



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

Tesis Monográfica para optar al Título de Doctores en Medicina y Cirugía

INFORME FINAL

**Embarazo en adolescentes atendidas en el programa de control prenatal del Centro de
Salud Martiniano Aguilar, municipio de Rancho Grande, Matagalpa.
Segundo Semestre 2018**

Autores: Br. Yessica Amparo Tróchez Moreno
Br. Heisser Germánico Ríos Maradiaga

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

Managua. Diciembre 2019

Dedicatoria

Durante el proceso investigativo y de confección de este trabajo encontramos personas e historias grandiosas y extremas, muchas de ellas de difícil credibilidad si no fuese porque esas personas eran parte y todo de ellas. Quisiéramos contar cada una de la manera en que las sentimos, transmitir el efecto que estas dejaron a nuestro ser.

Son tantas esas historias que nos han hecho crecer, que han sido parte de nuestra formación desde sus inicios, y es por eso que consideramos justo dedicar este trabajo a cada una de esas historias con nombre, que mencionarlos todos nos llevaría varias páginas en este material. Sin embargo, consideramos especialmente justo recitar el nombre del Dr. Jhonston Serrano Arias, quien ha sido parte importante en la construcción de los cimientos de nuestro trabajo, además de ser un incansable maestro de generaciones de profesionales de la salud en el departamento de Matagalpa.

“Ya que el mundo adopta un curso delirante, debemos adoptar sobre él un punto de vista delirante. Es mejor perecer por los extremos que por las extremidades.” J. Baudrillard.

Yessica Tróchez Moreno.

Germánico Ríos Maradiaga.

Agradecimiento

Agradecemos a quienes nos brindaron acompañamiento durante la investigación y confección de este trabajo. Nuestra gratitud por su tiempo, su dedicación y paciencia para con nosotros. Hay certeza de que este trabajo es fruto de ello.

Yessica Tróchez Moreno.

Germánico Ríos Maradiaga.

Opinión del Tutor

El presente estudio sobre el comportamiento del Embarazo en adolescentes atendidas en el programa de control prenatal del Centro de Salud Martiniano Aguilar, del municipio de Rancho Grande, Matagalpa durante el Segundo Semestre 2018, realizado por los Bachilleres Yessica Amparo Tróchez Moreno y Heisser Germánico Ríos Maradiaga, posee mucha importancia debido a que 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 en una mayoría de la población mundial.

De acuerdo a datos de OPS y UNICEF Nicaragua sigue ocupando el segundo lugar de tasas de embarazo adolescente a nivel de las Américas. 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 promoverá 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 Yessica Amparo Tróchez Moreno y Heisser Germánico Ríos Maradiaga, 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 Yessica Amparo Tróchez Moreno y Heisser Germánico Ríos Maradiaga, 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

Objetivo: Evaluar el comportamiento del embarazo en adolescentes atendidas en el programa de control prenatal del Centro de Salud Martiniano Aguilar del municipio de Rancho Grande, Matagalpa, durante el segundo semestre de 2018 (1° de Julio al 31 de Diciembre).

Metodología: Se desarrolló una investigación de tipo observacional, descriptiva de corte transversal. La población muestral estuvo conformada por 113 adolescentes embarazadas del Centro de Salud Martiniano Aguilar del municipio de Rancho Grande, Matagalpa, durante el segundo semestre de 2018 (1° de Julio al 31 de Diciembre). Se realizó una revisión documental en los expedientes clínicos, para la obtención de la información.

Resultados: El 51.3 % de las mujeres tuvieron de 18 a 19 años, el 64.6% tuvieron un nivel de escolaridad primaria, en cuanto a la religión la distribución alcanzó un comportamiento en la religión evangélica del 61.1% respectivamente. El estado civil prevaleció unión libre con 62.8%, luego 27.4% el estado soltera. El IVSA en el 48.7% se presentó entre los 14 a 16 años, en el 54.9% de los casos las adolescentes se encontraban por primera vez embarazadas, en su mayoría en el 59.3% con solo un compañero sexual. Solamente el 16.8% de las adolescentes había utilizado MAC, prevaleciendo en el grupo el uso de inyectables con el 73.6%. La mayoría de las adolescentes fueron captadas en el programa de CPN antes de la semana 12. En el 41.6% de las adolescentes NO deseaban estar embarazadas, las acciones en salud por parte del personal del programa de CPN, cumplió con la normativa por arriba del 90.0% de las indicaciones de acuerdo al protocolo.

Conclusiones: Las adolescentes embarazadas fueron de 18 a 19 años, un nivel de escolaridad primaria, en unión libre, de religión evangélica, teniendo una procedencia rural. Tuvieron IVSA de 14 a 16 años, en su mayoría con 1 compañero sexual, nulíparas, la mayoría no utilizaron métodos anticonceptivos. El embarazo fue a término, culminando en parto vaginal. La captación de la adolescente fue antes de la semana 12, teniendo por lo menos 4 controles prenatales, solamente el 58.4% tenía el deseo de continuar con su embarazo. Las acciones en salud al momento de la visita al programa de CPN, fueron cumplidas por arriba del 90.0% de las usuarias de acuerdo al protocolo indicado. **Palabras Clave (Embarazo Adolescente – Salud Sexual y Reproductiva)**

Índice

i.	Dedicatoria.	.....	i
ii.	Agradecimiento.	.....	ii
iii.	Opinión del tutor.	.....	iii
iv.	Resumen.	.....	iv
v.	Índice.	.....	v
I.	Introducción.	.....	1
II.	Antecedentes.	.....	3
III.	Justificación.	.....	10
IV.	Planteamiento del problema.	.....	12
V.	Objetivo.	.....	14
5.1	Objetivo General.	.....	14
5.2	Objetivos específicos.	.....	14
VI.	Marco Teórico.	.....	15
VII.	Material y Método.	.....	31
7.1	Tipo de estudio.	.....	31
7.2	Área de estudio.	.....	31
7.3	Universo.	.....	31
7.4	Muestra.	.....	32
7.5	Técnica de muestreo	.....	32
7.6	Criterios de inclusión.	.....	33
7.7	Criterios de exclusión.	.....	33
7.8	Unidad de análisis.	.....	33
7.9	Método y recolección de la información	.....	33
7.10	Plan de tabulación y análisis.	.....	35
7.11	Enumeración de variables por objetivos.	.....	35
7.12	Operacionalización de las Variables.	.....	38
7.13	Consideraciones éticas.	.....	42
VIII.	Resultados.	.....	43
IX.	Análisis y Discusión de Resultados.	.....	50
X.	Conclusiones.	.....	56
XI.	Recomendaciones.	.....	57
XII.	Referencias bibliográficas.	.....	59
XIII.	Anexos.	.....	63

I.- Introducción

En las Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014 se indica que la tasa media de natalidad mundial entre las adolescentes de 15 a 19 años es de 49/1000, representando el 11% del total de todos los nacimientos. El embarazo adolescente, 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 bajo peso al nacer, y el aumento del riesgo de complicaciones a largo plazo. (OMS, 2018)

El crecimiento desmesurado de la población mundial y la inadecuada distribución de los recursos económicos ha conducido a una amplia mayoría de los seres humanos a adaptarse al desarrollo en medio de un estado alarmante de crecimiento de los problemas de salud. Se ha señalado que uno de los principales factores que condiciona esta situación lo representa el embarazo en adolescentes y sus repercusiones, elevándose como uno de los principales retos en la salud pública de la mayoría de los países en vías de desarrollo. (Serrano, 2016)

La pobreza, la inestabilidad familiar, la falta de oportunidades, la persistencia de una cultura machista, la violencia sexual y la desigualdad de géneros son determinantes directos del crecimiento del número de embarazos en adolescentes. Factores a los que se le suma la deficiente educación, la globalización de la información y su inadecuado uso y escasos conocimientos sobre temas relacionados con salud reproductiva y sexual que conlleva a asumir relaciones sexuales a temprana edad (Serrano, 2016)

Una adecuada educación sexual de forma sistemática resulta fundamental para lograr una juventud que pueda disfrutar de una sexualidad sana y responsable. Rara vez los adolescentes sexualmente activos realizan buenas prácticas del uso de los métodos anticonceptivos, exponiéndose a riesgos de contraer enfermedades de transmisión sexual, o embarazos no planificados.

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 de llamados en vías de desarrollo. Mientras más joven sea una mujer al embarazarse, mayores serán las posibilidades de padecer complicaciones en el periodo de gestación. Este riesgo aumenta cinco veces en una mujer embarazada menor de 18 años de edad con relación a una de 21 años de edad. Nicaragua es el país con mayor cantidad de embarazo en adolescente en Latinoamérica con 109/1000 embarazos (UNICEF, 2015)

Las patologías asociadas al embarazo adolescente son en su gran mayoría, graves y hasta potencialmente mortales. La información sobre su comportamiento brinda datos importantes para su manejo y control, logrando desarrollar un impacto en la salud del adolescente, la familia y la sociedad. (Serrano, 2016)

El municipio de Racho Grande se encuentra localizado en el Departamento de Matagalpa, con una población de 37,802 habitantes para el año 2017, el 26.9% de la misma son adolescentes, con una tasa global de fecundidad de 6.02 hijos/mujer para el departamento de Matagalpa, donde el embarazo adolescente representa el 25.7% del total de embarazos, y el 84.3% de la población se encuentra ubicada en el área rural, definido por un nivel socioeconómico de pobreza y con serias limitaciones de acceso a las unidades de salud del MINSA. (INIDE, 2016)

II.- Antecedentes

Internacionales

La adolescencia (período entre los 10 y los 19 años de edad) es una etapa crítica de desarrollo físico y psicosocial de la persona, en especial en lo referente a su salud sexual y reproductiva. Aunque este período es fundamental tanto para los muchachos como para las muchachas, estas últimas soportan un riesgo desproporcionado de resultados adversos de salud sexual y reproductiva, como el embarazo precoz. (OPS, 2016)

Se han desarrollado muchos estudios sobre los distintos enfoques de apreciación de este problema de salud, lamentablemente existe un sub registro de tan relevante información, circunstancia que ha limitado la ejecución de programas de apoyo y contención del avance de este fenómeno (Serrano, 2016).

La OMS y la OPS han realizado estudios en toda la región, ofreciendo basta información sobre este problema, además de ofrecer estrategias de control específico para cada país según la magnitud del problema, ya que la variación de este fenómeno está íntimamente vinculada con la aplicación de políticas sanitarias para cada país, siendo Cuba, Costa Rica, Canadá y Chile los países con mejor control y políticas de prevención de este fenómeno (Ovies, 2011).

Embarazo adolescente a nivel mundial

En la actualidad, la población mundial estimada es de 6090 millones, 17.5% son individuos entre 15 y 24 años de edad; de estos últimos, 10% se embarazan, lo que equivale a 10% de todos los nacimientos del mundo. Esto quiere decir que cada año, aproximadamente, 15 millones de mujeres de 15 a 19 años de edad dan a luz, y representan lo que se conoce como embarazo en la adolescencia (Mora-Cancino & Hernández-Valencia, 2015).

A nivel mundial, las tasas de embarazo son mayores en las adolescentes sin educación primaria que en las adolescentes que han recibido educación secundaria o superior. Las adolescentes cuyos

hogares se sitúan en el quintil inferior de riqueza también tienen mayor probabilidad de ser madres que las de hogares del quintil superior dentro de un mismo país (OPS, 2016).

Según las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la actualidad a escala mundial alrededor de 16 millones de niñas entre 15 y 19 años dan a la luz un hijo, mientras que un millón de niñas menores de 15 años se convierten en madres. El nivel de la fecundidad adolescente varía mucho entre regiones del mundo. En 2013, los países de África Subsahariana registraban una tasa de fecundidad adolescente entre 30 y 40 veces más alta que la observada en los países con las tasas más bajas (Di-Cesare, 2015).

Las tendencias generales en las últimas décadas en materia de fecundidad han evidenciado una caída generalizada de la fecundidad total en el mundo, lo que en parte se ha asociado con una disminución general de la fecundidad adolescente. Sin embargo, esta tendencia presenta bastante variabilidad entre países, que no se limita a la dicotomía países en desarrollo-países desarrollados, porque también se verifica entre países que presentan niveles similares de desarrollo.

Aunque en los países desarrollados se han alcanzado niveles muy bajos de embarazo adolescente, y en la mayoría de los casos bien por debajo a 30 nacimientos por 1.000 mujeres entre 15 y 19 años, el fenómeno sigue en el centro de las políticas de salud pública. (Di-Cesare, 2015)

De acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud, de los 133 millones de embarazos en el mundo, durante el año 2005, el 10.5% correspondió a madres entre 15 y 19 años. El mayor porcentaje de estos embarazos se dio en: América Latina y el Caribe, y África (OPS, 2005). Ambos continentes se encuentran sobre el promedio de embarazos adolescentes a nivel mundial y alcanzan cifras que doblan a los países con mayores niveles de desarrollo o más ricos (Ovies, 2011).

En comparación con las mujeres adultas, las jóvenes adolescentes corren mayor riesgo de complicaciones y muerte materna a consecuencia del embarazo; la probabilidad de que una mujer de 15 años muera por una causa materna es de 1 en 4 900 en países desarrollados y de 1 en 180

en los países en desarrollo. Se estima que cada año se practican alrededor de tres millones de abortos inseguros en adolescentes entre 15 y 19 años de edad. (Medina & Ortiz, 2018)

Embarazo Adolescente en América:

En los primeros años del siglo XXI el tema de embarazo adolescente ha ocupado un espacio importante en la salud pública mundial. Según la OMS, cerca de 16 millones de adolescentes entre los 15 y 19 años tienen un hijo y los recién nacidos de estas madres son aproximadamente el 11% de todos los nacimientos en el mundo. El 95% de ellos, ocurren en los países en vías de desarrollo. El Fondo de Población de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) ha señalado que por cada mil nacimientos que ocurren en América del Sur, 74 provienen de mujeres adolescentes (Loredo-Abdalá, 2016).

Al analizar la tasa de fecundidad adolescente en el continente Americano, observamos que los países que presentan una mayor tasa de fecundidad adolescente son: Nicaragua, Honduras y Ecuador (con: 109, 108 y 100 nacidos vivos por cada 1000 mujeres entre los 15 y 19 años de edad respectivamente; Siendo el promedio del continente 61 nacidos vivos por cada 1000 adolescentes). Los países con una menor tasa de fecundidad adolescente son: Canadá, EEUU y Cuba (con: 14, 41 y 42 nacidos vivos por cada 1000 mujeres adolescentes respectivamente (OMS, 2010).

La tasa de fecundidad adolescente, entre otras cosas, permite visualizar los procesos y etapas de los distintos sucesos de transición demográfica que se están desarrollando en los países del continente. Asimismo permite develar la enorme desigualdad que existe respecto a la racionalidad demográfica o el control de la natalidad adolescente, existe una diferencia de 95 nacimientos por cada 1000 madres adolescentes entre el país que presenta la mayor tasa y el que presenta la menor en el continente (Nicaragua y Canadá) (OMS, 2010).

En México, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) en 2012 reportó que la tasa de embarazo en niñas y adolescentes de entre 12 y 19 años fue de 79 por cada mil mujeres entre estas edades. Por su parte, el censo de 2010 del Instituto Nacional de Estadística y Geografía

(INEGI) estimó que uno de cada seis nacimientos acontece en jóvenes de 15 a 19 años (16.1%) siendo el Estado de México, Chiapas, Veracruz, Jalisco y Puebla, las entidades con mayor concentración de adolescentes en condiciones de maternidad (Secretaría_de_educación_pública., 2012).

En México, aparentemente poco se ha incidido en la frecuencia del embarazo adolescente, ya que el 17% de los nacimientos corresponden a madres de esta edad; esta proporción ha permanecido casi sin mayores cambios favorables desde la década de los años noventa del siglo pasado. Una explicación puede ser que el inicio de la vida sexual de la población adolescente (12 a 19 años) ha pasado del 15% en 2006, al 23% en 2012. Por lo tanto, la consecuencia de esta tendencia muestra que el porcentaje de hijos de madres adolescentes aumentó del 15.6 al 18.7% entre 2003 y 2012 (Loredo-Abdalá, 2016).

[Embarazo adolescente en la región Centroamericana](#)

Para 2015, existían en la región de América Latina y el Caribe 107 millones de niñas y adolescentes, lo que corresponde al 17% de la población total de esta región. Brasil concentra la mayor población de niñas y adolescentes, seguido por México y Colombia. La consecuencia del embarazo en las vidas de las adolescentes es la disminución de sus posibilidades de construir un proyecto de vida que aspire al bienestar y el desarrollo de sus capacidades. La tasa media de natalidad mundial entre las adolescentes de 15 a 19 años fue de 49 por 1000 adolescentes; las más altas fueron las reportadas en el África subsahariana; en América Latina, 108 de cada 1000 jóvenes de 15 a 19 años son madres. En México durante el año 2015, ocurrieron 73.21 nacimientos por cada 1000 adolescentes de 15 a 19 años (Medina & Ortiz, 2018).

En la región, una de cada tres jóvenes es madre antes de cumplir 20 años. Entre los países de la región con mayores porcentajes de madres jóvenes-adolescentes se encuentran: Nicaragua (28%), Honduras (26%), República Dominicana (25%), Guatemala y El Salvador (24%) (UNFPA, 2013).

Existen pocos datos sobre embarazos en menores de 15 años. El UNFPA calcula que 2% de las mujeres en edad fecunda en América Latina y el Caribe tuvieron su primer parto antes de los 15 años, y cita América Latina y el Caribe como la única región del mundo en la que el embarazo en estas edades presenta una tendencia ascendente (OPS, 2016).

En Cuba, aunque con una situación menos desfavorable con respecto a los demás países en la región, no escapa a esta realidad ya que el 13 % de los nacimientos ocurren en madres adolescentes, lo que hace que se halle entre las naciones con un elevado índice de nacimientos en este grupo de edad (Favier, Samón, Ruiz, & Franco, 2018).

Embarazo adolescente en Nicaragua

En Nicaragua la Mortalidad Materna sigue siendo un problema de salud pública el cual representa un gran reto dentro del sector salud, para el 2005 y 2006 las tasas de Mortalidad Materna fue 86.5 y 89.6 x 100,000 nacidos vivos respectivamente. De esto la Mortalidad Materna en Adolescente representó para el 2004 el 30.2 %, en el 2005 el 17.6% y para el 2006 el 16.8% (Ministerio de Salud, 2008).

La mayoría de las adolescentes menores de 20 años que iniciaron una unión en Nicaragua vive en zonas rurales (73.1%), tiene menor escolaridad (79.2%) y proviene de zonas de bajo nivel socioeconómico (79.1%) (CERCA: Community-Embedded Reproductive Health Care for Adolescents, 2014). Más del 20% de los partos atendidos en el Hospital de la mujer Bertha Calderón Roque fueron en mujeres adolescentes (Soto, 2006).

Cerca de la mitad (45%) de los nacimientos en mujeres adolescentes no son planificados. Entre 2000 y 2010 las muertes maternas provenientes de madres adolescentes fueron en promedio 22% del total de las muertes maternas. Las regiones de Nicaragua con menor tasa de escolaridad neta coinciden con las de mayor número de nacimientos provenientes de niñas y adolescentes. Esto refuerza la evidencia de que a mayor educación menos riesgo de embarazos tempranos. Los SILAIS donde se concentra la mortalidad materna adolescente son: Matagalpa, RAAN, Jinotega, RAAS y Managua (ENDESA, 2011-2012).

Según el Informe de un estudio realizado por el programa Voz Joven en 43 municipios del país, los noviazgos se dan a edades muy tempranas y el inicio de la vida sexual activa es prematura (a los 12 o 13 años), sin tener la madurez y preparación suficiente. Además se expresó que las adolescentes y jóvenes tienen múltiples parejas sexuales, poco uso del condón, las ITS/VIH y los embarazos en la adolescencia, son consecuencias de ello. Nicaragua es el país con mayor proporción de embarazos adolescentes de Latinoamérica. Al analizar el total de embarazadas del país se observa que una de cada 4 mujeres embarazadas es adolescente (UNFPA, 2013).

El número de nacimientos en adolescentes de 10–14 años se ha incrementado en un 47.9% entre el año 2000 y 2009, pasando de 1,066 (0.33% del total de adolescentes de esa edad) a 1,577 (0.47% del total de adolescentes de esa edad) Hasta un 22% de las personas de 15 a 19 años reportan haber vivido violencia sexual (UNFPA, 2013)

Las ediciones más recientes de la ENDESA permiten ilustrar con mayor detalle los altos niveles de embarazos en la adolescencia. A nivel nacional, el porcentaje de adolescentes embarazadas era de 24.4% en 2011/12 (25.9% en 2006/07), siendo más alto en las zonas rurales (28.9%) en comparación a las urbanas (21.1%). (FUNIDES, 2016)

Pese a que se redujo a nivel nacional la incidencia de embarazos en la adolescencia, las tasas aumentaron para algunos departamentos entre 2006/07 y 2011/12, siendo estos Madriz (17.7% vs. 20.5%), Chinandega (22.6% vs. 23.5%), Managua (20.2% vs. 25.2%), Carazo (17.0% vs. 21.5%), y RACS (30.6% vs. 31.5%). (FUNIDES, 2016)

Según los datos del Instituto Nicaragüense de Datos y Estadísticas (INIDE), la tasa específica de fecundidad adolescente se ha reducido significativamente de 106 (ENDESA 2006/07) a 92 por 1,000 nacimientos (ENDESA 2011/12), pero sigue siendo una de las más altas de Latino América y el Caribe. Las y los adolescentes tienen menor acceso a métodos anticonceptivos modernos que las personas mayores. El porcentaje de adolescentes de 15 - 19 años que ya son madres es del 23.3 %, alguna vez han estado embarazadas el 24.4% y el 28.9% se concentra en el área rural. La edad mediana de la primera relación sexual es de 17 años, mientras que el primer nacimiento es a

los 19 años de edad. Según nivel educativo, la edad mediana a la primera relación sexual se reduce a 15.1 años en mujeres sin educación y a 16.3 años en mujeres de la zona rural del país (MINSA, 2016).

En el año 2001, se practicaron en el Hospital Regional César Amador Molina, Matagalpa, más de 100 cesáreas a adolescentes embarazadas que presentaron algún riesgo, siendo las edades predominantes entre los 16 y 18 años; se produjeron 27 muertes maternas en mujeres entre 15 y 19 años y de los 15 suicidios registrados, 4 eran mujeres menores de 20 años (Serrano, 2016).

Embarazo adolescente a nivel local

El municipio de Racho Grande se encuentra localizado en el departamento de Matagalpa, con una población de 37,802 habitantes para el año 2017, el 26.9% de la misma son adolescentes, con una tasa global de fecundidad de 6.02 hijos/mujer, para el departamento de Matagalpa la Tasa Global de Fecundidad es de 3.31 (3 hijos por mujer en edad fértil), donde el embarazo adolescente representa el 25.7% del total de embarazos, y el 84.3% de la población se encuentra ubicada en el área rural, definido por un nivel socioeconómico de pobreza y con serias limitaciones de acceso a las unidades de salud del MINSA (INIDE, 2016) (UNICEF, 2013).

III.- Justificación

El comportamiento del embarazo adolescente sigue teniendo una importancia mayúscula para el desarrollo socioeconómico de los países. La prevalencia es motivo de estudios de forma continua por organizaciones especialistas en la economía, debido al impacto que representa dentro del comportamiento social (Serrano, Recopilaciones, 2016)

La evaluación de este fenómeno social fortalecerá el nivel de calidad de atención de los servicios de salud, así mismo permite comparar resultados obtenidos con otros países para el mejoramiento en el abordaje y manejo de los programas dirigido a los adolescentes, sobre todo en la temática de salud sexual y reproductiva, teniendo un impacto en las condiciones educativas, económicas y sociales.

Con estos resultados los Sistemas Locales de Atención Integral de Salud (SILAIS) del país, fortalecerán elementos 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 la cobertura y seguimiento, beneficiando de forma directa a los adolescentes con acciones de educación, promoción y medidas preventivas con respecto al tema del embarazo adolescente tanto de forma individual como hacia la pareja.

Esta investigación permitirá identificar el comportamiento del embarazo adolescente, en el municipio de Rancho Grande, departamento de Matagalpa, para desarrollar cambios en su tendencia e impulsar una mejor calidad en la atención de salud en los programas de salud sexual y reproductiva que atienden a los adolescentes, logrando un impacto socioeconómico para el adolescente, su familia y la sociedad.

El presente estudio además brinda información actualizada acerca del comportamiento de la sexualidad en la juventud nicaragüense, expone una noción acerca del uso y manejo de los métodos anticonceptivos, las medidas preventivas para las infecciones de transmisión sexual en los adolescentes, logrando aportes científicos importantes, generando nuevos enfoques en la calidad de atención, con ambientes más idóneos dentro de un proceso de consejería continuo,

logrando por consiguiente un mejor abordaje multidisciplinario dentro de los programas de salud del MINSA.

Desarrollando planes de intervención, caracterizados por un componente de educación continua y un seguimiento estrecho. Además logrando un impacto a cada uno de los miembros del equipo de salud, asumiendo una mayor conciencia y seguimiento acerca de la importancia estratégica de los programas de atención en salud dirigida hacia los adolescentes, permitiendo ampliar y profundizar los conocimientos sobre el manejo, la evolución, y los recursos técnicos disponibles, orientados a mejorar la calidad de atención de forma integral, contribuyendo al fortalecimiento y modernización del sistema nacional de salud de Nicaragua.

IV.- Planteamiento del problema

Unas 16 millones de muchachas y aproximadamente 1 millón de niñas menores de 15 años dan a luz cada año, la mayoría en países de ingresos bajos y medianos. En este grupo etario las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte en todo el mundo, además que cada año, unas 3 millones de muchachas 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, contribuyendo así a la mortalidad materna e infantil y al círculo de enfermedad y pobreza. (OPS, 2018)

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 será 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.

Los embarazos en la adolescencia son más probables en comunidades pobres, poco instruidas y rurales. En algunos países, los embarazos fuera del matrimonio no son raros. Estudios realizados en Nicaragua, han indicado que la edad promedio en que los adolescentes inician su vida sexual activa es entre los 15 a 16 años de edad 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)

Se ha venido desarrollando normativas y programas para mejorar la calidad de vida de los adolescentes de una forma integral y responsable. Estas herramientas tienen una de sus principales fortalezas en su implementación a nivel de la atención primaria, sin embargo en el municipio de Rancho Grande, el embarazo en adolescentes continúa siendo un problema de salud pública.

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 en adolescentes atendidas en el programa de control prenatal del Centro de Salud Martiniano Aguilar del municipio de Rancho Grande, Matagalpa en el periodo del 1° de Julio al 31 de Diciembre de 2018?

A continuación se presentan las siguientes preguntas de sistematización:

1. ¿Cuáles son las características socio demográficas de las adolescentes embarazadas atendidas en el programa de control prenatal del centro de salud Martiniano Aguilar del municipio de Rancho Grande, Matagalpa?
2. ¿Cuáles son los antecedentes obstétricos de las adolescentes embarazadas atendidas en el programa de control prenatal del centro de salud Martiniano Aguilar del municipio de Rancho Grande, Matagalpa?
3. ¿Cuáles son las características del embarazo actual en adolescentes embarazadas atendidas en el programa de control prenatal del Centro de Salud Martiniano Aguilar del municipio de Rancho Grande, Matagalpa?
4. ¿Cuáles son las acciones en salud realizadas por el personal asistencial durante la atención a las adolescentes embarazadas que asistieron al programa de control prenatal?

V.- Objetivos

General:

Evaluar el comportamiento del embarazo en adolescentes atendidas en el programa de control prenatal del Centro de Salud Martiniano Aguilar del municipio de Rancho Grande, Matagalpa, en el periodo del 1° de Julio al 31 de Diciembre de 2018.

Específicos:

1. Conocer las características sociodemográficas en adolescentes embarazadas atendidas en el programa de control prenatal del centro de salud Martiniano Aguilar.
2. Describir los antecedentes obstétricos de las adolescentes embarazadas atendidas en el programa de control prenatal del centro de salud del municipio.
3. Determinar las características del embarazo actual en adolescentes embarazadas atendidas en el programa de control prenatal del centro de salud Martiniano Aguilar.
4. Identificar las acciones en salud realizadas por el personal asistencial durante la atención a las adolescentes embarazadas que asistieron al programa de control prenatal.

VI.- Marco Teórico

Generalidades

El crecimiento de un individuo, a partir de la niñez, es tan rápido y desconcertante, que atraviesa las diferentes fases sin mostrar una naturaleza fija. Pueden distinguirse dos periodos importantes: la pubertad y la adolescencia. Si se compara la pubertad con la adolescencia se encontrará que el primer periodo hace referencia más directamente al aspecto fisiológico (físico-químico), caracterizado por la transformación “físico-sexual” del individuo y que se define por la aptitud para la procreación. El segundo periodo se centra en la aparición de características y fenómenos afectivos que determinan cambios en toda su personalidad, y se manifiesta en las niñas con la aparición de la primera menstruación (menarquia) y en los niños por las primeras eyaculaciones. La adolescencia constituye una “época” que abarca varios años. Adolescencia viene del latín *adolescentia* y de su raíz *adolecere*, falta, carencia. El origen del vocablo sigue vigente. Los adolescentes adolecen de una parte importante del conocimiento, viven una etapa de transición en la que comienzan a adquirir experiencia y a aprender de sus errores. La adolescencia constituye la transición hacia la vida adulta, ser mujer implica la asignación sociocultural de los papeles de esposa y madre (Mora-Cancino & Hernández-Valencia, 2015).

La adolescencia es una etapa fundamental en el desarrollo psicológico de una persona, periodo en el que se forja la personalidad, se consolida su conciencia del yo (adquirida en la primera infancia), se afianza la identidad sexual y se conforma su sistema de valores (Oliveros, 2017).

Conlleva a grandes cambios biológicos y psicosociales, fundamentalmente, la necesidad de asumir responsabilidades y roles de adulto. Las tareas que deben afrontar los adolescentes en su proceso de maduración son múltiples y nada sencillas: aceptar los cambios corporales, alcanzar cierta independencia respecto a la familia, buscar una identidad personal, integrarse a un grupo de iguales con el que compartir ideas y aficiones, desarrollar sus propias opiniones, asumir nuevas responsabilidades, elegir qué estudios realizar o incorporarse al mundo laboral, atender al creciente deseo sexual, constituyen acontecimientos en rápida sucesión, retos importantes y

decisiones trascendentes que provocan en los adolescentes desorientación e inquietud (Oliveros, 2017).

Acerca de la adolescencia se resumen tres definiciones hechas desde la sociología, la psicología y la medicina. Sociológicamente, la adolescencia es una representación sociocultural que varía en cada contexto conforme al tipo de interrelación generacional como de otras relaciones que rodean o que entabla la persona durante su paso de niñez a adultez. Esta representación le da siempre un carácter transitorio porque el propósito fundamental de las relaciones con estos sujetos es que adquieran los conocimientos y habilidades básicas para pasar a otra etapa, la adultez. Particularmente la competencia para incorporarse al trabajo y al emparejamiento, para formar una familia (MINSa, 2016).

Desde la psicología, la adolescencia se concibe como una etapa de experimentación, de tanteos y errores. Es una fase en la que los estados afectivos se suceden con rapidez y pueden encontrarse disociados de cualquier causa aparente, aspecto que desorienta enormemente a los adultos. Se asume que el comportamiento de los adolescentes está caracterizado por una inestabilidad en los objetivos, los conceptos y los ideales, derivada de la búsqueda de una identidad propia. Es, además, la etapa en la que comienzan los primeros flirteos, con los que se descubren los juegos de seducción y los sentimientos amorosos y eróticos en las relaciones interpersonales; es también de exploración, autoconocimiento y auto reconocimiento, de descubrimiento del cuerpo, incluso entre pares o entre el mismo sexo. Progresivamente las experiencias sexuales directas van sustituyendo al flirteo, como consecuencia de las transformaciones en las representaciones sociales y el desarrollo de los métodos anticonceptivos (MINSa, 2016).

Definición Embarazo Adolescente:

La Academia Americana de Pediatría (AAP) y la Academia Americana de Medicina (AMA), han definido el término de “Embarazo Adolescente (embarazo no planeado ni planificado)”, como: El embarazo que ocurre en una adolescente (10 a 19 años) o en una pareja que está 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), abandonadas por su pareja y/o familia y para el cual no han adquirido una madurez ni física ni psicológica.

Según la OMS se define el embarazo en la adolescencia como “aquel que se produce entre los 10 y los 19 años de edad”, independientemente del grado de madurez biológica o psicológica y/o independencia de la y el adolescente en relación con su núcleo familiar. 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. (MINSA, 2016)

La Organización Mundial de la Salud ha señalado al embarazo como una de las prioridades en la atención de las adolescentes porque repercute en la salud de la madre y en la del niño. La mortalidad de mujeres de 15 a 19 años de edad en los países en desarrollo se duplica en comparación con la tasa de mortalidad del grupo de 20 a 34 años. (Mora-Cancino & Hernández-Valencia, 2015)

El embarazo en adolescentes es un problema que genera diversas dificultades a la mujer, que es quien se ve con ocasión de un embarazo y parto a temprana edad, excluida del sector educativo, laboral y social. Con frecuencia, abandona sus estudios y esto la lleva a carecer de formación educativa, tanto de secundaria como de estudios técnicos o profesionales, que le permitan mejorar sus condiciones económicas y sociales. Igualmente, es un problema que genera inequidad, pues es una situación asociada a la pobreza: mientras solo una de cada mil adolescentes de nivel socioeconómico alto queda embarazada y tiene un parto cada año, en las mujeres de menores ingresos son noventa y cuatro de cada mil las que se embarazan y tienen partos cada año. (Angulo & Marín, 2013)

Se puede considerar que el problema es más serio en los sectores rurales, en poblaciones indígenas y en los espacios de alta densidad migratoria. Por lo tanto, y ante esta realidad, el embarazo adolescente debe ser entendido y atendido como un tema prioritario en la agenda pública de nuestro país, independientemente de los esfuerzos hechos hasta el momento por las instituciones educativas y de salud del país. (Loredó-Abdalá, 2016)

Condiciones sociales del embarazo adolescente

La relación entre las desigualdades socioeconómicas y el proceso salud-enfermedad, ha sido demostrada y conceptualizada por algunos autores como determinantes sociales, por lo que hablar de embarazo en adolescentes, es considerar las implicaciones no solo de orden biológico, sino también psicológico y social, pues en algunos contextos, las adolescentes no planean ni desean su embarazo, mientras que en comunidades rurales de países de ingresos medianos y bajos, los embarazos fuera del matrimonio no son raros. (Oliveros, 2017)

Por tal motivo, el embarazo en adolescentes es un problema de salud pública complejo, por su configuración sociocultural en cada contexto en que se desarrollan, donde los aspectos económicos y culturales y las redes sociales y comunitarias, influyen en los modos de entender y actuar de las adolescentes antes, durante y después del embarazo, necesitando describir e interpretar las experiencias desde la voz de quien la vive, elementos cualitativos que deben ser incorporados en las acciones de prevención y atención del embarazo en estas edades. (Oliveros, 2017)

El embarazo en la adolescencia se relaciona con diversos problemas biológicos, psicológicos y sociales para la madre y para su hijo. Existen indicadores de que dentro del propio grupo de adolescentes son las menores de 15 años las que tienen más riesgo. Algunos de estos riesgos reflejan la inmadurez física y psicosocial de la adolescente porque al reto que representa el embarazo y la maternidad para el desarrollo personal de cualquier mujer, se suma el de la adolescencia. (Mora-Cancino & Hernández-Valencia, 2015)

Es importante señalar la importancia de las condiciones sociales, culturales y económicas que se asocian con el embarazo en adolescentes tales como el matrimonio a edades tempranas, la baja escolaridad de los padres y de la propia adolescente, la pobreza y el abuso sexual, que contribuyen a perpetuar el ciclo de la pobreza. Por otra parte, la falta de acceso a los servicios de salud, así como a los métodos de anticoncepción, resultan ser una barrera importante para limitar un embarazo entre las adolescentes. (Medina & Ortiz, 2018)

A causa de los riesgos que entraña, la asociación con pobreza y desigualdad, y su vínculo directo con la falta de ejercicio de derechos, el embarazo, la maternidad y la crianza durante la adolescencia son asuntos que ameritan una preocupación pública especial y por tanto es responsabilidad de las políticas públicas, en particular las sociales, de salud, educación y de juventud, entregar a adolescentes y jóvenes los instrumentos necesarios para prevenir y minimizar los potenciales impactos negativos de su iniciación y comportamientos sexuales. (Di-Cesare, 2015)

Buena parte de las adversidades de la fecundidad adolescente se deben a la definición sociocultural de la adolescencia en la modernidad, que plantea funciones específicas a esta etapa —como la consolidación de la personalidad, la formación escolar y la acumulación de experiencia y conocimiento— que tienden a chocar con las responsabilidades que implica la crianza de hijos/as. Por ello, estas desventajas objetivas pueden experimentarse de manera diferente entre los grupos socioeconómicos si acaso entre estos grupos hay diferencias marcadas en el papel asignado a los y las adolescentes. En particular, los grupos de menores ingresos pueden estar menos expuestos a las adversidades antes mencionadas, porque estas atañen a una trayectoria escolar y laboral que resulta inviable o improbable para las muchachas de estos grupos. (Rodríguez-Vignoli, 2017)

Adicionalmente, entre ciertos grupos étnicos, el calendario temprano de la fecundidad puede constituir una suerte de mandato o expectativa cultural, en cuyo caso, sea por presión o por incentivos comunitarios, las muchachas podrían desear ser madres en la adolescencia. Finalmente, en ciertos contextos de pobreza y exclusión donde hay pocas oportunidades y escasas expectativas de ascenso social, la maternidad podría ser una vía para transitar a la adultez, formar una familia y lograr ciertos niveles de reconocimiento dentro de la comunidad. (Rodríguez-Vignoli, 2017)

Factores predisponentes y asociados al desarrollo del embarazo adolescente

La literatura regional reconoce múltiples factores que pueden explicar el fenómeno del embarazo en la adolescencia, incluyendo aspectos demográficos y sociales, así como de oferta de servicios

de salud y educación. Estos factores usualmente se agrupan en determinantes próximos (ej. edad de inicio de la vida sexual) y determinantes subyacentes (ej. nivel de riqueza del hogar). En este sentido, la mayoría de estudios sobre el embarazo adolescente en América Latina apuntan a factores próximos como los principales determinantes del embarazo adolescente. Para los países centroamericanos, se encuentra que, la falta de educación sexual, el nivel socioeconómico de la familia y la iniciación sexual precoz son los principales factores que explican el fenómeno. (FUNIDES, 2016)

Es frecuente que el embarazo adolescente ocurra como un evento no deseado o planificado. Habitualmente, es la consecuencia de una relación débil de pareja, lo que provoca en la futura madre una actitud inicial de rechazo y ocultamiento por temor a la reacción del grupo familiar, escolar y social. Ello también se acompaña de un control prenatal tardío o insuficiente. (Loredo-Abdalá, 2016)

Dentro de las características principales de las jóvenes embarazadas destacan: una gran diversidad de adversidades sociales acumuladas, los aspectos biológicos (la maduración sexual temprana y la actividad sexual prematura), la región que habitan (rural o suburbana, principalmente), los usos y costumbres, la religión, y el bajo nivel educativo. (Loredo-Abdalá, 2016)

Factores Personales

- a) Menarca temprana.
- b) Inicio precoz de la actividad sexual.
- c) Pensamiento mágico.
- d) Fantasías de infertilidad.
- e) Mayor tolerancia al miedo a la maternidad adolescente.
- f) Abandono de escuela y/o bajo nivel educativo. (Loredo-Abdalá, 2016)

La adelantada maduración sexual de las adolescentes las lleva a la búsqueda de relaciones sexuales tempranas, con inicio de su vida sexual activa, que desde el punto de vista de los

cuidados de la salud reproductiva las expone a disímiles problemas que, en lo general están dados por una inadecuada educación sexual (Favier, Samón, Ruiz, & Franco, 2018).

La edad de la mujer al momento de la primera unión representa el comienzo de la exposición al riesgo de embarazo y al inicio de la vida reproductiva; por lo tanto, tiene un efecto significativo en la fecundidad, en el sentido de que mientras más joven forme pareja la mujer, mayor será su tiempo de exposición y mayor su potencial de tener hijos. La prolongación de la soltería y el celibato reducen este potencial e influyen en la disminución de las cifras de fecundidad en la población (Mora-Cancino & Hernández-Valencia, 2015).

Factores Familiares

- a) Pertenecer a una familia disfuncional.
- b) La existencia marcada de violencia familiar.
- c) Controversias entre su sistema de valores y el de sus familias.
- d) Pérdida del vínculo familiar por migración constante. (Loredo-Abdalá, 2016)

El lugar que ocupa la familia en el embarazo adolescente es de suma importancia pues se convierte en una fuente de información para la sexualidad responsable y la primera fuente de apoyo para las dificultades de los jóvenes. Algunos estudios indican que hay aspectos de la dinámica familiar que pueden modular la percepción y las prácticas sexuales de los hijos contribuyendo así a prevenir el embarazo en la adolescencia. (Di-Cesare, 2015)

Las adolescentes procedentes de familias disfuncionales, uniparental, con conductas promiscuas, donde se consume drogas o no existe un adecuado diálogo entre padres e hijas, generan carencias afectivas que buscan resolver en el grupo de amigos quienes probablemente tendrán su misma ignorancia, lo que hace más probable que inicien su vida sexual a una edad temprana y formen relaciones inestables que pueden culminar con un embarazo (Oliveros, 2017).

Factores Sociales

- a) Falta o distorsión de la información sexual.

- b) Aumento del número de adolescentes.
- c) Predominio de factores socioculturales adversos.
- d) No considerar el riesgo de infecciones de transmisión sexual. (Loredo-Abdalá, 2016)

Estrés, delincuencia, alcoholismo, mitos y tabúes sobre sexualidad y predominio del “amor romántico” en las relaciones sentimentales de los adolescentes, en este sentido, generalmente estas adolescentes se comunican mal, y en la familia tienen un nivel educativo bajo sobre educación sexual, que no le permita una correcta y adecuada toma de decisiones para poder decir no al coito prematuro, y donde los factores sociales también juegan un papel primordial. (Oliveros, 2017)

Otros factores determinantes

- a) Relaciones sexuales sin protección anticonceptiva.
- b) Abuso Sexual
- c) Violación (Loredo-Abdalá, 2016)

Es frecuente que las adolescentes no se acerquen a los servicios de anticoncepción porque temen el estigma social o ser juzgadas por el personal de los centros de salud.

En muchos países las niñas son obligadas a tener relaciones sexuales, a menudo por parte de miembros de la familia. Más de un tercio de las niñas en algunos países declararon que su primera relación sexual fue bajo coacción. (Organización Mundial de la Salud, 2012)

El embarazo en adolescentes está relacionado con violencia sexual, en particular si se trata de adolescentes menores de 15 años. La preocupación crece al constatar que gran parte de estas víctimas transitan por diversos servicios de salud sin que los profesionales que interactúan con ellas cumplan con la debida notificación o reportes de oficio de estos casos ante las instancias responsables. Con ello se pierde la oportunidad de complementar su atención integral, incluyendo los recursos para garantizar todas las terapias que la condición de la adolescente embarazada menor de 15 años requiere, así como todas las medidas de protección y justicia. (MINSA, 2016)

Sin embargo, y en términos generales, las razones que impulsan a una adolescente a continuar el embarazo hasta el nacimiento de su hijo pueden ser las mismas que la llevaron a embarazarse y de ellas destacan:

- a) El matrimonio a edades tempranas y el establecimiento del rol de género que tradicionalmente se le asigna a la mujer (área rural).
- b) Práctica de relaciones sexuales sin protección anticonceptiva.
- c) Presión de los pares para tener relaciones sexuales.
- d) Educación sexual insuficiente, principalmente sobre métodos anticonceptivos y/o no tener fácil acceso para su adquisición.
- e) Consumo de bebidas alcohólicas u otras drogas. (Loredo-Abdalá, 2016)

En áreas rurales de Nicaragua se identifica otros factores culturales asociados al embarazo en la adolescencia, entre los cuales incluye: el hecho de que los adolescentes tengan que ocultar su actividad sexual de sus padres o comunidad, el estigma de la pérdida de la virginidad, y el premio a la masculinidad asociada a múltiples parejas sexuales por parte de los hombres. (FUNIDES, 2016)

Factores protectores durante el embarazo

- a) Apoyo de la familia y de la pareja.
- b) Apoyo de las redes sociales.
- c) Continuar con la educación.
- d) Aceptación de su embarazo.
- e) Estado de salud y nutrición adecuada. (MINSA, 2016)

Consecuencias del embarazo adolescente

Es indispensable considerar que las consecuencias del embarazo adolescente afecta a ambos miembros de la pareja, aunque probablemente es la mujer quien más las sufre. De ellas, destacan la fuerte carga emocional como consecuencia de su cambio físico y por la influencia, habitualmente negativa, del medio donde vive. Como consecuencia de su nueva condición, la

adolescente puede presentar comportamientos poco habituales, destacando el descuido de su salud física y emocional, tales como infringirse daño físico e incluso provocarse el aborto. Al bajar su rendimiento escolar y ser motivo de burla por sus compañeros, es probable que abandone la escuela. (Loredo-Abdalá, 2016)

Otro problema que ella tiene que resolver, es cómo solventar económicamente su embarazo y los estudios. Ante esa situación, casi siempre se torna dependiente de la ayuda familiar y/o tiene la necesidad de buscar trabajo para su manutención y la de su hijo. Ante esta última posibilidad, su situación es crítica ya que no tiene una formación educativa adecuada para conseguir un trabajo aceptablemente remunerado debido a que su experiencia laboral es nula o muy limitada. (Loredo-Abdalá, 2016)

Entre más joven es la adolescente cuando nace el primer hijo, mayor será el número de hijos posteriores, por lo que las consecuencias socioeconómicas suelen ser más drásticas. Desde una perspectiva psicosocial, también pueden existir consecuencias negativas en términos de una reducción de alternativas de vida, de conflictos familiares e insatisfacción personal. En el caso de la adolescente que se une con la pareja a raíz del embarazo, existe mayor riesgo de problemas maritales y de divorcio que en parejas más maduras. (Mora-Cancino & Hernández-Valencia, 2015)

El embarazo en este período tiene importantes consecuencias sobre la madre adolescente y su hijo. En la madre se destacan las hemorragias, el trabajo de parto prolongado, infección urinaria, bacteriuria asintomática, deserción escolar, afecciones placentarias, escasa ganancia de peso, con malnutrición materna asociada, parto prematuro, rotura prematura de las membranas ovulares, parto pre-término, muerte materna, enfermedad hipertensiva, anemia, la incorporación temprana a la vida laboral, desajuste en la integración psicosocial, así como la escasa preparación para desarrollar una relación satisfactoria con los hijos, así como el aborto inducido. (Favier, Samón, Ruiz, & Franco, 2018)

Quedar embarazada cuando muy joven está asociado a un mayor riesgo de recurrir al aborto, lo que puede tener consecuencias de largo plazo en la salud mental de las jóvenes. (Di-Cesare, 2015)

En el período del parto los problemas más frecuentes son las alteraciones en la presentación y en la posición del feto, que se relacionan con un desarrollo incompleto de la pelvis materna; lo que determina una incapacidad del canal del parto para permitir el paso del feto; estas distocias provocan aumento de los partos operatorios (fórceps y cesáreas).

En los hijos se observan elevado riesgo de prematuridad, lesiones durante el parto, bajo peso al nacer, sepsis y muertes perinatales. La tasa de mortalidad perinatal es elevada entre los hijos(as) de adolescentes. Se ha confirmado que la mortalidad infantil en este grupo duplica o triplica la de los neonatos de madres mayores de 20 años. (Favier, Samón, Ruiz, & Franco, 2018)

Es importante tener presente que ante esta situación de “emergencia física y emocional” la madre adolescente puede caer en cuatro problemas socio-legales muy serios como son: la prostitución, el consumo de drogas “lícitas” e “ilícitas”, la delincuencia y el maltrato infantil.

En lo referente a la prostitución, se debe reconocer que esta condición es multifactorial y donde intervienen, además de la personalidad predisponente, las “adversidades sociales acumuladas” (pobreza, promiscuidad, bajo nivel educativo, marginalidad social, etc.)

Después de que su hijo ha nacido, se pueden presentar o agravar en la joven madre algunas adicciones lícitas e ilícitas, así como una tendencia a la delincuencia. La problemática a la que se enfrentan puede afectar su condición física, emocional o económica y, por ende, favorecer, en un momento dado, el desarrollo de alguna forma de maltrato a su hijo. (Loredo-Abdalá, 2016)

Como generalmente el embarazo adolescente no es planificado, la adolescente puede adoptar diferentes actitudes que dependerán de su historia personal, del contexto familiar y social pero principalmente, por ser adolescente. De esta manera, ella está en la necesidad de asumir una multiplicidad de roles “adultos”, especialmente el de la maternidad, para los cuales no está psicológicamente madura ya que sigue siendo una niña física, cognitiva, afectiva y económicamente; esta condición es más grave cuando ocurre en la adolescencia temprana.

Por lo tanto, es muy probable que la actitud de la adolescente frente a la maternidad y a la crianza de su hijo, estará muy influenciada por su edad y por el entorno en el que se esté desarrollado su embarazo. Ello implica la necesidad impostergable de que su familia así como los profesionales de la salud y de educación la apoyen, para evitar que ocurran situaciones desfavorables para ella y su hijo. (Loredo-Abdalá, 2016)

Complicaciones asociadas al embarazo adolescente

Factores que complican un embarazo adolescente:

- a) Menores de 15 años.
- b) La NO aceptación o negación del embarazo.
- c) Problemas de salud asociados.
- d) Embarazo producto de abuso sexual o violación (incluye el incesto).
- e) Estatura menor a 1.50 metros.
- f) Tabaquismo, adicciones al alcohol y drogas.
- g) Estado Nutricional: desnutrida u obesa, adolescentes con trastornos alimentarios (bulimia, anorexia).
- h) Adolescentes con discapacidad física o mental.
- i) Adolescentes con VIH positivo o SIDA.
- j) Adolescentes con VDRL positivo.
- k) Adolescente con ideas persistentes de aborto o presionadas por la pareja o la familia para abortar.
- l) Adolescente multigesta: más de tres embarazos o abortos.
- m) Adolescentes que son abandonadas o rechazadas por la familia debido al embarazo. (MINSa, 2016)

Durante el embarazo de las menores de 15 años, las patologías más frecuentes son la anemia, la infección urinaria que contribuye al parto prematuro, la pre eclampsia, eclampsia que condiciona el menor peso del recién nacido por efectos en la función placentaria y malnutrición fetal. No se ha comprobado una mayor frecuencia de malformaciones fetales. Las causas más importantes de los egresos hospitalarios de estas niñas son: parto único espontáneo o por cesárea, hemorragias del posparto, infecciones y sepsis post parto y complicaciones del aborto. (MINSa, 2016)

El riesgo más alto de morir por causas del embarazo, parto o puerperio se presenta en las mujeres de 15 años y menos, en comparación con las mujeres de 15 a 19 años y de 20 y más años. Las razones de mortalidad materna en las madres–niñas de 14 años y menos, son el doble y hasta el triple de las que se presentan en madres adolescentes de 15 a 19 años.

En las menores de 15 años la causa más importante se relaciona con el trastorno hipertensivo, la segunda causa se ubica en el grupo de muertes maternas registradas tardíamente, que son consecuencia de complicaciones del embarazo o parto. Ambas causales son indicadores de un déficit en la detección precoz de una patología, mal tratada o simplemente no tratada en el período prenatal. La tercera causal se relaciona con las complicaciones de un embarazo que termina en aborto, la cuarta y quinta, con las complicaciones en el período del trabajo de parto y sepsis en el posparto inmediato o puerperio mediato. (MINSA, 2016)

Morbimortalidad materno infantil

En muchos países en desarrollo, la mortalidad materna provocada por el aborto se cita entre las causas principales de muertes en adolescentes. Además, en aquellos donde el aborto es ilegal, representa una causa importante de mortalidad debido a infección y hemorragia.

Las afecciones maternas, perinatales y del recién nacido son más frecuentes en las mujeres menores de 20 años, sobre todo en el grupo de edad más cercano a la menarquia, las menores de 15 años. El recién nacido de madre adolescente tiende a ser con mayor frecuencia desnutrido, RCIU, bajo peso al nacer, que, junto a la prematuridad, serán las condiciones determinantes en la mayor morbilidad y mortalidad causadas por la sepsis, hipoxia, trastornos metabólicos, malformaciones congénitas entre otras que pueden dejar secuelas que interfieren en la calidad de vida de estos niños. (Oliveros, 2017)

Atención Prenatal

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). Esta característica es de vital importancia en este grupo de edad, ya que se ha detectado que un porcentaje muy alto de las

adolescentes inician su APN de forma tardía debido a diferentes circunstancias, entre las cuales podemos mencionar:

- a) Identificación tardía de su condición.
- b) Temor a que su estado sea revelado en su entorno familiar y social.
- c) Desconocimiento de a dónde o cómo acudir.
- d) Temor a que sus decisiones y conductas sean juzgadas.
- e) Ausencia de servicios de protección social.
- f) Poco entendimiento y conciencia para asumir la postura y cuidado que su condición requiere. (MINSa, 2016)

Clasificación del Riesgo

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, N-011” se divide a las embarazadas en dos grupos:

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

La Atención Prenatal de la adolescente debe cumplir las mismas acciones preventivas de una mujer adulta, haciendo énfasis en los siguientes aspectos:

1. Brindar atención integral (biopsicosocial) y diferenciada, con calidad y respeto a su discapacidad, si la tiene, con enfoque de género y pertinencia cultural.
2. Preparación psicológica y física de la adolescente para el nacimiento de la o el bebé.
3. En la entrevista hacer énfasis en:
Factores de riesgo que predisponen al embarazo adolescentes (por ejemplo: analfabetismo, paridad, antecedentes de cesáreas, desnutrición, fumadora, hipertensión arterial, diabetes, otros).

Factores de riesgo protectores (por ejemplo: apoyo de la pareja y familia, presencia de un proyecto de vida, estudios, entre otros).

Actividades a desarrollar en cada atención prenatal, del parto institucional y del puerperio.

Estado emocional y psicológico, violencia intrafamiliar, sexual, adicciones, depresión, ansiedad.

- Alimentación durante el embarazo
- Actividad física durante el embarazo, posparto inmediato y tardío

Evaluación de Papanicolaou o IVAA, tamizaje de detección de cáncer cervical y de mama (autoexamen).

- a) Prevención de uso de drogas y alcohol
- b) Sexualidad y afectividad
- c) Modificaciones corporales en los diferentes trimestres
- d) Paternidad y maternidad responsable
- e) Estímulo de conductas que favorezcan el apego entre madre hijo (a)
- f) Prevención de ITS, VIH y Sida (dos pruebas durante los APN).
- g) Reinserción al núcleo familiar, social y cultural

Información y educación para el autocuidado, programa amor para los más chiquitos y chiquitas y su proyecto de vida.

- a) Examen físico completo.
- b) Requiera o evalúe exámenes de laboratorio.
- c) Evaluación bucodental.
- d) Oferte los métodos de planificación familiar para lograr espacios intergenésico óptimos (después del parto).
- e) Informe y oriente sobre problemas encontrados y acciones preventivas.
- f) Referencia oportuna si el caso lo amerita (por signos encontrados durante la evaluación clínica o interconsulta a especialistas).
- g) Realice las acciones de vigilancia epidemiológica, si el caso lo amerita, oriente sobre plan de parto.
- h) Si la adolescente es de zonas lejanas o rurales, promocionar las casas maternas para su alojamiento y parto institucional.
- i) Acuerde con la paciente la próxima cita.

- j) Oferte la cartera de servicios a paciente y/o acompañantes.
- k) En particular, las atenciones prenatales de las adolescentes embarazadas, en aras de pertinencia y oportunidad, deben ofrecer flexibilidad en los horarios para facilitar acceso, aceptación y adherencia al programa.
- l) Las menores de 15 años deben estar acompañadas por adultos de su confianza, que demuestren capacidad de protección. (MINSA, 2016)

VII.- Material y Método

Tipo de Estudio

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

Área de estudio

Fue realizado en el centro de salud Martiniano Aguilar del municipio de Rancho Grande, Matagalpa, ubicado a 83 kilómetros de la cabecera departamental Matagalpa, y a 213 kilómetros de la capital Managua.

El municipio de Rancho Grande limita al norte: con el Municipio de Cuá Bocay (Dpto. de Jinotega). Al sur: con los municipios de Río Blanco y Matiguás. Al este: con el municipio de Waslala (RACCN). Al oeste: con el municipio de Tuma la Dalia.

Período de estudio

El estudio fue realizado durante el segundo semestre de 2018 (01 julio al 31 diciembre 2018).

Universo

El universo del estudio estuvo conformado por **158 adolescentes embarazadas** atendidas en el programa de control prenatal, provenientes de los diferentes sectores atendidos por el centro de salud Martiniano Aguilar del municipio de Rancho Grande, Matagalpa, durante el segundo semestre de 2018 (01 julio al 31 diciembre 2018).

Muestra

La muestra estuvo conformada por **113 adolescentes embarazadas** que asistieron al programa de control prenatal en los diferentes sectores atendidos por el centro de salud Martiniano Aguilar del municipio de Rancho Grande, Matagalpa, en el periodo del 1° de Julio al 31 de Diciembre de 2018 (Segundo Semestre), establecida de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión.

Tipo de muestreo

El tipo de muestreo fue de tipo probabilístico, aleatorio simple.

Para calcular el tamaño de la muestra se utilizará la siguiente fórmula: (Aguilar-Barojas, 2005)

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

Donde:

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).

Criterios de inclusión:

1. Adolescentes embarazadas en edades de 12 – 19 años.
2. Adolescentes que asisten al programa de control prenatal del Centro de Salud Martiniano Aguilar.
3. Adolescentes que vivan en el municipio de Rancho Grande
4. Expedientes clínicos de las adolescentes con información completa

Criterios de exclusión:

1. Expedientes clínicos que se encuentren en auditoría médica o fuera de la unidad de salud

Unidad de análisis

Estuvo conformada por adolescentes embarazadas que asistieron al programa de control prenatal provenientes de los diferentes sectores del centro de salud Martiniano Aguilar del municipio de Rancho Grande, Matagalpa en el periodo del 01 de Julio al 31 de Diciembre de 2018 (segundo semestre).

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 que se realizó en el centro de salud Martiniano Aguilar, en el periodo del 01 de Julio al 31 de Diciembre de 2018.

Técnicas de recolección de la información

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 atendidas en el programa de control prenatal (CPN). Para el proceso de recopilación de la información, se realizó el llenado de un instrumento, el cual fue diseñado de acuerdo a los objetivos específicos de la investigación.

Procedimientos para la recolección de información

Para realizar el estudio, se solicitó la aprobación de las autoridades del centro de salud Martiniano Aguilar del municipio de Rancho Grande, Matagalpa, a los cuales se les informó y explicó el tema de investigación, indicando los objetivos del mismo.

Se establecieron coordinaciones con el departamento de estadística donde se solicitó permiso para realizar la búsqueda de cada uno de los expedientes de las pacientes de la muestra y extraer la información necesaria requerida para el logro de los objetivos.

Se realizó 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, y que 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 el consentimiento previo de las autoridades de la unidad de salud, donde se les informó que los datos obtenidos de los expedientes clínicos serían utilizados estrictamente con fines académicos y científicos y que la identidad de las pacientes se mantendría oculta en todo momento para garantizar que no habría daño a su integridad psicológica-moral.

El instrumento estuvo estructurado en 4 capítulos: el primero de ellos contenía información general de las adolescentes embarazadas, el segundo capítulo presentó 7 ítems para evaluar los antecedentes obstétricos de la adolescente embarazada, el tercer capítulo determinó las características del embarazo actual de las adolescentes embarazadas. El último capítulo evaluó las acciones en salud, durante la atención de la adolescente embarazada en su visita al programa de control prenatal.

Procesamiento y análisis de la Información

La información obtenida posteriormente se procedió a organizarla 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.

Enunciado de Variables

Este estudio incluye las siguientes variables:

Objetivo 1: Conocer las características sociodemográficas de las adolescentes embarazadas

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

Objetivo 2: Identificar antecedentes obstétricos de las adolescentes embarazadas del presente estudio

- a) Menarca
- b) Edad de la primera relación sexual (IVSA)
- c) Número de embarazos anteriores
- d) Número de hijos
- e) Número de parejas sexuales
- f) Uso de métodos anticonceptivos
- g) Tipo de métodos anticonceptivos utilizado

Objetivo 3: Describir características del embarazo actual en adolescentes embarazadas que asisten a control prenatal del centro de salud Martiniano Aguilar del municipio de Rancho Grande

- a) Semanas de gestación al término del embarazo
- b) Semanas de gestación a la captación
- c) Número de controles prenatales a los que ha asistido
- d) Terminó del embarazo actual (Vía de finalización)
- e) El embarazo actual es deseado

Objetivo 4: Conocer las acciones de salud llevadas a cabo por el personal asistencial a las adolescentes embarazadas que asisten a control prenatal

- a) Realización de una anamnesis completa y detallada
- b) Realización de un examen físico completo
- c) Realización de un examen obstétrico completo.
- d) Realización de toma de papanicolaou
- e) Realización de examen odontológico
- f) Realización de exámenes complementarios
- g) Realización de una evaluación del estado nutricional de la embarazada
- h) Realización de consejería en salud acerca del embarazo adolescente

Plan de análisis

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
3. Características del embarazo actual
4. Intervenciones en salud.

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. Semanas de gestación al terminar la gestación versus # CPN

Operacionalización de Variables

Objetivo específico N° 1: Conocer las características sociodemográficas en las adolescentes embarazadas atendidas en el programa de control prenatal del centro de salud Martiniano Aguilar del municipio de Rancho Grande			
Variable	Definición Operacional	Indicador	Escala/valor
Edad	Número de años transcurridos desde el nacimiento hasta el momento de llenar la encuesta	Años cumplidos	12 - 14 15 - 17 18 – 19
Nivel de escolaridad	Es el nivel académico más alto alcanzado hasta el momento de llenar la encuesta	Nivel académico cursado	Analfabeta Primaria Secundaria Técnico Universitaria
Estado civil	Situación conyugal Condición de un individuo referente a su relación de pareja	Estado conyugal de la 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	Católica Evangélica Otras Ninguna
Procedencia	Es el origen geográfico que ostenta el adolescente y del cual entonces procede.	Tipo de zona geográfica	Urbana Rural

Objetivo Específico N° 2: Describir los antecedentes obstétricos de las adolescentes embarazadas que asisten a control prenatal del centro de salud del municipio de Rancho Grande				
Variable	Definición Operacional	Dimensión	Indicador	Escala/valor
Antecedentes obstétricos de las adolescentes embarazadas	Serán los antecedentes obstétricos encontrados en el expediente clínico de las adolescentes embarazadas que asisten al programa de CPN	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 que ha gestado previo al actual por parte de la adolescente embarazada	Ninguno 1 2 Más de 2
		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)

Objetivo Específico N° 3: Determinar las características del embarazo actual en adolescentes embarazadas atendidas en el programa de control prenatal del centro de salud Martiniano Aguilar, del municipio de Racho Grande, Matagalpa.				
Variable	Definición Operacional	Dimensión	Indicador	Escala/valor
Características del embarazo actual	Serán los datos del embarazo actual en la adolescente que asiste al programa de control prenatal y que son recopilados en su expediente clínico	Semanas de gestación al término/finalización del embarazo	# de semanas que tenía la adolescente embarazada al momento de culminar el mismo	< 12 semanas 13-19 semanas 20-26 semanas 27-33 semanas 34-40 semanas
		Semanas de gestación a la captación	# de semanas que tenía la adolescente embarazada al momento de la captación al programa de CPN	< 12 semanas 13-19 semanas 20-26 semanas 27-33 semanas 34-40 semanas
		Número de controles prenatales a los que ha asistido	Número de controles prenatales realizados a las adolescentes embarazadas	Uno Dos Tres Cuatro o más
		Término del embarazo actual	Forma/vía de culminación del embarazo actual en adolescentes embarazadas	Aborto Parto Vaginal Cesárea
		Embarazo actual es deseado	Es el deseo de estar embarazada actualmente expresado por la adolescente	Si No

Objetivo Específico N° 4: Identificar las acciones en salud realizadas por el personal asistencial durante la atención a las adolescentes embarazadas atendidas en el programa de control prenatal del centro de salud Martiniano Aguilar, del municipio de Racho Grande, Matagalpa.

Variable	Definición Operacional	Dimensión	Indicador	Escala/valor
Acciones en salud realizadas por el personal asistencial durante la atención a las adolescentes embarazadas	Actividades realizadas por el personal de salud que atiende a las adolescentes embarazadas y que fueron anotadas en las hojas del expediente clínico según la Normativa de APN	Realización de Anamnesis completa	Elaboración de hoja de anamnesis durante la consulta de CPN	SI NO
		Realización del Examen Físico completo	Elaboración del Examen Físico durante la consulta de CPN	SI NO
		Realización del Examen obstétrico completo	Elaboración del Examen obstétrico completo durante la consulta de CPN	SI NO
		Realización de Citología Cervical	Realización del papanicolaou durante la consulta de CPN	SI NO
		Realización de examen odontológico	Realización del examen odontológico durante la consulta de CPN	SI NO
		Realización de exámenes complementarios	Realización de exámenes complementarios durante la consulta de CPN	SI NO
		Realización de la evaluación del estado nutricional	Realización de evaluación nutricional durante la consulta de CPN	SI NO
		Se brinda consejería educativa	Realización de consejería educativa durante la consulta de CPN	SI NO

Aspectos Éticos

Se respetaron los derechos en todo momento de las embarazadas adolescentes sujetas a estudio, manteniendo su anonimidad, en todo momento se resguardó la seguridad de los datos. La información recopilada de cada uno de los expediente clínicos de embarazadas adolescentes atendidas en el programa de control prenatal (CPN) del centro de salud Martiniano Aguilar del municipio de Rancho Grande, Matagalpa, fueron mantenidos a resguardo por los investigadores y que al finalizar el completamiento del llenado del instrumento los datos fueron utilizados para fines de la investigación en el ámbito académico.

VIII.- Resultados

Sobre las características sociodemográficas:

El grupo de edad de predominio de las embarazadas adolescentes es de 18 a 19 años, que constituye un 51.3% (58), seguido de 15 a 17 años con 31.9% (36), Se encontró que 16.8% (19) de las adolescentes embarazadas tenían entre 12 y 14 años. Con respecto a la escolaridad en este estudio aunque el analfabetismo no figura entre la muestra como factor primordial con solo 6.2% (7), las adolescentes contaban en su mayoría con educación primaria con un 64.6% (73). El número de adolescentes con educación secundaria ascendió a 26.5% (30) y tan solo 2.7% (3) contaban con educación superior. La mayoría de las jóvenes se encontraban en condición de “Unión libre” con un 62.8% (71) lo que se interpreta como consecuencia directa de un embarazo temprano en el entorno familiar inestable.

Las jóvenes casadas ascendían a tan solo el 9.7% (11) y la solteras a un 27.4% (31), cifras realmente significativas. Los resultados en la variable religión indicaron que más de la mitad de las pacientes profesan el evangelismo con un 61.1% (69) contra un 33.6% (39) de jóvenes católicas. Un 4.4% (5) refirió profesar otra religión diferente a las antes citadas y tan solo 0.9% (1) de las adolescentes refirió no tener ninguna. La variable procedencia reveló que las adolescentes en su mayoría eran originarias de localidades rurales con más de 2/3 de las jóvenes en estudio que alcanza un 68.1% (77) de la muestra contra un 31.9% (36) de procedencia urbana.

(Tabla 1)

En cuanto a los antecedentes gineco-obstétricos:

Para la edad de menarca en el estudio, las jóvenes presentaron su primera menstruación mayoritariamente entre los 12 y 14 años, cifra que alcanza el 69.9% (79), seguida de los 9 a 11 años con 15.9% (18) y 14.2% (16) para los 15 o más años respectivamente. **(Tabla 2)**

En la investigación actual se concluyó que la mayoría de las jóvenes inició sus relaciones sexuales entre los 14 y 16 años con un 48.7% (55) de total de jóvenes, seguido de las 11 a 13 años con 31.9% (36) y un 19.5% (22) de incidencia correspondió a los 17 a 19 años. **(Tabla 3)**

En los resultados obtenidos se encontró que 45.1% (51) de las adolescentes en estudio había gestado al menos 1 vez previamente al embarazo actual. De estas, 32.7% (37) tuvo 1 embarazo previo, 10.6% (12) tuvo 2 embarazos previos y tan solo el 1.8% (2) tuvo más de dos embarazo previo. **(Tabla 4)**

Del total de la muestra, 38.9% (44) de las jóvenes tienen al menos un hijo. De estas, 28.3% (32) tiene un hijo, 9.7% (11) tiene 2 hijos vivos y solamente el 0.9% (1) del total tiene más de 2 hijos. **(Tabla 5)**

Respecto al número de parejas sexuales los resultados obtenidos en el estudio reportaron que un 40.7% (46) de las adolescentes embarazadas había sostenido relaciones sexuales con 2 o más parejas. La mayoría respondió que solamente tuvo una pareja sexual, cifra que asciende al 59.3% (67) de las embarazadas en el estudio. **(Tabla 6)**

El resultado obtenido en este estudio demuestra que un 83.2% (94) de las adolescentes no usaban anticoncepción y un 16.8% (19) usaba algún método anticonceptivo, lo que se traduce como fracaso de este para evitar el embarazo. **(Tabla 7)**

Como resultado del estudio se obtuvo que, de un total de 16.8% (19) de adolescentes que usaban anticonceptivos previamente al embarazo, un 12.4% (14) de estas empleaba anticonceptivos inyectables hormonales y un 4.4% (5) usaba otro tipo de anticonceptivos. **(Tabla 8)**

Acerca de las características del embarazo:

Los resultados de variable Edad gestacional al término del embarazo indican que el 86.7% (98) de las adolescentes culminó su gestación entre la 34 y 40 semanas de gestación. El 13.2% (15) de las adolescentes terminó su gestación antes de las 34 semanas, de estas, 8.8% (10) culminó en abortos. **(Tabla 9)**

Para la variable Edad gestacional a la Captación se obtuvo que 61.1% (69) de las adolescentes fueron captadas antes de las 12 semanas de amenorrea considerada como una captación precoz, 31.0% (35) fue captada antes de las 20 semanas de gestación y 4.4% (5) de las adolescentes

embarazadas en la muestra fue captada entre las 20 y 26 semanas de amenorrea. Solamente un 3.6% (4) fueron captadas después de las 27 semanas de gestación incluyendo algunas de las que solamente se les brindó atención una vez a la hora del parto. **(Tabla 10)**

En relación a la variable Número de CPN, los datos indican que la mayoría de las adolescentes asistieron a 4 o más controles con un 76.1% (86), 12.4% (14) asistió a 3 controles, 1.8% (2) asistió a 2 controles prenatales y 9.7% (11) solamente contaba con 1 control prenatal, de entre estos 2 últimos grupos mencionados hay quienes culminaron su embarazo sin más atenciones prenatales y solamente se le realizó atención del evento obstétrico (parto o aborto). **(Tabla 11)**

En relación a los resultados reportados por esta variable indicaron que más de 2/3 de las adolescentes culminó su embarazo por parto vaginal con 74.3% (84), para las que culminaron parto vía cesárea las cifras ascendieron a 16.8% de la muestra y 8.8% culminó en abortos/embarazo ectópico. **(Tabla 12)**

Con respecto a los resultados obtenidos de la variable Deseos del embarazo actual se encontró que más de la mitad de las adolescentes deseaban el embarazo con una suma de 58.4% (66) de frecuencia, y un 41.6% (47) que no deseaban el embarazo actual. **(Tabla N° 13)**

Respecto a las acciones de salud empleadas:

Se encontró que: Según los datos obtenidos en el estudio, a un 95.6% (108) de las adolescentes se le realizó una anamnesis completa y detallada además de Examen físico completo, contra un 4.4% (5) de mujeres a las que no se realizó dicha intervenciones de manera adecuada. **(Tablas 14 y 15)**

Los resultados obtenidos a partir de la variable examen obstétrico completo indican que a la mayoría de las jóvenes se les practicó dicha evaluación con un 92% (104) de frecuencia y a un 8% (9) no se le realizó o documentó este procedimiento. **(Tabla 16)**

Acerca de la variable Toma de Papanicolaou muestran que el 79.6% (90) de las adolescentes contaban con citología Cérvico-Uterina documentada a la hora de la obtención de los datos y a un 20.4% (23) no se le practicó dicho tamizaje. **(Tabla 17)**

En relación a los datos obtenidos acerca del Examen Odontológico, se encontró que a más de 2/3 de las pacientes se le practicó una revisión odontológica, cifra que asciende al 83.2% (94) del total de las jóvenes y 16.8% (19) de las jóvenes no se le documento la realización de dicho examen. **(Tabla 18)**

En el estudio se encontró que la mayoría de las pacientes tenían documentado en su expediente exámenes de laboratorio diversos, tanto de rutina como especiales. Un 89.4% (101) de las pacientes tenían documentado exámenes de laboratorio contra un 10.6% (12) que no tenía exámenes. **(Tabla 19)**

Según los resultados obtenidos a partir de la variable valoración nutricional, se encontró que un 86.7% (98) de las adolescentes recibieron una evaluación de su estado nutricional durante sus controles prenatales y 13.3% (15) no se le documento esta evaluación. **(Tabla 20)**

Los resultados obtenidos a partir de los datos de la muestra en estudio para esta variable indican que a 87.6% (99) de las pacientes se les brindó consejería y educación sobre los posibles cursos de su embarazo y un 12.4% (14) no tenían documentada estas acciones. **(Tabla 21)**

En relación a la edad vs el número de embarazos previos de las adolescentes en estudio en el grupo de edad de 12 a 14 años, ninguna tenía antecedentes previos de embarazo, en el grupo de edad de 15 a 17 años, igualmente ninguna presentó antecedentes de embarazos previos, dentro del grupo de edad de 18 a 19 años, en el 63.8% ya tenía antecedentes de un embarazo previo, en el 20.7% tenía antecedentes de 2 embarazos previos, en el 12.1% se encontraban sin embarazos previos y en el 3.4% tenía el antecedente de tener más de 2 embarazos previos. **(Tabla 22)**

Con respecto a la Edad vs número de parejas sexuales en adolescentes embarazadas predominó el grupo de edad de 18 a 19 años, presentando de tres a más parejas con el 41.4% (24). Luego para

dos parejas sexuales 27.6% (16) y una sola pareja con el 31.0% (18). El grupo de edad de 15 a 17 años predominó 86.1% (31) para una sola pareja sexual, luego para dos parejas sexual este mismo grupo obtuvo un 11.4% (4) y para tres o más parejas sexuales obtuvieron 2.8%. Para el grupo de edad de 12 a 14 años predominó que solo tenían una pareja sexual con 94.7% (18), luego este mismo grupo con 5.3% (1). **(Tabla 23)**

En relación a la escolaridad vs uso de métodos anticonceptivos en adolescentes embarazadas: la escolaridad que predominó que SÍ utilizaba métodos anticonceptivos fue el grupo de primaria con 16.4% (12), luego el grupo de adolescentes de secundaria con 23.3% (7) y con la escolaridad que NO utilizaba métodos anticonceptivos por diversas razones predominó el grupo de primaria con 83.6% (61) y el grupo de secundaria con 76.7% (23). **(Tabla 24)**

Con respecto al estado civil vs número de parejas sexuales en adolescentes predominó el estado soltero que tenía una sola pareja sexual con 83.9% (26) y luego el estado Civil casada con 63.6% (7) y el estado en unión libre con una sola pareja predominó 47.9% (34). Con dos números de parejas sexuales el estado civil que predominó fue el grupo de unión libre con 22.5% (16), luego el grupo de adolescentes embarazadas soltera con 12.9% (4). Y para tres o más parejas sexuales el grupo que predominó fue el de Unión libre con 29.6% (21) y el grupo de casada con 27.3%. **(Tabla 25)**

En relación a la religión vs número de embarazos previos en adolescentes embarazadas en la religión católica predominó ningún número de embarazos previos con el 55.3% (21) luego con un solo embarazo con 26.3% (10), con dos embarazos previos con 15.8% (6). En la religión evangélica predominó con 55.1% ningún embarazo previo, luego con un embarazo previo con 34.8% (24), con dos embarazos previos con 8.7% (6). Y otras religiones 60% no tenían ningún embarazo previo y 40% tenía un embarazo previo. **(Tabla 26)**

Con respecto a la religión vs. Deseo de estar embarazada, en el grupo de adolescentes que profesaban la religión católica se encontró que en el 44.7%, indicaron que deseaban el embarazo actual, y el 55.3% NO deseaban estar embarazadas. Dentro del grupo de adolescentes evangélicas en el 63.8% señalaron que si deseaban el embarazo actual, y en el 36.2% indicaron que NO lo

deseaban. Con respecto al grupo de otras religiones se encontró que el 80.0% deseaban estar embarazadas, y en el 20.0% NO lo deseaban. Dentro de las adolescentes que indicaron que no profesaban ninguna religión, se encontró que en el 100.0% deseaban el embarazo actual. **(Tabla 27)**

En relación a la religión vs. Uso de métodos anticonceptivos, dentro del grupo de las adolescentes embarazadas que profesaban la religión católica, se encontró que el 18.4% del grupo indicó que si usaban métodos anticonceptivos, y el 81.6% negaron el dato. Dentro del grupo de adolescentes embarazadas evangélicas, se encontró que el 15.9% utilizaron métodos anticonceptivos y el 84.1% no los usaron. Dentro del grupo que profesaban otro tipo de religiones, en el 20.0% señalaron que utilizaron métodos anticonceptivos, y en el 80.0% fueron negados los datos. Dentro de las adolescentes que no profesaban ninguna religión en el 100.0% negaron el dato. **(Tabla 28)**

Con respecto a la procedencia vs. Uso de métodos anticonceptivos, las adolescentes embarazadas que indicaron una procedencia urbana, en el 16.7% tuvieron antecedentes de uso de métodos anticonceptivos, y en el 83.3% negaron su uso. Dentro del grupo de procedencia rural se encontró que el 16.9% habían utilizado métodos anticonceptivos, y el 83.1% no lo había hecho. **(Tabla 29)**

En relación a la procedencia vs. Número de hijos vivos, las adolescentes embarazadas que indicaron una procedencia urbana, en el 72.2% no tenían hijos vivos, en el 16.6% tenía un hijo vivo, en el 11.2% tenía 2 hijos vivos, y en el grupo de procedencia rural, el 55.8% no tenía hijos vivos, el 33.8% tenía un solo hijo vivo, el 9.1% tenían 2 hijos vivos, y el 1.3% tenían más de 2 hijos vivos. **(Tabla 30)**

Con respecto al IVSA vs. Número de embarazos previos, en el grupo de edades de 11 a 13 años en el 69.4%, no tenían embarazos previos, y el 19.4% habían tenido un embarazo previo. Dentro del grupo de 14 a 16 años en el 56.4% no tenía antecedentes de embarazos previos, y en el 29.1% tenía el antecedente de haber tenido un embarazo previo. Dentro del grupo de 17 a 19 años, solo el 27.3% no había tenido antecedente de embarazo previo, y se encontró que en el 63.6% del

grupo ya tenía un embarazo previo, y en el 9.1% tenía el antecedente de 2 embarazos previos. **(Tabla 31)**

En relación a las Semanas de Gestación al momento de ingreso al programa de control prenatal vs. Número de CPN en adolescentes embarazadas, se encontró que dentro del grupo de captación antes de las 12 semanas, tenían el 100.0% un solo control prenatal, en el grupo de 13 a 19 semanas se encontró que en el 80.0% tuvieron un solo control, y en el 20.0% dos controles, dentro del grupo de 27 a 33 semanas el 20.0% tuvieron un control prenatal, 20.0% tres controles y el 60.0% cuatro controles o más. En el grupo de la semana 34 a 40 semanas, se identificó que el 85.1% del grupo tenían 4 controles prenatales o más. **(Tabla 32)**

IX.- Análisis y discusión de resultados

Con respecto a la edad de las adolescentes embarazadas, prevaleció entre los 18 y 19 años, circunstancia que concuerda con estadísticas proporcionadas por ENDESA 2011-2012 que demuestra la prevalencia del embarazo adolescente en Nicaragua entre los 15 y 19 años que se ajusta a la tasa específica de fecundidad de 92/100 (2012), sin embargo, también es una parte significativa de las embarazadas entre los 12 y 14 años datos que coinciden con estudios aportados por UNPFA 2013 que orienta que número de nacimientos en adolescentes de 10–14 años se ha incrementado en un 47.9% entre el año 2000 y 2009, pasando de 1,066 (0.33% del total de adolescentes de esa edad) a 1,577 (0.47% del total de adolescentes de esa edad). Ante este fenómeno, se debe aplicar medidas de asistencia colectiva en educación y salud para generar conocimientos más profundos sobre el embarazo a temprana edad y sus consecuencias.

La asociación con pobreza y desigualdad, y su vínculo directo con la falta de ejercicio de derechos, el embarazo, la maternidad y la crianza durante la adolescencia son asuntos que ameritan una preocupación pública especial y por tanto es responsabilidad de las políticas públicas, en particular las sociales, de salud, educación y de juventud. Es un derecho de los adolescentes recibir información y los instrumentos necesarios para prevenir y minimizar los potenciales impactos negativos de su iniciación y comportamientos sexuales.

En relación a la escolaridad de las adolescentes, queda más que en evidencia que el embarazo en edades tempranas produce una merma en las posibilidades de culminación de estudios académicos, y aunque el analfabetismo no figura entre la muestra como factor primordial las adolescentes embarazadas se encontraban en su mayoría con educación primaria. Según ENDESA 2011/12, las regiones de Nicaragua con menor tasa de escolaridad neta coinciden con las de mayor número de nacimientos provenientes de niñas y adolescentes entre los que se encuentra Matagalpa. Los datos obtenidos en el estudio se relacionan a estos datos.

Este problema produce un estancamiento académico y reduce las probabilidades de obtención de un título académico, lo que conlleva a una disminución del futuro material humano productivo

para el país que se traduce en pérdidas económicas y sociales, además del enlentecimiento del desarrollo humano.

La mayoría de las adolescentes en el estudio se encontraban en Unión libre, lo que se interpreta como consecuencia directa de un embarazo temprano en el entorno familiar. Más llamativo aún es la cantidad de adolescentes embarazadas en condición de solteras, además en el caso de la adolescente que se unen con la pareja a raíz del embarazo, existe mayor riesgo de problemas maritales y de divorcio que en parejas más maduras (Mora-Cancino, 2015). Además la violencia intrafamiliar, el ambiente sociocultural en donde predomina la sociedad machista que caracteriza a la población nicaragüense, se presentan como factores contribuyentes a futuras recaídas de dominio y violencia por parte de la pareja de la adolescente embarazada.

Las condiciones de marginación se asocian con el embarazo adolescente, ya que es considerado como la única opción al alcance de las adolescentes para la construcción de su proyecto de vida determinado por estereotipos de género y modelos de familia que suelen reproducirse.

Las cifras más elevadas de las tasas de fecundidad en los adolescentes coinciden con los estados de mayor pobreza y marginación. El contexto social y económico se asocia a mayores tasas de embarazo en adolescentes, donde se resalta cómo un factor muy importante dentro del proceso de la adquisición de valores y aspiraciones para su vida.

Analizando la religión de las adolescentes, se identificó que más de la mitad de las pacientes profesan el evangelismo, y el segundo grupo en importancia fue el catolicismo. Estos resultados pueden reflejar situaciones diferidas. Podría determinar cómo la influencia de la religión afecta directamente a las adolescentes embarazadas, sobre todo por el menosprecio y condicionamiento de la mujer en la sociedad o por la falta de apego de las adolescentes al cumplimiento de los dogmas propios de su religión, y hacerse blanco de las críticas de sus amistades, familiares y la sociedad en conjunto.

En relación a la procedencia, se encontró que las adolescentes en su mayoría son originarias de localidades rurales con más de 2/3 de las jóvenes en estudio que alcanza un 71.7% del total de la muestra contra un 28.3% de procedencia urbana. Las diferencias en accesibilidad geográfica

hacia las unidades de salud, provoca que la evaluación del embarazo no se realice con el tiempo óptimo, lo que provoca que al desarrollarse complicaciones no se detecten a tiempo y puedan brindarse condiciones de medidas preventivas que protejan al binomio madre-hijo.

Además, en su mayoría las adolescentes eran económicamente dependientes, lo que facilita que presenten actitudes de sometimiento a sus maridos o compañeros, teniendo consecuencias adversas para ellas, entre las que se incluyen, el acceso de MAC, o la afectación a sus aspiraciones en el ámbito de formación educativa. Estudios previos a nivel mundial afirman el nexo de la procedencia rural con el embarazo adolescente. Según el programa CERCA 2008 un 73.1% de las adolescentes menores de 20 años iniciaron una unión en Nicaragua vive en zonas rurales, los resultados del estudio confirman a cabalidad estos casos.

Todos estos elementos se agrupan para generar este fenómeno confirmados por la mayoría de estudios sobre el embarazo adolescente en América Latina que apuntan a factores próximos como los principales determinantes del embarazo adolescente. Para los países centroamericanos, se encuentra que, la falta de educación sexual, el nivel socioeconómico de la familia y la iniciación sexual precoz son los principales factores que explican el fenómeno. (FUNIDES, 2016)

En el estudio, las jóvenes presentan su primera menstruación mayoritariamente entre los 12 y 14 años, situación que afirma la literatura, según Hernández, 2007; la edad de la pubertad ha declinado desde 17 años en el siglo XIX alrededor de 12 a 13 años lo que conduce a que las adolescentes sean fértiles a una edad menor. En la investigación se concluyó que la mayoría de las jóvenes inicio sus relaciones sexuales entre los 14 y 16 años. Según estudios realizado por OMS 2012, algunos países de Centroamérica, incluido Nicaragua, el 50% de las mujeres jóvenes han tenido relaciones sexuales antes de los 15 años.

En relación al número de parejas sexuales, los resultados obtenidos en el estudio reportan que un 40.7% de las adolescentes embarazadas han sostenido relaciones sexuales con 2 o más parejas. Un informe de UNPFA, 2013 expreso que las adolescentes y jóvenes tienen múltiples parejas sexuales.

El resultado demuestra que un 83.2% de las adolescentes no usaban MAC, hecho comentado por OMS 2012 quienes afirman que es frecuente que las adolescentes no se acerquen a los servicios

de anticoncepción porque temen el estigma social o ser juzgadas por el personal de los centros de salud. Esto refleja que una inmensa mayoría de los embarazos en la muestra no tienen un plan de procreación y reproducción estable lo que se puede atribuir a falta de acceso a estos servicios y por otro lado, un mal uso de estos métodos consecuencia probablemente de falta de apego a ellos.

En relación a las semanas de gestación al momento de su captación en el programa de CPN, se encontró que 61.1% de las adolescentes fueron captadas antes de las 12 semanas de amenorrea considerada como una captación precoz, esta situación se considera beneficiosa para mejorar el abordaje de las posibles complicaciones que se pueden presentar durante su curso. En su mayoría las adolescentes asistieron a 4 o más controles con un 76.1%, Tales resultados en ambas variables son fruto del esfuerzo aunado por los servicios del modelo de salud comunitaria y familiar del ministerio de salud. Para la variable semanas de gestación al evento obstétrico indican que el 86.7% de las adolescentes entre la 34 y 40 semanas de gestación, algunos de estos eventos ocurridos de forma pre término.

En relación a la vía de culminación del parto, se obtuvo que a más de 2/3 de las adolescentes culminara su embarazo por parto vaginal, para las que culminaron parto vía cesárea las cifras ascendieron a 16.8% de la muestra y 8.8% culminó en abortos/embarazo ectópico.

Estos últimos datos se ven sesgados por las competencias de la unidad de salud donde se realizó el estudio, ya que no se cuenta con unidad de atención de parto vía cesárea y solamente se documentó datos de adolescentes que fueron referidas a unidades de mayor resolución por complicaciones obstétricas con criterio de cesárea, y contra-referidas desde la unidad de atención. Estos datos son corroborados por estudios previos que acuerdan que en el período del parto los problemas más frecuentes son las alteraciones en la presentación y en la posición del feto, que se relacionan con un desarrollo incompleto de la pelvis materna; lo que determina una incapacidad del canal del parto para permitir el paso del feto; estas distocias provocan aumento de los partos operatorios (cesáreas); además de las pacientes que presentaron abortos y fueron atendidas en dicha unidad, estos resultados se complementan por estudios que afirman que quedar embarazada cuando muy joven está asociado a un mayor riesgo de recurrir al aborto. (Di-Cesare, 2015)

Según los datos obtenidos en el estudio, a un 95.6% de las adolescentes se realizó una anamnesis completa y detallada además de examen físico completo, para ambas variables, aunque la cobertura es amplia estos datos reflejan una debilidad a la hora de brindar una atención integral a las pacientes y a la población en general, pues no queda claro si estos resultados negativos son a causa de la no documentación de los datos obtenidos o en realidad no se realizó dicha acción ya que la premisa del sistema de atención en salud es abordar el 100% de la población en intervención. .

Los resultados obtenidos a partir de la variable examen obstétrico completo indican que a la mayoría de las jóvenes se les practicó dicha evaluación con un 92% de frecuencia. Esta acción incompleta incurre en fallas en la atención hacia la embarazada lo que puede conducir a abordajes erróneos o al diagnóstico erróneo o no detección de problemas posiblemente evitables durante la gestación. En esta situación debe realizarse una revisión propiamente del personal que brinda asistencia en salud para poder solventarlo.

Los resultados obtenidos en el estudio muestran que el 79.6% de las adolescentes contaban con citología Cérvico-Uterina documentada a la hora de la obtención de los datos, Entre este grupo sin un PAP, hay adolescentes que se negaron a realizarse este examen por falta de conocimiento sobre este examen (mitos y tabúes sobre el PAP). En otras ocasiones se comentó que no se contaba con material para realizar este procedimiento. Esta situación ha sido prioridad de solución para el ministerio de salud.

En relación a los datos obtenidos a partir de la variable: examen odontológico, se encontró que a más de 2/3 de las pacientes se le practicó una revisión odontológica, según estos datos, es significativo el número de adolescentes en esta condición ya que su relevancia radica en que las patologías odontológicas están asociadas a patologías graves durante el embarazo, principalmente de corte infeccioso que pueden influir en la evolución natural de este proceso y generar daños al binomio madre hijo.

Para la variable exámenes complementarios, se encontró que un 89.4% de las pacientes tenían documentado exámenes de laboratorio tanto de rutina como especiales. La realización de estos

estudios esta normado en la guía de abordaje de la embarazada del ministerio de salud, necesario para el “Screening” de patológicas probables durante el embarazo.

Resultados obtenidos a partir de la variable: Evaluación del estado nutricional, se obtuvo que un 86.7% de las adolescentes recibieron una evaluación de su estado nutricional durante sus controles prenatales. Acerca de la variable Consejería a la embarazada, se encontró que a 87.6% de las pacientes se les brindo consejería y educación sobre los posibles cursos de su embarazo, Estos resultados demuestran la tendencia de las acciones que se llevan a cabo en las embarazadas en general cuando solamente se requiere la intervención del personal de salud y sus conocimientos y no de instrumentos que a su falta pueden producir una disminución de la integridad de la atención.

Es necesario reforzar el abordaje integral, interdisciplinario e intersectorial para hacer frente a este problema e implementar un monitoreo constante de medición de las brechas de desigualdad. Los resultados pueden ser beneficiosos para implementar políticas o programas que aborden los determinantes sociales de la salud que influyen en el embarazo adolescente y orientar los esfuerzos que incluyan tanto las acciones enfocadas en el individuo como la promoción de la mejora de los entornos sociales, políticos y económicos enfocadas a disminuir las brechas de desigualdad e inequidad entre los grupos sociales.

X.- Conclusiones

1. Predominaron las adolescentes embarazadas de 18 a 19 años, con un nivel de escolaridad de Primaria, en unión libre, de religión evangélica, teniendo una procedencia rural.
2. En relación a los antecedentes obstétricos: la edad de menarca fue de 12 a 14 años, IVSA de 14 a 16 años, en su mayoría con 1 compañero sexual, nulíparas, la mayoría NO utilizaron métodos anticonceptivos.
3. En su mayoría el embarazo fue a término, culminando en parto vaginal. La captación de la adolescente embarazada al programa de control prenatal se realizó en su mayoría antes de la semana 12, teniendo por lo menos 4 controles prenatales, solamente el 58.4% tenía el deseo de continuar con su embarazo
4. En su mayoría las acciones en salud al momento de la visita al programa de CPN, fueron cumplidas por arriba del 90.0% de las usuarias de acuerdo al protocolo indicado.

XI.- Recomendaciones

Al Ministerio de Salud (MINSA):

- a) Impulsar campañas estratégicas de información actualizada sobre los factores asociados del embarazo adolescente, los beneficios del control prenatal de calidad, con énfasis en la salud materna y con el objetivo de mejorar la actitud de las usuarias hacia la realización del papanicolaou.

- b) Desarrollar componentes en el proceso de formación y capacitación comunitaria en el campo de la salud sexual y reproductiva, haciendo énfasis en la información sobre el embarazo adolescente.

- c) Fomentar en el personal médico y asistencial el compromiso individual y social del conocimiento en salud sexual y reproductiva; para desarrollar e impulsar prácticas adecuadas en el manejo y seguimiento del embarazo en adolescentes, a fin de elevar los índices en el seguimiento de todo el proceso, así como las acciones de prevención respectivas.

- d) Desarrollar una estrategia intersectorial que conjugue los esfuerzos de los servicios de salud, MINSA, MINED y la comunidad con la finalidad que se utilicen de manera efectiva los servicios de salud y estrategias de intervención educativa en la población femenina de riesgo, dándoles un seguimiento constante y con el personal capacitado para la atención a los adolescentes.

Al centro de salud de Rancho Grande:

- a) Promover información oportuna y adecuada en salud sexual y reproductiva, a fin de incentivar en los adolescentes del municipio el retraso del inicio de vida sexual activa de los mismos, así como priorizar el control y seguimiento estrecho de las adolescentes

embarazadas, detectando sus posibles complicaciones y tomando medidas preventivas sobre las mismas.

b) Coordinar el trabajo conjunto con las escuelas locales donde se imparten clases a adolescentes y jóvenes donde debe utilizarse la estrategia información, educación, comunicación, y replicación de lo nuevo aprendido a la comunidad.

c) Reforzar las redes comunitarias, para que transmitan información acerca del embarazo adolescente, integrando a los maestros de los centros escolares, grupos religiosos, líderes comunitarios y juventud que manejan el tema de embarazo adolescente, motivando la incorporación del núcleo familiar.

XII.- Referencias Bibliográficas

- Aguilar-Barojas, S. (2005). Fórmulas para el cálculo de la muestra en investigaciones de salud. *Salud en Tabasco*, 333-338.
- Angulo, C. V., & Marín, E. V. (Julio de 2013). Embarazo adolescente, un cambio de hábitos y comportamientos? Medellín, Antioquia, Colombia.
- Antillón, C., & Jaen, M. (2012). *Diagnóstico sobre la situación y causas del embarazo adolescente en el departamento de Chontales*. Managua, Nicaragua: Instituto de estudios estratégicos y política públicas. IEEPP.
- Bacon, A. N. (2013). Aborto terapéutico en Nicaragua y El Salvador, la mortalidad materna y los objetivos del milenio. *Ciencia e Interculturalidad*, 68, 69.
- CERCA: Community-Embedded Reproductive Health Care for Adolescents. (2014). La salud sexual y reproductiva de adolescentes en Managua, Nicaragua. *Cuidado de la salud reproductiva para adolescentes enmarcado en la comunidad.*, 2, 3, 4, 11, 12.
- Di-Cesare, M. (2015). *Fecundidad adolescente en los países desarrollados: niveles, tendencias y políticas*. Santiago de Chile: Organización de Naciones Unidas, Santiago de Chile.
- Dirección de Salud y Bienestar de la Municipalidad de Guatemala . (2012). *Factores que influyeron en la ocurrencia de embarazos en adolescentes en el Barrio Pedregal San Benito Peten*. Guatemala.
- ENDESA. (2011-2012). *Encuesta nicaraguense de demografía y salud*. Managua.
- Favier, M. A., Samón, M., Ruiz, Y., & Franco, A. (2018). *Factores de riesgos y consecuencias del embarazo en la adolescencia*. La Habana, Cuba.
- FUNIDES. (2016). *Embarazo Adolescente en Nicaragua*. Managua: FUNIDES.
- Gordillo Moscoso, A., & Medina Moreno, Ú. (2012). *Manual de investigación clínica*. México D.F.: El Manual Moderno.
- INIDE. (2012). *Tasa Global de Fecundidad en Nicaragua*. Managua: Instituto Nacional de Información de Desarrollo.
- INIDE. (2016). *Anuario estadístico*. Managua.

- Issler, J. R. (2001). *Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina*. Corrientes, Argentina: Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina.
- Loredó-Abdalá, A. (2016). *Embarazo en Adolescentes, Causas y Repercusiones*. México.
- Medina, O. S., & Ortiz, K. (2018). Fecundidad en adolescentes y desigualdades sociales en México. *Revista Panama Salud Pública*.
- Ministerio de Salud. (2008). *Estrategia nacional de salud sexual y reproductiva*. Managua.
- Ministerio de Salud, N. (2008). Normas y protocolos para la Atención prenatal, parto, puerperio y recién nacido bajo riesgo. *Normativa 011*.
- Ministerio de Salud, Nicaragua. (2008). *Normas y protocolos para la Atención prenatal, parto, puerperio y recién nacido bajo riesgo*. Managua.
- MINSA. (2016). *Normativa 139: PROTOCOLO PARA LA ATENCIÓN DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS*. Managua.
- MINSA-Nicaragua. (2011). *Protocolo para el abordaje de las patologías más frecuentes de Alto riesgo obstétrico*. Managua.
- Mora-Cancino, A. M., & Hernández-Valencia, M. (2015). *Embarazo en la adolescencia*. México.
- Oliveros, Y. C. (20 de Enero de 2017). Algunas consideraciones sobre el embarazo en la adolescencia. Guantánamo, Guantánamo, Cuba.
- OMS. (2001). Concepto de Adolescencia y sus etapas. *Organización Mundial de la Salud*.
- OMS. (2008). *El embarazo adolescente en centroamérica y el caribe*. Washington, D.C.
- OMS. (2010). *El embarazo en la adolescencia*. Ginebra, Suiza.
- OMS. (2018). *El embarazo en la adolescencia*. Ginebra, Suiza.
- OMS-FIGO. (1998). Concepto de embarazo. *Comité de aspectos éticos de la reproducción humana y la salud de las mujeres de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia FIGO*.
- OPS. (2016). *Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo adolescente en América Latina y el Caribe*. Washington, EEUU.
- OPS. (2018). *El embarazo en la Adolescencia*. Whashington D.C. USA.
- OPS/OMS. (2002). *Guía para escribir un protocolo de investigación*. Washington D.C.

- Organización Mundial de la Salud. (2012). Prevenir el embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos en adolescentes en los países en desarrollo.
- Ovies, S. H. (2011). *Madres adolescentes usuarias de fundación INTEGRA: relaciones en las familias de origen y significado del embarazo*. Santiago de Chile: Universidad Academia de Humanismo Cristiano. Escuela de Sociología.
- Rodríguez-Vignoli, J. (2017). Fecundidad no deseada entre las adolescentes latinoamericanas. *Población y desarrollo*.
- Secretaría de educación pública México. (2012). *Embarazo adolescente y madres jóvenes en México: una visión desde el Promajoven*. México, D.F.
- Secretaría_de_educación_pública. (2012). Embarazo adolescente y madres jóvenes en México: una visión desde el Promajoven. *Embarazo adolescente y madres jóvenes en México: una visión desde el Promajoven*.
- Serrano, J. (2016). *Recopilaciones*. Matagalpa, Nicaragua: No editado.
- Serrano, J. (2016). *Recopilaciones*. Matagalpa Nicaragua: No Editado.
- Soto, E. R. (2006). *Factores presentes en la Mortalidad Materna en adolescentes, Nicaragua Enero 2004- Diciembre 2006*. Managua, Nicaragua: Escuela de Salud Pública de Nicaragua.
- Ulanowicz MG, P. K. (2006). *Riesgos en el embarazo adolescente*. Corrientes, Argentina: Revista de Posgrado de la VI Cátedra de Medicina - N° 153.
- UNFPA. (1994). *Conferencia de Población y Desarrollo El Cairo, Egipto*. El Cairo, Egipto.
- UNFPA. (2013). *Embarazo en adolescentes*. Washington D.C.
- UNICEF. (2013). <http://en.unicef.org.ni>. Obtenido de <http://en.unicef.org.ni>
- UNICEF. (2015). *Vivencias y relatos sobre el embarazo en adolescentes Una aproximación a los factores culturales, sociales y emocionales a partir de un estudio en seis países de la región. Informe final*. Panamá: UNICEF. Plan Internacional.
- UNPFA. (2012). *La importancia de actuar de manera sostenida y armonizada sobre las determinantes del embarazo en adolescentes en Nicaragua*. Managua, Nicaragua.

XIII.- ANEXOS



La presente encuesta es para evaluar el comportamiento del Embarazo en adolescentes atendidas en el programa de control prenatal del centro de salud Martiniano Aguilar, municipio de Rancho Grande, Matagalpa. Segundo Semestre 2018

I. Información general

1. Edad:

- a) 12 a 14 años _____
- b) 15 a 17 años _____
- c) 18 a 19 _____

2. Escolaridad:

- a) Analfabeta _____
 - b) Primaria _____
- b) Secundaria _____
- c) Técnica _____
- 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. 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 terminar el embarazo

Menor de 12 semanas _____

- a) 13 a 19 semanas _____
- b) 20 a 26 semanas _____
- c) 27 a 33 semanas _____
- d) 24 a 40 semanas _____

2. 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) 24 a 40 semanas _____

3. Número de CPN

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

4. Término del embarazo actual

- a) aborto _____
- b) vía vaginal _____
- c) vía cesárea _____

5. El embarazo actual es deseado

- a) SI _____
- b) NO _____

IV. Acciones en salud

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		

GRACIAS POR TU COLABORACION

Managua, 03 de mayo del 2019.

Doctor

Freddy Meynard Mejía

Coordinador de Trabajos Monográficos

Facultad de Medicina. UNAN Managua

Su Despacho

Estimado Doctor Meynard:

Reciba cordiales saludos de mi parte.

Por este medio me dirijo a su persona, a fin de hacerle de su conocimiento sobre mi compromiso para llevar a cabo la Tutoría bajo el Tema:

Comportamiento clínico del Embarazo en Adolescentes atendidas en el Programa de control prenatal en el Centro de Salud Rancho Grande, Departamento de Matagalpa durante el II Semestre del 2018

Autores: Br. Yessica Tróchez Moreno

Br. Germánico Ríos Maradiaga

Sin otro particular,

Atte.

Dr. José Francisco Reyes Ramírez

Profesor Titular

Facultad de Ciencias Médicas. UNAN-Managua

Cc: Archivo.



Gobierno de Reconciliación
y Unidad Nacional

El Pueblo, Presidente!

40
2019

Aquí nos ilumina,
un Sol que no declina
El Sol que alumbra
las nuevas victorias
RUBÉN DARÍO

**Ministerio del Poder Ciudadano para la Salud
SILAIS Matagalpa
Centro de Salud Martiniano Aguilar, Rancho
Grande**

Carta de Aprobación

Por este medio se hace constar la aprobación para el estudio investigativo con fines académicos y docentes en nuestra unidad de salud a Dra. Yessica Tróchez y Dr. Heisser Ríos, quienes harán uso de la información estadística tomando en cuenta los aspectos éticos y profesionales establecidos para desarrollar el tema: "Embarazo en adolescentes atendidas en el programa de Control Prenatal del Centro de Salud Martiniano Aguilar, municipio de Rancho Grande en el Segundo semestre de 2018"



DR. SERGIO A. MONCADA TORRES
DTOR. MUNICIPAL



CRISTIANA, SOCIALISTA, SOLIDARIA!

MINISTERIO DE SALUD - SILAIS MATAGALPA
Dirección: Hotel Bermudez 1 ½ al Norte
Telefono: 2772-3500
Correo: rs70-mat@minsa.gob.ni

Tabla 1: Características sociodemográficas de adolescentes embarazadas atendidas en el programa de control prenatal del centro de salud Martiniano Aguilar, municipio de Rancho Grande, Matagalpa. Segundo Semestre 2018.

n= 113

Características sociodemográficas	Número	%
Edad		
12-14 años	19	16.8
15-17 años	36	31.9
18-19 años	58	51.3
Escolaridad		
Analfabeta	7	6.2
Primaria	73	64.6
Secundaria	30	26.5
Técnico	2	1.7
Universitaria	1	1.0
Estado civil		
Soltera	31	27.4
Casada	11	9.7
Unión Libre	71	62.8
Religión		
Católica	38	33.6
Evangélica	69	61.1
Otras	5	4.3
Ninguna	1	1.0
Procedencia		
Urbano	36	31.9
Rural	77	68.1

Fuente: Expediente Clínico

Tabla 2: Edad de menarca en las adolescentes embarazadas atendidas en el programa de control prenatal del centro de salud Martiniano Aguilar, municipio de Rancho Grande, Matagalpa. Segundo Semestre 2018.

n= 113

Edad de Menarca	Número	%
9 a11 años	18	15.9
12 a14 años	79	69.9
15 años o más	16	14.2

Fuente: Expediente Clínico

Tabla 3: Edad de Inicio de Vida Sexual Activa (IVSA), en adolescentes embarazadas atendidas en el programa de control prenatal del centro de salud Martiniano Aguilar, municipio de Rancho Grande, Matagalpa. Segundo Semestre 2018.

n= 113

Edad de Inicio de Vida Sexual Activa (IVSA)	Número	%
11a13 años	36	31.8
14 a16 años	55	48.7
17 a 19 años	22	19.5

Fuente: Expediente Clínico

Tabla 4: Número de embarazos previos en adolescentes embarazadas atendidas en el programa de control prenatal del centro de salud Martiniano Aguilar, municipio de Rancho Grande, Matagalpa. Segundo Semestre 2018.

n= 113

Número de embarazos previos	Número	%
Ninguno	62	54.9
1	37	32.7
2	12	10.6
>2	2	1.8

Fuente: Expediente Clínico

Tabla 5: Número de hijos vivos en adolescentes embarazadas atendidas en el programa de control prenatal del centro de salud Martiniano Aguilar, municipio de Rancho Grande, Matagalpa. Segundo Semestre 2018.

n= 113

Número de hijos vivos	Número	%
Ninguno	69	61.1
1	32	28.3
2	11	9.7
>2	1	0.9

Fuente: Expediente Clínico

Tabla 6: Número de parejas sexuales en adolescentes embarazadas atendidas en el programa de control prenatal del centro de salud Martiniano Aguilar, municipio de Rancho Grande, Matagalpa. Segundo Semestre 2018.

n= 113

Número de parejas sexuales	Número	%
1	67	59.3
2	21	18.6
3 o más	25	22.1

Fuente: Expediente Clínico

Tabla 7: Antecedentes de uso de métodos anticonceptivos en Embarazadas adolescentes atendidas en el programa de control prenatal del centro de salud Martiniano Aguilar, municipio de Rancho Grande, Matagalpa. Segundo Semestre 2018.

n= 113

Antecedentes de uso de métodos anticonceptivos	Número	%
Sí	19	16.8
No	94	83.2

Fuente: Expediente Clínico

Tabla 8: Tipo de método anticonceptivo empleado previo al embarazo en adolescentes embarazadas atendidas en el programa de control prenatal del centro de salud Martiniano Aguilar, municipio de Rancho Grande, Matagalpa. Segundo Semestre 2018.

n= 19

Tipo de Método anticonceptivo empleado previo al embarazo	Número	%
Condón	1	5.3
Anticonceptivos orales	3	15.8
Anticonceptivos inyectables	14	73.6
Anticonceptivos de Emergencia	1	5.3

Fuente: Expediente Clínico

Tabla 9: Edad gestacional al término del embarazo en las adolescentes embarazadas atendidas en el programa de control prenatal del centro de salud Martiniano Aguilar, municipio de Rancho Grande, Matagalpa. Segundo Semestre 2018.

n= 113

Edad gestacional al término del embarazo	Número	%
< 12 semanas	5	4.4
13-19 semanas	5	4.4
27-33 semanas	5	4.4
34-40 semanas	98	86.8

Fuente: Expediente Clínico

Tabla 10: Semanas de gestación al momento de la *captación* en el programa de CPN en adolescentes embarazadas en el programa de control prenatal del centro de salud Martiniano Aguilar, municipio de Rancho Grande, Matagalpa. Segundo Semestre 2018.

n= 113

Semanas de gestación tenía a la <i>captación</i> de CPN	Número	%
< 12 semanas	69	61.1
13-19 semanas	35	31.0
20-26 semanas	5	4.4
27-33 semanas	3	2.5
34-40 semanas	1	1.0

Fuente: Expediente Clínico

Tabla 11: Número de controles prenatales realizados a las adolescentes embarazadas tendidas en el programa de control prenatal del centro de salud Martiniano Aguilar, municipio de Rancho Grande, Matagalpa. Segundo Semestre 2018.

n= 113

Número de controles prenatales	Número	%
Uno	11	9.7
Dos	2	1.8
Tres	14	12.4
Cuatro o más	86	76.1

Fuente: Expediente Clínico

Tabla 12: Forma/vía de culminación del embarazo actual en adolescentes embarazadas atendidas en el programa de control prenatal del centro de salud Martiniano Aguilar, municipio de Rancho Grande, Matagalpa. Segundo Semestre 2018.

n= 113

Forma/vía de culminación del embarazo actual	Número	%
Aborto	10	8.8
Parto Vaginal	84	74.3
Cesárea	19	16.8

Fuente: Expediente Clínico.

Tabla 13: Opinión de las adolescentes acerca del deseo de estar embarazada en el momento actual, según referencia de las adolescentes embarazadas del programa de control prenatal del centro de salud Martiniano Aguilar, municipio de Rancho Grande, Matagalpa. Segundo Semestre 2018.

n= 113

El actual embarazo es deseado	Número	%
Si	66	58.4
No	47	41.6

Fuente: Expediente Clínico.

Tabla 14: Realización de Anamnesis completa y detallada en adolescentes embarazadas atendidas en el programa de control prenatal del centro de salud Martiniano Aguilar, municipio de Rancho Grande, Matagalpa. Segundo Semestre 2018.

n= 113

Realización de Anamnesis completa y detallada	Número	%
Si	108	95.6
No	5	4.4

Fuente: Expediente Clínico.

Tabla 15: Realización del Examen Físico completo en adolescentes embarazadas atendidas en el programa de control prenatal del centro de salud Martiniano Aguilar, municipio de Rancho Grande, Matagalpa. Segundo Semestre 2018.

n= 113

Realización del Examen Físico completo	Número	%
Si	108	95.6
No	5	4.4

Fuente: Expediente Clínico.

Tabla 16: Realización del Examen obstétrico completo en adolescentes embarazadas atendidas en el programa de control prenatal del centro de salud Martiniano Aguilar, municipio de Rancho Grande, Matagalpa. Segundo Semestre 2018.

n= 113

Realización del Examen Obstétrico completo	Número	%
Si	104	92.0
No	9	8.0

Fuente: Expediente Clínico.

Tabla 17: Realización de Citología Cervical a adolescentes embarazadas atendidas en el programa de control prenatal del centro de salud Martiniano Aguilar, municipio de Rancho Grande, Matagalpa. Segundo Semestre 2018.

n= 113

Realización de citología cervical	Número	%
Si	90	79.6
No	23	20.4

Fuente: Expediente Clínico.

Tabla 18: Realización de examen odontológico a adolescentes embarazadas atendidas en el programa de control prenatal del centro de salud Martiniano Aguilar, municipio de Rancho Grande, Matagalpa. Segundo Semestre 2018.

n= 113

Realización de examen odontológico	Número	%
Si	94	83.2
No	19	16.8

Fuente: Expediente Clínico.

Tabla 19: Realización de exámenes complementarios a adolescentes embarazadas atendidas en el programa de control prenatal del centro de salud Martiniano Aguilar, municipio de Rancho Grande, Matagalpa. Segundo Semestre 2018.

n= 113

Realización de exámenes complementarios	Número	%
Si	101	89.4
No	12	10.6

Fuente: Expediente Clínico.

Tabla 20: Realización de la evaluación del estado nutricional en adolescentes embarazadas atendidas en el programa de control prenatal del centro de salud Martiniano Aguilar, municipio de Rancho Grande, Matagalpa. Segundo Semestre 2018.

n= 113

Realización de la evaluación del estado nutricional	Número	%
Si	98	86.7
No	15	13.3

Fuente: Expediente Clínico.

Tabla 21: Se brinda consejería educativa a adolescentes embarazadas atendidas en el programa de control prenatal del centro de salud Martiniano Aguilar, municipio de Rancho Grande, Matagalpa. Segundo Semestre 2018.

n= 113

Se realiza consejería educativa a adolescentes embarazadas	Número	%
Si	99	87.6
No	14	12.4

Fuente: Expediente Clínico.

Tabla 22: Edad vs. Número de embarazos previos en adolescentes embarazadas atendidas en el programa de control prenatal del centro de salud Martiniano Aguilar, municipio de Rancho Grande, Matagalpa. Segundo Semestre 2018.

n= 113

Edad	Número de embarazos previos							
	Ninguno		Uno		Dos		Más de Dos	
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
12-14	19	100.0	0	0	0	0	0	0
15-17	36	100.0	0	0	0	0	0	0
18-19	7	12.1	37	63.8	12	20.7	2	3.4

Fuente: Expediente Clínico.

Tabla N° 23: Edad vs. Número de parejas sexuales en adolescentes embarazadas atendidas en el programa de control prenatal del centro de salud Martiniano Aguilar, municipio de Rancho Grande, Matagalpa. Segundo Semestre 2018.

n= 113

Edad	Número de parejas sexuales					
	Uno		Dos		Tres o más	
	Número	%	Número	%	Número	%
12-14	18	94.7	1	5.3	0	0
15-17	31	86.1	4	11.1	1	2.8
18-19	18	31.0	16	27.6	24	41.4

Fuente: Expediente Clínico.

Tabla 24: Escolaridad vs. uso de métodos anticonceptivos en adolescentes embarazadas atendidas en el programa de control prenatal del centro de salud Martiniano Aguilar, municipio de Rancho Grande, Matagalpa. Segundo Semestre 2018.

n= 113

Escolaridad	Uso de métodos anticonceptivos			
	Sí		No	
	Número	%	Número	%
Analfabeta	0	0	7	100.0
Primaria	12	16.4	61	83.6
Secundaria	7	23.3	23	76.7
Técnico	0	0	2	100.0
Universitaria	0	0	1	100.0

Fuente: Expediente Clínico.

Tabla 25. Estado civil vs. Número de parejas sexuales en adolescentes embarazadas atendidas en el programa de control prenatal del centro de salud Martiniano Aguilar, municipio de Rancho Grande, Matagalpa. Segundo Semestre 2018.

n= 113

Estado Civil	Número de parejas sexuales					
	Uno		Dos		Tres o más	
	Número	%	Número	%	Número	%
Soltera	26	83.9	4	12.9	1	3.2
Casada	7	63.6	1	9.1	3	27.3
Unión libre	34	47.9	16	22.5	21	29.6

Fuente: Expediente Clínico.

Tabla 26: Religión vs. Número de embarazos previos en adolescentes embarazadas atendidas en el programa de control prenatal del centro de salud Martiniano Aguilar, municipio de Rancho Grande, Matagalpa. Segundo Semestre 2018.

n= 113

Religión	Número de embarazos previos							
	Ninguno		Uno		Dos		Más de Dos	
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
Católica	21	55.3	10	26.3	6	15.8	1	2.6
Evangélica	38	55.1	24	34.8	6	8.7	1	1.4
Otras	3	60.0	2	40.0	0	0	0	0
Ninguna	0	0	1	100.0	0	0	0	0

Fuente: Expediente Clínico.

Tabla 27: Religión vs. Deseo de estar embarazada actualmente en las adolescentes embarazadas atendidas en el programa de control prenatal del centro de salud Martiniano Aguilar, municipio de Rancho Grande, Matagalpa. Segundo Semestre 2018.

n= 113

Religión	El actual embarazo es deseado			
	SI		NO	
	Número	%	Número	%
Católica	17	44.7	21	55.3
Evangélica	44	63.8	25	36.2
Otras	4	80.0	1	20.0
Ninguna	1	100.0	0	0

Fuente: Expediente Clínico.

Tabla 28: Religión vs. uso de métodos anticonceptivos en adolescentes embarazadas atendidas en el programa de control prenatal del centro de salud Martiniano Aguilar, municipio de Rancho Grande, Matagalpa. Segundo Semestre 2018.

n= 113

Religión	Uso de métodos anticonceptivos			
	SI		NO	
	Número	%	Número	%
Católica	7	18.4	31	81.6
Evangélica	11	15.9	58	84.1
Otras	1	20.0	4	80.0
Ninguna	0	0	1	100.0

Fuente: Expediente Clínico.

Tabla 29: Procedencia vs. uso de métodos anticonceptivos en adolescentes embarazadas atendidas en el programa de control prenatal del centro de salud Martiniano Aguilar, municipio de Rancho Grande, Matagalpa. Segundo Semestre 2018.

n= 113

Procedencia	Uso de métodos anticonceptivos			
	SI		NO	
	Número	%	Número	%
Urbano	6	16.7	30	83.3
Rural	13	16.9	64	83.1

Fuente: Expediente Clínico.

Tabla 30: Procedencia vs. Número de hijos vivos en adolescentes embarazadas atendidas en el programa de control prenatal del centro de salud Martiniano Aguilar, municipio de Rancho Grande, Matagalpa. Segundo Semestre 2018.

n= 113

	Número de hijos vivos							
	Ninguno		Uno		Dos		Más de Dos	
Procedencia	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
Urbano	26	72.2	6	16.6	4	11.2	0	0
Rural	43	55.8	26	33.8	7	9.1	1	1.3

Fuente: Expediente Clínico.

Tabla 31: Inicio de vida sexual activa vs. Número de embarazos previos en adolescentes embarazadas atendidas en el programa de control prenatal del centro de salud Martiniano Aguilar, municipio de Rancho Grande, Matagalpa. Segundo Semestre 2018.

n= 113

IVSA	Número de embarazos previos							
	Ninguno		Uno		Dos		Más de Dos	
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
11-13 años	25	69.4	7	19.4	3	8.4	1	2.8
14-16 años	31	56.4	16	29.1	7	12.7	1	1.8
17-19 años	6	27.3	14	63.6	2	9.1	0	0

Fuente: Expediente Clínico.

Tabla 32: Semanas de Gestación al terminar el embarazo vs. Número de CPN en Embarazadas adolescentes atendidas en el programa de control prenatal del centro de salud Martiniano Aguilar, municipio de Rancho Grande, Matagalpa. Segundo Semestre 2018.

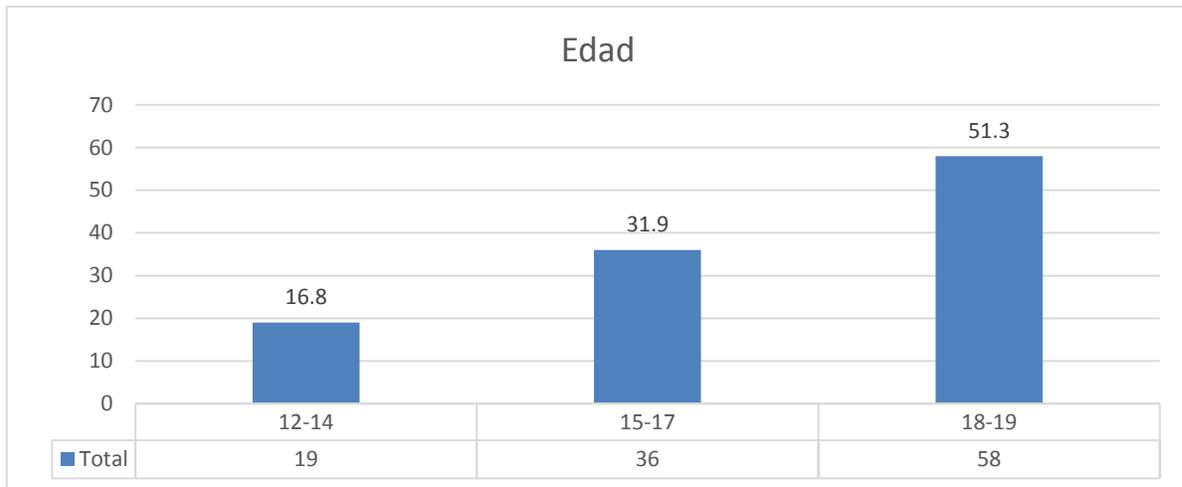
n= 113

Semanas de Gestación	Número de CPN							
	Uno		Dos		Tres		Cuatro o más	
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
<12	5	100.0	0	0	0	0	0	0
13-19	4	80.0	1	20.0	0	0	0	0
20-33	1	20.0	0	0	1	20.0	3	60.0
34-40	1	1.0	1	1.0	13	12.9	86	85.1

Fuente: Expediente Clínico.

Gráfico 1

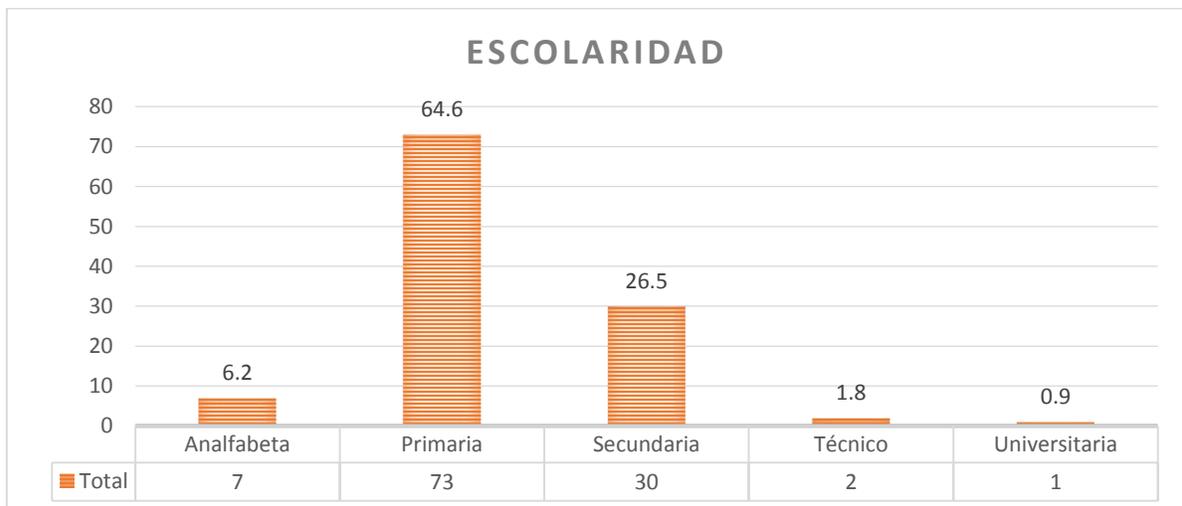
Edad de adolescentes embarazadas atendidas en el programa de control prenatal del centro de salud Martiniano Aguilar, municipio de Rancho Grande, Matagalpa. Segundo Semestre 2018.



Fuente: Tabla 1

Gráfico 2

Escolaridad de adolescentes embarazadas atendidas en el programa de control prenatal del centro de salud Martiniano Aguilar, municipio de Rancho Grande, Matagalpa. Segundo Semestre 2018.



Fuente: Tabla 1

Gráfico 3

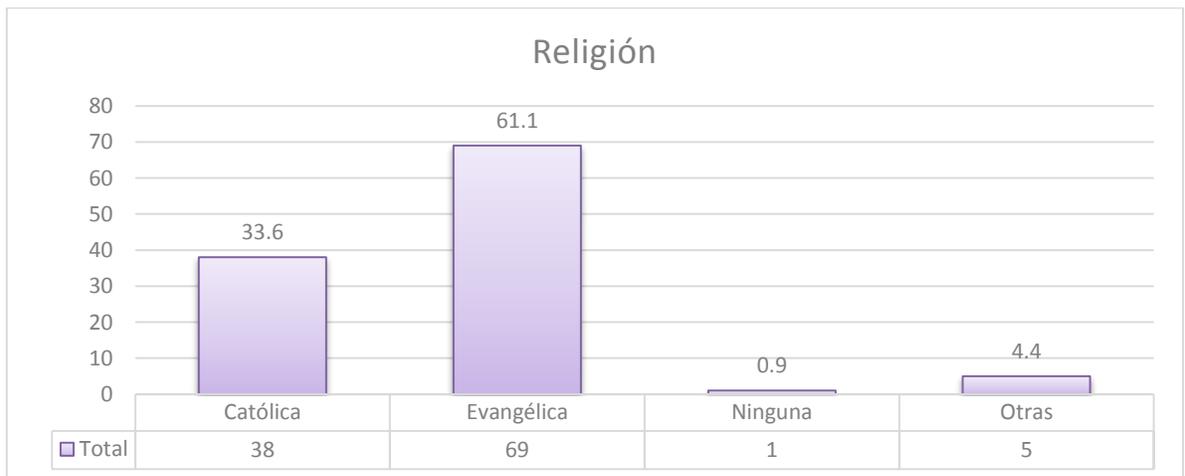
Estado civil de Embarazadas adolescentes atendidas en el programa de control prenatal del centro de salud Martiniano Aguilar, municipio de Rancho Grande, Matagalpa. Segundo Semestre 2018.



Fuente: Tabla 1

Gráfico 4

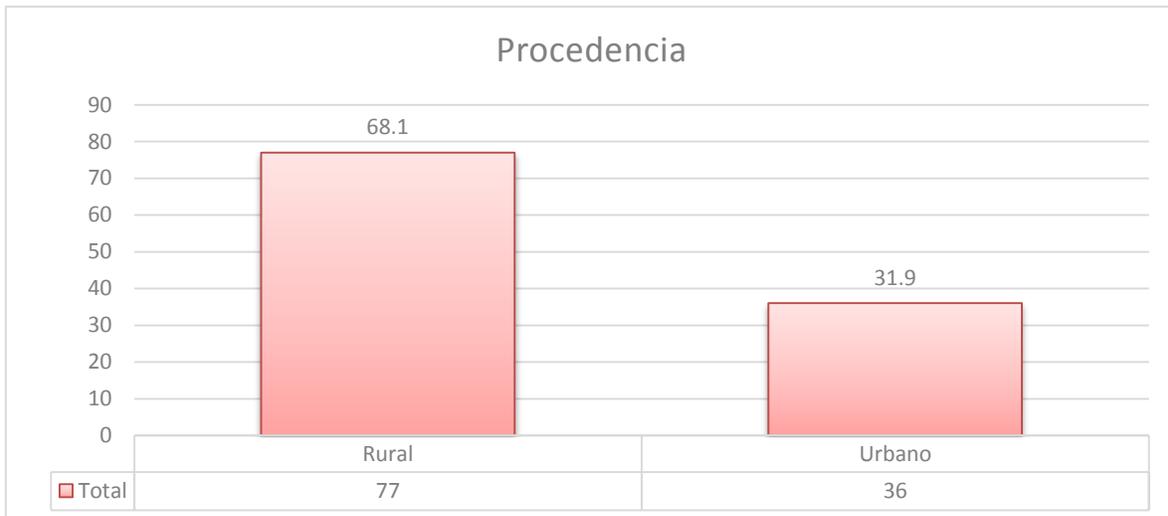
Religión de Embarazadas adolescentes atendidas en el programa de control prenatal del centro de salud Martiniano Aguilar, municipio de Rancho Grande, Matagalpa. Segundo Semestre 2018.



Fuente: Tabla 1

Gráfico 5

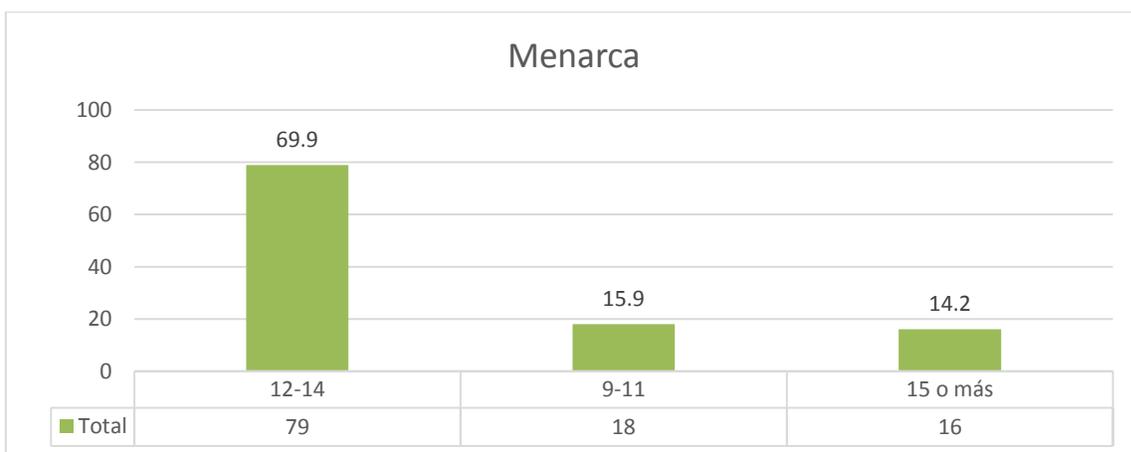
Procedencia de adolescentes embarazadas atendidas en el programa de control prenatal del centro de salud Martiniano Aguilar, municipio de Rancho Grande, Matagalpa. Segundo Semestre 2018.



Fuente: Tabla 1

Gráfico 6

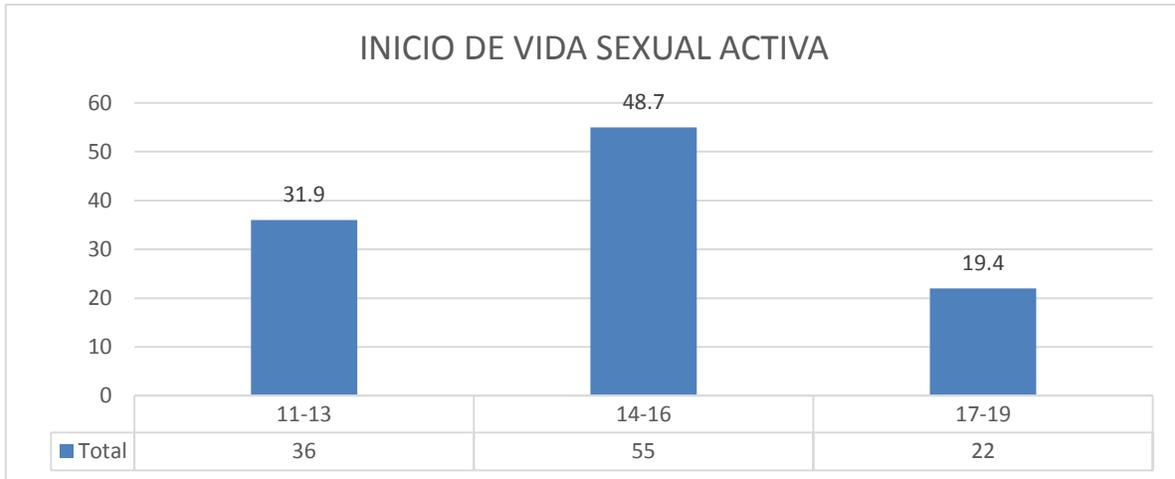
Edad de Menarca de Embarazadas adolescentes atendidas en el programa de control prenatal del centro de salud Martiniano Aguilar, municipio de Rancho Grande, Matagalpa. Segundo Semestre 2018.



Fuente: Tabla 2

Gráfico 7

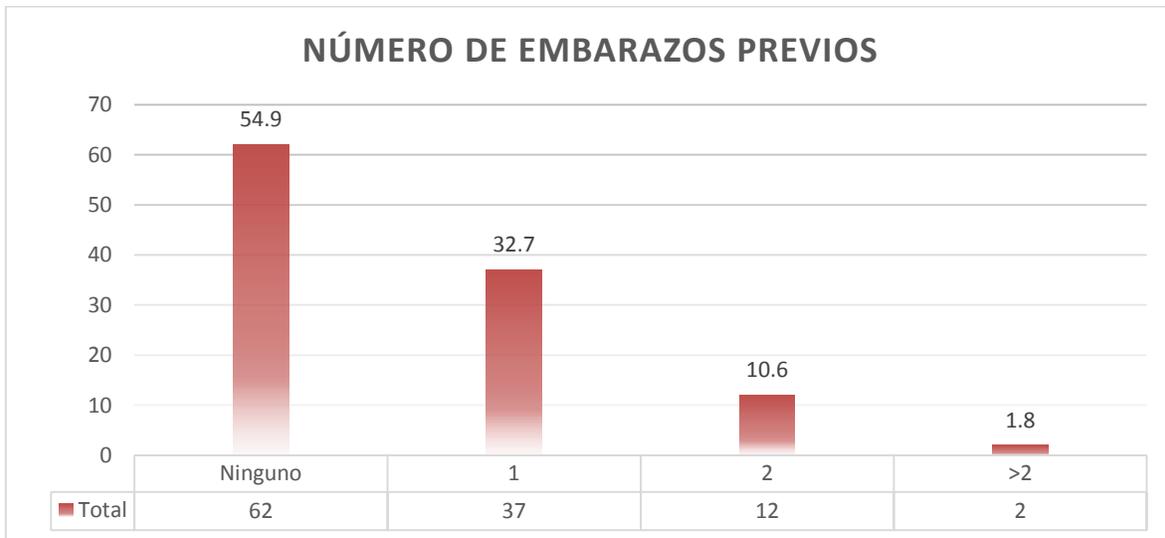
Inicio de vida sexual activa de Embarazadas adolescentes atendidas en el programa de control prenatal del centro de salud Martiniano Aguilar, municipio de Rancho Grande, Matagalpa. Segundo Semestre 2018.



Fuente: Tabla 3

Gráfico 8

Número de embarazos previos en Embarazadas adolescentes atendidas en el programa de control prenatal del centro de salud Martiniano Aguilar, municipio de Rancho Grande, Matagalpa. Segundo Semestre 2018.



Fuente: Tabla 4

Gráfico 9

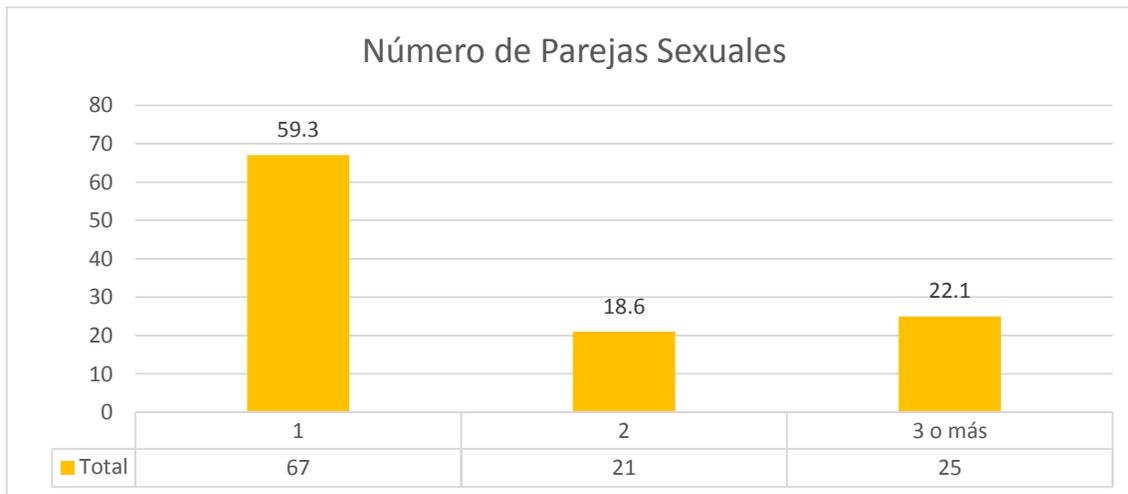
Número de hijos vivos de Embarazadas adolescentes atendidas en el programa de control prenatal del centro de salud Martiniano Aguilar, municipio de Rancho Grande, Matagalpa. Segundo Semestre 2018.



Fuente: Tabla 5

Gráfico 10

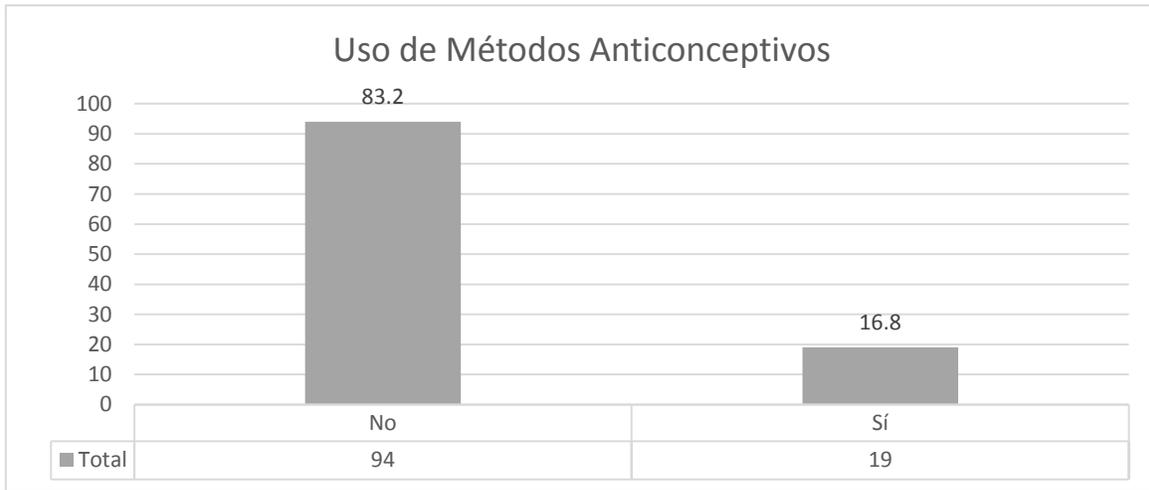
Número de parejas sexuales de adolescentes embarazadas atendidas en el programa de control prenatal del centro de salud Martiniano Aguilar, municipio de Rancho Grande, Matagalpa. Segundo Semestre 2018.



Fuente: Tabla 6

Gráfico 11

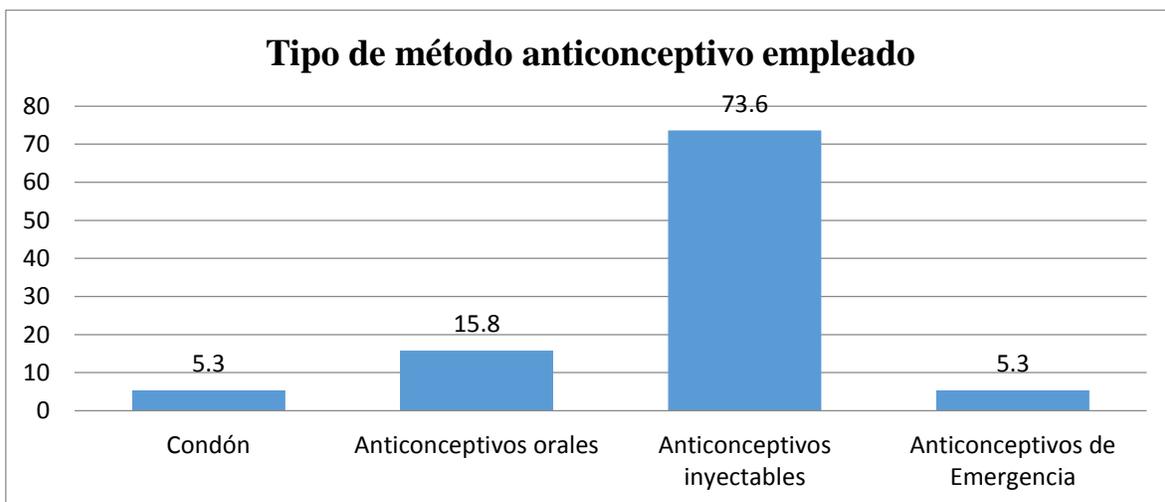
Uso de métodos anticonceptivos en adolescentes embarazadas atendidas en el programa de control prenatal del centro de salud Martiniano Aguilar, municipio de Rancho Grande, Matagalpa. Segundo Semestre 2018.



Fuente: Tabla 7

Gráfico 12

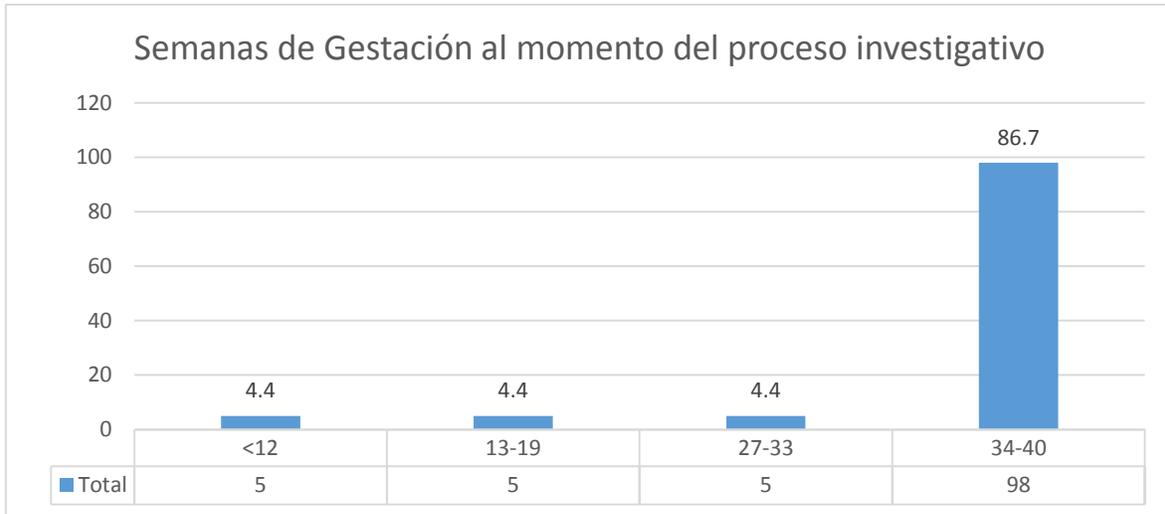
Tipo de método anticonceptivo usado por adolescentes embarazadas atendidas en el programa de control prenatal del centro de salud Martiniano Aguilar, municipio de Rancho Grande, Matagalpa. Segundo Semestre 2018.



Fuente: Tabla 8

Gráfico 13

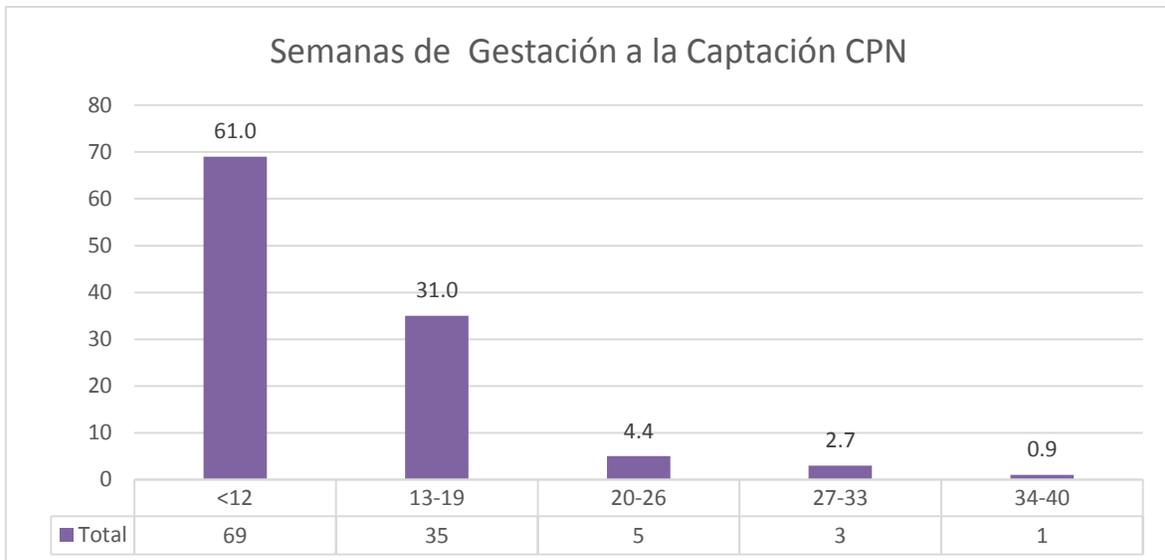
Semanas de Gestación al momento del proceso investigativo en adolescentes embarazadas atendidas en el programa de control prenatal del centro de salud Martiniano Aguilar, municipio de Rancho Grande, Matagalpa. Segundo Semestre 2018.



Fuente: Tabla 9

Gráfico 14

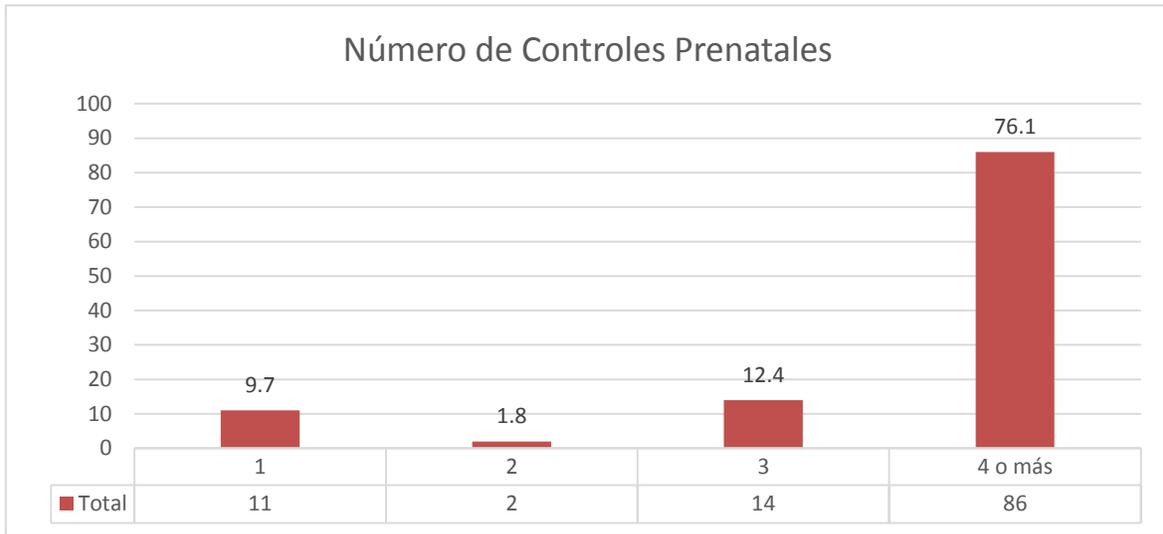
Semanas de Gestación a la captación en Atención Prenatal en adolescentes embarazadas atendidas en el programa de control prenatal del centro de salud Martiniano Aguilar, municipio de Rancho Grande, Matagalpa. Segundo Semestre 2018.



Fuente: Tabla 10

Gráfico 15

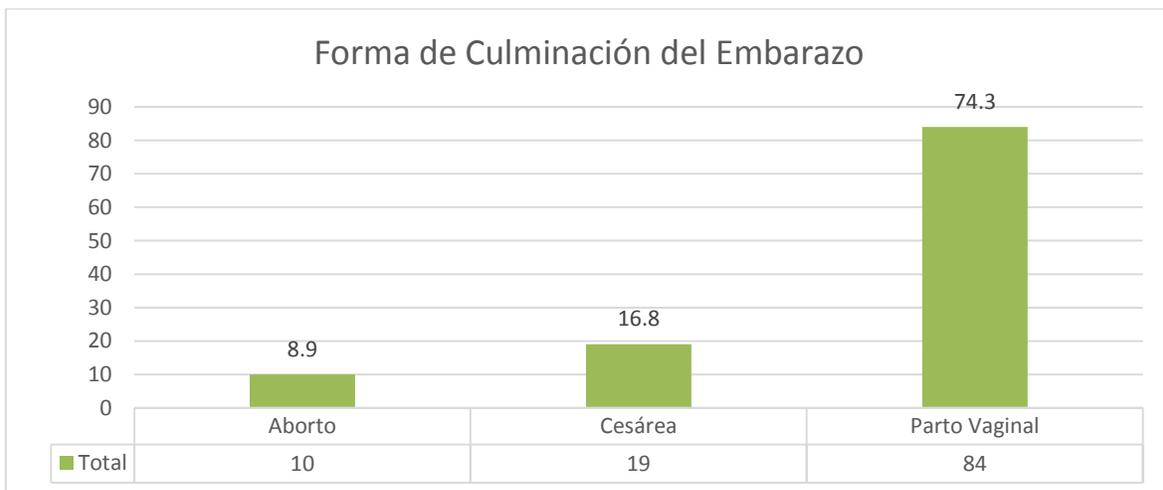
Número de Controles Prenatales en adolescentes embarazadas atendidas en el programa de control prenatal del centro de salud Martiniano Aguilar, municipio de Rancho Grande, Matagalpa. Segundo Semestre 2018.



Fuente: Tabla 11

Gráfico 16

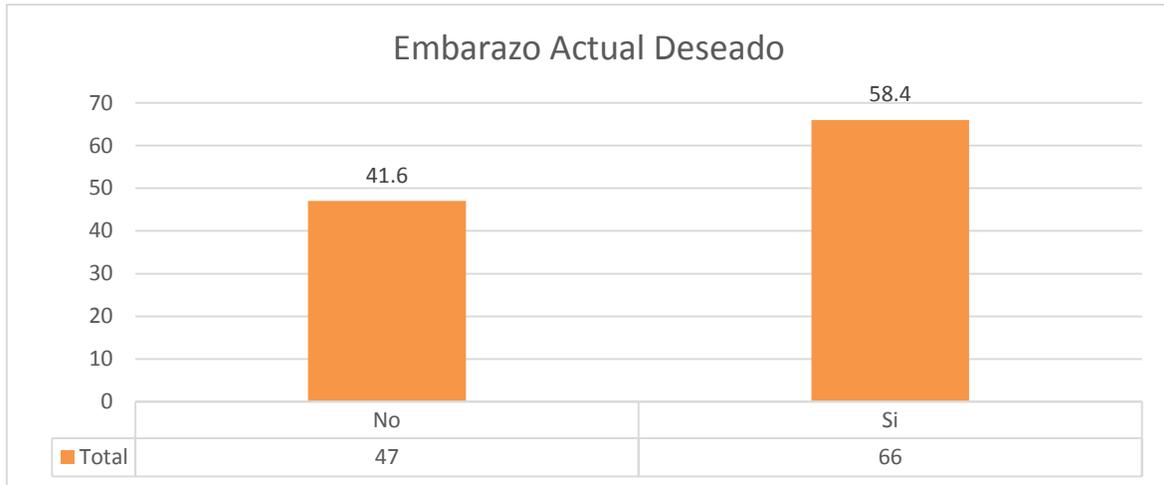
Forma/Vía de culminación del embarazo en adolescentes embarazadas atendidas en el programa de control prenatal del centro de salud Martiniano Aguilar, municipio de Rancho Grande, Matagalpa. Segundo Semestre 2018



Fuente: Tabla 12

Gráfico 17

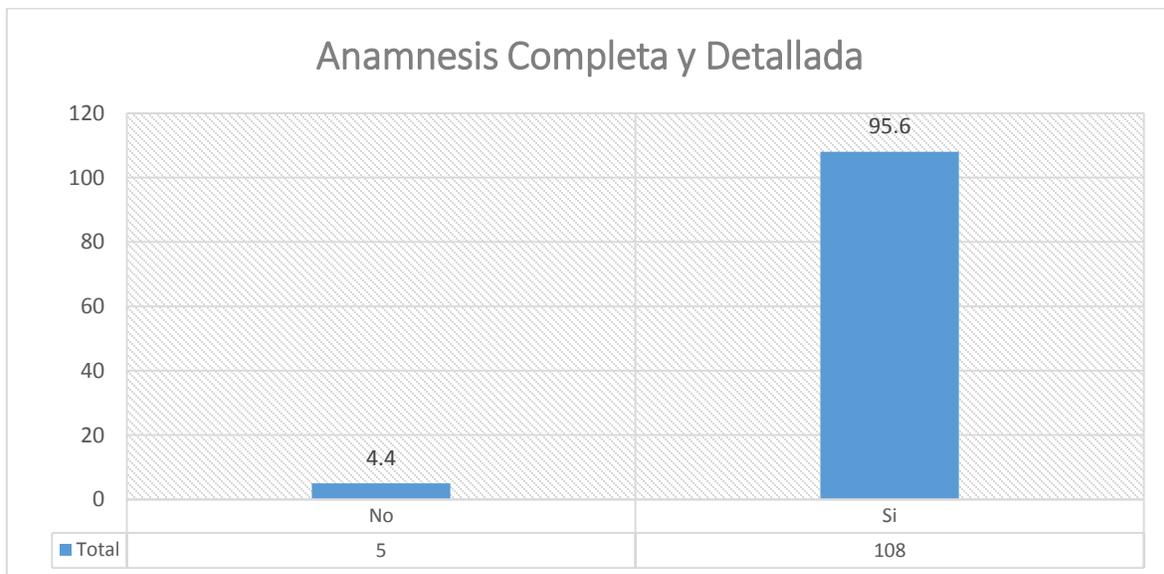
Deseo de gestación actual de adolescentes embarazadas atendidas en el programa de control prenatal del centro de salud Martiniano Aguilar, municipio de Rancho Grande, Matagalpa. Segundo Semestre 2018



Fuente: Tabla 13

Gráfico 18

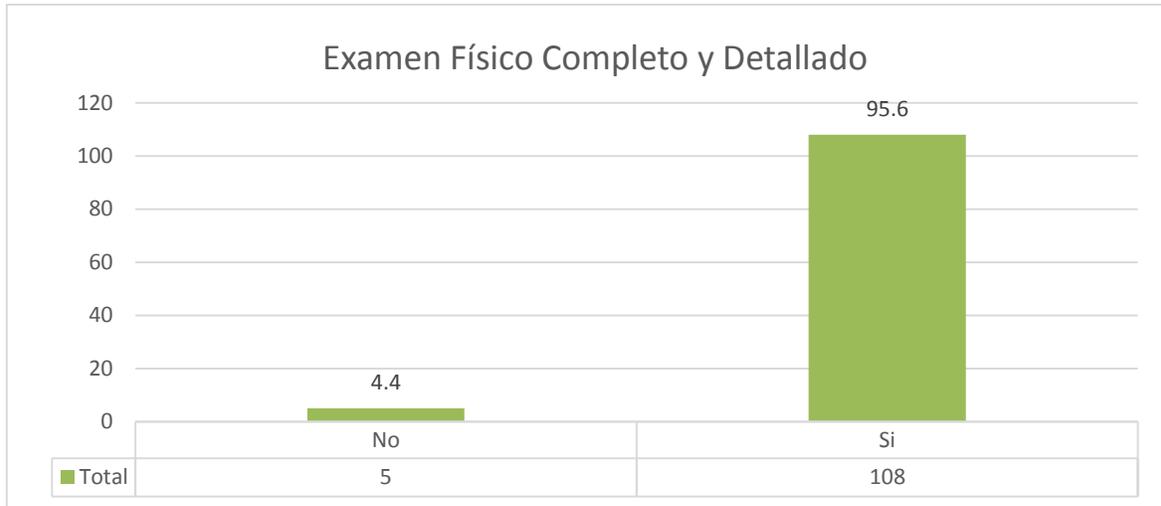
Se realizó Anamnesis Completa y Detallada en adolescentes embarazadas atendidas en el programa de control prenatal del centro de salud Martiniano Aguilar, municipio de Rancho Grande, Matagalpa. Segundo Semestre 2018



Fuente: Tabla 14

Gráfico 19

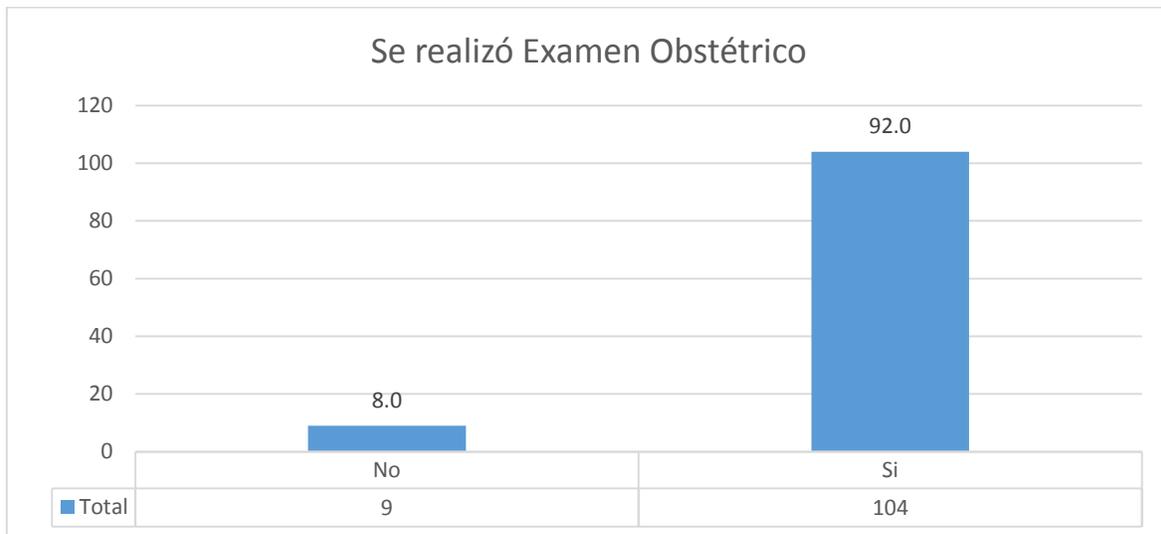
Se realizó Examen físico Completo y Detallado en adolescentes embarazadas atendidas en el programa de control prenatal del centro de salud Martiniano Aguilar, municipio de Rancho Grande, Matagalpa. Segundo Semestre 2018



Fuente: Tabla 15

Gráfico 20

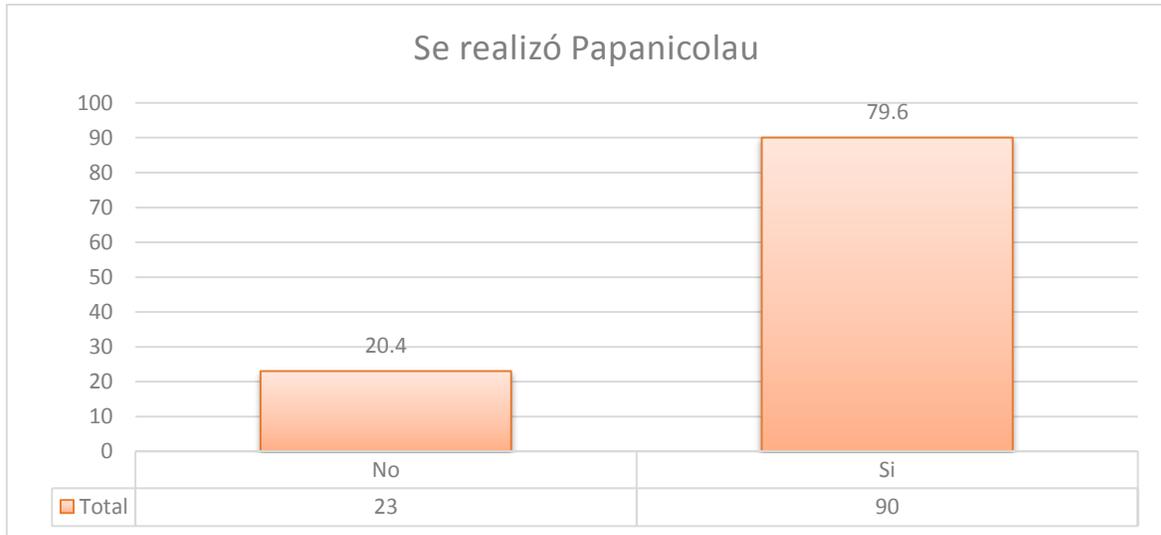
Se Realizó Examen Obstétrico en adolescentes embarazadas atendidas en el programa de control prenatal del centro de salud Martiniano Aguilar, municipio de Rancho Grande, Matagalpa. Segundo Semestre 2018



Fuente: Tabla 16

Gráfico 21

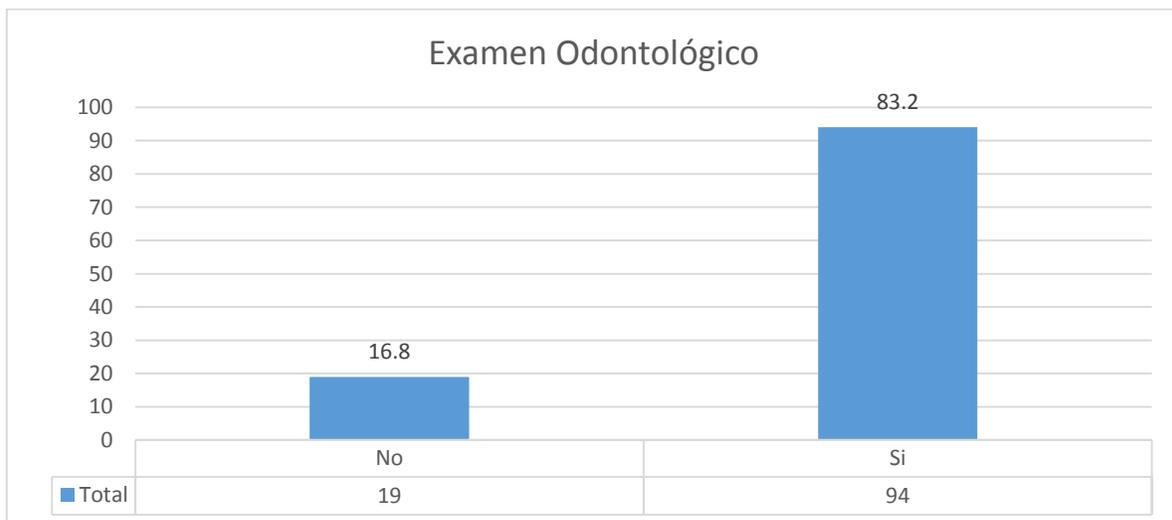
Se realizó Citología Cervical en adolescentes embarazadas atendidas en el programa de control prenatal del centro de salud Martiniano Aguilar, municipio de Rancho Grande, Matagalpa. Segundo Semestre 2018



Fuente: Tabla 17

Gráfico 22

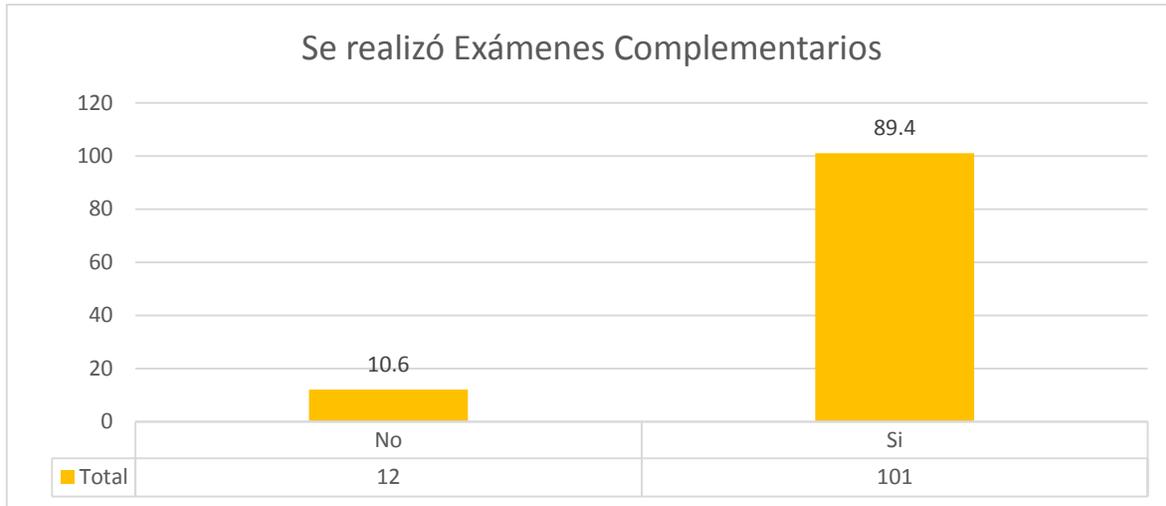
Se realizó Examen Odontológico en adolescentes embarazadas atendidas en el programa de control prenatal del centro de salud Martiniano Aguilar, municipio de Rancho Grande, Matagalpa. Segundo Semestre 2018



Fuente: Tabla 18

Gráfico 23

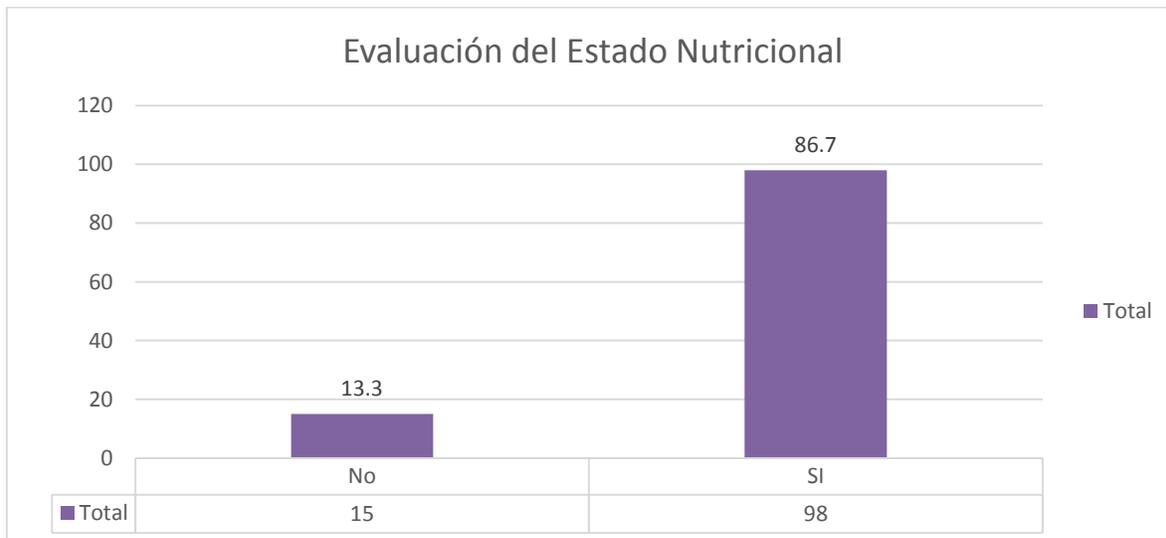
Se Realizó Exámenes Complementarios en adolescentes embarazadas atendidas en el programa de control prenatal del centro de salud Martiniano Aguilar, municipio de Rancho Grande, Matagalpa. Segundo Semestre 2018



Fuente: Tabla 19

Gráfico 24

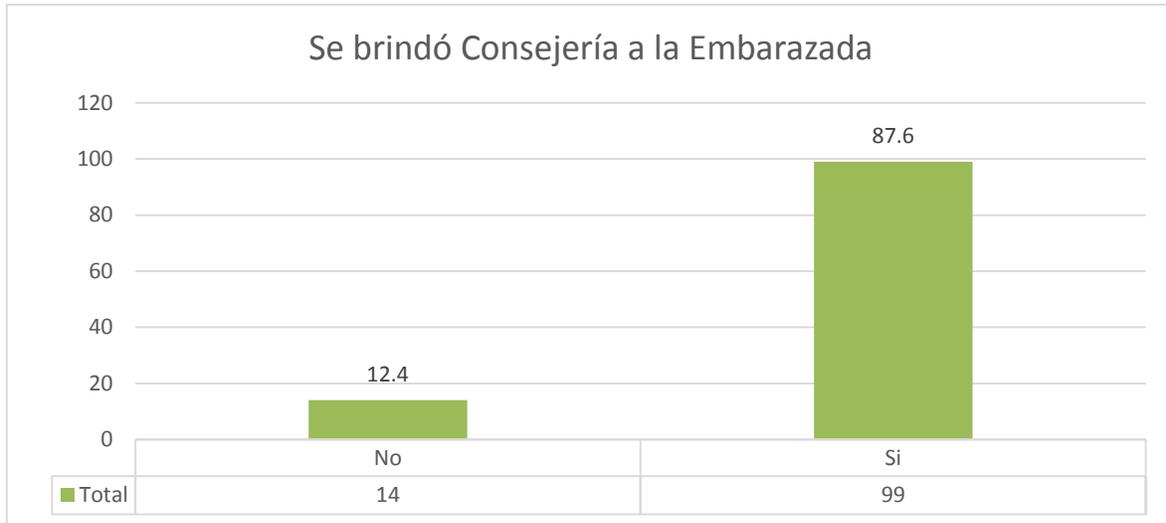
Se realizó Evaluación Nutricional en adolescentes embarazadas atendidas en el programa de control prenatal del centro de salud Martiniano Aguilar, municipio de Rancho Grande, Matagalpa. Segundo Semestre 2018



Fuente: Tabla 20

Gráfico 25

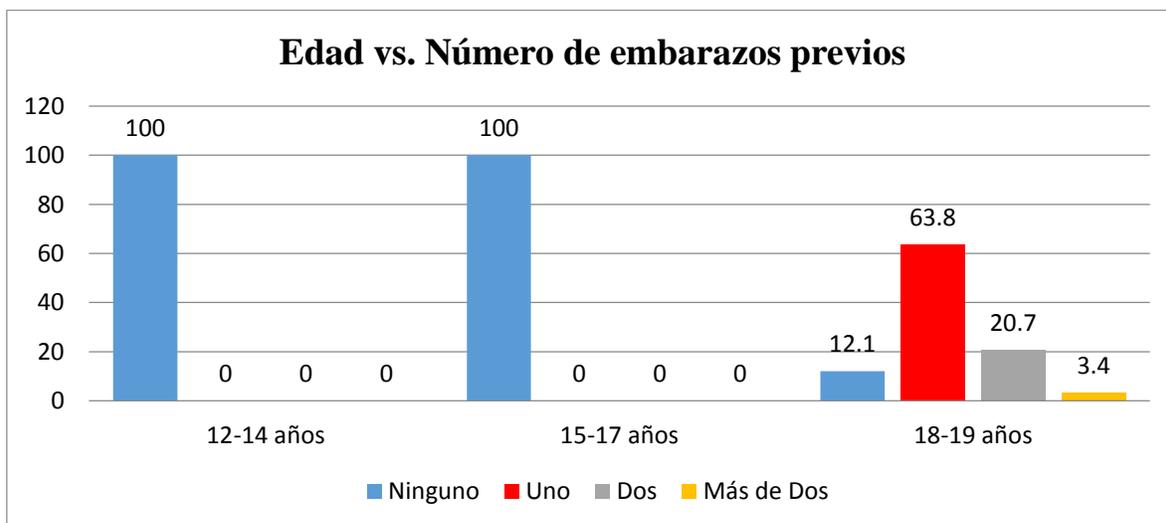
Se brindó consejería a las adolescentes embarazadas atendidas en el programa de control prenatal del centro de salud Martiniano Aguilar, municipio de Rancho Grande, Matagalpa. Segundo Semestre 2018



Fuente: Tabla 21

Gráfico 26

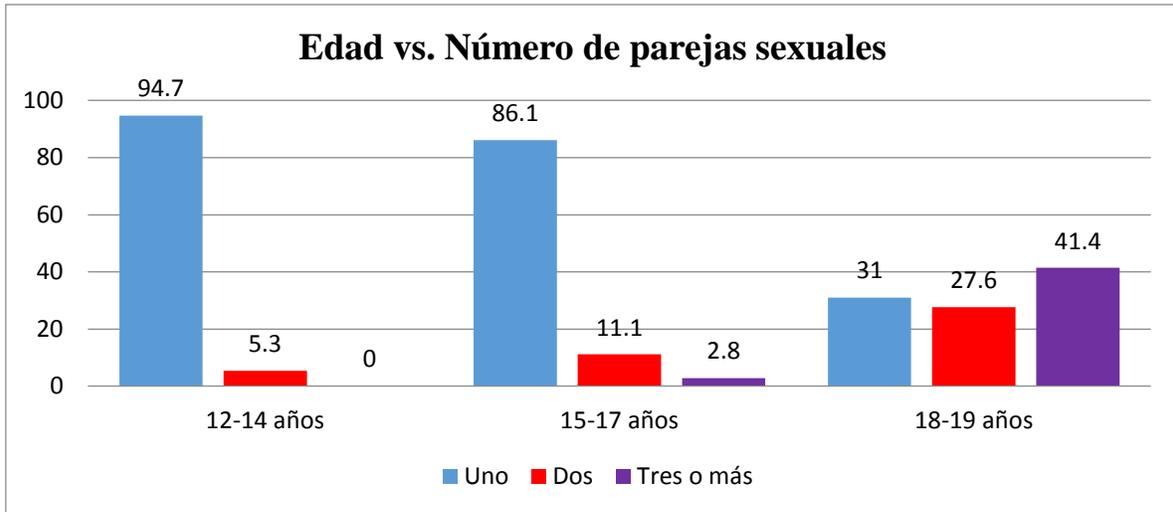
Edad vs. Número de embarazos previos en adolescentes embarazadas atendidas en el programa de control prenatal del centro de salud Martiniano Aguilar, municipio de Rancho Grande, Matagalpa. Segundo Semestre 2018



Fuente: Tabla 22

Gráfico 27

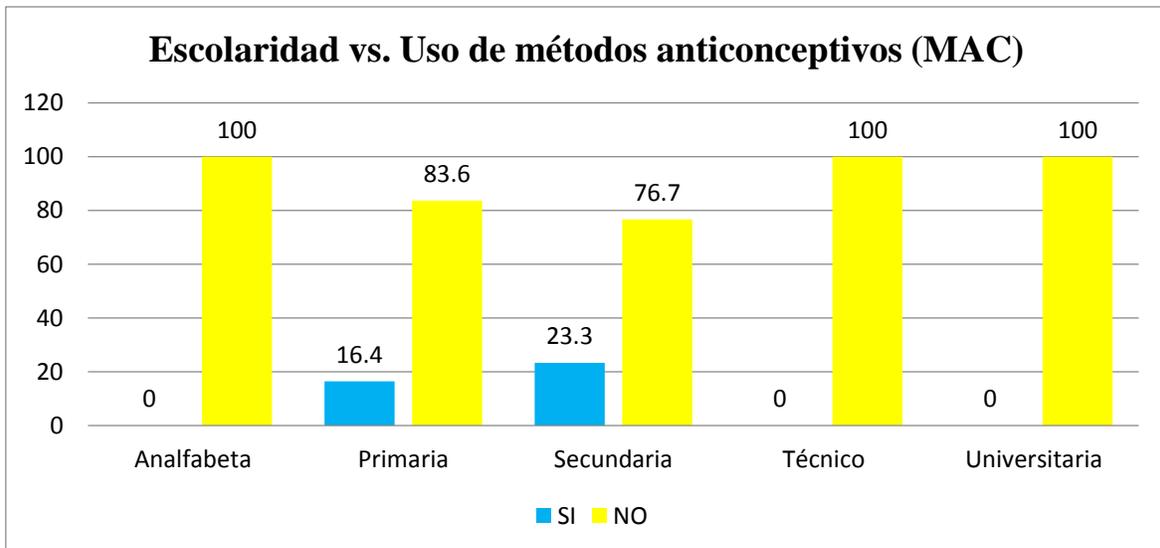
Edad vs. Número de parejas sexuales en adolescentes embarazadas atendidas en el programa de control prenatal del centro de salud Martiniano Aguilar, municipio de Rancho Grande, Matagalpa. Segundo Semestre 2018.



Fuente: Tabla 23

Gráfico 28

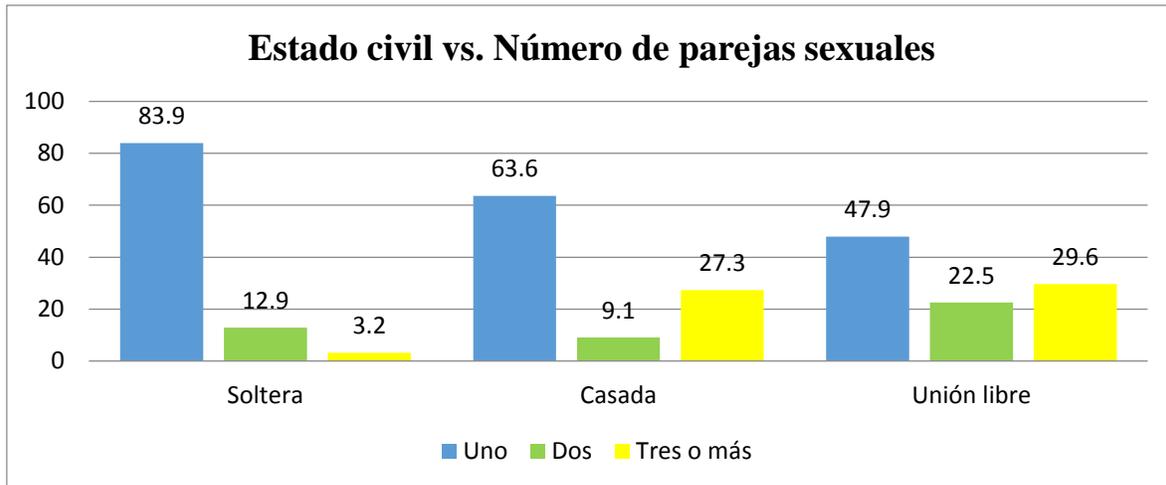
Escolaridad vs uso de Métodos Anticonceptivos en adolescentes embarazadas atendidas en el programa de control prenatal del centro de salud Martiniano Aguilar, municipio de Rancho Grande, Matagalpa. Segundo Semestre 2018



Fuente: Tabla 24

Gráfico 29

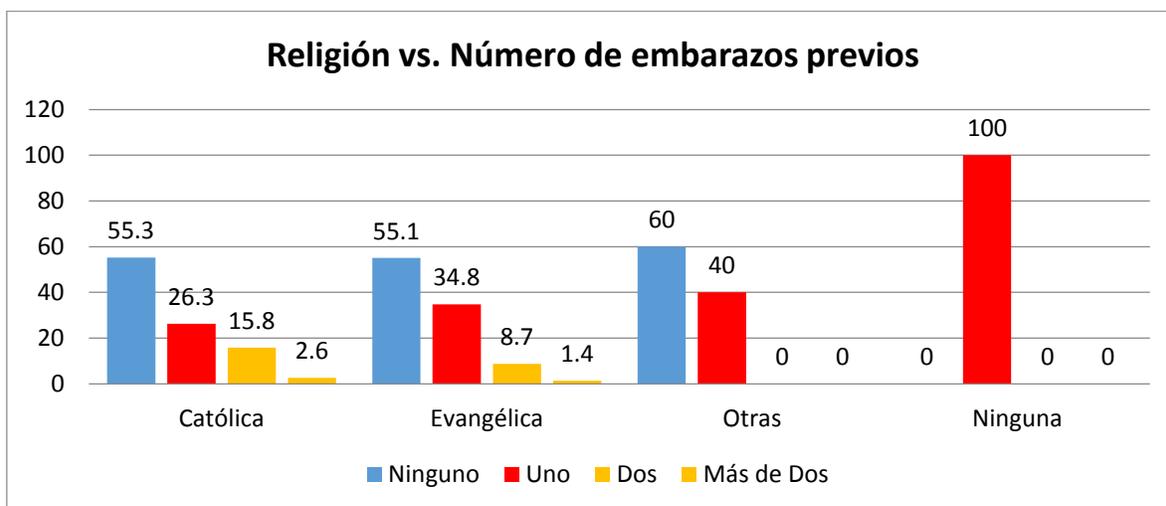
Estado Civil vs número de Parejas sexuales en adolescentes embarazadas atendidas en el programa de control prenatal del centro de salud Martiniano Aguilar, municipio de Rancho Grande, Matagalpa. Segundo Semestre 2018



Fuente: Tabla 25

Gráfico 30

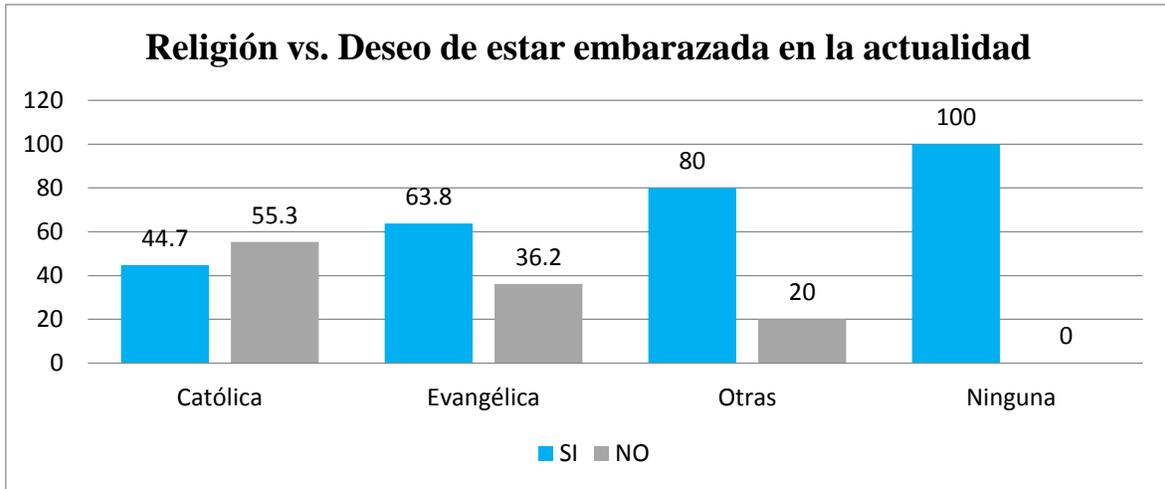
Religión vs número de embarazos previos en adolescentes embarazadas atendidas en el programa de control prenatal del centro de salud Martiniano Aguilar, municipio de Rancho Grande, Matagalpa. Segundo Semestre 2018



Fuente: Tabla 26

Gráfico 31

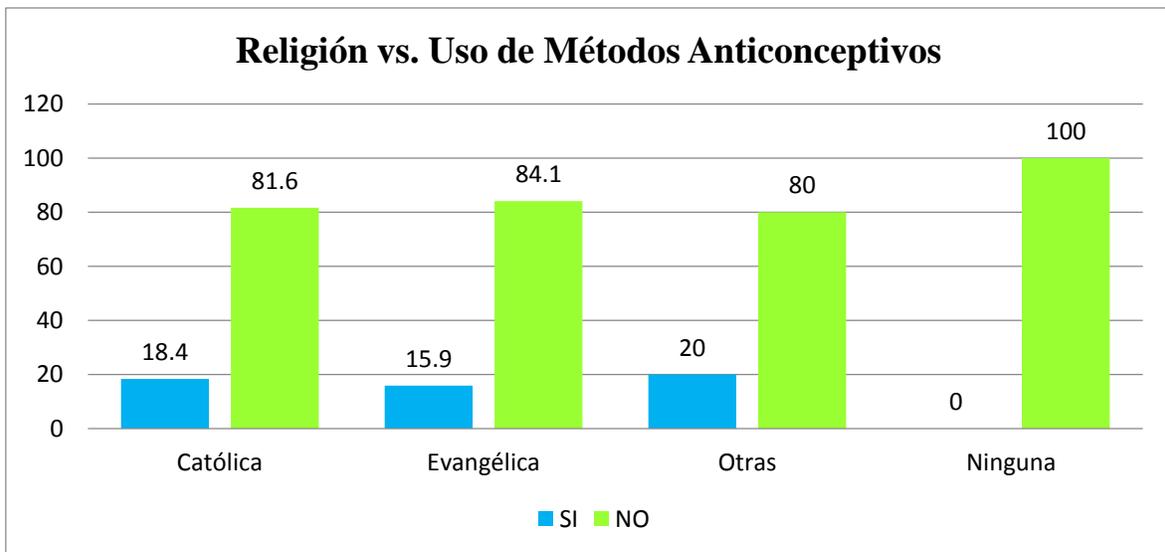
Religión vs Deseo del embarazo actual en adolescentes embarazadas atendidas en el programa de control prenatal del centro de salud Martiniano Aguilar, municipio de Rancho Grande, Matagalpa. Segundo Semestre 2018



Fuente: Tabla 27

Gráfico 32

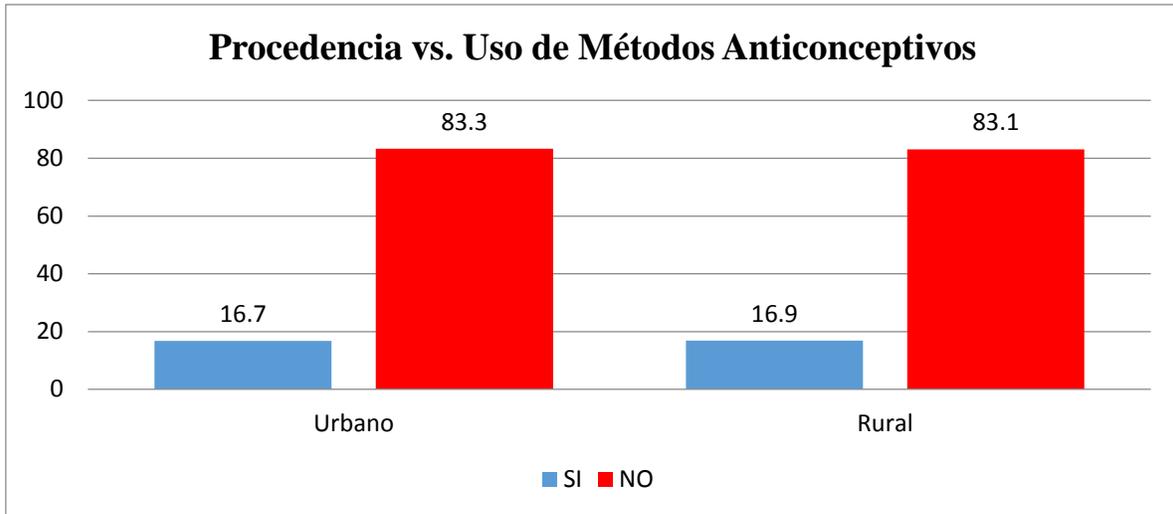
Religión vs uso de Método Anticonceptivo en adolescentes embarazadas atendidas en el programa de control prenatal del centro de salud Martiniano Aguilar, municipio de Rancho Grande, Matagalpa. Segundo Semestre 2018



Fuente: Tabla 28

Gráfico 33

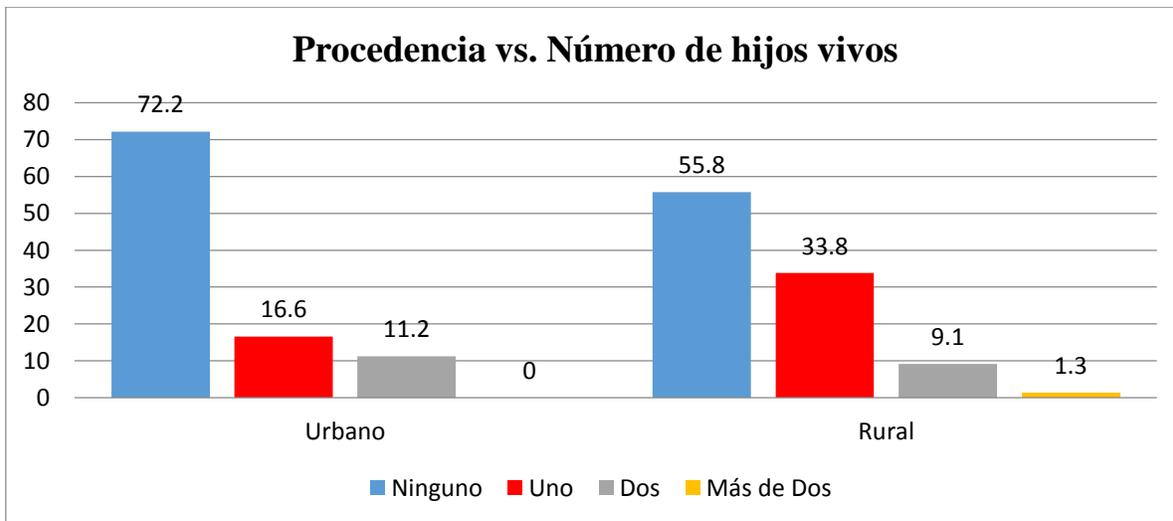
Procedencia vs uso de Métodos anticonceptivo en adolescentes embarazadas atendidas en el programa de control prenatal del centro de salud Martiniano Aguilar, municipio de Rancho Grande, Matagalpa. Segundo Semestre 2018



Fuente: Tabla 29

Gráfico 34

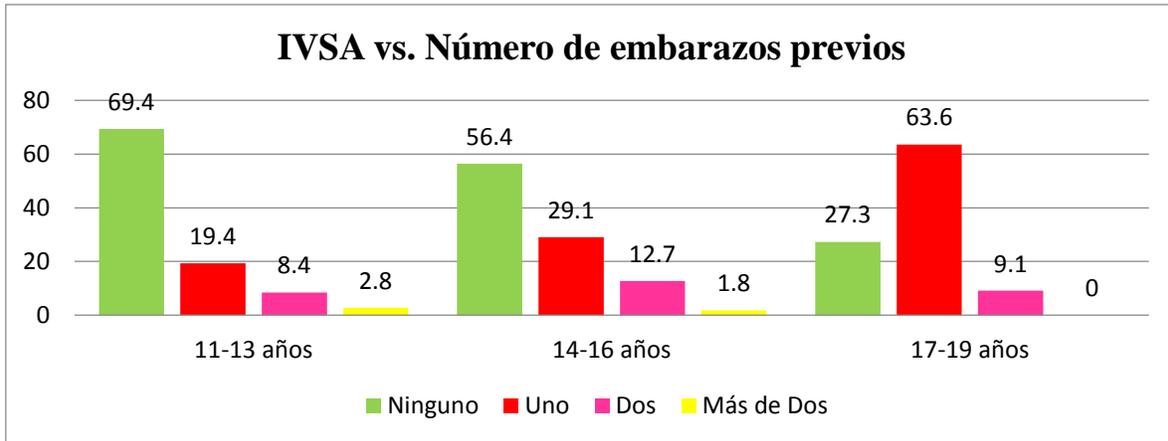
Procedencia vs número de hijos vivos en adolescentes embarazadas atendidas en el programa de control prenatal del centro de salud Martiniano Aguilar, municipio de Rancho Grande, Matagalpa. Segundo Semestre 2018



Fuente: Tabla 30

Gráfico 35

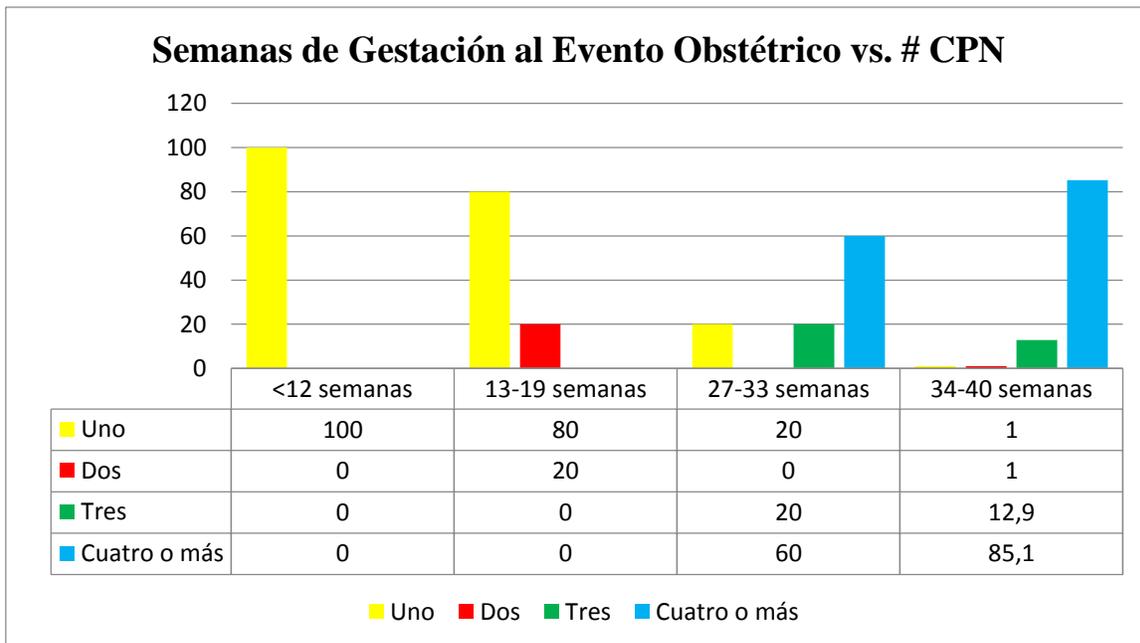
IVSA vs número de embarazos previos en adolescentes embarazadas atendidas en el programa de control prenatal del centro de salud Martiniano Aguilar, municipio de Rancho Grande, Matagalpa. Segundo Semestre 2018



Fuente: Tabla 31

Gráfico 36

Semanas de Gestación al terminar el embarazo vs número de CPN en adolescentes embarazadas atendidas en el programa de control prenatal del centro de salud Martiniano Aguilar, Rancho Grande, Matagalpa. Segundo Semestre 2018



Fuente: Tabla 32