado civil de unión libre el cual predominó con 49% (47), soltera con 37.5% (36) y casada con apenas un 13.5% (13). En cuanto a la religión profesada, encabezada por la católica con un 45.8% (44), seguida por evangélica 40.6% (39) y otras 13.5% (13). La zona de procedencia fue encabezada por la urbana con 97.9% (94) con apenas 2% (2) para la rural. **(Tabla 1)**

Con respecto a la edad de aparición de Menarquia predominó el rango entre los 9 a 11 años de edad con 57.3% (55), seguido de 12 a 14 años con 39.6% (38), y apenas un 3.1% (3) refirió presentarla en edad mayor a los 15 años. **(Tabla 2)**

La vida sexual activa de las adolescentes implicadas en el estudio inicio principalmente en el rango de edad que va de los 14 a 16 años de edad con un 47.9% (46), seguida por 11 a 13 años con 36.5% (35), y apenas el 15.6% (15) de las participantes iniciaron su vida sexual con 17 a 19 años. **(Tabla 3)**

La mayoría de adolescentes al momento del estudio refirieron que no habían tenido embarazos anteriores con 63.5% (61), aquellas que reportaron un embarazo anterior únicamente correspondieron al 33.3% (32) y dos embarazos anteriores únicamente un 3.1% (3). **(Tabla 4)**

Con respecto al número de hijos la mayoría refirió que se encontraban cursando su primer embarazo por lo que el 72.9% (70) recalco que no tenía ningún hijo, 25% (24) tenía 1 hijo y 2.1% (2) refirieron tener 2 hijos. **(Tabla 5)**

En relación al número de parejas, el 53.1% (51) de las adolescentes refirieron que únicamente habían estado con una sola pareja, 40.6% (39) con 2 parejas, y 6.3% (6) refirieron haber estado con 3 parejas. **(Tabla 6)**

Al momento de preguntar sobre el uso de métodos anticonceptivos el 53.1% (51) refirieron si estar usando uno, y el 46.9% (45) negaron el uso de uno. **(Tabla 7)**

Entre los tipos de métodos anticonceptivos encuestados encontramos que el uso de ninguno correspondió al 44.8% (43), entre los más utilizados tenemos los anticonceptivos inyectables con 35.3% (18), preservativo 31.4% (16), anticonceptivos orales 25.5% (13), PPMS 7.8% (4). **(Tabla 8)**

Al momento de la captación, la mayoría de las pacientes se encontraban a menos de las 12 semanas de gestación 49% (47), 36.5% (35) refirieron que fueron captadas entre las 13 a 19 semanas, 11.5% (11) entre las 20 a 26 semanas, 3.1% (3) fueron captadas ya en estado avanzado con 27 a 33 semanas y ninguna es decir el 0% fue captada entre las 34 a 44 SG. **(Tabla 9)**

El número de CPN realizado, encontramos que la mayoría 32.3% (31) se realizó cuatro o más CPN, el 24% (23) se realizó Un CPN, 22.9% (22) tres CPN y 20.8% (20) dos CPN. **(Tabla 10)**

La mayoría de las encuestadas refirieron en un 56.3% (54) que no deseaban el embarazo, mientras que el 43.8% (42) refirieron tener deseos por el mismo. **(Tabla 11)**

Con respecto a la atención brindada a la paciente, se pudo determinar que la realización de una anamnesis completa y detallada fue brindada en un 77.1% (74), el examen físico completo se realizó al 85.4% (82), Examen obstétrico completo al 92.7% (89), se realizó toma de Papanicolaou al 96.9% (93), además de examen odontológico que se le realizó al 94.8% (91), los exámenes complementarios fueron enviados al 97.9% (94) así como una evaluación al estado nutricional que se le envió al 94.8% (91) pacientes, con respecto a la consejería en salud, se le brindó al 94.8% (91). **(Tabla 12)**

Al realizar cruces de variables, se determinó que el 65.7% (23) de aquellas entre las edades de 15 a 16 años no presentaron ningún embarazo y 62.3% (38) para jóvenes con rango de edad de 17 a 19 años. **(Tabla 13)**

Con respecto al número de parejas sexuales, el 68.6% (24) de las jóvenes en edades entre 15 a 16 años refirieron haber estado únicamente con 1 pareja sexual, mientras que las de 17 a 19 años con un porcentaje de 45.9% (28) determinaron que habían estado con 2 parejas sexuales, además este mismo grupo de edad con un 9.8% (6) expresaron haber estado con 3 o más. **(Tabla 14)**

El uso de métodos anticonceptivos respecto al grado de escolaridad de las adolescentes evidencio que aquellas que si usaron con 65.9% (27) pertenecían al grado de Secundaria, mientras que aquellas que negaron haber ocupado uno con 65.6% (21) correspondían al grado de primaria. **(Tabla 15)**

El número de parejas y el estado civil se estableció que con un 48.9% (23) que se encuentran en unión libre únicamente han estado con solo 1 pareja, aquellas solteras con 61.1% (22) refirieron también haber estado solo con 1 pareja así mismo aquellas que se encuentran casadas con 46.2% (6). **(Tabla 16)**

En cuanto a la religión profesada y el número de embarazos anteriores, la mayoría quien refería profesar religión católica determinaron con 63.6% (28) no haber estado embarazada anteriormente, aquellas con religión evangélica con 61.5% (24) determinaron lo mismo que la católica y otras con 69.2% (9) concluyeron en lo mismo que las anteriores. **(Tabla 17)**

En relación a la religión y su influencia en el deseo del embarazo actual se determinó que aquellas con religión católica con 75% (33) tuvieron una respuesta negativa ante su deseo del mismo, las de religión evangélica con 61.5% (24) tuvieron una posición positiva con respecto a su embarazo y las que profesaban otras 53.8% (7) mantuvieron la misma posición positiva que las evangélicas. **(Tabla 18)**

Respecto a la religión y el uso de métodos anticonceptivos, se demostró que aquellas que profesaban la religión católica con un 61.4% (27) refirieron si estarlos usando, las de religión evangélica, en su mayoría, con 56.4% (22) refirieron no usarlos y aquellas que profesan otras el 53.8% (7) refirieron que si se encontraban utilizando métodos anticonceptivos. **(Tabla 19)**

Con la procedencia y el uso de métodos anticonceptivos se determinó que el 54.3% (51) utilizaron métodos y provenían del casco urbano, sin embargo, el 45.7% (43) con respuesta negativa también provenían del casco urbano. En el caso de las pacientes del área rural únicamente se encontró un 100% (2) con respuesta negativa ante el uso de métodos. **(Tabla 20)**

Procedencia y número de hijos, el 72.3% (68) que provenían del área urbana refirieron no haber tenido un embarazo previo al igual que el 100% (2) encuestadas del área rural. **(Tabla 21)**

En relación al IVSA con respecto al número de embarazos anteriores la gran mayoría de adolescentes refirieron que se encontraban en su primero embarazo, se valoraron los rangos de edad de inicio de vida sexual de 11 a 13 años con 60% (21), 14 a 16 años 60.9% (28), 17 a 19 años 80% (12). **(Tabla 22)**

La escolaridad con respecto al número de controles prenatales realizados a las adolescentes del programa de CPN, se obtuvieron que aquellas que eran analfabetas solo se realizaron 1 CPN con un 50% (6), en grado de primaria con 31.3% (10) refirieron haberse realizado 2 CPN, aquellas que se encontraban cursando un grado de secundaria con 43.9% (18) refirieron que se habían realizado 4 o más CPN y universitarias refirieron que el 36.4% (4) llevaron a cabo entre 3 a 2 CPN. **(Tabla 23)**

Con respecto a las semanas de gestación y si se realizaron anamnesis completas se determinó que en aquellas menores de 12 semanas de gestación 72.3% (34) si se les había realizado completamente la anamnesis, aquellas con 13 a 19 semanas de gestación se realizó la anamnesis completa a un 82.9% (29), entre las 20 a 26 semanas con un 81.8% (9), entre las 27 a 33 semanas de gestación con 75% (2), ya que no se obtuvieron datos de embarazadas captadas entre las 34 a 40 Sg, esta se le agrego el valor de 0%. **(Tabla 24)**

El examen físico completo en relación a las semanas de gestación, se determinó que aquellas menores de 12 semanas de gestación se le llevo a cabo en un 85.1% (40), las que tenían un rango de semanas entre 13 a 19 semanas de gestación 85.7% (30), 20 a 26 semanas de gestación 90.9% (10), de 27 a 33 semanas de gestación con 66.7% (2) y aquellas entre las 34 a 40 semanas de gestación con 0%. **(Tabla 25)**

Al momento de la realización del examen ginecológico completo en relación a las semanas de gestación, se comprobó que aquellas menores de 12 semanas de gestación si se les realizo a un 89.4% (42), de 13 a 19 semanas de gestación 100% (35), de 20 a 26 semanas de gestación 81.8% (9), aquellas entre 27 a 33 semanas de gestación con un 100% (3) y 0% de 34 a 40 semanas de gestación. **(Tabla 26)**

La toma de Papanicolaou respecto a las semanas de gestación se obtuvo como resultados que aquellas con menos de 12 semanas de gestación se les tomo PAP al 97.9% (46), en cuanto a aquellas con semanas que oscilan de 13 a 19 semanas se les tomo al 100% (35), 20 a 26 semanas se les toma al 81.8% (9), de 27 a 33 al 100% (3) y 34 a 40 semanas de gestación con 0%. **(Tabla 27)**

Con respecto a la realización de examen odontológico con respecto a las semanas de gestación, se encuentra que aquellas menores de 12 semanas de gestación se le realizo al 95.7% (45), aquellas de 13 a 19 semanas 97.1% (34), de 20 a 26 semanas 81.8% (9), de 27 a 33 semanas 100% (3) y de 34 a 40 semanas de gestación con 0%. **(Tabla 28)**

La realización de exámenes complementarios y las semanas de gestación demarcan que en aquellas menores a las 12 semanas se les fueron realizados al 97.9% (46), 13 a 19 semanas al 100% (35), 20 a 26 semanas con 90.9% (10), de 27 a 33 semanas al 100% (3) y de 34 a 40 semanas de gestación con 0%. **(Tabla 29)**

En cuanto a la valoración del estado nutricional con respecto de las semanas de gestación de la paciente, esta se llevó a cabo a aquellas menores de 12 semanas de gestación al 93.6% (44), 13 a 19 semanas 97.1% (34), 20 a 26 semanas 90.9% (10), de 27 a 33 semanas al 100% (3) y de 34 a 40 semanas de gestación con 0% **(Tabla 30)**

En relación a la consejería en salud y las semanas de gestación de las pacientes, se determinó que esta se les brindo a las menores de 12 semanas a un 97.9% (46), 13 a 19 semanas al 100% (35), las de 20 a 26 semanas con 100% (11), de 27 a 33 semanas al 100% (3) y de 34 a 40 semanas de gestación con 0%. **(Tabla 31)**

IX. Análisis y Discusión de Resultados

En la presente investigación se aborda el comportamiento clínico y la calidad de atención del embarazo adolescente de 96 participantes, las cuales se encuentran entre las edades de 15 a 19 años, y cuyo CPN, se lleva a cabo en el centro de salud Carlos Rugama, del distrito 5.2 del área urbana de Managua.

Un factor importante al momento de planificar un embarazo es la edad de la paciente, en el presente estudio se concluyó que el 63.5% (61) de las adolescentes del programa de CPN se encontraban entre las edades de 17 a 19 años, predominando de esta manera el rango de edad antes indicado, y a su vez, concordando de esta forma con el estudio internacional elaborado por (Membreño, 2011) en donde se evidencia, según encuestas realizadas a 25 participantes, que la edad que predominaba entre las adolescentes embarazadas fue de 18 años. Otro estudio en el cual los resultados obtenidos se asemejan fue el realizado por (Bolívar & Duarte, 2019) reportando entre sus conclusiones que 70% de sus encuestadas se encontraban entre las edades de 17 a 19 años. A nivel nacional se coincidieron dichos resultados con el estudio elaborado por (Caliz & Castillo, 2018) en donde encontraron que la mayoría de adolescentes de su estudio se encontraba entre las edades de 17 a 19 años con un 74%.

En cuanto a la escolaridad, la mayoría de las adolescentes indicaron encontrarse en el grado de secundaria con 42.7% (41), seguido de primaria con 33.3% (32) sin embargo, en investigaciones revisadas se logró diferir con respecto al nivel escolar obtenido, tal es el caso de estudios como el de (González, 2011) donde se concluyó que de las 52 participantes que fueron encuestadas el 56% de estas apenas había logrado terminar la primaria y en el abordaje nacional realizado por (Cáliz & Castillo, 2018) encontraron que la mayoría tenía escolaridad primaria con un 69%.

El estudio de (Cáliz & Castillo, 2018) con respecto al estado civil de las participantes determinó que el de Unión Libre o Acompañada predominó con 73%, dichos resultados finales concuerdan con nuestro estudio en donde las adolescentes refirieron estar en Unión Libre con un 49% (47); Otro estudio, en el cual se concluyeron resultados similares, fue en el de (Urbina & Vargas, 2016) con un 61% de relación en unión libre.

La religión profesada, fue encabezada por el catolicismo con un 45.8% (44), dichos datos se igualan a los obtenidos por (Cáliz & Castillo, 2018) en donde se descubrió que la mayoría de sus participantes profesaban la religión católica con un 86%.

Con respecto a la procedencia con 97.9% (94) la gran mayoría provenía de la zona urbana, cabe destacar que esto es debido a que el Centro de Salud Carlos Rugama, se encuentra ubicado en el distrito 5.2 del municipio de Managua siendo una zona urbana, sin embargo, cabe recalcar que, según estudios tales como el de (Urbina & Vargas, 2016) 71% de las adolescentes afectadas fueron de procedencia rural, respaldados por una gran cantidad de estudios los cuales marcan que las adolescentes de zonas rurales son las más susceptibles a embarazos adolescentes.

La primera menstruación o menarquia ha sido demarcada como uno de los factores principales de riesgo en el embarazo adolescente, en el caso del presente estudio el rango de edad predominante fue entre los 9 a 11 años de edad con 57.3% (55), seguido de 12 a 14 años con 39.6% (38) estos datos contienen similitud con los obtenidos por el estudio internacional de (Quesada, Romero, Prieto, & Rodríguez, 2016) cuyos resultados se obtuvieron mediante encuestas realizadas a 61 adolescentes embarazadas del área de salud integral comunitaria El Gaitero en Venezuela de las cuales el 86,5% de las participantes reportaron haber presentado su menarquia durante edades que oscilan entre los 10 a 14 años de edad.

La adolescencia media es aquella comprendida entre las edades de los 14-15 hasta los 17-18 años, en donde predomina una actitud temeraria, es en este periodo donde se aumenta la aceptación del propio cuerpo y la comodidad con él, además el adolescente prueba su atractivo sexual e inicia el coqueteo, así como a iniciar una vida sexual activa, razón por la cual es más vulnerable a embarazos no planificados. En el presente estudio el IVSA referido por las adolescentes fue el rango de edad que va de los 14 a 16 años de edad con un 47.9% (46), rango que concuerda con el estudio llevado a cabo por (Hernández, y otros, 2013) donde fueron encuestados 621 adolescentes escolares, elegidos entre 4 escuelas públicas y 2 privadas, y donde se demostró que en su mayoría habían iniciado su vida sexual a una edad promedio de 14 años, otro estudio cuyos resultados coinciden con los anteriores es el realizado por (Bolívar & Duarte, 2019) quienes entre sus conclusiones determinaron que la edad de inicio de vida sexual activa promedio fue de 15 años.

Con respecto a embarazos anteriores el 63.5% (61) de las adolescentes del estudio refirieron no haber cursado con embarazos anteriores, asemejándose a los datos obtenidos por (Membreño, 2011) en el cual se detalla que en la mayoría de las encuestadas este correspondía a su primer embarazo.

Debido a lo anteriormente mencionado, en donde la gran mayoría de adolescentes encuestadas se encontraban cursando con su primer embarazo, el 72.9% (70) recalco que no tenía ningún hijo, dato que concuerda con la investigación de (Cáliz & Castillo, 2018) en la cual la gran mayoría de cuestionadas eran primigestas en un 78% como principal razón de esto se encuentra que las adolescentes encuestadas refirieron haber quedado embarazadas en sus primeras experiencias sexuales y sobretodo el encontrarse muy enamoradas y guiadas por su pareja sexual.

Otro de los factores que influye en los embarazos no deseados es el número de parejas sexuales, en la investigación el 53.1% (51) de las adolescentes refirieron que únicamente habían estado con una sola pareja, datos similares al estudio de (Cáliz & Castillo, 2018) en donde se remarca que el 93% relató que únicamente han estado con 1 compañero.

(ENDESA, 2006/07) Llevó a cabo una encuesta en donde se demostró que el porcentaje de mujeres que se encontraban haciendo uso de métodos anticonceptivos durante este momento era del 55%, estas a su vez se encontraban en un rango de edad de 15 a 49 años refiriendo que dicho rango de uso había aumentado en comparación con años anteriores, datos que avalan los resultados obtenidos en el presente estudio en donde el 53.1% (51) refirieron si estar implementando un método anticonceptivo.

Entre los tipos de métodos anticonceptivos encuestados encontramos que entre los más utilizados tenemos los anticonceptivos inyectables con 35.3% (18), preservativo 31.4% (16), anticonceptivos orales 25.5% (13), PPMS 7.8% (4), a pesar que en el estudio de (Madrid, Hernández, Gentile, & Cevallos, 2019) en el cual se entrevistó a 4 adolescentes gitanas embarazadas, no se especifica el método anticonceptivo o si este fue utilizado por las participantes del estudio al momento de embarazarse, se concluyó que todas en un 100% conocían y tenían acceso a métodos anticonceptivos modernos antes de tener el embarazo coincidiendo con el estudio puesto que la gran mayoría de encuestadas referían conocer y saber cómo utilizar los distintos métodos.

Al momento de la captación, la mayoría de las pacientes se encontraban a menos de las 12 semanas de gestación 49% (47), 36.5% (35) refirieron que fueron captadas entre las 13 a 19 semanas, 11.5% (11) entre las 20 a 26 semanas, 3.1% (3) fueron captadas ya en estado avanzado con 27 a 33 semanas y 0% es decir, ninguna fue captada entre las semanas de 34 a 44.

Las atenciones prenatales son de suma importancia para lograr llevar a término el embarazo de la adolescente, sin riesgos que comprometan su vida o la del feto, en este grupo de riesgo son un máximo de Siete Consultas de CPN, si por alguna patología o comorbilidad debe de evaluarse con mayor periodicidad se deberá de consignar Consulta Médica por Patología o Seguimiento de Patologías (MINSA, 2016), en la presente investigación se valoró el número de CPN realizados, encontramos que la mayoría 32.3% (31) se realizó cuatro o más CPN, el 24% (23) se realizó Un CPN, 22.9% (22) tres CPN y 20.8% (20) dos CPN, adecuado a lo que expresa la normativa del MINSA anteriormente mencionada.

Con respecto del deseo del embarazo actual, la mayoría de las encuestadas refirieron en un 56.3% (54) que no deseaban el embarazo, algo que se podría considerar razonable puesto que la mayoría refirió no estar apta para ser madre, encontrarse en situaciones precarias y de familias inestables, lo mismo se manifestó en la investigación llevada a cabo por (González, 2011) en donde cabe recalcar que de las encuestadas el 75% de los casos fueron embarazos no planeados, arrojando de esta forma cifras similares a las encontradas en la presente investigación.

La atención integral a la adolescente embarazada y su familia solo es posible con el esfuerzo complementario y coherente de diferentes disciplinas en salud, Para establecer una atención integral de esta población, se debe partir de que el embarazo en la adolescencia no es en sí mismo un problema, más bien el problema reside en las condiciones en que dicho embarazo acontece (MINSA, 2016) valiéndonos de normativas para una adecuada atención, como la anteriormente señalada por el protocolo de atención a la adolescente embarazada del MINSA, se encontraron los siguientes resultados respecto a la atención brindada a la paciente, concluyendo que la realización de una anamnesis completa y detallada fue brindada en un 77.1% (74), el examen físico completo se realizó al 85.4% (82), Examen obstétrico completo al 92.7% (89), se realizo toma de Papanicolaou al 96.9% (93), además de examen odontológico que se le realizo al 94.8%

(91), los exámenes complementarios fueron enviados al 97.9% (94) así como una evaluación al estado nutricional que se le envió al 94.8% (91) pacientes, con respecto a la consejería en salud, se le brindó al 94.8% (91), datos que se asemejan a aquellos expuestos por (Dávila & Velásquez, 2011) cuyo objetivo principal fue el de conocer la calidad de atención que se brindaba a todas aquellas embarazadas adolescentes que asistían a la unidad, se encuestaron 28 adolescentes las cuales concluyeron que la calidad de atención que brindó el personal de enfermería fue calificada como buena por el 100% de las pacientes atendidas.

X. Conclusiones

- 1) El estudio determinó que la mayoría de las pacientes que participaron se encontraban entre el rango de edad que oscila de los 17 a 19 años, de escolaridad secundaria, con relación de unión libre, religión católica, provenientes de la zona urbana.
- 2) La edad de menarquía en su mayoría entre los 9 a 11 años, un inicio de vida sexual activa entre los 14 a 16 años, sin hijos ni embarazos anteriores, con 1 sola pareja, en su mayoría utilizando algún método anticonceptivo siendo el de mayor predominio los métodos de tipo inyectables.
- 3) Al momento de su captación en el control prenatal, se encontraban con menos de 12 semanas de gestación, es decir, cursando su primer trimestre, llevando a cabo captaciones tempranas a pesar que en su mayoría no deseaban el embarazo y acudieron a realizarse 4 o más controles prenatales.
- 4) Respecto a las acciones en salud en los CPN, estas se llevaron a cabo con un abordaje multidisciplinario, en su gran mayoría se encontró la realización de anamnesis completas y detalladas, examen físico completo, examen obstétrico completo, toma de Papanicolaou, examen odontológico por el servicio de odontología, envió de exámenes complementarios a lo aquejado por la paciente, evaluación del estado nutricional por nutricionista y consejería en salud en donde se abordó el uso de anticonceptivos posparto, como actuar durante el parto y lactancia materna.

XI. Recomendaciones

Al Ministerio de Salud

- Optimizar el alcance de los métodos anticonceptivos realizando ferias de salud exclusivas sobre planificación familiar, en donde se puedan discutir las dudas más frecuentes del adolescente.

- Realizar de forma mensual visitas casa a casa a los diferentes barrios con el fin de discutir sobre el uso de métodos anticonceptivos, ingresarlos al censo de planificación y explicarles a los adolescentes que se cuenta con un fácil acceso a los mismos en las unidades de salud, ya que la mayoría no acuden por miedo a ser rechazados.

Al Ministerio de Educación

- Ingresar al programa de educación, clases orientadas a brindar información y práctica en el uso de los métodos de anticoncepción en conjunto con el MINSA realizando reuniones semanales con padres de familia para explicarles los avances y deficiencias que han tenido sus hijos respecto al tema.

- Apoyar a la reinserción de todas aquellas adolescentes permitiéndoles ingresar al colegio con sus hijos, e implementar en conjunto con la comunidad, una guardería dentro del recinto.

- Capacitar al personal docente de manera bimensual sobre las prácticas sexuales y el correcto uso de los anticonceptivos con los que cuenta el MINSA, para que puedan transmitir la información a los adolescentes en el aula de clases.

A la unidad de Salud

- Elaborar un club de adolescentes en riesgo, madres adolescentes y embarazadas, en el cual se brindará un manejo multidisciplinario con psicología, ginecología y trabajo social, llevándose a cabo semanalmente, en donde se pueda platicar sobre vivencias y aprendizaje, brindar métodos anticonceptivos y a su vez responder todas las quejas de las participantes.
- Evaluar mensualmente el abordaje clínico realizado a las adolescentes por los ESAFC, y promover la capacitación del personal médico que las atiende con el fin de que sean capaces de retroalimentarse de una manera más sencilla y dinámica.
- Realizar visita a la casa de las adolescentes que se encuentran en nuestro CPN con el fin de determinar las condiciones socioeconómicas de su entorno y así brindar ayuda psicológica y social de ser necesarias, puesto que muchas de las pacientes omiten su realidad de vida por temor o por vergüenza.

A Padres de Adolescentes

- Acompañar a sus hijos en todas sus consultas médicas.
- Realizar círculos de apoyo a los adolescentes en la comunidad, que se encuentran en situaciones difíciles al enfrentarse a un embarazo y aprender a orientarlos.
- Motivar a sus hijos a continuar con el estudio.

A las Adolescentes

- Realizar uso de los diferentes métodos de anticoncepción ofrecidos, y acudir a las áreas de salud para brindar mejor información sobre estos.
- Acudir a todos sus controles prenatales, para asegurar el correcto crecimiento y evolución del embarazo, de gran importancia puesto que todas las adolescentes constituyen embarazos de alto riesgo, que ponen en peligro la vida del binomio madre-hijo.
- Incluir en los controles prenatales a la pareja de la paciente, para brindar consejería a ambos, informar sobre signos de peligro y planificación familiar en el futuro.

XII. Bibliografía

- Bazán, F., & Gutiérrez, C. (2007). *Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prueba de Papanicolaou*. SCIELO, 47-54.
- Aguilar-Barojas, S. (2005). *Fórmulas para el cálculo de la muestra en investigaciones de salud*. México, 333-338.
- Bolívar, R., & Duarte, P. (2019). *Embarazo no planificado en adolescentes de 12-19 años del barrio Sutiava que asisten al centro de salud Félix Pedro Picado, León, primer semestre de 2017*. Leon.
- Cáliz, G., & Castillo, L. (2018). *Factores asociados a embarazo en adolescentes atendidas en el puesto de salud Francisco Real de la comunidad Valle de la Laguna-Masaya, enero a diciembre 2017*. Masaya.
- Chevalier & Virtanen. (2003). *The long run labour market consequences of teenage motherhood in Britain*. Journal Of Population Economics.
- CODENI. (2017). *Embarazo en Adolescentes*. Managua.
- Dávila, M., & Velásquez, A. (2011). *Calidad de atención, manejo y cuidados de enfermería a las embarazadas adolescentes durante los controles prenatales en el puesto de salud primero de mayo, Matagalpa, II semestre, 2011*. Matagalpa: UNAN.
- Encuesta Nicaragüense de demografía y salud. (2006/07). *Situación demográfica de Nicaragua*. Managua. ENDESA. (2011/2012). *Situación Demográfica de Nicaragua*. Managua.
- Fundación Nicaragüense para el desarrollo económico y social. (2016). Causas y consecuencias económicas y sociales del embarazo adolescente en Nicaragua. *Embarazo Adolescente en Nicaragua*, 16-17.
- Gaete, V. (2015). *Desarrollo psicosocial del adolescente*. Revista Chilena de Pediatría.
- Gamboa, E., & Lopez, N. (2008). *Knowledge, attitudes and practices related to breast-feeding in women in reproductive age in a vulnerable population*. rev. chilena scielo, 35, 43.52.
- Gans, McManus, & Newacheck. (1991). *Embarazo Adolescente*. Asociación Americana de Pediatría.
- González, Y. I. (2011). *Determinantes sociales en embarazo adolescente y planificación familiar, unidad de salud San Antonio Abad, El Salvador, septiembre y octubre 2011*. El Salvador.

- Gordillo Moscoso, A., & Medina Moreno, Ú. (2012). *Manual de investigación clínica*. México D.F.: El Manual Moderno.
- Hernández, M. L., Díaz, L., Espitia, J., Prasca, M., Puerta, Y., & Quintana, C. (2013). *Prevalencia de embarazo en adolescentes escolarizados y sus factores predisponentes: Cartagena 2012-2013*. Cartagena.
- Katzenellenbogen, J., Joubert, G., & Abdool Karim, S. (1997). *Epidemiology: A manual for South Africa*. Cape Town: Oxford University Press Southern Africa. Formats and Editions of Epidemiology.
- Lezcano, H., & Fajardo, L. (2011). *Knowledge, attitude and practices of female sex workers towards human*. Revista Medico Científica, 22-30.
- Loredo, A., Vargas, E., Casas, A., González, J., & Gutiérrez, C. d. (2017). *Embarazo Adolescente: Sus causas y repercusiones en la diada*. Rev Med Inst Mex Seguro Social, 223-9.
- Luciani, S., & Andrus, J. (2008). *A Panamerican Health Organization strategy for cervical cancer prevention and control in Latin America and the Caribbean*. Pulmed, S National Library of Medicine National Institutes of Health, 59-66.
- Madrid, J., Hernández, A., Gentile, A., & Cevallos, L. (2019). *Embarazos y maternidad adolescente desde una perspectiva cualitativa en ciencias sociales*. Adolescere, 39-47.
- Membreño, A. (2011). *Factores Sociales y culturales que influyen en el embarazo en las adolescentes en la unidad de salud Dr. Mauricio Sol Nerio, San Jacinto, San Salvador en el periodo Enero a Junio 2011*. San Salvador.
- Mendoza, L. A., Claros, D. I., & Peñaranda, C. B. (2016). *Actividad Sexual temprana y embarazo en la adolescencia: estado del arte*. Buga, Buga, Colombia.
- Ministerio de salud. (2008). *Normas y Protocolos para la atención Prenatal, parto, puerperio y recién nacido/a de bajo riesgo*. Managua: MINSa.
- Ministerio de salud. (2016). *Protocolo para la atención de las adolescentes embarazadas*. Managua: MINSa.
- Ministerio de salud. (2018). *Normativa 109: Protocolo para la atención de las complicaciones obstétricas y neonatales*. Managua: MINSa.
- Nicaragua, N. J. (2010). *Ley N°718: Ley especial de protección a las familias en las que haya embarazos y partos múltiples*. Managua: La Gaceta.
- Organización mundial de la salud. (2014). *Manual de Encuestas sobre conocimientos, actitudes, creencias y prácticas (CACP) sobre la sexualidad SIDA / ETS*.

MEXICO, DF.

Organización mundial de la salud. (2018). *El embarazo en la adolescencia*. Ginebra, Suiza.

Organización mundial de la salud. (2020). *Consecuencias para la salud de las Adolescentes Embarazadas*. Washington D.C

Organización panamericana de la salud. (2002). *Guía para escribir un protocolo de investigación*. Washington D.C.

Quesada, M., Romero, M., Prieto, M., & Rodríguez, C. (2016). *Caracterización Social del embarazo en la adolescencia*. Artículos Originales. México

Rueda-Quijano, S., Amador-Ariza, M., Arboleda, A., Otero, J., Cohen, D., Camacho, P., & López, P. (2019). *Concordancia en la evaluación del desarrollo puberal mediante la escala Tanner entre adolescentes y un médico entrenado*. Rev. Perú Med Exp Salud Publica, 408-413.

Sanabria, N. (2012). Conocimientos, Prácticas y Percepciones de mujeres sobre la citología cervical. 33, 82-89.

Serrano, J. (2016). *Recopilaciones*. Matagalpa Nicaragua: No Editado.

Fondo de las naciones unidas para la infancia. (2015). *Centro de investigaciones de la sociedad*. Washington D.C. USA.

Urbina, S., & Vargas, M. (2016). *Complicaciones obstétricas en adolescentes en el Hospital Primario Jacinto Hernández, Nueva Guinea, Región Autónoma del atlántico Sur, durante el periodo de enero-septiembre 2015*. Nueva Guinea.

ANEXOS



La presente ficha de recolección es para evaluar el comportamiento clínico del Embarazo en adolescentes de 15 a 19 años atendidas en el programa de control prenatal del Centro de Salud Carlos Rugama, Distrito V, Managua. En el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre de 2019. Marcar con una X o Check la casilla elegida.

I. Características Sociodemográficas

1. Edad:

- a) 15 a 16 años _____
c) 17 a 19 años _____

2. Escolaridad:

- a) Analfabeta _____
b) Primaria _____
c) Secundaria _____
d) Universidad _____

3. Estado civil:

- a) soltera _____
b) casada _____
c) unión libre _____

4. Religión

- a) Católica _____
b) Evangélica _____
c) Otra

5. Procedencia:

- a) urbana _____
b) rural _____

II. Antecedentes obstétricos

1. Menarca

- a) 9 a 11 años _____
b) 12 a 14 años _____
c) 15 años o más _____

2. Edad de la primera relación sexual (IVSA)

- a) 11 a 13 años _____
b) 14 a 16 años _____
c) 17 a 19 años _____

3. Número de embarazos anteriores

- a) Ninguno _____
b) 1 _____
c) 2 _____
d) Más de 2 _____

4. Edad al momento del primer embarazo

- a) 11 a 13 años _____
b) 14 a 16 años _____
c) 17 a 19 años _____

4. Número de hijos

- a) Ninguno _____
- b) 1 _____
- c) 2 _____
- d) Más de 2 _____

5. Número de parejas sexuales

- a) 1 _____
- b) 2 _____
- c) 3 o más _____

6. Uso de métodos anticonceptivos

- a) SI _____
- b) NO _____

7. Tipo de método anticonceptivo utilizado

- a) Condón _____
- b) Anticonceptivos orales _____
- c) Inyectables _____
- d) Píldora para la mañana siguiente (PPMS)

III. Características del embarazo actual**1. Semanas de gestación al momento de la captación en CPN**

- a) Menor de 12 semanas _____
- b) 13 a 19 semanas _____
- c) 20 a 26 semanas _____
- d) 27 a 33 semanas _____
- e) 34 a 40 semanas _____

2. Número de CPN

- a) 1 _____
- b) 2 _____
- c) 3 _____
- d) 4 o más _____

3. El embarazo actual es deseado

- a) SI _____
- b) NO _____

IV. Acciones en salud realizadas de acuerdo a Semanas de Gestación

N°	Acciones en salud	SI	NO
1	Realización de una anamnesis completa y detallada		
2	Realización de un examen físico completo		
3	Realización de un examen obstétrico completo		
4	Realización de toma de papanicolaou		
5	Realización de examen odontológico		
6	Realización de exámenes complementarios		
7	Realización de evaluación del estado nutricional		
8	Realización de consejería en salud		

Tabla 1: Características sociodemográficas de las adolescentes embarazadas de 15 a 19 años del programa de control prenatal del Centro de Salud Carlos Rugama del Distrito V de Managua. Octubre - Diciembre 2019.

n=96		
Características sociodemográficas	Número	%
Edad		
15 a 16 años	35	36.5
17 a 19 años	61	63.5
Escolaridad		
Analfabeta	12	12.5
Primaria	32	33.3
Secundaria	41	42.7
Universitaria	11	11.5
Estado civil		
Soltera	36	37.5
Casada	13	13.5
Unión Libre	47	49.0
Religión		
Católica	44	45.8
Evangélica	39	40.6
Otras	13	13.5
Procedencia		
Urbano	94	97.9
Rural	2	2.1

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla 2: Edad de Menarquía como antecedente obstétrico de las adolescentes embarazadas de 15 a 19 años del programa de control prenatal del Centro de Salud Carlos Rugama del Distrito V de Managua. Octubre - Diciembre 2019.

n=96		
Edad de Menarquía	Frecuencia	Porcentaje
9 a 11 años	55	57.3
12 a 14 años	38	39.6
15 años o mas	3	3.1

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla 3: Inicio de Vida Sexual Activa de las adolescentes embarazadas de 15 a 19 años del programa de control prenatal del Centro de Salud Carlos Rugama del Distrito V de Managua. Octubre - Diciembre 2019.

n=96

IVSA	Frecuencia	Porcentaje
11 a 13 años	35	36.5
14 a 16 años	46	47.9
17 a 19 años	15	15.6

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla 4: Número de Embarazos Anteriores de las adolescentes embarazadas de 15 a 19 años del programa de control prenatal del Centro de Salud Carlos Rugama del Distrito V de Managua. Octubre - Diciembre 2019.

n=96

Embarazos Anteriores	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	61	63.5
Un Embarazo	32	33.3
Dos Embarazos	3	3.1

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla 5: Número de hijos vivos de las adolescentes embarazadas de 15 a 19 años del programa de control prenatal del Centro de Salud Carlos Rugama del Distrito V de Managua. Octubre - Diciembre 2019.

n=96

Número de hijos vivos	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	70	72.9
Un Hijo	24	25.0
Dos Hijos	2	2.1

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla 6: Número de Parejas Sexuales de las adolescentes embarazadas de 15 a 19 años del programa de control prenatal del Centro de Salud Carlos Rugama del Distrito V de Managua. Octubre - Diciembre 2019.

n=96

Número de Parejas Sexuales	Frecuencia	Porcentaje
Una Pareja	51	53.1
Dos Parejas	39	40.6
Tres o más Parejas	6	6.3

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla 7: Uso de Anticonceptivos por las adolescentes embarazadas de 15 a 19 años del programa de control prenatal del Centro de Salud Carlos Rugama del Distrito V de Managua. Octubre - Diciembre 2019.

n=96

Uso de Anticonceptivos	Frecuencia	Porcentaje
Si	51	53.1
No	45	46.9

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla 8: Tipo de Anticonceptivo utilizado por las adolescentes embarazadas de 15 a 19 años del programa de control prenatal del Centro de Salud Carlos Rugama del Distrito V de Managua. Octubre - Diciembre 2019.

n=51

Tipo de Anticonceptivo utilizado	Frecuencia	Porcentaje
Preservativo	16	31.4
Anticonceptivos Orales	13	25.5
Inyectables	18	35.3
Píldora de la Mañana Siguierte (PPMS)	4	7.8

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla 9: Semanas de Gestación al Momento de la Captación de las adolescentes embarazadas de 15 a 19 años del programa de control prenatal del Centro de Salud Carlos Rugama del Distrito V de Managua. Octubre - Diciembre 2019.

n=96

Semanas de Gestación al Momento de la Captación	Frecuencia	Porcentaje
Menor de 12 semanas	47	49.0
13 a 19 semanas	35	36.5
20 a 26 semanas	11	11.5
27 a 33 semanas	3	3.1
34 a 40 semanas	0	0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla 10: Número de Controles Prenatales realizados a las adolescentes embarazadas de 15 a 19 años del programa de control prenatal del Centro de Salud Carlos Rugama del Distrito V de Managua. Octubre - Diciembre 2019.

n=96

Número de Controles Prenatales realizados	Frecuencia	Porcentaje
Un CPN	23	24.0
Dos CPN	20	20.8
Tres CPN	22	22.9
Cuatro o más CPN	31	32.3

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla 11: Deseo del Embarazo Actual de las adolescentes embarazadas de 15 a 19 años del programa de control prenatal del Centro de Salud Carlos Rugama del Distrito V de Managua. Octubre - Diciembre 2019.

n=96

Deseo del Embarazo Actual	Frecuencia	Porcentaje
Si	42	43.8
No	54	56.3

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla 12: Acciones en salud realizadas e indicadas en los expedientes de las adolescentes embarazadas de 15 a 19 años del programa de control prenatal del Centro de Salud Carlos Rugama del Distrito V de Managua. Octubre - Diciembre 2019.

n=96

Variable		Frecuencia	Porcentaje
Realización de anamnesis completa y detallada	Sí	74	77.1
	No	22	22.9
Realización de examen físico completo	Sí	82	85.4
	No	14	14.6
Realización de examen físico obstétrico completo	Sí	89	92.7
	No	7	7.3
Toma de papanicolaou	Sí	93	96.9
	No	3	3.1
Realización de examen odontológico	Sí	91	94.8
	No	5	5.2
Realización de exámenes complementarios	Sí	94	97.9
	No	2	2.1
Realización de evaluación nutricional	Sí	91	94.8
	No	5	5.2
Realización de consejería en salud	Sí	91	94.8
	No	5	5.2

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla 13: Edad vs número de embarazos anteriores en las adolescentes embarazadas de 15 a 19 años del programa de control prenatal del centro de salud Carlos Rugama del Distrito V de Managua. Octubre - Diciembre 2019.

n=96

Edad	Número de embarazos previos					
	Ninguno		Uno		Dos	
	N	%	N	%	N	%
15 a 16 años	23	65.7	12	24.3	0	0
17 a 19 años	38	62.3	20	32.8	3	4.9

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla 14: Edad vs Número de Parejas Sexuales de las adolescentes embarazadas de 15 a 19 años del programa de control prenatal del Centro de Salud Carlos Rugama del Distrito V de Managua. Octubre - Diciembre 2019.

n=96

Edad	Número de Parejas Sexuales					
	Una pareja		Dos parejas		Tres o más parejas	
	N	%	N	%	N	%
15 a 16 años	24	68.6	11	31.4	0	0
17 a 19 años	27	44.3	28	45.9	6	9.8

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla 15: Escolaridad vs Uso de Métodos Anticonceptivos de las adolescentes embarazadas de 15 a 19 años del programa de control prenatal del Centro de Salud Carlos Rugama del Distrito V de Managua. Octubre - Diciembre 2019.

n=96

Escolaridad	Uso de Métodos Anticonceptivos			
	Si	%	No	%
Analfabeta	5	41.7	7	58.3
Primaria	11	34.4	21	65.6
Secundaria	27	65.9	14	34.1
Universidad	8	72.7	3	27.3

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla 16: Estado Civil vs Número de Parejas Sexuales de las adolescentes embarazadas de 15 a 19 años del programa de control prenatal del Centro de Salud Carlos Rugama del Distrito V de Managua. Octubre - Diciembre 2019.

n=96

Estado civil	Número de Parejas Sexuales					
	Una pareja		Dos parejas		Tres o más parejas	
	N	%	N	%	N	%
Soltera	22	61.1	12	33.3	2	5.6
Casada	6	46.2	5	38.5	2	15.3
Unión libre	23	48.9	22	46.8	2	4.3

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla 17: Religión vs Número de Embarazos Anteriores de las adolescentes embarazadas de 15 a 19 años del programa de control prenatal del Centro de Salud Carlos Rugama del Distrito V de Managua. Octubre - Diciembre 2019.

n=96

Religión	Número de embarazos previos					
	Ninguno		Uno		Dos	
	N	%	N	%	N	%
Católica	28	63.6	15	34.1	1	2.3
Evangélica	24	61.5	14	35.9	1	2.6
Otra	9	69.2	3	23.1	1	7.7

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla 18: Religión vs Deseo del Embarazo Actual de las adolescentes embarazadas de 15 a 19 años del programa de control prenatal del Centro de Salud Carlos Rugama del Distrito V de Managua. Octubre - Diciembre 2019.

n=96

Religión	Deseo del embarazo actual			
	Si	%	No	%
Católica	11	25.0	33	75.0
Evangélica	24	61.5	15	38.5
Otra	7	53.8	6	46.2

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla 19: Religión vs Uso de Métodos Anticonceptivos por parte de las adolescentes embarazadas de 15 a 19 años del programa de control prenatal del Centro de Salud Carlos Rugama del Distrito V de Managua. Octubre - Diciembre 2019.

n=96

Uso de métodos anticonceptivos				
Religión	Si	%	No	%
Católica	27	61.4	17	38.6
Evangélica	17	43.6	22	56.4
Otra	7	53.8	6	46.2

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla 20: Procedencia vs Uso de Métodos Anticonceptivos por parte de las adolescentes embarazadas de 15 a 19 años del programa de control prenatal del Centro de Salud Carlos Rugama del Distrito V de Managua. Octubre - Diciembre 2019.

n=96

Uso de métodos anticonceptivos				
Procedencia	Si	%	No	%
Urbana	51	54.3	43	45.7
Rural	0	0	2	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Tabla 21: Procedencia vs Número de Hijos de las adolescentes embarazadas de 15 a 19 años del programa de control prenatal del Centro de Salud Carlos Rugama del Distrito V de Managua. Octubre - Diciembre 2019.

n=96

Procedencia	Número de Hijos					
	Ninguno		Un hijo		Dos hijos	
	N	%	N	%	N	%
Urbano	68	72.3	24	25.5	2	2.2
Rural	2	100.0	0	0	0	0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla 22: Inicio de Vida Sexual vs Número Embarazos Anteriores de las adolescentes embarazadas de 15 a 19 años del programa de control prenatal del Centro de Salud Carlos Rugama del Distrito V de Managua. Octubre - Diciembre 2019.

n=96

IVSA	Número de embarazos previos					
	Ninguno		Uno		Dos	
	N	%	N	%	N	%
11 a 13 años	21	60.0	14	40.0	0	0
14 a 16 años	28	60.9	16	34.8	2	4.3
17 a 19 años	12	80.0	2	13.3	1	6.7

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla 23: Escolaridad vs Número de Controles Prenatales Realizados de las adolescentes embarazadas de 15 a 19 años del programa de control prenatal del Centro de Salud Carlos Rugama del Distrito V de Managua. Octubre - Diciembre 2019.

n=96

Escolaridad	Número de CPN							
	Uno		Dos		Tres		Cuatro o más	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Analfabeta	6	50.0	1	8.3	3	25.0	2	16.7
Primaria	9	28.1	10	31.3	4	12.5	9	28.1
Secundaria	4	9.8	8	19.5	11	26.8	18	43.9
Universidad	4	36.4	1	9.1	4	36.4	2	18.1

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla 24: Semanas de Gestación vs Anamnesis Completa realizada a las adolescentes embarazadas de 15 a 19 años del programa de control prenatal del Centro de Salud Carlos Rugama del Distrito V de Managua. Octubre - Diciembre 2019.

n=96

Semanas de Gestación	Realización de Anamnesis Completa			
	Si	%	No	%
Menor de 12 semanas	34	72.3	13	27.7
13 a 19 semanas	29	82.9	6	17.1
20 a 26 semanas	9	81.8	2	18.2
27 a 33 semanas	2	75.0	1	25.0
34 a 40 semanas	0	0	0	0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla 25: Semanas de Gestación vs Examen Físico Completo realizado a las adolescentes embarazadas de 15 a 19 años del programa de control prenatal del Centro de Salud Carlos Rugama del Distrito V de Managua. Octubre - Diciembre 2019.

n=96

Semanas de Gestación	Realización de Examen Físico Completo			
	Si	%	No	%
Menor de 12 semanas	40	85.1	7	14.9
13 a 19 semanas	30	85.7	5	14.3
20 a 26 semanas	10	90.9	1	9.1
27 a 33 semanas	2	66.7	1	33.3
34 a 40 semanas	0	0	0	0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla 26: Semanas de Gestación vs Examen Obstétrico Completo realizado a las adolescentes embarazadas de 15 a 19 años del programa de control prenatal del Centro de Salud Carlos Rugama del Distrito V de Managua. Octubre - Diciembre 2019

n=96

Semanas de Gestación	Realización de Examen Obstétrico Completo			
	Si	%	No	%
Menor de 12 semanas	42	89.4	5	10.6
13 a 19 semanas	35	100.0	0	0
20 a 26 semanas	9	81.8	2	18.2
27 a 33 semanas	3	100.0	0	0
34 a 40 semanas	0	0	0	0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla 27: Semanas de Gestación vs Toma de Papanicolaou realizado a las adolescentes embarazadas de 15 a 19 años del programa de control prenatal del Centro de Salud Carlos Rugama del Distrito V de Managua. Octubre - Diciembre 2019.

n=96

Semanas de Gestación	Realización de Toma de Papanicolaou			
	Si	%	No	%
Menor de 12 semanas	46	97.9	1	2.1
13 a 19 semanas	35	100.0	0	0
20 a 26 semanas	9	81.8	2	18.2
27 a 33 semanas	3	100.0	0	0
34 a 40 semanas	0	0	0	0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla 28: Semanas de Gestación vs Examen odontológico realizado a las adolescentes embarazadas de 15 a 19 años del programa de control prenatal del Centro de Salud Carlos Rugama del Distrito V de Managua. Octubre - Diciembre 2019. n=96

Semanas de Gestación	Realización Examen Odontológico			
	Si	%	No	%
Menor de 12 semanas	45	95.7	2	4.3
13 a 19 semanas	34	97.1	1	2.9
20 a 26 semanas	9	81.8	2	18.2
27 a 33 semanas	3	100.0	0	0
34 a 40 semanas	0	0	0	0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla 29: Semanas de Gestación vs Exámenes Complementarios realizados a las adolescentes embarazadas de 15 a 19 años del programa de control prenatal del Centro de Salud Carlos Rugama del Distrito V de Managua. Octubre - Diciembre 2019 n=96

Semanas de Gestación	Realización de Exámenes Complementarios			
	Si	%	No	%
Menor de 12 semanas	46	97.9	1	2.1
13 a 19 semanas	35	100.0	0	0
20 a 26 semanas	10	90.9	1	9.1
27 a 33 semanas	3	100.0	0	0
34 a 40 semanas	0	0	0	0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla 30: Semanas de Gestación vs Evaluación de Estado Nutricional realizados a las adolescentes embarazadas de 15 a 19 años del programa de control prenatal del Centro de Salud Carlos Rugama del Distrito V de Managua. Octubre - Diciembre 2019. n=96

Semanas de Gestación	Realización de Evaluación de Estado Nutricional			
	Si	%	No	%
Menor de 12 semanas	44	93.6	3	6.4
13 a 19 semanas	34	97.1	1	2.9
20 a 26 semanas	10	90.9	1	9.1
27 a 33 semanas	3	100.0	0	0
34 a 40 semanas	0	0	0	0

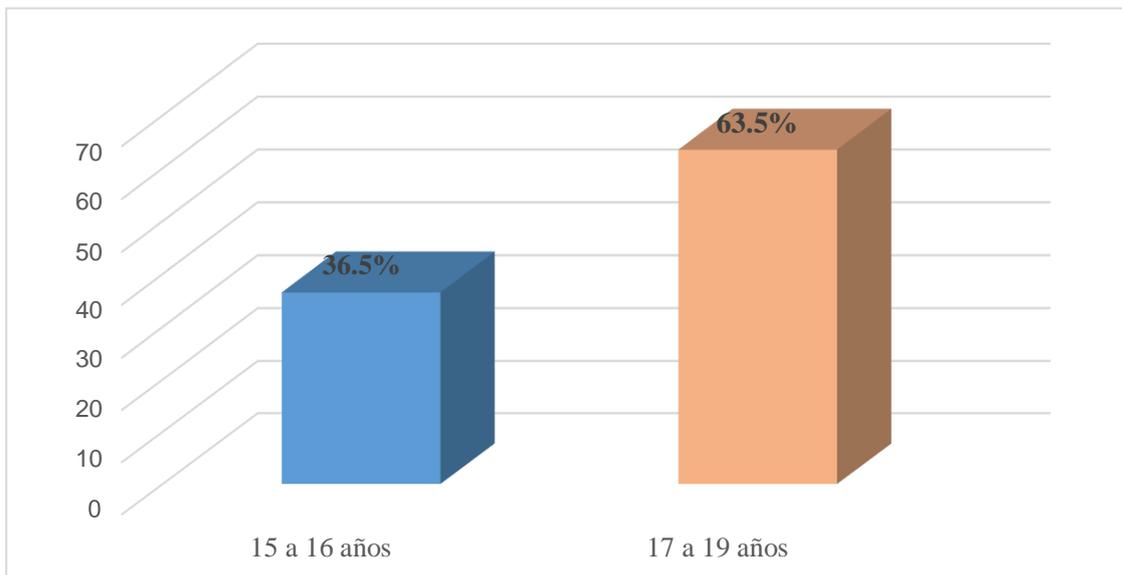
Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla 31: Semanas de Gestación vs Consejería en salud realizada a las adolescentes embarazadas de 15 a 19 años del programa de control prenatal del Centro de Salud Carlos Rugama del Distrito V de Managua. Octubre - Diciembre 2019. n=96

Semanas de Gestación	Realización de Consejería en salud			
	Si	%	No	%
Menor de 12 semanas	46	97.9	1	2.1
13 a 19 semanas	35	100.0	0	0
20 a 26 semanas	11	100.0	0	0
27 a 33 semanas	3	100.0	0	0
34 a 40 semanas	0	0	0	0

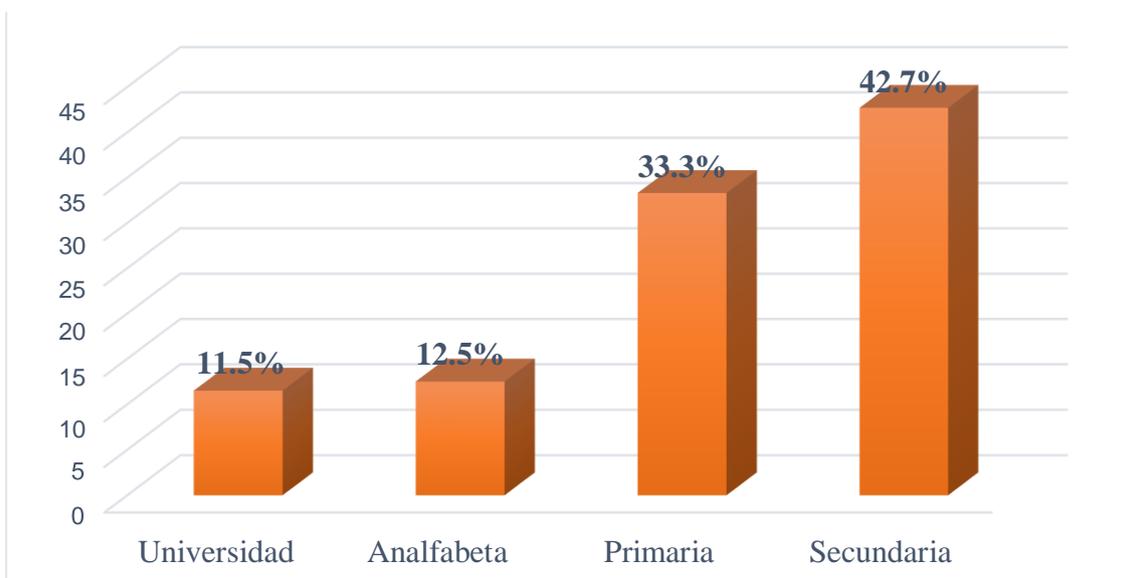
Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Figura 1: Edad más frecuente entre las adolescentes de 15 a 19 años del programa de control prenatal del Centro de Salud Carlos Rugama del Distrito V de Managua. Octubre - Diciembre 2019.



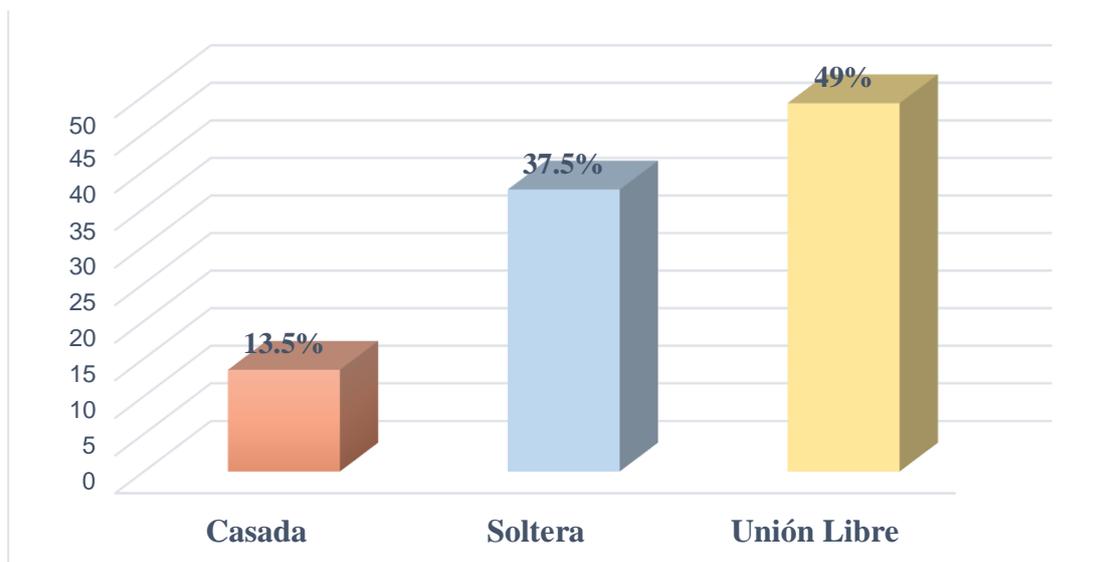
Fuente: Tabla 1

Figura 2: Escolaridad de adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de CPN del Centro de Salud Carlos Rugama del Distrito V de Managua. Octubre - Diciembre 2019.



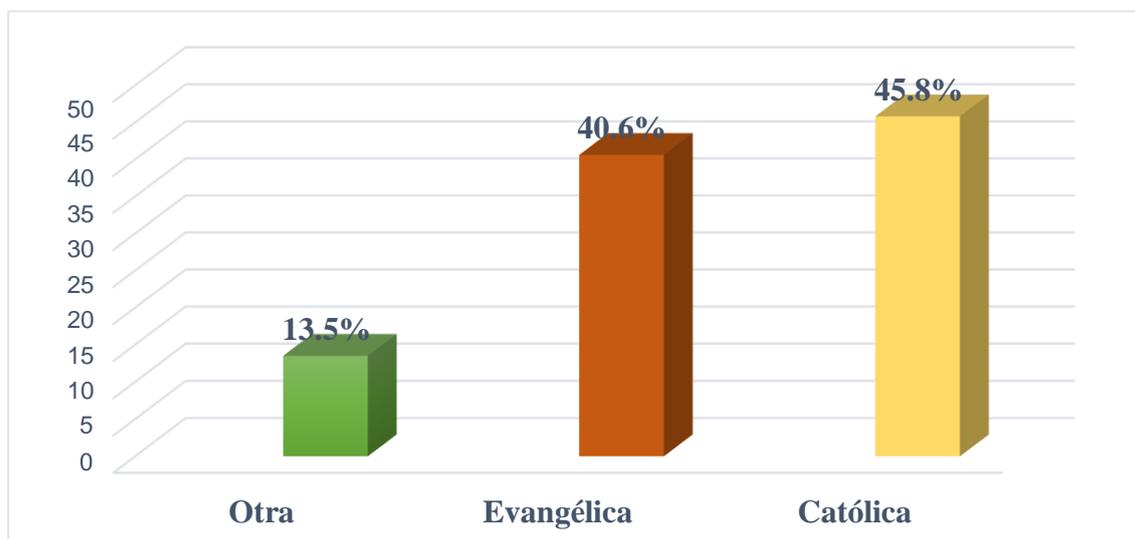
Fuente: Tabla 1

Figura 3: Estado civil de adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de CPN del Centro de Salud Carlos Rugama del Distrito V de Managua. Octubre - Diciembre 2019.



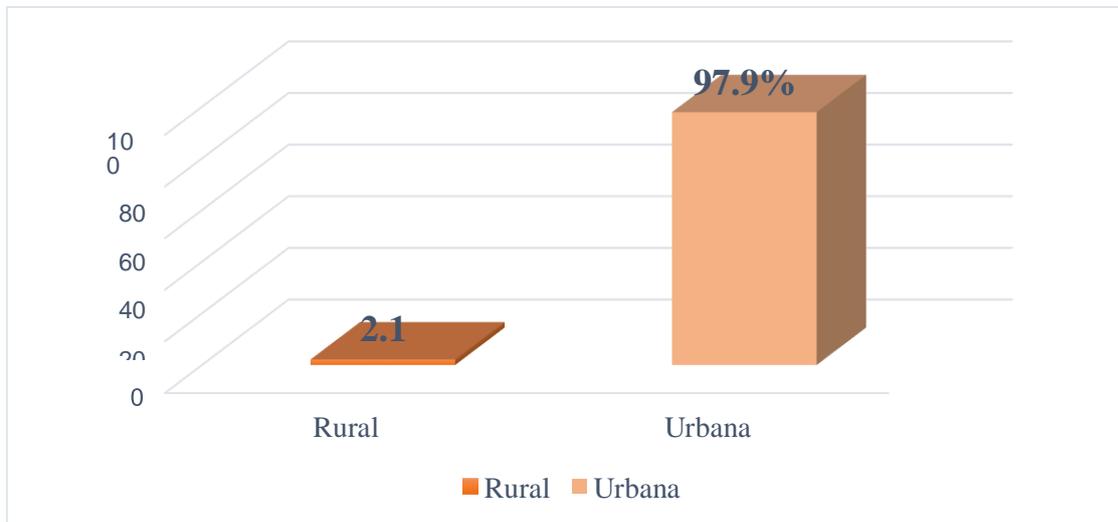
Fuente: Tabla 1

Figura 4: Religión de adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de CPN del Centro de Salud Carlos Rugama del Distrito V de Managua. Octubre - Diciembre 2019.



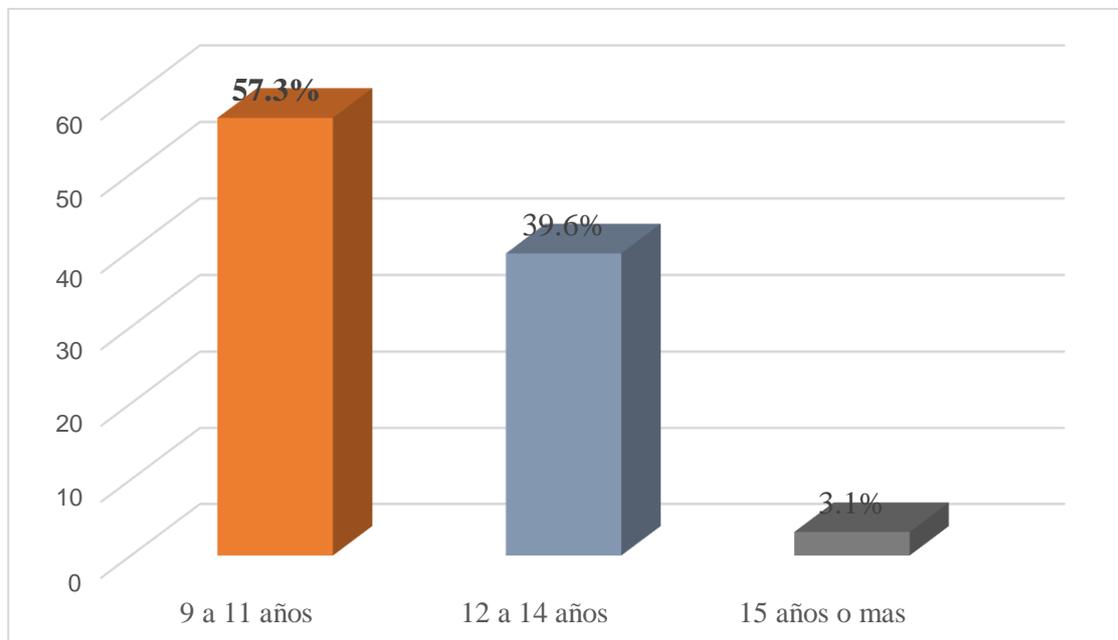
Fuente: Tabla 1

Figura 5: Procedencia de adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de CPN del Centro de Salud Carlos Rugama del Distrito V de Managua. Octubre - Diciembre 2019.



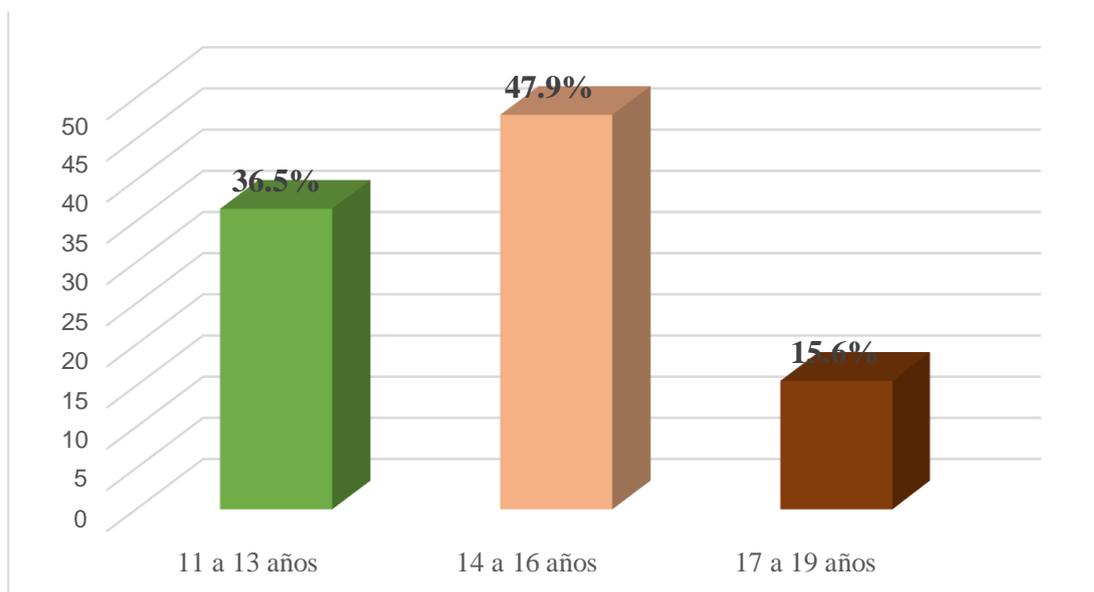
Fuente: Tabla 1

Figura 6: Edad de Menarca de adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de CPN del Centro de Salud Carlos Rugama del Distrito V de Managua. Octubre - Diciembre 2019.



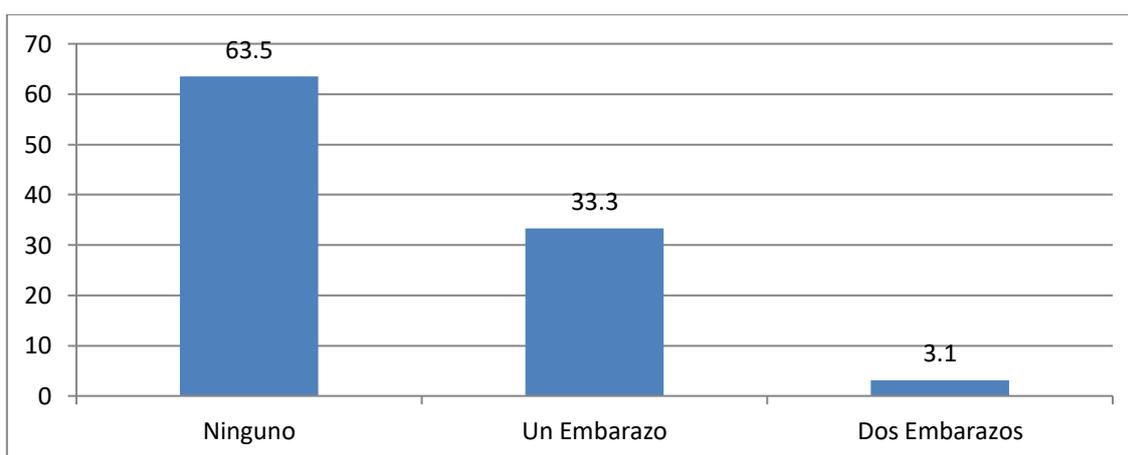
Fuente: Tabla 2

Figura 7: Edad de Inicio de Vida Sexual Activa (IVSA) en adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de CPN del Centro de Salud Carlos Rugama del Distrito V de Managua. Octubre - Diciembre 2019.



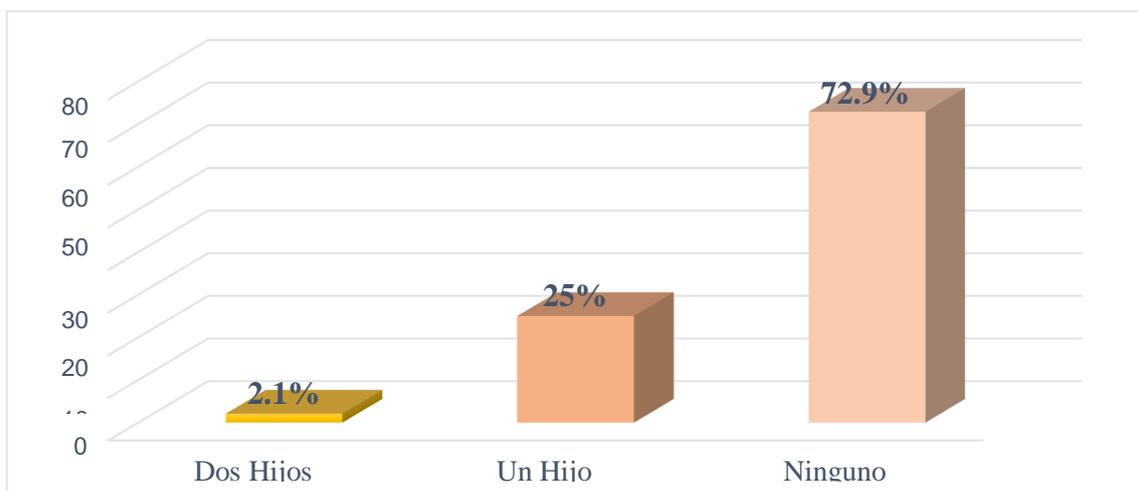
Fuente: Tabla 3

Figura 8: Número de embarazos previos en adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de CPN del Centro de Salud Carlos Rugama del Distrito V de Managua. Octubre - Diciembre 2019.



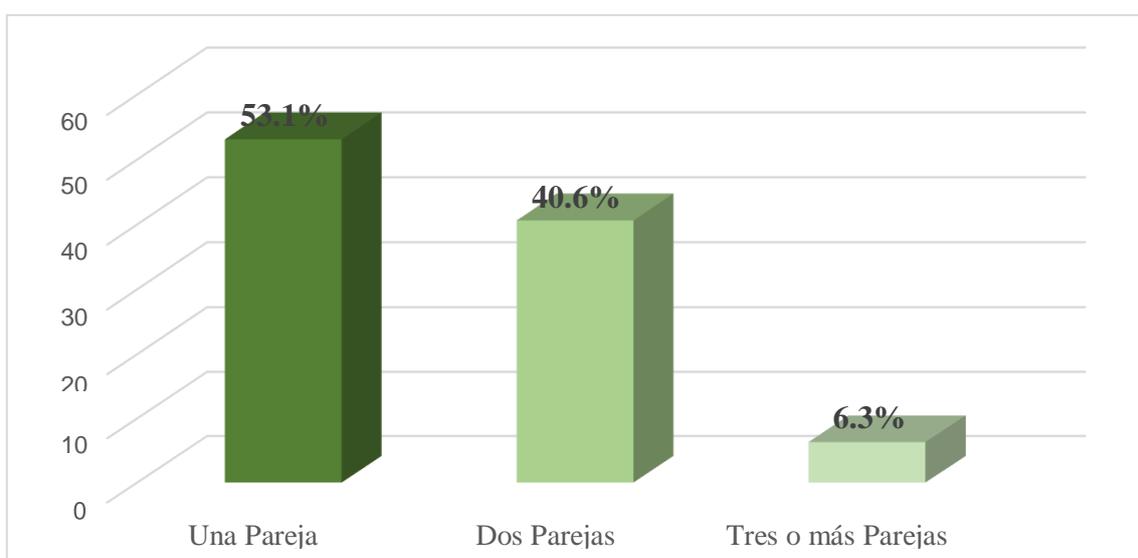
Fuente: Tabla 4

Figura 9: Número de hijos vivos en adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de CPN del Centro de Salud Carlos Rugama del Distrito V de Managua. Octubre - Diciembre 2019.



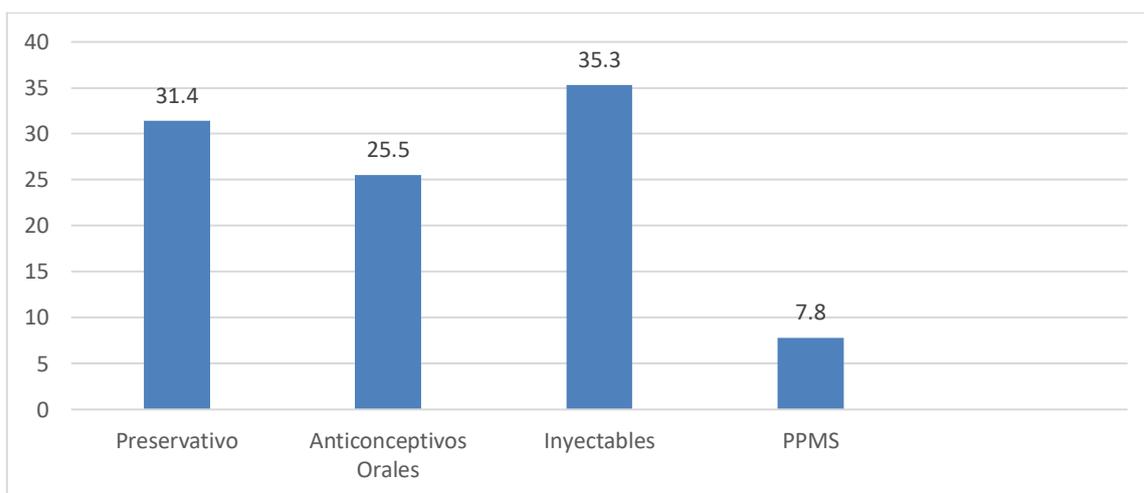
Fuente: Tabla 5

Figura 10: Número de parejas sexuales en adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de CPN del Centro de Salud Carlos Rugama del Distrito V de Managua. Octubre - Diciembre 2019.



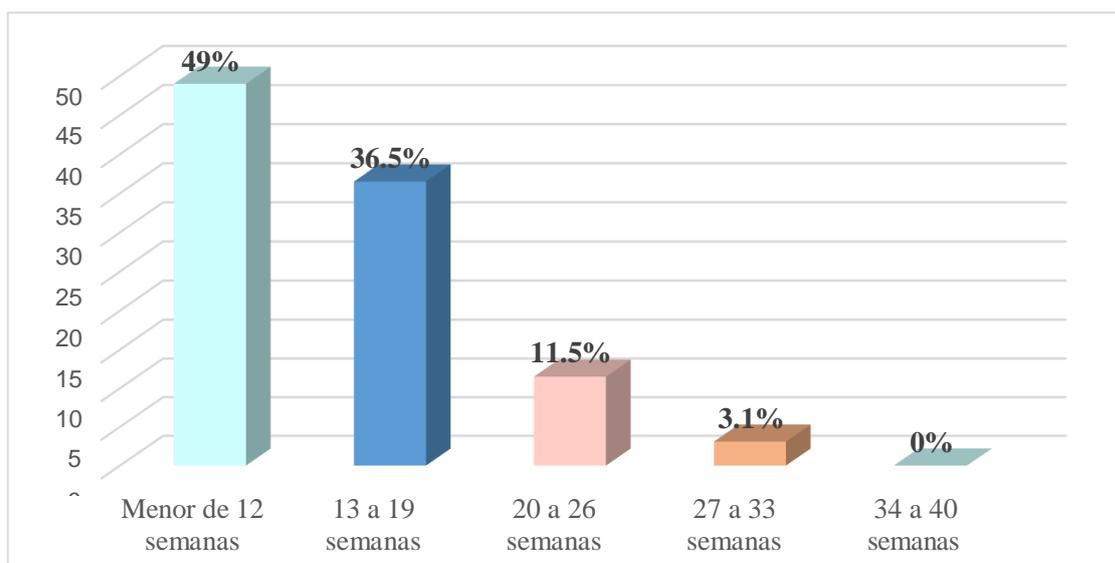
Fuente: Tabla 6

Figura 11: Tipo de método anticonceptivo empleado previo al embarazo en adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de CPN del Centro de Salud Carlos Rugama del Distrito V de Managua. Octubre - Diciembre 2019.



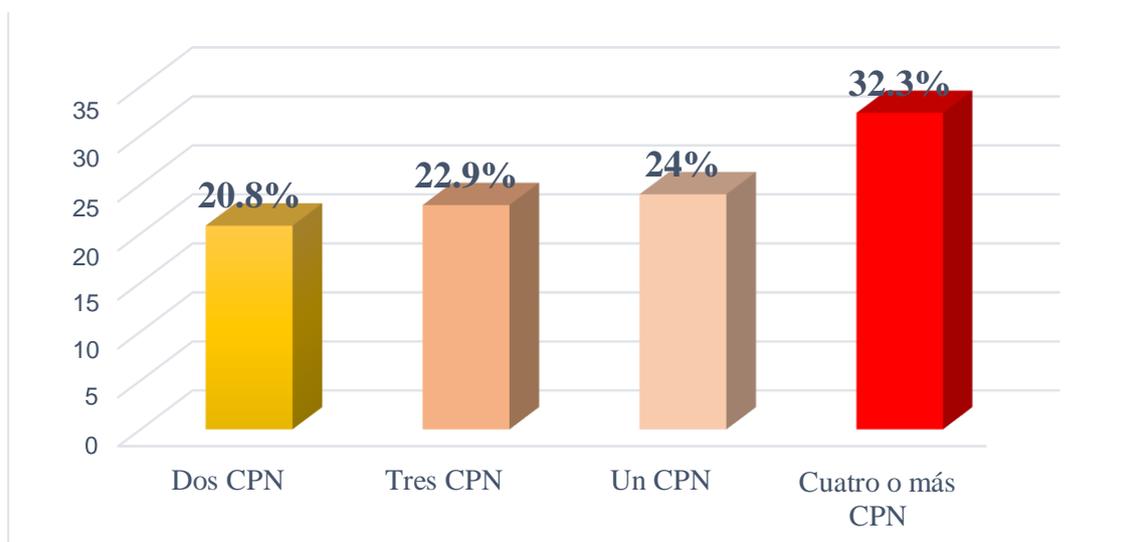
Fuente: Tabla 8

Figura 12: Semanas de gestación de las adolescentes embarazadas al momento de la captación en el programa de CPN del Centro de Salud Carlos Rugama del Distrito V de Managua. Octubre - Diciembre 2019.



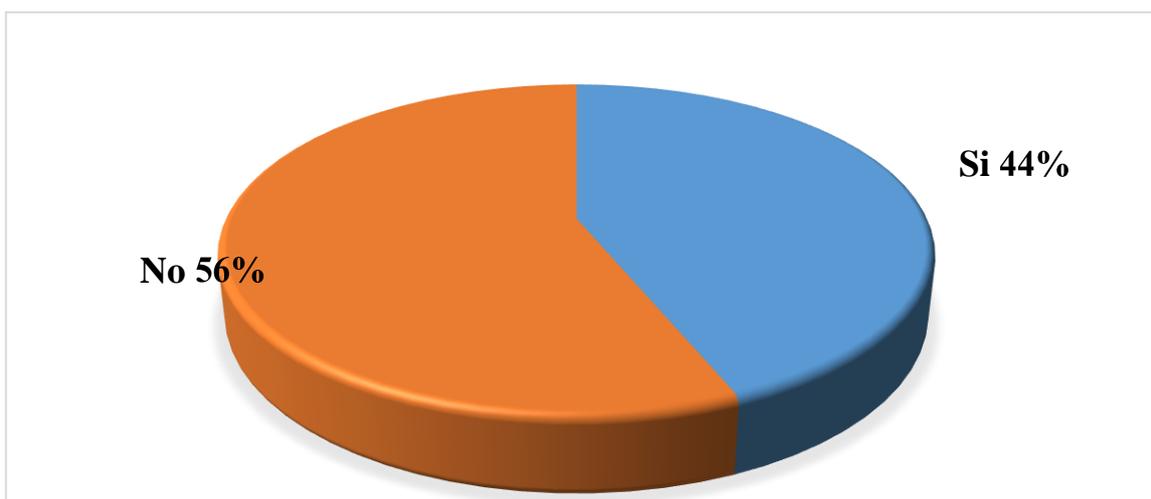
Fuente: Tabla 9

Figura 13: Número de controles prenatales realizados a las adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de CPN del Centro de Salud Carlos Rugama del Distrito V de Managua. Octubre - Diciembre 2019.



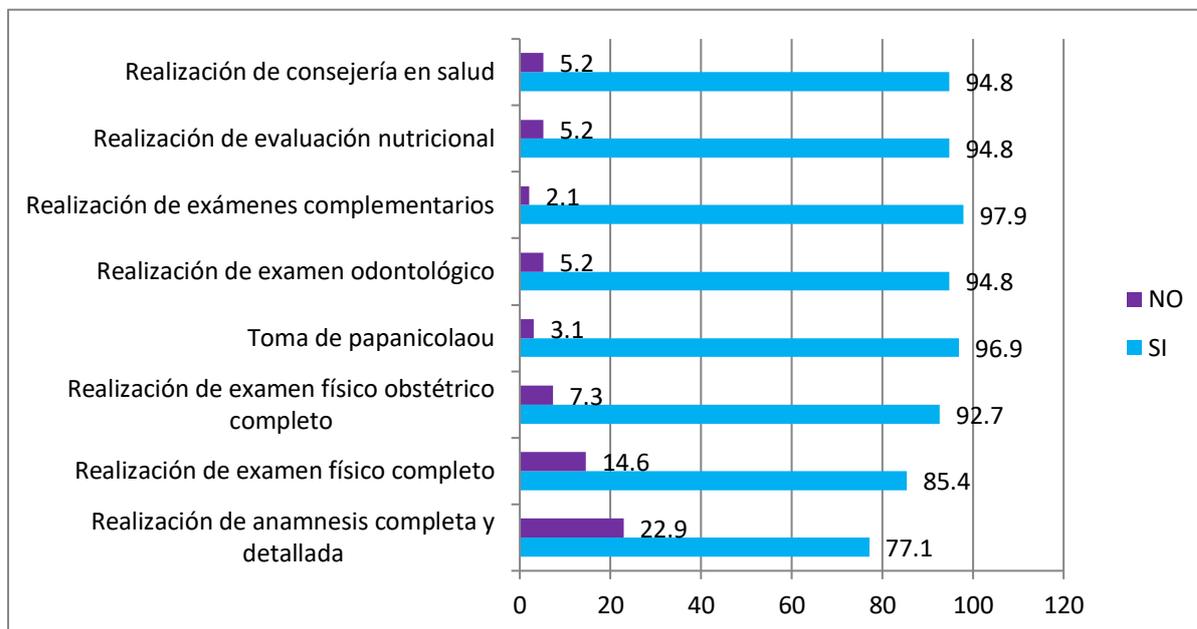
Fuente: Tabla 10

Figura 14: Deseo de estar embarazada según las adolescentes atendidas en el programa de CPN del Centro de Salud Carlos Rugama del Distrito V de Managua. Octubre - Diciembre 2019.



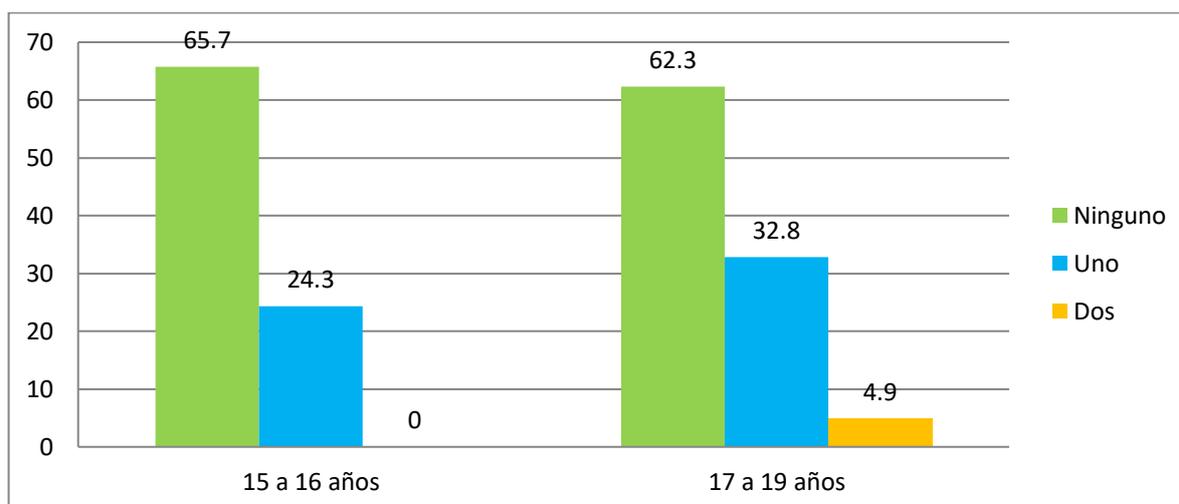
Fuente: Tabla 11

Figura 15: Acciones en salud realizadas e indicadas en los expedientes clínicos de las adolescentes de 15 a 19 años atendidas en el programa de CPN del Centro de Salud Carlos Rugama del Distrito V de Managua. Octubre - Diciembre 2019.



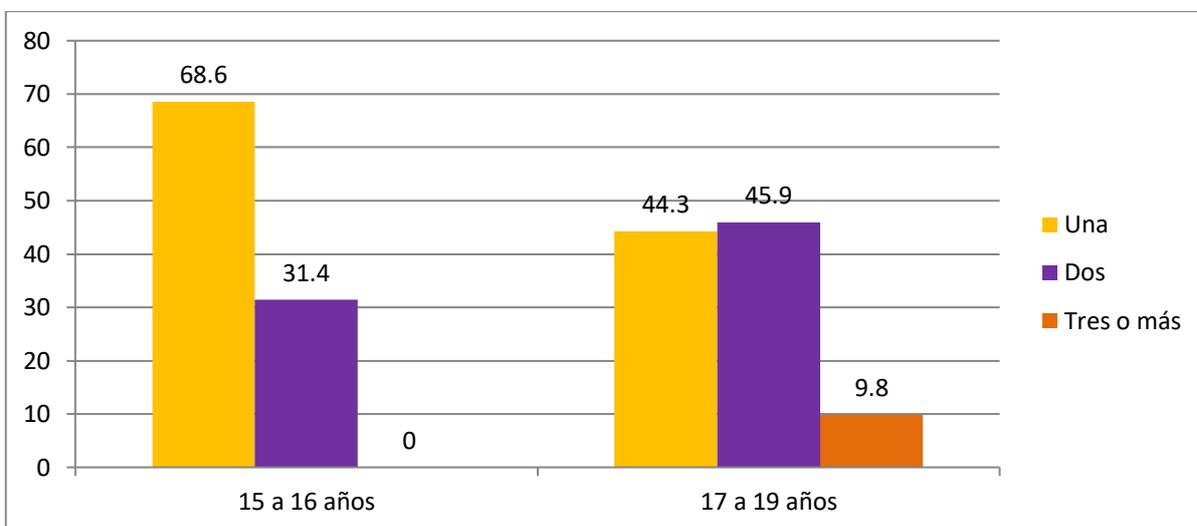
Fuente: Tabla 12

Figura 16: Edad vs Número de Embarazos Anteriores en las adolescentes de 15 a 19 años del programa de control prenatal del Centro de Salud Carlos Rugama del Distrito V de Managua. Octubre - Diciembre 2019.



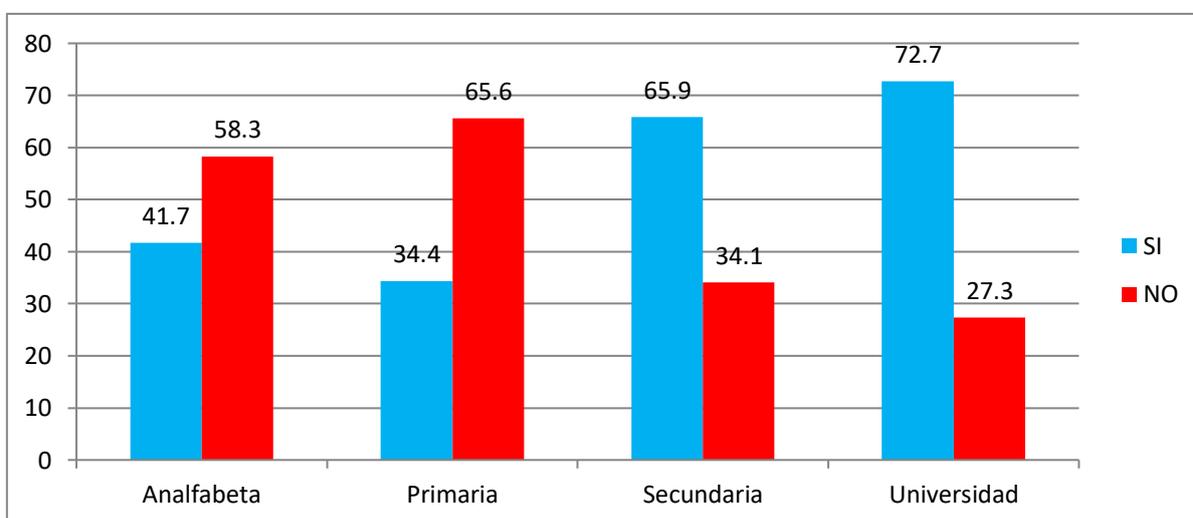
Fuente: Tabla 13

Figura 17: Edad vs Número de Parejas Sexuales de las adolescentes de 15 a 19 años del programa de control prenatal del Centro de Salud Carlos Rugama del Distrito V de Managua. Octubre - Diciembre 2019.



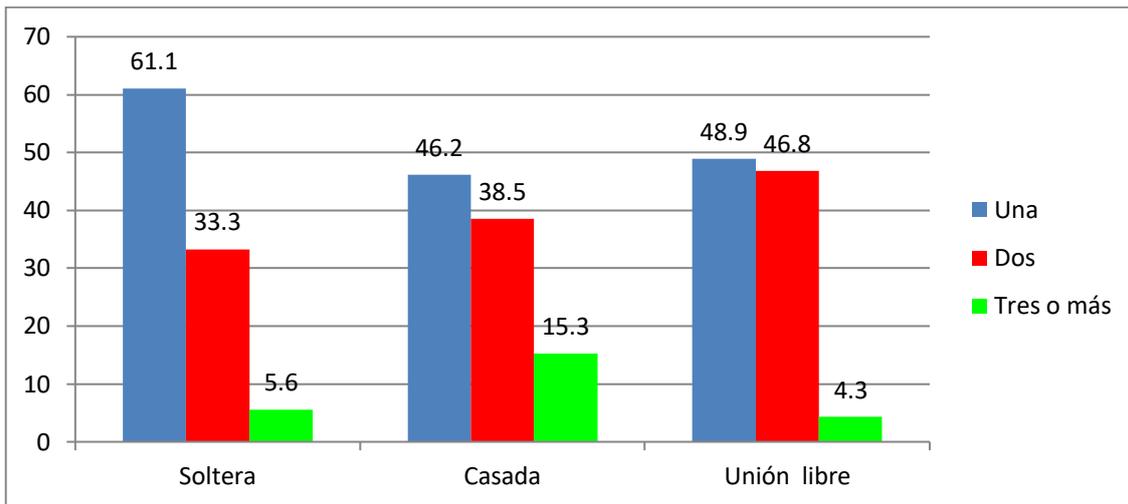
Fuente: Tabla 14

Figura 18: Escolaridad vs Uso de Métodos Anticonceptivos de las adolescentes de 15 a 19 años del programa de control prenatal del Centro de Salud Carlos Rugama del Distrito V de Managua. Octubre - Diciembre 2019.



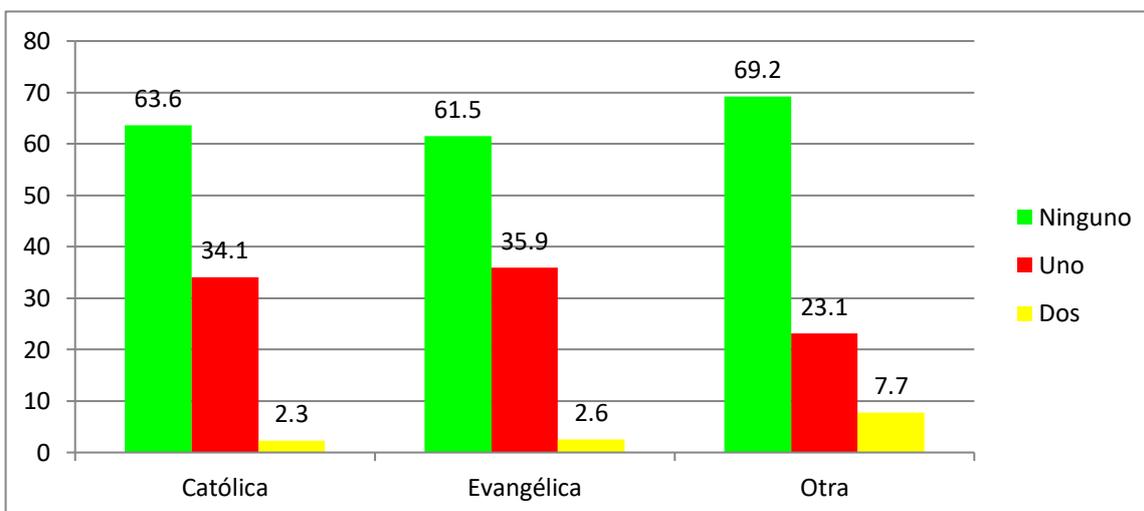
Fuente: Tabla 15

Figura 19: Estado Civil vs Número de Parejas Sexuales de las adolescentes de 15 a 19 años del programa de control prenatal del Centro de Salud Carlos Rugama del Distrito V de Managua. Octubre - Diciembre 2019.



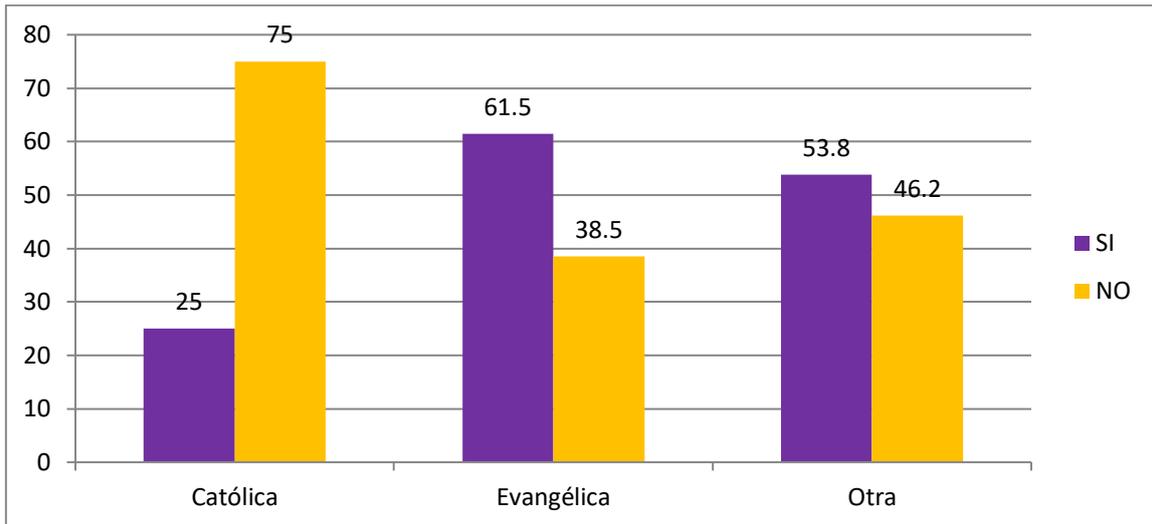
Fuente: Tabla 16

Figura 20: Religión vs Número de Embarazos Anteriores de las adolescentes de 15 a 19 años del programa de control prenatal del Centro de Salud Carlos Rugama del Distrito V de Managua. Octubre - Diciembre 2019.



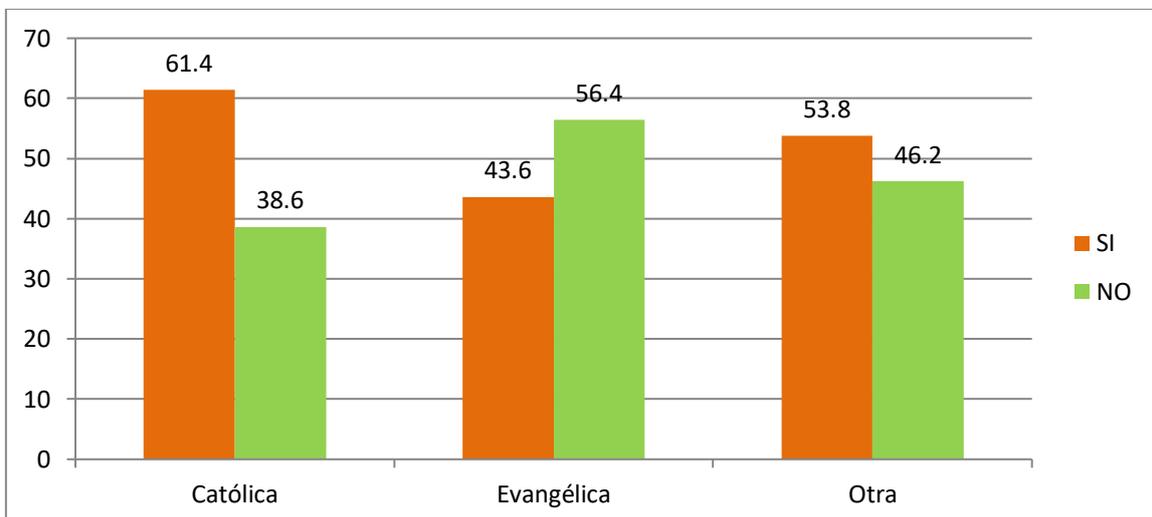
Fuente: Tabla 17

Figura 21: Religión vs Deseo del Embarazo Actual de las adolescentes de 15 a 19 años del programa de control prenatal del Centro de Salud Carlos Rugama del Distrito V de Managua. Octubre - Diciembre 2019.



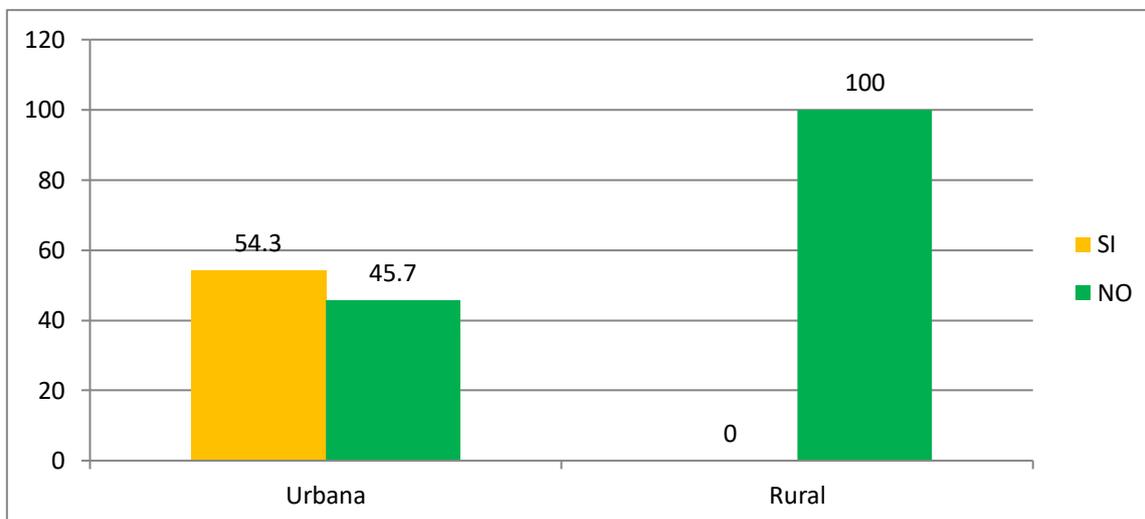
Fuente: Tabla 18

Figura 22: Religión vs Uso de Métodos Anticonceptivos por parte de las adolescentes de 15 a 19 años del programa de control prenatal del Centro de Salud Carlos Rugama del Distrito V de Managua. Octubre – Diciembre 2019.



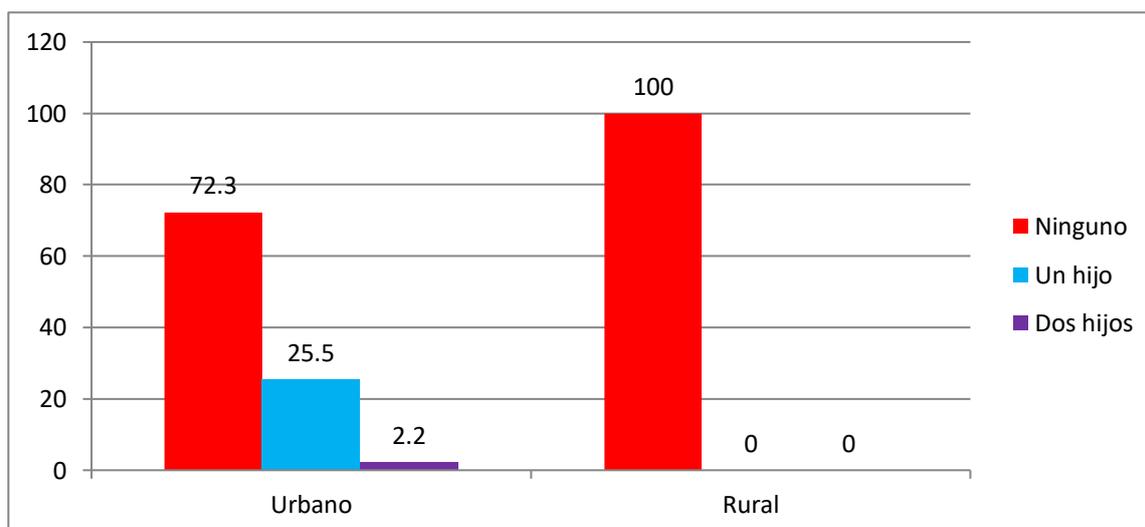
Fuente: Tabla 19

Figura 23: Procedencia vs Uso de Métodos Anticonceptivos por parte de las adolescentes de 15 a 19 años del programa de control prenatal del Centro de Salud Carlos Rugama del Distrito V de Managua. Octubre - Diciembre 2019.



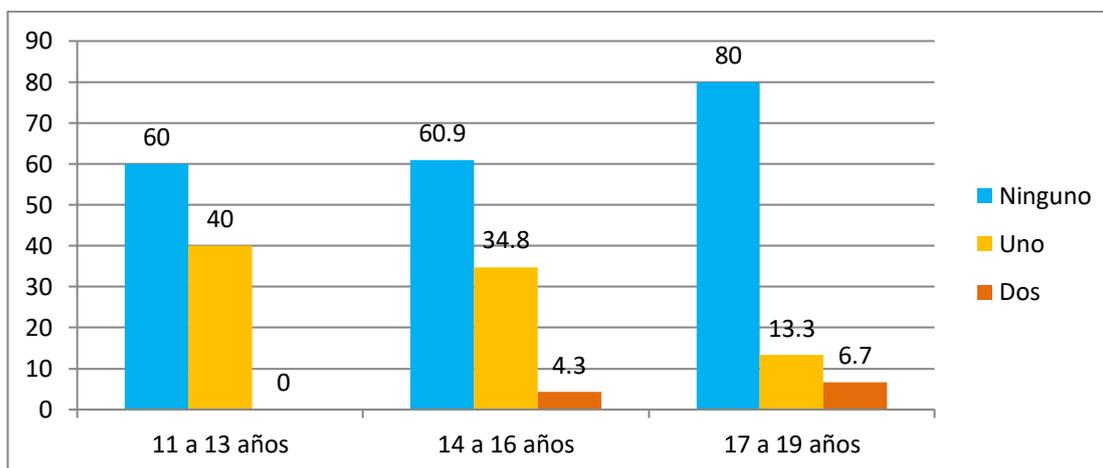
Fuente: Tabla 20

Figura 24: Procedencia vs Número de Hijos de las adolescentes de 15 a 19 años del programa de control prenatal del Centro de Salud Carlos Rugama del Distrito V de Managua. Octubre - Diciembre 2019.



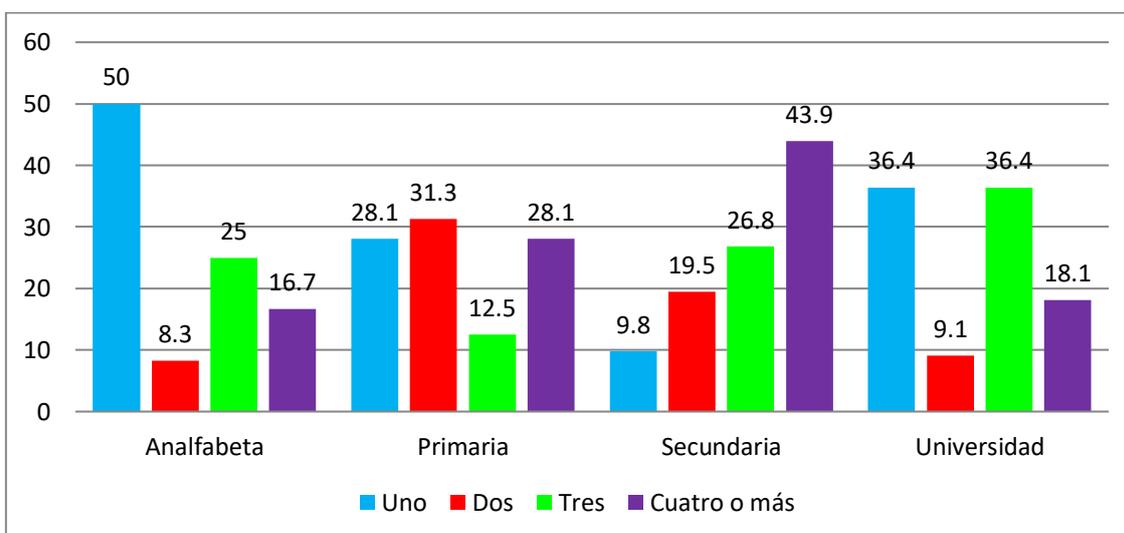
Fuente: Tabla 21

Figura 25: Inicio de Vida Sexual vs Número Embarazos Anteriores de las adolescentes de 15 a 19 años del programa de control prenatal del Centro de Salud Carlos Rugama del Distrito V de Managua. Octubre - Diciembre 2019.



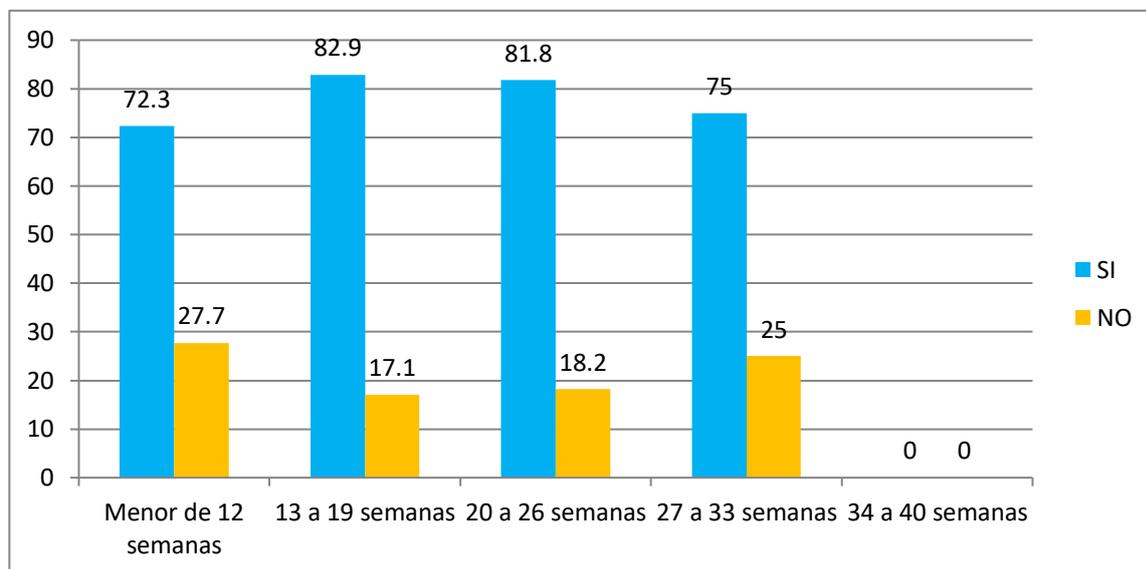
Fuente: Tabla 22

Figura 26: Escolaridad vs Número de Controles Prenatales Realizados de las adolescentes de 15 a 19 años del programa de control prenatal del Centro de Salud Carlos Rugama del Distrito V de Managua. Octubre – Diciembre 2019.



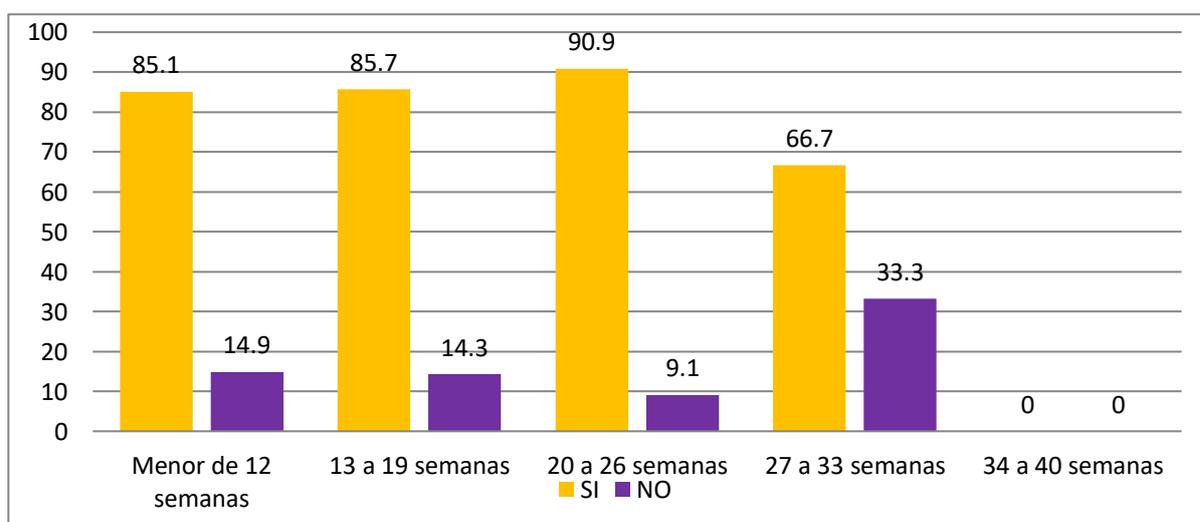
Fuente: Tabla 23

Figura 27: Semanas de Gestación vs Anamnesis Completa realizada a las adolescentes de 15 a 19 años del programa de control prenatal del Centro de Salud Carlos Rugama del Distrito V de Managua. Octubre - Diciembre 2019.



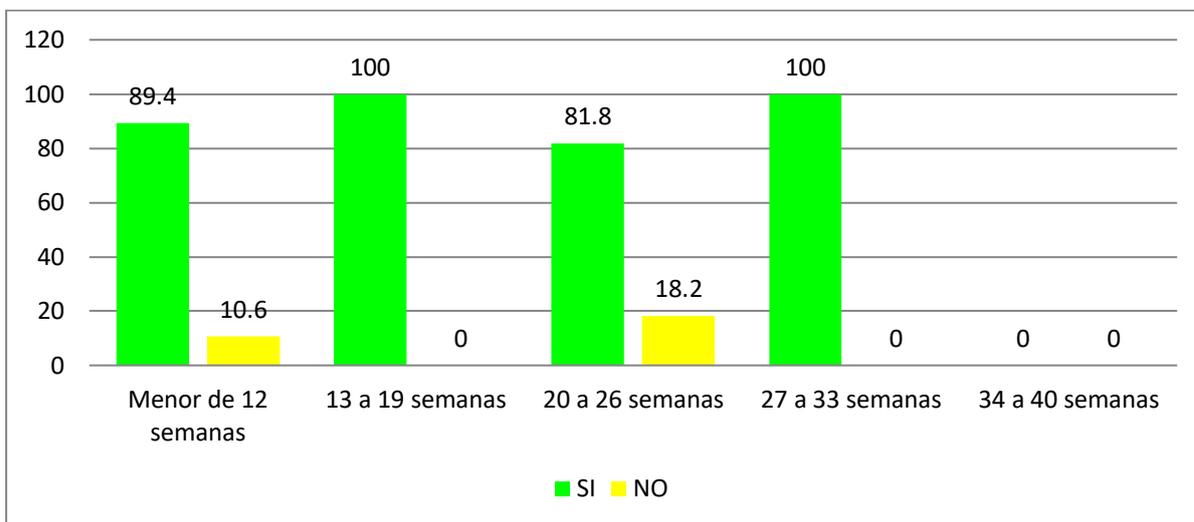
Fuente: Tabla 24

Figura 28: Semanas de Gestación vs Examen Físico Completo realizado a las adolescentes de 15 a 19 años del programa de control prenatal del Centro de Salud Carlos Rugama del Distrito V de Managua. Octubre - Diciembre.



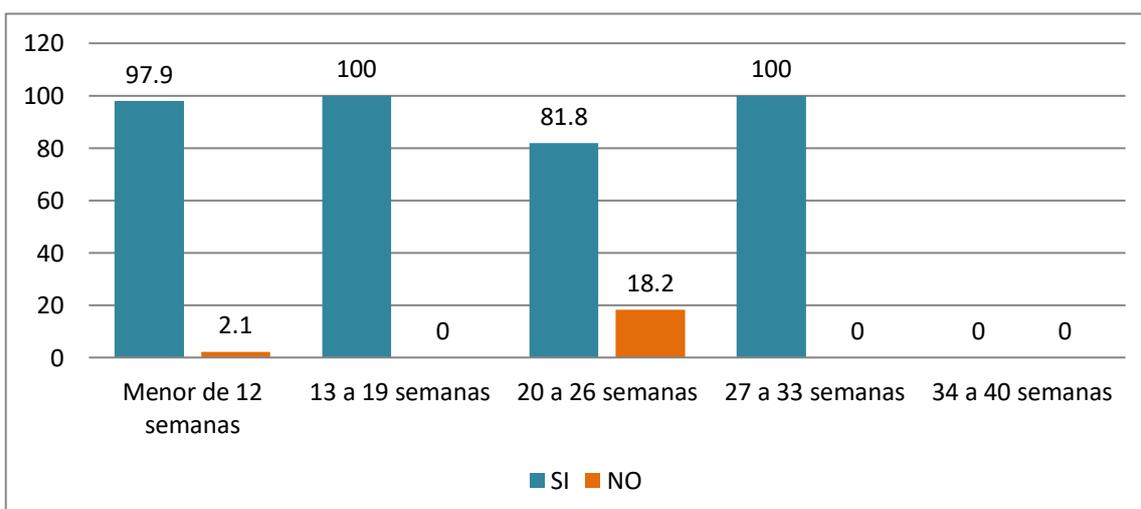
Fuente: Tabla 25

Figura 29: Semanas de Gestación vs Examen Obstétrico Completo realizado a las adolescentes de 15 a 19 años del programa de control prenatal del Centro de Salud Carlos Rugama del Distrito V de Managua. Octubre - Diciembre 2019.



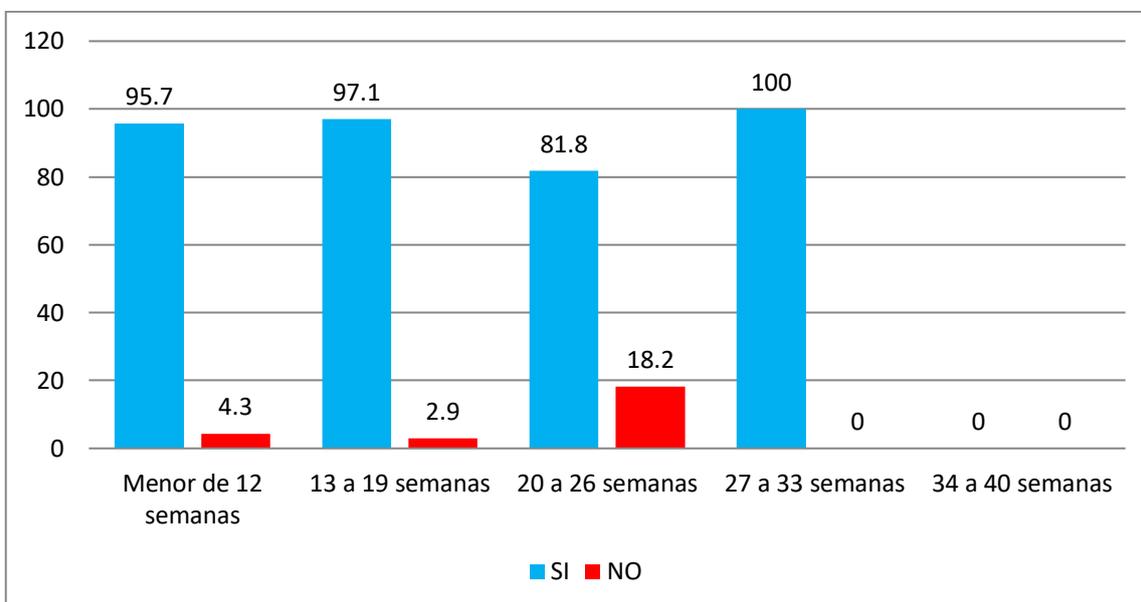
Fuente: Tabla 26

Figura 30: Semanas de Gestación vs Toma de Papanicolaou realizado a las adolescentes de 15 a 19 años del programa de control prenatal del Centro de Salud Carlos Rugama del Distrito V de Managua. Octubre - Diciembre 2019.



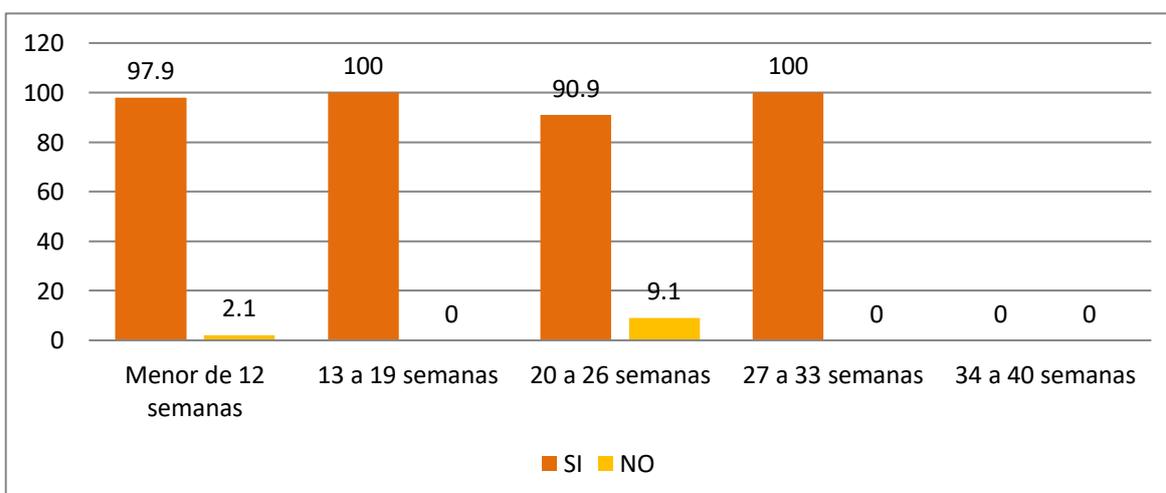
Fuente: Tabla 27.

Figura 31: Semanas de Gestación vs Examen odontológico realizado a las adolescentes de 15 a 19 años del programa de control prenatal del Centro de Salud Carlos Rugama del Distrito V de Managua. Octubre - Diciembre 2019.



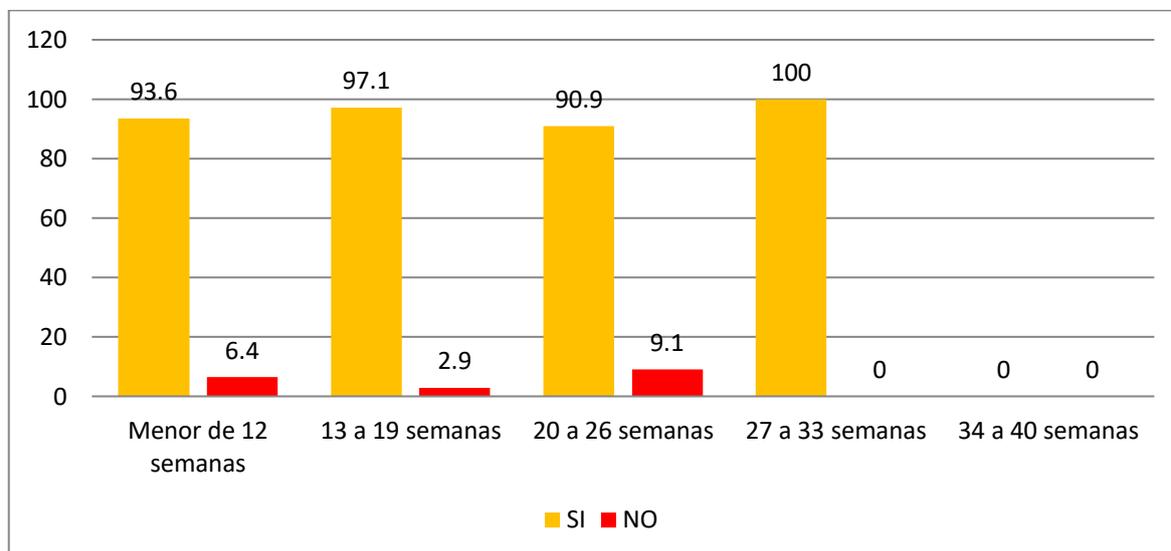
Fuente: Tabla 28

Figura 32: Semanas de Gestación vs Exámenes Complementarios realizados a las adolescentes de 15 a 19 años del programa de control prenatal del Centro de Salud Carlos Rugama del Distrito V de Managua. Octubre - Diciembre 2019.



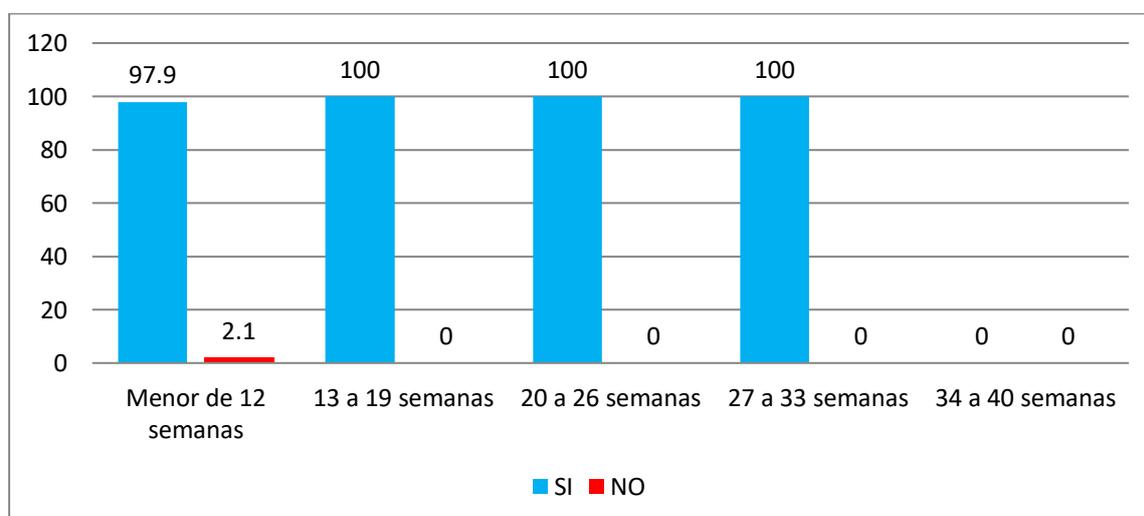
Fuente: Tabla 29

Figura 33: Semanas de Gestación vs Evaluación del estado nutricional realizado a las adolescentes de 15 a 19 años del programa de control prenatal del Centro de Salud Carlos Rugama del Distrito V de Managua. Octubre - Diciembre 2019.



Fuente: Tabla 30.

Figura 34: Semanas de Gestación vs Consejería en salud realizada a las adolescentes de 15 a 19 años del programa de control prenatal del Centro de Salud Carlos Rugama del Distrito V de Managua. Octubre - Diciembre 2019.



Fuente: Tabla 31