



UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
NICARAGUA,  
MANAGUA  
UNAN - MANAGUA

**Trabajo Monográfico para optar al Título de Doctor en Medicina y Cirugía.**

**Informe Final.**

**Comportamiento clínico-epidemiológico del embarazo en adolescentes de 15 a 19 años  
atendidas en el Hospital Amistad México-Nicaragua del municipio de Ticuantepe,  
Managua. 2019.**

Autores:

Br. María Guadalupe Ramírez Zamora.  
Br. Fernando Alexander Ramírez Zamora.  
Br. Alfonso Ricardo Pérez Ayestas.

Tutor:

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

Managua, marzo 2021.

## **Dedicatoria**

Al creador de todas las cosas, el que nos ha dado la fortaleza para continuar y seguir adelante a pesar de las adversidades; por ello, con toda la humildad de nuestro corazón, dedicamos primeramente este trabajo a Dios.

A nuestros padres, por ser parte esencial de la carrera; motores de proyectos; guías; y ayuda presente en el momento de los problemas que se presentaron, sus bendiciones a diario a lo largo de nuestras nos protegen y llevan por el camino del bien.

A familiares y amigos en general, por brindarnos su apoyo incondicional y compartir buenos y malos momentos.

Alfonso Ricardo Pérez Aystas.  
María Guadalupe Ramírez Zamora.  
Fernando Alexander Ramírez Zamora.

## **Agradecimiento**

A Dios, por bendecirnos con su infinito amor y acompañarnos en el transcurso de nuestra formación profesional, permitiéndonos compartir este momento de felicidad con nuestros seres queridos.

A nuestros padres, por sus esfuerzos al darnos las herramientas necesarias para una vida mejor. No solo han sido la ayuda idónea, sino también el más grande regalo que el creador nos ha dado.

Al Dr. Francisco Reyes, por compartirnos su sabiduría y enseñanzas a lo largo de este proceso.

A amigos y personas incondicionales que estuvieron presente a lo largo de este trabajo y que sin duda nos dieron su apoyo, fuerzas y cariño.

Alfonso Ricardo Pérez Aystas.  
María Guadalupe Ramírez Zamora.  
Fernando Alexander Ramírez Zamora.

## **Opinión del Tutor**

El presente estudio sobre el comportamiento clínico-epidemiológico del embarazo en adolescentes de 15 a 19 años atendidas en el Hospital Amistad México-Nicaragua del municipio de Ticuantepe, del Departamento de Managua, en el año 2019, realizado por los Bachilleres María Guadalupe Ramírez Zamora, Fernando Alexander Ramírez Zamora y Alfonso Ricardo Pérez Ayestas, es de mucha importancia debido al impacto socioeconómico, contribuyendo a la tasa de mortalidad materna e infantil y al círculo de enfermedad y pobreza en una gran mayoría de la población mundial.

Nicaragua sigue ocupando el segundo lugar de tasas de embarazo adolescente a nivel de las Américas. Sus complicaciones son la segunda causa de muerte entre las adolescentes de 15 a 19 años en todo el mundo. La información acerca del comportamiento del embarazo adolescente desarrollará condiciones personales, familiares y comunitarias que logren cambios de actitud e impulsen una salud sexual y reproductiva de las adolescentes, con un enfoque integral.

Los resultados alcanzados en el estudio han sido posibles por la dedicación, interés, responsabilidad e iniciativa demostrada por los bachilleres María Guadalupe Ramírez Zamora, Fernando Alexander Ramírez Zamora y Alfonso Ricardo Pérez Ayestas, durante todo el proceso de la investigación, lo cual permitió haber logrado la aplicación de una metodología regida en todo momento por un alto nivel científico.

Felicito a los Bachilleres María Guadalupe Ramírez Zamora, Fernando Alexander Ramírez Zamora y Alfonso Ricardo Pérez Ayestas, 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 clínico-epidemiológico del embarazo en adolescentes de 15 a 19 años que asistieron al programa de control prenatal (CPN), del Hospital Amistad México-Nicaragua del municipio de Ticuantepe, Managua, en el periodo del 1° de Enero al 31 de diciembre de 2019.

### Metodología:

Con un estudio de tipo cuantitativo, observacional, descriptivo de corte transversal, con una muestra de 86 adolescentes embarazadas que asistieron al programa de control prenatal (CPN), del Hospital Amistad México-Nicaragua del municipio de Ticuantepe, Managua, en el periodo del 1° de enero al 31 de diciembre de 2019.

### Resultados:

El 63.9 % tenían de 18 a 19 años. Escolaridad secundaria en el 74.4%. En “Unión libre” en un 58.1%. Religión católica con el 64.0% de la muestra, teniendo una procedencia rural del 76.7%. Un 58.1% iniciaron relaciones sexuales entre los 14 y 16 años. Un 74.4% de las adolescentes no tenían embarazo previo, en el 81.4% de las adolescentes embarazadas habían sostenido relaciones sexuales solamente con 1 pareja. El 74.4% de las adolescentes no usaban métodos anticonceptivos. El 75.5% fueron captadas en el programa de CPN antes de las 12 semanas de gestación, y dentro de este grupo, la mayoría (44.2%) se le realizó un número de 4 controles prenatales. En el 60.5% las adolescentes embarazadas no tuvieron el deseo de ser madres.

### Conclusiones:

La mayoría tenían edades entre 18 a 19 años, escolaridad secundaria, católicas, en unión libre y de procedencia rural. Predominando la edad de menarca entre 12 a 14 años, IVSA de 14 a 16 años, 1 compañero sexual, nulíparas y No utilizaron métodos anticonceptivos. La captación de la adolescente al programa de APN se realizó antes de la semana 12, teniendo 4 controles prenatales, el 39.5% tenía el deseo de continuar con su embarazo.

**Palabras Clave** (*Embarazo Adolescente – Control Prenatal*)

<b>Contenido</b>	
<b>Dedicatoria</b> .....	<b>ii</b>
<b>Agradecimiento</b> .....	<b>iii</b>
<b>Opinión del Tutor</b> .....	<b>iv</b>
<b>Resumen</b> .....	<b>v</b>
<b>Capítulo I</b> .....	<b>2</b>
<b>Generalidades</b> .....	<b>2</b>
<b>1.1 Introducción</b> .....	<b>3</b>
1.2 Antecedentes .....	4
1.3. Justificación.....	8
<b>1.4. Planteamiento del problema</b> .....	<b>9</b>
1.5 Objetivos .....	11
<b>1.6 Marco teórico</b> .....	<b>12</b>
<b>Capítulo II</b> .....	<b>31</b>
<b>Diseño metodológico</b> .....	<b>31</b>
<b>2.1 Tipo de Estudio</b> .....	<b>32</b>
<b>2.2 Universo</b> .....	<b>32</b>
2.3 Muestra.....	32
<b>2.5 Técnicas y procedimientos</b> .....	<b>34</b>
2.6 Plan de tabulación y análisis.....	35
<b>2.7 Enunciado de Variables</b> .....	<b>36</b>
2.8 Operacionalización de Variables .....	38
2.9 Aspectos Éticos .....	42
<b>Capítulo III:</b> .....	<b>43</b>
<b>Desarrollo</b> .....	<b>43</b>
3.1. Resultados .....	44
3.2 Análisis y discusión de resultados .....	48
3.3 Conclusiones .....	54
3.4 Recomendaciones .....	55
<b>Capítulo IV</b> .....	<b>57</b>
<b>Bibliografía</b> .....	<b>57</b>
<b>4.1 Referencias Bibliográficas</b> .....	<b>58</b>
<b>Capítulo V</b> .....	<b>62</b>
<b>Anexos</b> .....	<b>62</b>

# Capítulo I

## Generalidades

## 1.1 Introducción

La tasa mundial de embarazo adolescente estima 46 nacimientos por cada 1.000 niñas, mientras que las tasas de embarazo adolescente en América Latina y el Caribe continúan siendo las segundas más altas en el mundo, estimadas en 66.5 nacimientos por cada 1,000 niñas entre 15 y 19 años, sólo superadas por las de África subsahariana.

El 95% de los embarazos adolescentes ocurren en países pobres, donde los niños nacidos producto de un embarazo adolescente en edades de 15 a 19 años, se asocian a un riesgo 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. (Olivera Hernandez , 2016). Nicaragua es el país con mayor cantidad de embarazo en adolescentes en Latinoamérica con 109/1000 embarazos (UNICEF, 2015) Según datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en el año 2013, el departamento de Managua representó el primer lugar de embarazo adolescente en el país con el 18.09% (Organización Panamericana de la Salud, 2013).

La importancia de la realización de investigaciones acerca del comportamiento del embarazo en adolescentes impulsa a fortalecer acciones para el mejoramiento de una captación temprana, identificación oportuna de las complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio en adolescentes, brindando un seguimiento de calidad y atención en salud de manera integral al binomio madre-hijo, garantizando un ambiente optimo, manteniendo una información continua hacia la futura madre, la familia y la propia comunidad.

## 1.2 Antecedentes

### Internacionales

En septiembre de 2017 el Fondo de Naciones Unidas para la Población (FNUAP) publicó un informe acerca del comportamiento del Embarazo Adolescente; donde sus principales resultados fueron:

- a) Todos los días, 20,000 niñas de menos de 18 años dan a luz en países en desarrollo. Esto equivale a 7,3 millones de parto cada año.
- b) Cuando una niña queda embarazada, su vida puede cambiar radicalmente. Es posible que no termine la escuela, se vuelve vulnerable a la pobreza.
- c) Las complicaciones del embarazo y el parto son la principal causa de muerte en niñas adolescentes (FNUAP, 2017).

En junio 2018, la Organización Mundial de la Salud (OMS) presento un informe ejecutivo sobre el comportamiento del embarazo en la adolescencia; indicando los datos a continuación:

- a) Unos 16 millones de muchachas de 15 a 19 años y aproximadamente 1 millón de niñas menores de 15 años dan a luz cada año, la mayoría en países de ingresos bajos y medianos.
- b) Las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las muchachas de 15 a 19 años en todo el mundo
- c) Cada año, unos 3 millones de muchachas de 15 a 19 años se someten a abortos peligrosos.
- d) Los bebés de madres adolescentes se enfrentan a un riesgo considerablemente superior de morir que los nacidos de mujeres de 20 a 24 años (OMS, 2018)

En el año 2018 se realizó una publicación en la Habana, Cuba. Por el Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas: Embarazo en Adolescencia. Bibliomed Suplemento 2018 Enero-Febrero en las que indican los siguientes resultados:

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.

Dentro de este orden, los embarazos en la adolescencia constituyen uno de los riesgos principales de parto pretérmino, bajo peso al nacer, enfermedad hipertensiva del embarazo, muertes materno-fetales, aborto espontáneo, hemorragia genital, infecciones urinarias o vaginales, entre otros. El embarazo en la adolescencia supone además un impacto negativo sobre la condición educativa, económica y social de las jóvenes (Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas, 2018)

En el año 2015 Mora Cancino y Hernández Valencia, realizaron un estudio descriptivo para la caracterización del embarazo en adolescentes de 15 a 19 años en la ciudad de México, donde sus principales resultados fueron que el 20% de los nacimientos se presentó en madres menores de 20 años. Existe un aumento de los riesgos para la salud de la madre y su hijo. Estos riesgos son mayores a medida que la edad de la gestante es menor y en especial cuando las condiciones sociales y económicas son deficientes, el cuidado de la salud es inferior a lo ideal, lo cual es determinante en el desarrollo psicosocial materno posterior. Se ha señalado que los jóvenes con baja escolaridad, con menores expectativas académicas y laborales, y con menor autoestima y asertividad tienden a iniciar a más temprana edad su vida sexual activa, a utilizar menos los anticonceptivos y, en el caso de las jóvenes, a quedarse embarazadas, con el riesgo de llegar al aborto por la falta de condiciones y conocimientos que faciliten una decisión mejor. Por ello es imprescindible tener en cuenta el contexto cultural y las características especiales de la familia para entender de forma preventiva la situación de la adolescente con riesgo de embarazo ( Mora Cancino & Hernández Valencia, 2015).

En el año 2015 Loredó Abdalá & colaboradores realizaron un estudio en la ciudad de México D.F. para indicar las características principales causas y repercusiones del Embarazo Adolescente en la población adolescente de México D.F. donde sus principales resultados fueron: El embarazo en adolescentes (EA) es un problema de salud pública mundial que altera la salud física, emocional, la condición educativa y económica de los futuros padres; asimismo, frecuentemente se afecta también al producto de la gestación. El EA habitualmente no es un evento planeado o deseado y, frecuentemente, difícil de aceptar por la pareja, aunque quizá sea más marcado en la futura madre, quien bruscamente se puede encontrar sin protección. Ello se agrava cuando su condición económica no le permite atender sus propias

necesidades y las de su hijo. Los riesgos a los que se expone la joven son diversos, pero destacan: someterse a un aborto clandestino, caer en adicciones, prostitución y delincuencia. Para hacer frente a este problema es necesario desarrollar estrategias preventivas orientadas al riesgo de embarazo temprano o la adquisición de enfermedades por transmisión sexual, mediante la implementación de programas educativos de alcance personal, familiar o escolar para este grupo etario. Se insiste en la necesidad de que dichos programas sean constantes y persistentes, como una estrategia básica que permita disminuir los riesgos consecuentes a una vida sexual no planeada o aceptada (Loredo Abdalá, Vargas Campuzano, Casas Muñoz, González Corona, & Gutiérrez Leyvab, 2017)

En los años 2006-2007 Carvajal Barona, Valencia Oliveros y Rodríguez Amaya realizaron en el municipio de Buenaventura, Colombia, un estudio analítico prospectivo de una cohorte de 316 adolescentes entre 13 a 19 años de edad en colegios públicos y privados de Buenaventura, cuyos principales resultados fueron: El promedio de edad de la cohorte fue de 15.9 años. El 10% de las adolescentes se embarazaron durante el seguimiento. El promedio de edad de inicio de relaciones sexuales fue 14.5 años y 67.7% indicaron que no usaron algún método de planificación familiar en su primera relación sexual. Durante el seguimiento las adolescentes que tuvieron mayor riesgo de tener un embarazo fueron aquellas que reportaron en la encuesta: No ser capaces de evitar las relaciones sexuales cuando no usaban métodos de planificación; sentir culpa por el consumo de alcohol; tener amigas que abortaron y sentir presión para iniciar vida sexual (Carvajal Barona, Valencia Oliveros, & Rodríguez Amaya, 2017)

### **Nacionales**

En 2018, Cáliz González y Castillo Flores, en su estudio “Factores asociados a embarazos en adolescentes atendidas en el Puesto de Salud Francisco Real de la comunidad Valle La Laguna - Masaya, Enero a Diciembre 2017”, encontraron que la mayor proporción de embarazadas correspondían a las edades de 17 a 19 años con un 74% (60), seguido de 14 a 16 años con un 25% (20) y de 10 a 13 años con un 1% (1). Las cuales tenía escolaridad primaria con un 69% (56), seguido de secundaria con un 27% (56), analfabeta con un 2% (2)

y técnico con un 1% (1). La procedencia fue rural con un 99% (80) y urbano con un 1% (1). El inicio de vida sexual activa temprana es uno de los factores asociados al embarazo en adolescentes, para este estudio los resultados fueron, edades de 14 a 16 años con un 81% (66) seguido de 17 a 19 años con un 10% (8) y de 11 a 13 años con un 9% (7) ( Cáliz González & Castillo Flores, 2018).

En 2016, Urbina Reyes y Vargas Ramos realizaron el estudio titulado “Complicaciones obstétricas en adolescentes en el Hospital Primario Jacinto Hernández, Nueva Guinea, Región Autónoma del Atlántico Sur, durante el periodo de enero-septiembre 2015”. En el cual el rango de edad predominante en las embarazadas fue 17-19 con un 67%, seguido por las que se encontraban entre 14-16 años con un 26% y por último con un 7% las que se encuentran entre las edades de 10-13 años. El embarazo en esta edad se asoció a complicaciones durante el embarazo como la hipertensión gestacional (25%) principalmente, seguido de aborto (17%), amenazas de parto pre término (16%), ruptura prematura de membranas (10%) al igual que pre-eclampsia (10%) y las infecciones de vías urinarias sintomáticas (8%) y asintomáticas (4%), en último lugar el embarazo a ectópico. Respecto a las complicaciones durante el parto la hemorragia postparto (5%) estuvo en primer lugar, seguido de desgarros perineales (3.7%) y parto obstruido (Urbina Reyes & Vargas Ramos, 2016).

En el año 2014, el informe de ENDESA 2011/12 indicó que la prevalencia de embarazo en adolescentes en Nicaragua, se presentaba sobre todo en edades de 18 a 19 años, con prevalencia en regiones rurales, y en las regiones autónomas de la zona caribe del país. Estando fuertemente asociada a los niveles educativos de las madres adolescentes, ya que el 55.0% de las adolescentes embarazadas no sabían leer ni escribir (INIDE, 2014)

### **1.3. Justificación**

Las tasas de fertilidad en adolescentes siguen siendo altas. Afectan principalmente a las poblaciones que viven en condiciones de vulnerabilidad y muestran las desigualdades entre y dentro de los países. El embarazo en la adolescencia puede tener un profundo efecto en la salud de las niñas durante su curso de vida (OMS, 2018)

En el año 2017, la tasa de natalidad en Nicaragua fue del 19,1%, siendo el índice de fecundidad de 2,17. De acuerdo a registros del MINSA se presentaron 47 muertes maternas en el año 2018, siendo la hemorragia obstétrica la principal causa de muerte (El Nuevo Diario, 2019).

Esta investigación permitirá identificar el comportamiento clínico-epidemiológico del embarazo adolescente en el municipio de Ticuantepe, Departamento de Managua, para impulsar una mejor calidad en la atención de salud sexual y reproductiva en los adolescentes, logrando un impacto socioeconómico para el adolescente, su familia y la sociedad.

Además, disminuir la mortalidad materna en adolescentes y mortalidad infantil en hijos de madres adolescentes del municipio de ticuantepe, desarrollando planes de intervención, captación temprana de las adolescentes embarazadas de ticuantepe caracterizados por un componente de educación continua y un estrecho seguimiento, con un proceso de mejoramiento en la capacitación del personal del equipo de salud, 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.

## 1.4. Planteamiento del problema

Aproximadamente 16 millones de adolescentes de 15 a 19 años dan a luz cada año, y más preocupante aún es el hecho que cerca de 1 millón de niñas menores de 15 años se someten al proceso de dar a luz sin tener las condiciones biológicas, anatómicas, socioeconómicas y psicológicas para dicho momento. En su mayoría este comportamiento se registra en los países en vías del desarrollo.

Entre 25 y 108 de cada 1,000 adolescentes y jóvenes entre 15 a 19 años son madres en los países de América Latina y el Caribe. En Centroamérica, nacen cada año, entre 99 y 139 niños por cada 1,000 mujeres que tienen edades de 15 a 19 años, a excepción de Costa Rica. Dos tercios de las mujeres de 15 a 19 años, tendrán un hijo antes de llegar a los 20 años de edad (CODENI, 2017). A nivel latinoamericano, Nicaragua es el país con mayor proporción de embarazos en adolescentes. El 26.3% de los embarazos son de adolescentes, es decir, 110 de cada 1,000 mujeres adolescentes de 15 a 19 años son madres. Los mayores porcentajes se encuentran en Jinotega (38.0%) RACCN (30.0%)

El hijo (a) de la madre adolescente tiene mayor riesgo de bajo peso al nacer, mayor incidencia de muerte súbita, malformaciones, mortalidad perinatal. También corre un mayor riesgo de sufrir abuso físico, negligencia en sus cuidados, desnutrición y retardo del desarrollo físico y emocional. (CODENI, 2017) En los países pobres, los bebés de madres adolescentes, se enfrentan a un riesgo a un 50.0% superior de mortalidad prenatal o de morir en las primeras semanas de vida que en relación a los bebés productos de mujeres de 20 a 29 años.

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). La tasa de natalidad en Nicaragua fue en 2017 del 19,1%, y el índice de Fecundidad de 2,17.

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 Ticuantepe, 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 clínico-epidemiológico del embarazo en adolescentes de 15 a 19 años atendidas en el programa de control prenatal (CPN), del Hospital Amistad México-Nicaragua del municipio de Ticuantepe, Managua, en el periodo del 1° de Enero al 31 de Diciembre 2019?**

A continuación, se presentan las siguientes preguntas de sistematización:

1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas en adolescentes embarazadas en el presente estudio?
2. ¿Cuáles son los antecedentes obstétricos de las adolescentes embarazadas atendidas en control prenatal?
3. ¿Cuáles son las características del embarazo actual en las adolescentes embarazadas de 15 a 19 años evaluadas?
4. ¿Cuál es la vía de finalización del embarazo de las adolescentes que asistieron a control prenatal del Hospital Amistad México-Nicaragua?

## 1.5 Objetivos

General:

Describir el comportamiento del Embarazo en adolescentes de 15 a 19 años que asistieron al programa de control prenatal (CPN), del Hospital Amistad México-Nicaragua del municipio de Ticuantepe, Managua, en el periodo del 1° de Enero al 31 de Diciembre de 2019.

Específicos:

1. Caracterizar sociodemográficamente a las adolescentes en estudio.
2. Mencionar los antecedentes obstétricos de las adolescentes embarazadas que asisten a control prenatal del Hospital Amistad México-Nicaragua.
3. Identificar las características clínicas del embarazo actual en adolescentes embarazadas que asisten a control prenatal del Hospital Amistad México-Nicaragua.
4. Determinar la vía de finalización del embarazo en las adolescentes embarazadas que acudieron a control prenatal en el periodo de estudio.

## **1.6 Marco teórico**

### **1.6.1 Adolescencia**

Según Organización mundial de la salud (OMS) se define adolescencia al periodo de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez consolida la independencia socio-económica. Esta etapa sucede entre la niñez y la adultez y se caracteriza por un lapso de tiempo por profundos cambios físicos, psicológicos y sociales. Según el código de la niñez y la adolescencia define este periodo como la edad comprendida entre los 13 y 18 años no cumplidos (OMS, 2015).

Se han definido dos subclasificaciones: la adolescencia temprana que es aquella comprendida entre los 10 a 14 años, y la adolescencia tardía que abarca los 15 a 19 años de edad. Esta etapa es crucial para el ciclo vital del desarrollo humano, el individuo progresa desde la aparición de los caracteres sexuales descritos en las etapas de Tanner, hasta obtener la madurez sexual. (INIDE, 2012)

Adolescencia temprana: se refiere a cambios biológicos en donde el individuo experimenta cambios corporales y funcionales como la primera menstruación. En esta etapa el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades con individuos del mismo sexo para posteriormente experimentar atracción por el sexo opuesto. Para muchos, esta edad es el inicio para las experiencias y actividad sexual.

Adolescencia tardía: en esta etapa no se presentan muchos cambios en relación a la adolescencia temprana y aceptan su imagen corporal, se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta. Se considera embarazo adolescente aquel embarazo que ocurre entre las edades de 10 a 19 años y para comprender sus factores determinantes y consecuencias hay que tener en cuenta la relación que existe entre la salud y el bienestar de las personas, además de los procesos sociales, económicos y políticos a distintos niveles.

### **1.6.2 Embarazo adolescente**

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. (OMS, 2015)

(Caliz & Castillo, 2017) 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(n) económicamente dependiendo de otros, no tienen una relación estable, usualmente se ven forzados a interrumpir su proceso de desarrollo humano (escolarización, empleo, planes de vida), abandonada(os) por su pareja y/o familia y para el cual no han adquirido una madurez ni física ni psicológica (MINSA, 2016)

### **1.6.3 Características sociodemográficas de adolescentes embarazadas**

#### Edad

La actividad sexual temprana en la adolescencia, representa un problema de salud pública por las consecuencias que conlleva, como el embarazo adolescente, el aumento de las infecciones de transmisión sexual, la infección por HIV/SIDA (segunda causa de muerte en los adolescentes) y los problemas familiares, económicos y sociales que se generan. El adolescente se ha convertido en una población de mayor riesgo en salud por la inequidad y las diferentes barreras a las que se enfrenta en materia de accesibilidad a los servicios de salud, en especial a los de salud sexual y reproductiva. Toda esta problemática ha hecho que esta población se vea enormemente afectada por morbilidades como las infecciones de transmisión sexual e infección por HIV/SIDA, a su vez con un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad materna y perinatal. (Tascon, Benitez, & Ospina, 2016)

Idealmente las relaciones sexuales deben ocurrir en una relación de parejas estables, con capacidad de intimar y emocionalmente madura, lo cual se adquiere al final de la adolescencia. Existen diversos factores que determinan el inicio de la vida sexual en los adolescentes como es la presión de pares, curiosidad, sentirse bien, sentirse atractiva, estar enamorada de su pareja, sentirse mayor con independencia y autonomía. (Tascon, Benitez, & Ospina, 2016)

Las relaciones sexuales, desde el punto de vista de la sexología, se pueden definir como el contacto físico entre personas fundamentalmente con el objeto de dar y/o recibir placer sexual, o con fine reproductivos. La relación sexual abarca muchas posibles actividades o formas de relación entre dos personas y no se limita sólo a coito o penetración. Incluye, en general, cualquier contacto que suponga excitación sexual con o sin orgasmo, como abrazos, masajes, caricias o besos en el cuerpo pero no en los genitales, caricias en la zona genital, sexo oral y penetración (con o sin eyacuación dentro de la vagina). (Tascon, Benitez, & Ospina, 2016)

La actividad sexual ocurre cada vez a más temprana edad, registrando promedios de inicio de 13,5-16 años, con edades tan tempranas cómo los 11 años. En América Latina y El Caribe (ALC), aproximadamente 50% de los adolescentes menores de 17 años son sexualmente activos y 53-71% de mujeres tuvieron relaciones sexuales antes de los 20 años. La edad del primer coito es de aproximadamente 15-16 años para las jóvenes de muchos países de América Latina y el Caribe, mientras para otros, es tan temprana como los 10-12 años. (Tascon, Benitez, & Ospina, 2016)

Para, (Mendoza T., y otros, 2012), 15% de los adolescentes y jóvenes han iniciado su Actividad Sexual en la adolescencia temprana, 44,8% en la adolescencia media y 40,2% en la adolescencia tardía. Las parejas sexuales en la primera relación sexual son de mayor edad en la mujer que en los varones (varones: mediana 15 años y mujeres: mediana 18 años). Aproximadamente, una de cada cuatro mujeres adolescentes (27,4%) tienen su primera relación con una persona de 20 a 32 años, mientras 3,4% de varones con una persona de 20 a 28 años

Las adolescentes que estarán en situaciones de más desventaja son aquellas menores de 15 años, por las condiciones de riesgo biológico y social que implica un embarazo tan temprano y las exigencias emocionales en un momento de maduración como la infancia y la pre adolescencia, además por las situaciones de abuso, que son frecuentes en los embarazos en esta edad.

Antes de los 15 años, la mayoría de las experiencias de la primera relación sexual en mujeres son de carácter no voluntario, el 60% de las muchachas que tuvieron relaciones sexuales

antes de los 15 años fueron obligadas por hombres que en promedio fueron seis años mayores que ellas. (MINSAs, 2015)

Cabe señalar que, en el país, el 36.3% de los hogares tienen jefatura femenina, con un promedio de 4.5 miembros y 39 de cada 100 niños viven en hogares fragmentados. En consecuencia ante la falta de atención y afecto que padecen, muchas adolescentes buscan llenar ese vacío afectivo a través de dar a luz y criar un hijo; de ahí que la edad mediana a su primera relación sexual es 17 años, y entre los 15 a 19 años, el 13.1% de las adolescentes ya ha tenido 2 parejas con las que ha tenido hijos. (INIDE)

Las adolescentes de 15 a 17 años de edad, tuvieron su primera experiencia sexual en un 63.6% con su novio y en menor proporción con su compañero de vida; siendo la edad mediana a la primera relación sexual de 16.3 años. En las niñas menores de 15 años y sin ningún nivel educativo el 48.30 por ciento de las parejas tenían más de 20 años de edad, el tiempo de conocer a su primera pareja sexual fue del 32% en el transcurso del primer año. (INIDE)

#### Edad al momento de embarazarse

El embarazo en la adolescencia es un problema de origen multifactorial, con alto riesgo de complicaciones para la madre, el feto y el neonato repercutiendo en los resultados perinatales. Los hijos de madres adolescentes representan aproximadamente el 11% de todos los nacimientos en el mundo, un 95% de ellas en países en desarrollo. (World Health Organization, 2015)

La (Organización panamericana de la salud, 2015), estima que 20% de nacimientos en la región son de madres menores de 20 años y 40% de estos embarazos no son deseados. El número de nacimientos de mujeres adolescentes de 15-19 años ha disminuido en todas las regiones del mundo.

Varios determinantes han sido implicados con el embarazo en adolescentes, y si bien muchos adolescentes tal vez deseen quedar embarazadas, muchos se producen en el contexto de violaciones de derechos humanos como el matrimonio infantil, relaciones sexuales forzadas

o el abuso sexual. Este fenómeno se ha vinculado a múltiples determinantes individuales, familiares, socioculturales y políticos. (Tascon, Benitez, & Ospina, 2016)

Entre los determinantes familiares, se describen la escolaridad de la madre de la adolescente inferior a 11 años de estudio, no educación sexual al adolescente por parte de la madre y no suministro de métodos de anticoncepción por parte de la madre del adolescente. La educación sexual adecuada impartida en hogares, colegios y servicios de salud, aunada a programas de “opciones de proyectos de vida”, resolución de problemas y habilidades para la toma de decisiones, comunicación asertiva con los padres y equipos de salud en temas de sexualidad, han descritos como factores que reducen las tasas de embarazo en adolescentes. (Sanchez, y otros, 2013)

En otro contexto, estudios fisiológicos y sociológicos muestran que, al menos en Estados Unidos, los hijos de madres adolescentes tienen una mayor probabilidad de experimentar problemas de salud durante su infancia y problemas de comportamiento, incluso uso de drogas y bajo rendimiento escolar, durante la adolescencia. Aunque algunos de estos estudios no implican la existencia de una conexión causal entre embarazo adolescente y los problemas mencionados, la literatura en su conjunto muestra de manera reiterativa que las repercusiones negativas del embarazo juvenil son muchas y significativas (MINSA, 2016)

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, incluso los recursos para garantizar todas las terapias que la condición de la embarazada menor de 15 años requiera, así como todas las medidas de protección, justicia y restitución de derechos.

Los patrones de actividad sexual, unión y maternidad son altamente diferenciados según el estrato socioeconómico. Las adolescentes pertenecientes a los quintiles de riqueza bajo y más bajo inician relaciones sexuales, se unen y son madres mucho más temprano y más rápido que las de quintiles de riqueza alto y más alto. Los datos sugieren que el comportamiento diferencial se vincula con las percepciones sobre la maternidad de mujeres y hombres adolescentes. Para las primeras, el embarazo es visto como imprescindible y única vía para lograr respeto y reconocimiento social; mientras que en la perspectiva masculina, la actividad sexual sin protección, con diversas parejas y desligada de responsabilidad sobre la paternidad, es útil para reafirmar el valor social que despliega pertenecer al género masculino, que perpetúa así una cultura hegemónica patriarcal machista (MINSA, 2016)

El embarazo en la adolescencia no es un asunto que involucra exclusivamente a la adolescente embarazada y su bebé, sino a su pareja (si existe), a su familia y a su entorno. Desde esta perspectiva se visualiza a una adolescente que enfrenta transformaciones en su cuerpo, en sus sentimientos y en sus diferentes proyectos; a su vez, este evento transforma la dinámica familiar o de pareja, lo que requiere de un proceso de ajuste a la nueva situación. (MINSA, 2016)

La percepción que predomina entre adolescente y jóvenes es que los padres no aconsejan a sus hijas e hijos sobre cómo cuidarse y proteger su cuerpo, no hay una comunicación entre madres e hijas, lo cual hace que las madres piensen que las muchachas están en “maldades por eso se embarazan a temprana edad”. Esto es compatible con el desconocimiento que tienen muchos padres y madres de familia en los temas de SSR. La medicina tradicional tiene un rol importante en la SSR en comunidades afro descendientes. En comunidades indígenas las embarazadas han sido atendidas por parteras.

Los efectos adversos de la maternidad adolescente también se extienden a la salud de sus infantes. Las muertes perinatales son 50% más altas entre los bebés nacidos de madres de menos de 20 años que entre aquellos nacidos de madres entre 20 y 29 años. Los recién nacidos de madres adolescentes tienen mayor probabilidad de tener bajo peso al nacer, con riesgos a

largo plazo. Las adolescentes menores de 16 años corren un riesgo de defunción materna cuatro veces más alto que las mujeres de 20 a 30 años, y la tasa de mortalidad de sus neonatos es aproximadamente un 50% superior.

Si una madre tiene menos de 18 años la probabilidad de que su bebé muera durante el primer año de vida es un 60%; incluso en caso de que sobreviva existe una mayor probabilidad de que sufra de bajo peso al nacer, de desnutrición o de retraso en el desarrollo físico y cognitivo. Entre el 11 y el 20% de los embarazos en adolescentes son un resultado directo de la violación. (OMS, 2015)

Los registros (OMS, 2015) de Nicaragua, evidencian que en promedio anual, del total de partos registrados, un 26% es en adolescentes. En el período 2005 - 2013 se observa un incremento en números absolutos, pasando de 32,403 a 35,045 partos en adolescentes. Según departamentos del país, los Sistemas Locales de Atención Integral en Salud con mayor porcentaje de nacimientos en madres adolescentes en el año 2013, son Managua (18.09%), Matagalpa (11.39%) y Jinotega (9.31%). Las adolescentes menores de 15 años fueron embarazadas en un 43.30% por una pareja adolescente (menor a 20 años), 34.6% por pareja en edad entre 20 a 24 años de edad y un 19.3 por ciento por una pareja con edad de 25 años y más.

### Nivel académico

Las mujeres latinoamericanas que son madres adolescentes tienen entre 1,8 y 2,8 años menos de educación y son 14 veces más propensas a abandonar el sistema educativo. El embarazo de adolescentes en ALC está asociado con una serie de desventajas, incluyendo bajos logros en la educación. La CEPAL y el Banco Mundial estiman que son necesarios 12 años de escolaridad para que las personas avancen en sus procesos de desarrollo humano. Cada año en la escuela reduce la probabilidad de la fertilidad en un 5-10%. (MINSAL, 2016)

Hasta un 49% de adolescentes en embarazo se encuentran por fuera de escuelas y colegios, otras abandonan los estudios secundarios y 7,5% lo hacen por estar en embarazo y 5% por

que se casan, entre otras razones. Las mujeres sin escolaridad tienen la edad de la primera unión marital a los 17,7 años. Un 81% de adolescentes ha usado un método anticonceptivo alguna vez en su vida, pero sólo 10% los usa en su primera relación sexual, siendo este uno de los determinantes más importantes para embarazos precoces. (MINSA, 2016)

En América Latina y el Caribe, el 39% de los jóvenes viven en la pobreza y sólo el 38% de los jóvenes de 18 años de edad asiste a la escuela. (OMS, 2015)

El 62,8% de los adolescentes en escuelas norteamericanas son sexualmente activos y cerca de 850.000 adolescentes resultan embarazadas cada año. En Estados Unidos de Norteamérica (EEUU) en 2004, se estimó que 41,2% de embarazos ocurren en adolescentes de 15-19 años y 20% de estos, terminan en abortos inducidos. Sin embargo, en los últimos años han logrado reducir las tasas de embarazos en un 33%, asociado a la reducción de tasas de AS y aumento del empleo más regular y prolongado de métodos anticonceptivos. (Tascon, Benitez, & Ospina, 2016)

Cuando no se incluyen los determinantes próximos en el modelo, se observan menores probabilidades de embarazo para adolescentes con estudios de secundaria completa y estudios universitarios incompletos (en comparación con la falta de instrucción formal) y para aquellas cuyo hogar se sitúa en el tercer y quinto quintil de tenencia de activos (en comparación con el primer quintil). Esto sugiere que existe una asociación entre los factores culturales propios de la adolescente embarazada y su escolaridad así como el nivel socioeconómico de su familia. (Organización panamericana de la salud, 2015)

### Educación sexual

La probabilidad de embarazo en la adolescencia es 12% y 16% menor cuando la adolescente utiliza métodos anticonceptivos modernos (entre ellos métodos hormonales, esterilización y el DIU) y de barrera (principalmente preservativos), respectivamente.

Otro aspecto que merece atención es el uso de anticonceptivos en la primera relación sexual. Se encuentra que 5 de cada 10 mujeres que vive en el área urbana utilizó algún método anticonceptivo en su primera relación sexual; en cambio solo 3 de cada 10 mujeres que vive en el área rural utilizó algún método. (INIDE, 2012)

El 60% de las adolescentes en edad de 15 a 17 años ha recibido educación sexual únicamente en la escuela y 21.8% no han recibido curso alguno ni dentro o fuera del sistema escolar. Los departamentos donde hay mayor porcentaje de mujeres de 15 y 24 años sin haber tenido curso de educación sexual son: Jinotega (40.9%), RAAS (35.6) y RAAN (33.7) (6). » El 74.6% de las adolescentes, tenían menos de 15 años de edad al momento de recibir su primer curso/charla sobre educación sexual y un 24.8% en edad de 15 a 17 años. Los departamentos donde las jóvenes menores de 15 años abordaron la educación sexual de forma temprana son: Managua (68%), Jinotega (67.8%) y Carazo (67.6%). (OMS, 2015)

Cerca del 90% de los jóvenes de América Latina y el Caribe reportaron conocer al menos un método de anticoncepción, pero entre el 48% y el 53% de los jóvenes sexualmente activos nunca usaron anticonceptivos.

En las adolescentes menores de 15 años, emplearon como método anticonceptivo en su primera relación sexual: 35.8% el condón masculino, 32.3% la píldora, 15.5% la inyección y 6.1% el retiro. En cuanto a la razón del porque no usaron métodos anticonceptivos en su primera relación sexual, las jóvenes menores de 15 años señalan en un 25% por no conocer ningún método, un 18.6% por descuido, 10.5% por querer tener un hijo y 3.8% porque pensaba que no podía embarazarse. (MINSA, 2016)

Dentro de las razones del porque la adolescente menor de 15 años pensó no podía quedar embarazada el 37.4% señala porque era la primera vez, 21.2% porque ya había tenido relaciones antes y no había salido embarazada, 10.5% porque creía no tener aun la edad, un 10.3% porque usaba anticonceptivos y un 6.2% porque su pareja le dijo que no quedaría embarazada.

En su estudio para Nicaragua estima los factores asociados con el uso de anticonceptivos modernos. Sus resultados indican que la principal barrera para el uso de tales métodos es cultural. Como afirma los autores: “[...] a la mayoría de las mujeres solteras o que no han tenido hijos se les dificulta el acceso a los anticonceptivos, a pesar de estar disponibles de

manera amplia y económica. Esto se debe al estigma asociado a las relaciones sexuales prematrimoniales y a la falta de servicios confidenciales en farmacias y clínicas.

Las mujeres jóvenes que no tienen poder de decisión respecto de sus necesidades para el cuidado de la salud, están inhibidas de modo similar para obtener anticonceptivos por motivos de jerarquía social y autonomía personal. (MINSa, 2016)

Otro factor asociado con la falta de uso de anticonceptivos es el acceso a charlas de educación sexual. En Nicaragua, el tema de la salud sexual y reproductiva se introdujo en el currículo del Ministerio de Educación en 2009.

En esos años solo el 18% de las escuelas primarias y secundarias utilizaban la guía oficial sobre educación sexual y reproductiva. Por otro lado, el Ministerio de Educación (MINED), con el apoyo técnico de UNFPA, finalizó en 2011 el documento “Educación de la Sexualidad: Guía Básica de Consulta para Docentes”, que tiene por objeto facilitar el desarrollo de capacidades en los docentes para impartir diversos temas de sexualidad en sus clases. (FUNIDES, 2016)

Estimaciones realizadas en base a (INIDE, 2012) indican que en el grupo de mujeres de 15 a 19 años, el 76.1% afirmó haber recibido alguna lección sobre educación sexual. Dicho porcentaje fue superior para las adolescentes que nunca estuvieron embarazadas (80.0%) en relación con aquellas que quedaron embarazadas en dicho rango de edad (64.1%). No se observaron diferencias significativas en la edad de la mujer durante la primera charla de educación sexual para ambos grupos de adolescentes, con un promedio de 13.7 y 13.0 años para adolescentes que nunca estuvieron embarazadas y para aquellas que sí quedaron embarazadas, respectivamente. Los datos también revelan que, para las adolescentes que sí recibieron educación sexual, las primeras charlas se dieron en la primaria (45.0%) y en la secundaria (53.9%)

### Área de residencia

Nicaragua se encuentra en la parte final de la transición demográfica. No obstante, las mayores tasas de fecundidad se dan en mujeres menores de 30 años. La tasa de fecundidad en adolescentes, medida por los nacimientos por cada 1,000 mujeres entre 15 y 19 años, se

ha reducido de 106 a 90 entre 2006/07 y 2011/12, y principalmente en el área rural (de 139 a 116).

Según el área de residencia, muestra que el embarazo precoz es esencialmente una realidad rural. Para las adolescentes rurales, la tasa de fecundidad se ubica en un nivel similar a la tasa encontrada en mujeres urbanas de 20 a 30 años. Cabe mencionar que el periodo entre 20 y 30 años es el de mayor fecundidad en general. (INIDE, 2012)

En un análisis histórico de más largo plazo, se observa una disminución generalizada en las tasas de fecundidad para todos los grupos de edad considerados. En dos décadas, el promedio de hijos por mujer se redujo de 4.6 a 2.4. Esto implica una reducción quinquenal de 0.5 hijos por mujer en ese periodo. A nivel nacional, la tasa de fecundidad para adolescentes pasó de 158 nacimientos por cada mil adolescentes en 1992/93 a 90 nacimientos por cada mil adolescentes en 2011/2012, una reducción de 43.0%. A pesar de esa reducción, la tasa de fecundidad en el grupo de mujeres de 15 a 19 años todavía es clasificada como alta según estándares internacionales (INIDE, 2012)

Las ediciones más recientes de la ENDESA permiten ilustrar con mayor detalle los altos niveles de embarazo 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%). (INIDE, 2012)

Las adolescentes más vulnerables a quedar embarazadas son quienes viven en zonas rurales, particularmente en la Costa Caribe y en la región Centro norte del país con poca o nula escolaridad, mientras las adolescentes con mayor escolaridad, del Pacífico y de zonas urbanas hacen un mayor uso de métodos anticonceptivos.

Entre las mujeres que viven en el Pacífico del país y aquellas que viven en la Costa Caribe. Por nivel educativo, las brechas en el uso de anticonceptivos son más amplias. Mientras 5 de cada 10 mujeres con educación secundaria o superior utilizó algún método anticonceptivo, solo 2 de cada 10 mujeres sin ningún nivel educativo lo hizo. 2 de cada 10 adolescentes que no usó métodos anticonceptivos pensaron que no podían quedar embarazadas porque era su primera vez.

De acuerdo con los resultados del modelo, el área de residencia tampoco influye sobre la probabilidad de estar embarazada durante la adolescencia. A pesar de la mayor fecundidad global en áreas rurales – documentada anteriormente –, este resultado se puede explicar por la existencia simultánea de dos factores culturales, ya incluidos en los factores próximos: la pérdida de normas tradicionales y la presencia de elementos que implícitamente promueven el inicio de la actividad sexual en áreas urbanas versus la fuerza de las normas tradicionales que influyen en el rol de las mujeres en las áreas rurales. Este fenómeno puede ser potenciado por la continuidad de flujos migratorios del campo a la ciudad, como ha ocurrido recientemente en Nicaragua. (Mujeres en liderazgo, 2017)

#### Estado civil

El estado civil es otro factor influyente, ya que las mujeres que conviven o alguna vez convivieron con una pareja tienen entre 20% y 30% mayor probabilidad de quedar embarazada en relación a estar soltera. La probabilidad de quedar embarazada aumenta en un 11% para las adolescentes que tienen una pareja al menos 11 años mayor que ellas. (Mujeres en liderazgo, 2017)

#### Religión

Dentro de los determinantes individuales, el hecho que la mujer joven afirme pertenecer a una religión disminuye en 17.7% la probabilidad de quedar embarazada. El mecanismo a través del cual la creencia religiosa limita la probabilidad del embarazo en la adolescencia puede ser indirecto. En este sentido, una hipótesis es que las adolescentes pertenecientes a comunidades religiosas tiendan a tener más cuidado para proteger sus relaciones sexuales con el fin de evitar el impacto moral del embarazo, y no necesariamente por tener una menor tasa de actividad sexual.

Los datos de la ENDESA 2011/12 indican que 85.5% de las adolescentes entre 15 y 19 años afirmaron pertenecer a alguna religión. De ese total 45.1% se identificaron como católicas y 35.7% como evangélicas. Para las adolescentes de ese mismo rango de edad sexualmente activas la identificación religiosa fue de 80.1%. (INIDE, 2012)

#### **1.6.4 Antecedentes Gineco-Obstétricos**

##### Menarca

En la mujer, la primera menstruación, indica la madurez sexual; la señal equivalente en los varones es la producción de esperma.

Con relación a la menarquía o aparición de la primera menstruación, se ha visto que predomina el grupo de 10 a 16 años (Pediatria Integral, 2013), lo cual guarda relación con la fisiología de este proceso que normalmente aparece en esas edades, no así con la cronología de aparición de las primeras relaciones sexuales.

##### Inicio de vida sexual activa

Diversos estudios han señalado datos importantes acerca de la edad a la que los jóvenes inician su vida sexual activa, los principales métodos anticonceptivos usados, así como las actitudes y las creencias que tienen los jóvenes en relación con su sexualidad.

Se puede decir que los/las jóvenes con baja escolaridad, con menores expectativas académicas y laborales, con menor autoestima y asertividad, tienden a iniciar a más temprana edad su vida sexual, a usar con menor frecuencia anticonceptivos, y en el caso de las jóvenes, a embarazarse. La literatura nacional ha complementado enfoques cualitativos y cuantitativos, alcanzando un consenso sobre los principales factores asociados. Para (Castillo, 2007) la edad de inicio de la vida sexual y de la primera unión, en conjunto con la falta de uso de anticonceptivos son los principales determinantes del embarazo adolescente en Nicaragua. La edad mediana de la primera relación sexual es de 17 años, en un intervalo de 15 a 19 años.

##### Numero de compañeros sexuales

El 32.80% de las parejas menores de 15 años de edad las superan en edad por lo menos nueve años y más, una cuarta parte (24.3%), son al menos de seis a ocho años mayores que ellas, situación que permite suponer condiciones de abuso, violación o, incluso, incesto. (MINSa, 2013)

### Número de hijos

Se refiere al número de hijos que la adolescente ha parido. (MINSA, 2013)

### Gestas previas

Se refiere al número de gestaciones previas, sin incluir el embarazo actual (MINSA, 2013)

### Parto vaginal/ cesárea

Se refiere al número de partos, en los cuales se diferencian cuales fueron vía vaginal o vía cesárea (MINSA, 2013)

### Nacidos vivos

Según la CIE 10 se clasificará un recién nacido como vivo si muestra cualquier signo de vida después de la expulsión o la extracción completa del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo. Se considerarán signos de vida si el recién nacido respira, late su corazón, su cordón pulsa o tiene movimientos apreciables de los músculos voluntarios. La clasificación de un nacimiento como vivo es independiente de que se haya cortado o no el cordón umbilical o que la placenta permanezca unida o no. (MINSA, 2013)

### Abortos

Se define como Aborto a la expulsión del producto de la gestación antes de las 22 semanas o con un peso menor a 500 gramos. Se registrarán de la misma manera los antecedentes de abortos espontáneos o inducidos. (MINSA, 2013)

### Embarazo ectópico

Antecedentes de embarazo producidos fuera del útero. (MINSA, 2013)

### Nacidos muertos

Según la CIE 10 se clasificará un recién nacido como muerto si no evidencia signos de vida luego de la expulsión o la extracción completa del cuerpo de su madre independientemente de la duración del embarazo. (MINSA, 2013)

### Fin del embarazo anterior

Día, mes y año de finalización del embarazo inmediatamente anterior al actual, ya sea que se trate de un parto o un aborto, con el fin de evaluar el periodo intergenésico, intervalo entre parto previo y gestación actual menor o mayor a 1 año. (MINSa, 2013)

### Embarazo planeado

Se refiere al embarazo deseado o que sucede en un momento oportuno

### Uso de métodos anticonceptivos

Las adolescentes sexualmente activas son menos propensas a utilizar anticonceptivos que las mujeres adultas, aún en aquellos lugares en los cuales los anticonceptivos son fáciles de obtener. Las recomendaciones de (OMS, 2015) para aumentar el uso de anticonceptivos se basan en 7 estudios usando el método GRADE y 26 sin usar el método GRADE en 17 países, así como en las conclusiones elaboradas por un panel de expertos. Los estudios fueron realizados en Bahamas, Belice, Brasil, Camerún, Chile, China, India, Kenia, Madagascar, Mali, México, Nepal, Nicaragua, Sierra Leona, Sudáfrica, Tanzania y Tailandia. Algunos se concentraron exclusivamente en aumentar el uso del preservativo, mientras que otros examinaron el uso creciente de los anticonceptivos hormonales y de emergencia.

## **1.6.5 Características del embarazo actual**

### Semanas de edad gestacional

Se define como la duración del embarazo calculada desde el primer día de la última menstruación caracterizada como normal por la paciente hasta el nacimiento o hasta el evento gestacional en estudio. La edad gestacional se expresa en semanas y días completos (MINSa, 2016)

### Semanas de gestación a la captación en el programa de control prenatal

Es poco frecuente que las adolescentes consulten a los servicios de salud para diagnosticar tempranamente la presencia de un embarazo. Lo común es que ellas consulten por motivos

distintos de los que genera un embarazo como síntomas vagos que sugieren problemas psicosomáticos; por ejemplo: gastritis, náuseas, vómitos, sueño o insomnio, cefalea, debilidad o decaimiento entre otros. Por lo que hace que se capten de forma no precoz para iniciar su CPN. (MINSA, 2016)

#### Número de controles prenatales

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 aquéllas que necesitan **Cuidados Especiales “ALTO RIESGO”** determinados por sus condiciones particulares de salud y/o factores de riesgo.

La clasificación de “BAJO RIESGO” o “ALTO RIESGO”, se determinará con la aplicación del Formulario de Criterios de Clasificación del Riesgo. (MINSA, 2016)

#### **Si se clasifica a la adolescente embarazada como BAJO RIESGO:**

- Se le empieza o continúa el llenado de la Historia Clínica Perinatal.
- De ser posible empezar el llenado de la Historia Integral de la/el Adolescente.
- Se deben realizar Cuatro Atenciones Prenatales durante el embarazo.
- Se realiza evaluación (aplicación de formulario de riesgo) antes de cada atención prenatal y se decide si continua en BAJO RIESGO o se refiere a cuidados especiales (ALTO RIESGO).

#### **Si se clasifica a la adolescente embarazada como ALTO RIESGO:**

Se le empieza o continúa el llenado de la Historia Clínica Perinatal.

De ser posible empezar el llenado de la Historia Integral de la/el Adolescente.

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

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

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

#### **1.6.6 Atención del parto en la adolescente**

Todo manejo del parto de bajo riesgo deberá hacerse en base a la Normativa 011: Norma para la Atención Prenatal, Parto, Puerperio y Recién Nacido de Bajo Riesgo, en la actualización realizada en el año 2015de y las de alto riesgo en base a la Normativa 109: Protocolo para la Atención de las Complicaciones Obstétricas del MINSA.

Las adolescentes de 15 a 19 años de edad tienen el doble de probabilidades de morir en el parto, y las que tienen 14 o menos años de edad, cinco veces más (World Health Organization y UNICEF, 2004).

La atención institucional del parto es una medida de primer orden para disminuir de manera significativa la morbilidad materna y perinatal. En este sentido, se hace necesario protocolizar los parámetros mínimos que garanticen una atención de calidad, con racionalidad científica y con la oportunidad requerida, para el desarrollo de las actividades, procedimientos e intervenciones durante la atención del parto, y el puerperio inmediato, con el propósito de dar respuesta a los derechos en salud de las mujeres adolescentes y sus hijos. El proceso en condiciones normales, debe ser espontáneo y dar como resultado un niño y una madre en óptimas condiciones. Solo en casos en que el parto normal no pueda realizarse o esté contraindicado, se recurrirá a la operación cesárea.

Los huesos pélvicos y el canal del parto de las adolescentes, especialmente en las menores de 15 años, están en desarrollo, por lo cual se presentan más riesgos de complicaciones durante el parto (parto prolongado u obstruido) y deben recibir una atención diferencial y calificada para poder realizar una operación cesárea de urgencia.

El parto obstruido o prolongado es una de las complicaciones más graves que pueden causar la muerte materna y perinatal o posibles lesiones duraderas, incluidas las fístulas obstétricas. Teniendo en cuenta que las adolescentes tienen un riesgo mayor de tener un parto difícil y requerir más intervenciones, corren un riesgo mayor de infecciones en el postparto (WHO/UNICEF, 2015)

#### Embarazo actual deseado

Algunas adolescentes planean y desean su embarazo, pero en muchos casos no es así. 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. En cambio, algunas muchachas pueden recibir presión social para contraer matrimonio y, una vez casadas, para tener hijos. En países de ingresos medianos y bajos más del 30% de las muchachas contraen matrimonio antes de los 18 años, y cerca del 14% antes de los 15 años (OMS, 2018)

Algunas muchachas no saben cómo evitar el embarazo, pues en muchos países no hay educación sexual. Es posible que se sientan demasiado avergonzadas para solicitar servicios de anticoncepción; puede que los anticonceptivos sean demasiado caros o que no sea fácil conseguirlos o incluso que sean ilegales. Aun cuando sea fácil conseguir anticonceptivos, las adolescentes activas sexualmente son menos propensas a usarlos que las mujeres adultas. Puede que las muchachas no puedan negarse a mantener relaciones sexuales no deseadas o a oponerse a las relaciones sexuales forzadas, que suelen ser sin protección (OMS, 2018)

# Capítulo II

## Diseño metodológico

## 2.1 Tipo de Estudio

El enfoque investigativo fue cuantitativo de tipo observacional, descriptivo de corte transversal, retrospectivo. (OPS/OMS, 2010). (Gordillo Moscoso & Medina Moreno, 2012). Fue realizado en el Hospital Amistad México-Nicaragua del municipio de Ticuantepe, ubicado a 16 kilómetros de la capital Managua. El municipio de Ticuantepe tiene un área total de 60,8 kilómetros cuadrados. Se divide en un barrio y cinco repartos urbanos, los cuales están ubicados en la cabecera municipal, y a nivel rural se divide en veinte comunidades rurales. La proporción más significativa de la población corresponde a los grupos de edades de 10 a 14 años y de 15 a 19 años siendo mayor la proporción de mujeres que de hombres (MINSA, 2019). El municipio de Ticuantepe limita al norte: con el Municipio de Managua. Al sur: con los municipios de Nindirí y La Concepción (Departamento de Masaya). Al este: con el municipio de Nindirí (Masaya). Al oeste: con el municipio de El Crucero.

## 2.2 Universo

El universo del estudio estuvo conformado por **110 adolescentes embarazadas** de 15 a 19 años atendidas en el programa de control prenatal, provenientes de los diferentes sectores atendidos por el Hospital Amistad México-Nicaragua ubicado en el municipio de Ticuantepe, Managua, durante el periodo del 01 de Enero al 31 de Diciembre de 2019.

## 2.3 Muestra.

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

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

Dónde:

n = el tamaño de la muestra

N = tamaño de la población

$\sigma$  = 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).

*Dónde:*

$$n = \frac{(110) (0.5)^2 (1.96)^2}{(110-1) (0.05)^2 + [(0.5)^2 \times (1.96)^2]}$$

$$n = \frac{110 \times 0.25 \times 3.8416}{(109 \times 0.0025) + [0.25 \times 3.8416]}$$

$$n = \frac{105.644}{0.2725 + 0.9604}$$

$$n = \frac{105.644}{1.2329}$$

**Tamaño de la muestra (n) = 86 Adolescentes embarazadas 15 a 19 años.**

La muestra estuvo conformada por **86 adolescentes embarazadas** de 15 a 19 años atendidas en el programa de control prenatal, provenientes de los diferentes sectores atendidos por el Hospital Amistad México-Nicaragua ubicado en el municipio de Ticuantepe, Managua, durante el periodo del 01 de Enero al 31 de Diciembre de 2019, y establecida de acuerdo a

los criterios de inclusión y exclusión. El tipo de muestreo fue de tipo probabilístico, aleatorio simple.

## **2.4 Criterios de inclusión y exclusión:**

### **Inclusión:**

1. Adolescentes embarazadas en edades de 15 – 19 años.
2. Adolescentes que asistieron al programa de CPN del Hospital Amistad México-Nicaragua ubicado en el municipio de Ticuantepe, Managua.
3. Adolescentes Embarazadas que vivían en el municipio de Ticuantepe
4. Expedientes clínicos de las adolescentes con información completa

### **Exclusión:**

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

## **2.5 Técnicas y procedimientos**

La técnica utilizada fue la revisión documental, a través de la revisión de expedientes clínicos (fuente secundaria) de adolescentes embarazadas de 15 a 19 años, atendidas en el programa de control prenatal (CPN). Se realizó el llenado de un instrumento, el cual fue diseñado de acuerdo a los objetivos específicos de la investigación, basados en la revisión bibliográfica por parte del equipo de investigación.

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 la autorización previa 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 acerca de las características sociodemográficas 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 clínicas del embarazo actual de las adolescentes embarazadas. El último capítulo identificó la vía de finalización del embarazo actual de las adolescentes embarazadas en estudio.

## **2.6 Plan de tabulación y análisis**

La información obtenida posteriormente se procesó 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 figuras en los que se aplicó frecuencias y porcentajes, considerando los objetivos del estudio, usando para ello el sistema Windows con el programa OFFICE 2015.

### **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. Vía de finalización del embarazo.

Se realizó el siguiente entrecruzamiento de variables:

1. Edad/número de embarazo.
2. Edad/ número de parejas sexuales.
3. Escolaridad / uso de métodos anticonceptivos.
4. Estado civil / número de parejas sexuales.
5. Religión / número de embarazos.

6. Religión / deseo del embarazo actual.
7. Religión / uso de métodos anticonceptivos.
8. Procedencia / uso de métodos anticonceptivos.
9. Procedencia / número de hijos.
10. IVSA / número de embarazos.
11. Semanas de gestación actual / número de CPN.
12. Vía de finalización del embarazo.

## 2.7 Enunciado de Variables

Este estudio incluye las siguientes variables:

Objetivo 1: Caracterizar sociodemográficamente de las adolescentes embarazadas

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

Objetivo 2: Mencionar los antecedentes obstétricos de las adolescentes embarazadas que asisten a control prenatal del Hospital Amistad México-Nicaragua.

- a) Menarca.
- b) Edad de Inicio de vida Sexual Activa (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: Identificar las características clínicas del embarazo actual en adolescentes embarazadas que asisten a control prenatal del Hospital Amistad México-Nicaragua.

- a) Semanas de gestación actual.
- b) Semanas de gestación a la captación.
- c) Número de controles prenatales a los que ha asistido.
- d) El embarazo actual es deseado.
- e) Patologías asociadas.
- f) Hospitalizaciones.
- g) Complicaciones del embarazo.

Objetivo 4: Determinar la vía finalización del embarazo en las adolescentes embarazadas que acudieron a control prenatal en el periodo de estudio

- a) Parto Vaginal.
- b) Cesárea.

## 2.8 Operacionalización de Variables

<b>Objetivo específico N° 1:</b> Caracterizar sociodemográficamente de las adolescentes embarazadas			
<b>Variable</b>	<b>Definición Operacional</b>	<b>Indicador</b>	<b>Escala/valor</b>
Edad	Número de años transcurridos desde el nacimiento hasta la captación de la adolescente embarazada.	Años cumplidos	15 - 16 años 17 - 19 años
Nivel de escolaridad	Es el nivel académico más alto alcanzado hasta el momento del estudio	Ultimo nivel académico alcanzado al momento del estudio	Analfabeta Primaria Secundaria Universitaria
Estado civil	Situación conyugal Condición de un individuo en lo referente a su relación de pareja	Condición de pareja.	Soltera Casada Unión Libre
Religión	Doctrinas constituidas por un conjunto de principios, creencias y prácticas en torno a cuestiones de tipo existencial, moral, sobrenatural	Doctrina practicada.	Católica Evangélica Otras
Procedencia	Es el origen que ostenta el adolescente y del cual entonces procede.	Zona geográfica	Urbana Rural

<b>Objetivo Específico N° 2:</b> Mencionar los antecedentes obstétricos de las adolescentes embarazadas que asisten a control prenatal del Hospital Amistad México-Nicaragua.			
<b>Variable</b>	<b>Concepto</b>	<b>Indicador</b>	<b>Escala/valor</b>
Menarca	Edad de aparición de la primera regla	Años	9 a 11 años 12 a 14 años 15 años o más
Edad de inicio de vida sexual (IVSA)	Edad de inicio de vida sexual activa	Años	11 – 13 años 14 – 16 años 17 – 19 años
Número de embarazos anteriores	Número de veces de estar embarazada por parte de la adolescente embarazada	Número de embarazos	Ninguno 1 2 Más de 2
Número de hijos	Número de hijos de la adolescente embarazada al momento de la encuesta	Número de hijos	Ninguno 1 2 Más de 2
Número de parejas sexuales	Será el número de compañeros sexuales que haya tenido la adolescente embarazada	Número de compañeros sexuales	1 2 3 o más
Uso de métodos anticonceptivos (MAC)	Antecedente de uso de MAC por parte de la adolescente embarazada	Historia de uso de métodos anticonceptivos	Sí No
Tipo de MAC utilizado	Es el tipo de MAC utilizado por la adolescente embarazada	Tipo de método anticonceptivo	Condón Anticonceptivos orales Inyectables Píldora para el día siguiente (PPMS)

<b>Objetivo Específico N° 3:</b> Identificar las características clínicas del embarazo actual en adolescentes embarazadas que asisten a control prenatal del Hospital Amistad México-Nicaragua.			
<b>Variable</b>	<b>Concepto</b>	<b>Indicador</b>	<b>Escala/valor</b>
Semanas de gestación a la captación	# de semanas que tenía la adolescente embarazada al momento de la captación de la paciente	# de semanas	< 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	Número de controles	Uno Dos Tres Cuatro o más
Embarazo actual es deseado	Es el deseo de estar embarazada actualmente expresado por la adolescente	Deseo de estar embarazada	Si No
Patologías asociadas	Son las patologías asociadas durante el desarrollo del embarazo actual	Tipo de patología	HTA Diabetes Cardiopatías Asma Bronquial Ninguna
Hospitalizaciones	Historia de ingreso a nivel hospitalario durante el desarrollo del presente embarazo	# de hospitalizaciones	Ninguna 1 2 Más de 2
Complicaciones Durante el embarazo	Presencia de complicaciones durante el desarrollo del embarazo actual	Presencia de complicaciones	Si No

<b>Objetivo Específico N° 4:</b> Determinar la finalización del embarazo en las adolescentes embarazadas que acudieron a control prenatal en el periodo de estudio			
<b>Variable</b>	<b>Concepto</b>	<b>Indicador</b>	<b>Escala/valor</b>
Termino del embarazo actual	Forma/vía de culminación del embarazo actual en adolescentes embarazadas	Vía de término del embarazo	Parto vaginal Cesárea

## 2.9 Aspectos Éticos

Se respetaron los derechos de los adolescentes embarazados del presente estudio, establecidos en la Declaración de Helsinki del año 1989, por la Asociación Médica Mundial (AMM), así como la constitución política y en las leyes de la República de Nicaragua (Ley 287). (*Mazzanti Di Ruggiero, 2011*), manteniendo su anonimidad, dando total seguridad de los datos. La información recopilada de cada uno de los expedientes clínicos de las embarazadas adolescentes atendidas en el programa de control prenatal (CPN) del Hospital Amistad México-Nicaragua del municipio de Ticuantepe, fueron mantenidos a resguardo por los investigadores y al finalizar el completamiento del llenado del instrumento los datos fueron utilizados para fines de la investigación en el ámbito académico.

# **Capítulo III:**

## **Desarrollo**

### 3.1. Resultados

El grupo de edad de predominio de las embarazadas adolescentes es de 18 a 19 años, que constituyó un 63.9% (55), seguido de 15 a 17 años con 36.1% (31). Con respecto a la escolaridad en las adolescentes embarazadas contaban con educación primaria en un 18.6% (16), la adolescente con educación secundaria ascendió a 74.4% (64) y tan solo 5,8% (5) contaban con educación superior. La mayoría de las jóvenes se encontraban en condición de “Unión libre” con un 58.1% (50) lo que se interpreta como consecuencia directa de un embarazo temprano en el entorno familiar inestable. Las jóvenes casadas ascendían a tan solo el 12.8% (11) y la solteras a un 29,1% (25). Los resultados en la variable religión indican que más de la mitad de las pacientes profesan el catolicismo con un 64.4% (55) contra un 33,7% (29) de jóvenes evangélicas, un 2.3% (2) refirió profesar otra religión diferente a las antes citadas. La variable procedencia revelo que las adolescentes en su mayoría son originarias de localidades rurales con un 76.7% (66) de nuestra muestra contra un 23.3% (20) de procedencia urbana. **(Tabla 1)**

Para la edad de menarca en nuestro estudio, las jóvenes presentan su primera menstruación mayoritariamente entre los 12 y 14 años, cifra que alcanza el 72.1% (62), seguida de los 9 a 11 años con 24.4% (21) y 3.5% (3) para los 15 o más años respectivamente. **(Tabla 2A)**

La mayoría de las jóvenes inicio sus relaciones sexuales entre los 14 y 16 años con un 58.1% (50) de total de jóvenes, seguido de las 17 a 19 años con 25.6% (22) y un 16.3% (22) de incidencia correspondió a los 17 a 19 años. **(Tabla 2A)**

En los resultados obtenidos encontramos que 74.4% (64) de las adolescentes en estudio no habían gestado. De estas, 22.1% (19) tuvo 1 embarazo previo, 3.5% (3) tuvo 2 embarazos previos. **(Tabla 2A)**

Del total de la muestra, 76.7% de las jóvenes no tienen hijos correspondientes un 19.8% (17) tiene un hijo, 3.5% (3) tiene 2 hijos vivos. **(Tabla 2A)**

Respecto al número de parejas sexuales los resultados obtenidos en el estudio reportan que un 81.4% (70) de las adolescentes embarazadas han sostenido relaciones sexuales con 1 pareja, con un 17.4% (15) de las adolescentes embarazadas en el estudio estuvieron con 2 parejas. Y tan solo el 1.2%(1) tuvieron 3 o más parejas sexuales. **(Tabla 2A)**

El resultado obtenido en nuestro estudio demuestra que un 74.4% (64) de las adolescentes no usaban anticoncepción y un 25.6% (22) usaba algún método anticonceptivo, lo que se traduce como fracaso de este para evitar el embarazo. **(Tabla 2A)**

Como resultado del estudio se obtuvo que, de un total de 54,5% (12) de adolescentes que usaban condón previamente al embarazo, un 27.3%(6) utilizaba PPMS y con 9.1% (2) empleaba anticonceptivos inyectables hormonales y orales respectivamente. **(Tabla 2A)**

Los resultados de la variable semanas de gestación al momento de la captación indican que 75.5% (65) de las adolescentes fueron captadas antes de las 12 semanas de amenorrea considerada como una captación precoz, 14.0% (12) fue captada en la semana 13 – 19 de gestación y 3.5% (3) de las adolescentes embarazadas en la muestra fue captada entre las 20 y 26 semanas de amenorrea también fueron captadas después de las 27- 33 semanas de gestación y 34 -40 semanas con el mismo valor respectivamente. **(Tabla 2A)**

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 44.2% (38), 23.3% (20) asistió a 1 control, 17.4% (15) asistió a 2 controles prenatales y 15.1% (13) solamente contaba con 3 controles prenatal. **(Tabla 2B)**

Con respecto a los resultados obtenidos de la variable Deseos del embarazo actual encontramos que más de la mitad de las adolescentes no deseaban el embarazo con una suma de 60.5% (52) de frecuencia, y un 39.5% (34) que deseaban el embarazo actual.

**(Tabla 2B)**

En relación a las patologías asociadas el 88.4% de las adolescentes embarazadas no presentó ninguna patología asociada y dentro de las que presentaron las mismas, la de mayor

frecuencia fue el asma bronquial con el 5.8% del total de población muestral. Seguido de hipertensión arterial con el 2.3% y diabetes mellitus con el 2.3% respectivamente. **(Tabla 3)**

Con respecto a la historia de hospitalizaciones durante el desarrollo actual, en el 91.9% ninguna de las adolescentes embarazadas fue hospitalizada; y solamente el 4.7% fue hospitalizada en una ocasión. **(Tabla 3)**

En el 95.3% de las adolescentes embarazadas no se presentaron complicaciones durante el desarrollo de su embarazo. **(Tabla 3)**

En relación a la edad y el número de embarazos previos de las adolescentes de estudio, en el grupo de edad de 15 a 17 años el 93.6% (29) no tiene antecedentes de embarazos previos, dentro del grupo de edad de 18 a 19 años, el 63.7% (35) no tenían antecedentes de embarazo anterior, en el 30.9 % (17) ya tenían antecedentes de un embarazo previo, y el 5.4% (3) tenían antecedentes de 2 embarazos previos. **(Tabla 4)**

Con respecto al estado civil vs número de parejas sexuales en adolescentes predominó el estado que tenía una sola pareja sexual con 90.9% (10) el estado civil casado y luego el estado Civil de unión libre con 84.0% (42) y el estado soltero con una sola pareja predominó 72.0% (18). Con dos números de parejas sexuales el estado civil que predominó fue el grupo soltero con 28.0% (7), luego el grupo de adolescentes embarazadas de unión libre con 14.0% (7). Y para tres o más parejas sexuales el grupo que predominó fue el de Unión libre con 2.0% (1). **(Tabla 5)**

En relación a la religión vs número de embarazos previos en adolescentes embarazadas en la religión católica predominó ningún número de embarazos previos con 72.7% (40) luego con un solo embarazo con 23.6 % (2), con dos embarazos previos con 3.6% (2). En la religión evangélica predominó con 79.3%(23) ningún embarazo previo, luego con un embarazo previo con 17.2% (5), con dos embarazos previos con 3.4% (1). Y otras religiones 50%(1) no tenían ningún embarazo previo y 50% (1) tenía un embarazo previo. **(Tabla 6)**

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 38.1% (21), indicaron que deseaban el embarazo actual, y el 61.8 % (34) no deseaban estar embarazadas. Dentro del grupo de adolescentes evangélicas en el 44.8% (13) señalaron que, si deseaban el embarazo actual, y en el 55.1% (16) indicaron que no lo deseaban. Con respecto al grupo otras religiones se encontraron que el 100% (1) no deseaba estar embarazadas. **(Tabla 7)**

En relación a la procedencia vs. Número de hijos vivos, las adolescentes embarazadas que indicaron una procedencia urbana, en el 75.0% no tenían hijos vivos, en el 20% (4) tenían un hijo vivo, en el 5.0% (1) tenían 2 hijos vivos, y en el grupo de procedencia rural, el 77.2% (51) no tenían hijos vivos, el 19.6% (13) tenían un solo hijo vivo, el 3.0% tenían 2 hijos vivos. **(Tabla 8)**

Con respecto al IVSA vs. Número de embarazos previos, en el grupo de edades de 11 a 13 años en el 71.4% (10), no tenían embarazos previos, y el 21.4% (3) habían tenido un embarazo previo y con 7.14% (1) dos embarazos previos. Dentro del grupo de 14 a 16 años en el 68.0% (34) no tenían antecedentes de embarazos previos, y en el 28.0% (14) tenían el antecedente de haber tenido un embarazo previo y con 4.0% (2) dos embarazos previos. Dentro del grupo de 17 a 19 años, solo el 90.9% (20) no había tenido antecedentes de embarazo previo, y se encontró que en el 9.1% (2) del grupo ya tenían un embarazo previo. **(Tabla 9)**

En relación al término de la vía del embarazo se encontró que en el 83.7% el embarazo terminó por vía de parto vaginal y en el 16.3% se realizó cesárea. **(Tabla 10)**

### 3.2 Análisis y discusión de resultados

En relación a la mayor prevalencia de la edad de las adolescentes embarazadas, prevaleció el grupo de 18 y 19 años, los resultados obtenidos concuerdan con estadísticas proporcionadas por ENDESA 2011-2012 (INIDE, 2014) que demuestra la prevalencia del embarazo adolescente en Nicaragua entre los 18 y 19 años. Estudios relacionados a la salud sexual y reproductiva de los adolescentes indican que más del 60.0% de los embarazos en Nicaragua ocurren en este intervalo de edad. Un dato importante sobre la salud sexual y reproductiva de los jóvenes nicaragüenses es que más del 80.0% de los adolescentes inician actividad sexual entre los 15 y 16 años de edad, Ante este fenómeno, se determina que en promedio el embarazo ocurre alrededor de 24 meses posterior a este fenómeno. Posiblemente esto se deba al uso de MAC, pero todavía debe de realizarse acciones y medidas de asistencia colectiva en educación y salud para generar conocimientos más profundos sobre el embarazo a temprana edad y sus consecuencias.

Factores asociados como pobreza, falta de educación y desigualdad, generan un vínculo directo hacia la falta de derechos sexuales y reproductivos, en donde 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. Hay que recordar de acuerdo a datos de OPS/OMS y UNFPA que los adolescentes tienen el derecho de recibir información y los instrumentos necesarios para prevenir y minimizar los potenciales impactos negativos de su iniciación y comportamientos sexuales. (FNUAP, 2017) (OMS, 2018)

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 nuestra 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. (INIDE, 2014)

Este problema produce un estancamiento académico y reduce las probabilidades de obtención de un título académico, lo que produce una disminución del futuro material humano productivo para el país que se traduce en pérdidas económicas y sociales, además del entretimiento del desarrollo humano. (FUNIDES, 2016). 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.

La mayoría de las adolescentes en el estudio se encontraban en Unión libre, interpretándose como una consecuencia directa de un embarazo NO planificado, con el consiguiente efecto en la pareja y el entorno familiar de ambos adolescentes. Por otro lado, una cantidad muy importante de adolescentes embarazadas se encontraron solteras en el momento del estudio, que las convierte desde el punto de vista socioeconómico con una población muy vulnerable, así como un mayor riesgo para su futuro bebé. Un comportamiento social frecuente es que las adolescentes embarazadas se unen con la pareja a raíz del embarazo, provocando una secuencia de conflictos con un mayor riesgo de problemas de convivencia y con efecto de ruptura emocional bastante graves. (Carvajal Barona, Valencia Oliveros, & Rodríguez Amaya, 2017). 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.

Analizando la religión de las adolescentes, se identificó que más del 60.0% de la población de las pacientes profesan el catolicismo, datos similares obtenidos en otros estudios nacionales (Caliz & Castillo, 2017) (Urbina Reyes & Vargas Ramos, 2016) e Internacionales (Sanchez, y otros, 2013) donde los datos obtenidos pueden evaluarse de acuerdo al criterio de que la religión ocupa una gran influencia 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, lo que provoca las críticas de sus amistades, familiares y la sociedad en conjunto.

En relación a la procedencia, las adolescentes en su mayoría son originarias de localidades rurales con más del 75.0% de la población de estudio. Este factor es importante, debido al problema de la accesibilidad geográfica hacia el Hospital Primario, presentándose problemas como ausencia al programa de control prenatal (CPN) y/o a que la evaluación del embarazo no se realice con el tiempo óptimo, lo que provoca que se puedan presentar complicaciones, que no se detecten a tiempo, poniendo en peligro el buen desarrollo y salud del binomio madre-hijo. ENDESA 2011/12 (INIDE, 2014) determinó que la tasa global de fecundidad era mayor en las adolescentes de procedencia rural que las que tenían procedencia urbana. (2.9/2.1).

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 revisada (Caliz & Castillo, 2017). En la investigación se encontró que la mayoría de las adolescentes inició sus relaciones sexuales entre los 14 y 16 años. Según estudios realizado (OMS, 2015), 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 embarazos previos, la mayoría de las adolescentes al momento del estudio, se encontraban embarazadas por primera vez, un informe de Nicaragua por parte del FNUAP en el año 2013 indica que más del 75.0% de las adolescentes se encuentran

embarazadas o son madres antes de cumplir los 20 años de edad, y que han tenido la experiencia de haber mantenido relaciones sexuales con más de una pareja sexual. (FNUAP, 2017)

En el estudio se demostró que el 74.4% de las adolescentes NO utilizaban ningún tipo de método anticonceptivo al momento de quedar embarazadas. Estos datos se relacionan directamente con un informe presentado por la OMS en el año 2012, donde indicó que un 83,2% de las adolescentes no usaban MAC, hecho comentado (OMS, 2015) 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. En relación al tipo de MAC utilizado se determinó que el condón fue el método más utilizado por la pareja de adolescentes en el momento del estudio. Factores como el acceso, y una mayor experiencia con el uso del condón es lo que determina que la población de adolescentes de América Latina sea por mucho el método anticonceptivo más frecuentemente utilizado. Esto refleja que una inmensa mayoría de los embarazos en nuestra 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 (OMS, 2015) (OPS, 2018).

En relación a las semanas de gestación al momento de su captación en el programa de CPN, se encontró que 75.5% de las adolescentes fueron captadas antes de las 12 semanas de gestación 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 44.2%, estos datos indican un proceso continuo de promoción, educación y esfuerzo que se realiza en los programas de salud materna e infantil del Ministerio de Salud de Nicaragua como estrategias de prevención dentro del modelo de salud comunitaria y familiar. (MINSAL, 2016)

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, muchos de estos eventos ocurridos de forma pre término.

Un resultado importante fue que la mayoría de las adolescentes No deseaban el embarazo actual (60.5%). En el ámbito social, el embarazo en adolescentes y los problemas asociados a él presentan tipologías distintas según el sector social en el que se manifiesten. En el nivel rural generalmente conduce a uniones tempranas, desnutrición y un malo o nulo control prenatal o de deficiente calidad y problemas económicos, presentan frecuentemente violencia intrafamiliar, abortos provocados, mala atención del embarazo y del parto. Esta situación es considerada como un evento inesperado que restringe las ambiciones de progreso familiar. Además, las aspiraciones que tienen los jefes de familia a lograr que sus hijos terminen la universidad, así como el hecho de que la dependencia de los jóvenes se prolonga hasta muy avanzada la tercera década de la vida. Por lo tanto, cuando éste ocurre, tiene un significado de accidente y generalmente termina en abortos inducidos, algunas veces sin claro consentimiento de la adolescente o en uniones tempranas no siempre satisfactorias para la joven pareja, a costa de prolongar la dependencia de su familiar. (OMS, 2018)

Las adolescentes embarazadas en el grupo de edad de 18 a 19 años tuvieron antecedentes de embarazos anteriores en el 30.9% (1 embarazo anterior) y en el 5.4% (2 embarazos anteriores) confirmando datos obtenidos en estudios nacionales (INIDE, 2014) y a nivel de América Latina. Que señalan que las adolescentes al terminar su período de desarrollo ya son madres o se encuentran embarazadas. (OPS, 2018)

Con respecto a la religión y el deseo de estar embarazada al momento del estudio. Los datos indicaron que la religión evangélica presentó una mejor actitud hacia el hecho de encontrarse embarazada la adolescente en el momento de estudio en comparación con la religión católica que expuso un mayor rechazo al efecto de encontrarse embarazada. Los efectos psicológicos y sociales de rechazo familiar y social hacia el embarazo adolescente se encuentran sumamente arraigado en la población de América Latina lo cual incluye a Nicaragua, que provoca una gran influencia en el comportamiento de la pareja adolescente que posee una gran inseguridad hacia el futuro, hacia la falta de apoyo socioeconómico de sus padres y la sensación de pérdida de sus proyectos de vida.

En los resultados obtenidos a partir de la variable: Evaluación del estado nutricional, encontramos 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 brindó 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.

El desarrollo del embarazo en términos generales se desarrolló de forma normal no presentando complicaciones, así como hospitalizaciones durante su evolución y en su mayoría la vía de finalización fue el parto vaginal. Los equipos de trabajo de los diferentes Equipos de salud familiar y comunitario realizan acciones de manera permanente y de calidad lo que garantiza un ambiente adecuado y optimo en el desarrollo de la salud del binomio madre – hijo impactando en la morbi mortalidad y mejorando la calidad de vida y un mejor desarrollo hacia el futuro.

### 3.3 Conclusiones

1. Predominaron las adolescentes embarazadas de 18 a 19 años, con un nivel de escolaridad de Secundaria, en unión libre, de religión católica, 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. 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 39.5% tenía el deseo de continuar con su embarazo.
4. La vía de finalización del embarazo que prevaleció fue el parto vaginal para el abordaje del embarazo adolescente.

### 3.4 Recomendaciones

#### **Al Ministerio de Salud (MINSA):**

- a) Desarrollar acciones estratégicas dentro de un proceso de actualización acerca de los factores asociados al embarazo adolescente, haciendo énfasis en los beneficios del control prenatal, mejorando la actitud de las usuarias hacia su participación e integración en las diferentes acciones dentro del programa.
  
- b) Impulsar un proceso de formación y capacitación de la red comunitaria en el campo de la salud sexual y reproductiva, haciendo énfasis en la información sobre el embarazo adolescente, su prevención y consecuencias.
  
- c) Fortalecer las capacidades del personal médico y asistencial, dentro de un 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 respectiva.
  
- d) Determinar 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 Hospital Amistad México–Nicaragua del municipio de Ticuantepe:**

- a) Promover información oportuna y adecuada en salud sexual y reproductiva, a fin de promover en los adolescentes del municipio el retraso del inicio de vida sexual activa de los mismos, así como priorizar el control y seguimiento de las adolescentes embarazadas, detectando sus 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 referente al 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.

# **Capítulo IV**

## **Bibliografía**

## 4.1 Referencias Bibliográficas

- Bazán , F., & Gutiérrez, C. (2007). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prueba de Papanicolaou. *SCIELO*, 47-54.
- Cáliz González, G., & Castillo Flores, L. M. (2018). *Factores asociados a embarazos en adolescentes atendidas en el Puesto de Salud Francisco*. Managua.
- Mora Cancino, A. M., & Hernández Valencia, M. (2015). Embarazo en la adolescencia: cómo ocurre en la sociedad actual. *Perinatología Y Reproducción Humana*, 76-82.
- Aguilar-Barojas, S. (2005). Fórmulas para el cálculo de la muestra en investigaciones de salud. *Salud en Tabasco*, 333-338.
- Caliz, G., & Castillo, L. M. (2017). *Factores asociados a embarazo en adolescente atendidas en el puesto de salud Francisco Real de la Comunidad Valle La Laguna- Masaya Enero a Diciembre 2017*. Masaya.
- Carvajal Barona, R., Valencia Oliveros, H. L., & Rodríguez Amaya, R. M. (2017). Factores asociados al embarazo en adolescentes de 13 a 19 años en el municipio de Buenaventura, Colombia. *Revista de la Universidad Industrial de Santander*, 290-300.
- Castillo, M. (2007). *Fecundidad adolescentes en nicaragua: Tendencias, rasgos emergentes y orientaciones de política*. Managua.
- Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. (2018). *Embarazo en Adolescencia*. Habana.
- CODENI. (2017). *Embarazo en Adolescentes*. Managua.
- El Nuevo Diario. (04 de Enero de 2019). *Nicaragua registro 47 muertes maternas en 2018*, pág. 12.
- FNUAP. (2017). *Embarazo en la Adolescencia*. Washington D.C.
- FUNIDES. (2016). *Causas y consecuencias económicas y sociales del embarazo adolescente en Nicaragua*. Managua.
- FUNIDES. (2016). *Embarazo Adolescente en Nicaragua*. Managua: FUNIDES.

- Gamboa , E., & Lopez, N. (2008). KNOWLEDGE, ATTITUDES AND PRACTICES RELATED TO BREAST-FEEDING IN WOMEN IN REPRODUCTIVE AGE IN A VULNERABLE POPULATION. *REV. CHILENA SCIELO*, 35, 43-52.
- Gordillo Moscoso, A., & Medina Moreno, Ú. (2012). *Manual de investigación clínica*. México D.F.: El Manual Moderno.
- INIDE. (2012). *Causas y consecuencias económicas y sociales del embarazo*. Managua.
- INIDE. (2014). *Encuesta Nicaraguense de Demografía y Salud 2011/12*. Managua.
- INIDE. (2016). *Anuario estadístico*. Managua.
- Katzenellenbogen, J., Joubert, G., & Abdool Karim, S. (1997). *Epidemiology: A manual for South Africa*. Cape Town: Oxford University Press Southern Africa. *Formats and Editions of Epidemiology*.
- Lezcano, H., & Fajardo, L. (2011). KNOWLEDGE, ATTITUDE AND PRACTICES OF FEMALE SEX WORKERS TOWARDS HUMAN. *Revista Medico Cientifica*, 22-30.
- Loredo Abdalá, A., Vargas Campuzano, E., Casas Muñoz, A., González Corona, J., & Gutiérrez Leyvab, C. d. (2017). Embarazo adolescente: sus causas y repercusiones en la diada. *Rev Med Inst Mex Seguro Social*, 223-9.
- Luciani, S., & Andrus , J. (2008). A Pan American Health Organization strategy for cervical cancer prevention and control in Latin America and the Caribbean. *Pulmed, S National Library of Medicine National Institutes of Health*, 59-66.
- Mazzanti Di Ruggiero, M. d. (2011). Declaración de Helsinki, principios y valores bioéticos en juego en la investigación médica con seres. *Revista Colombiana de Bioética*, 125-144.
- Mendoza T., L. A., Arias G., M., Pedroza P., M., Micolta C., P., Ramírez R., A., Cáceres G., C., . . . Acuña P., M. (2012). Actividad sexual en adolescencia temprana: problema de salud pública en una ciudad colombiana. *Rev Chil Obstet Ginecol*, 271-279.
- MINSA. (2013). *Manual para el llenado de la historia clínica perinatal*. Managua.
- MINSA. (2015). *Embarazo Adolescente*. Managua. Obtenido de MINSA: <http://www.minim.gob.ni/?s=embarazo+en+adolescentes>
- MINSA. (2016). *Protocolo para la atención de adolescentes embarazadas*. Managua.

- MINSA. (25 de Enero de 2019). *El 19 Digital*. Obtenido de <http://minsa.gob.ni/index.php/109-noticias-2019/4376-nicaragua-reduce-mortalidad-materna-y-muertes-por-cancer-cervico-uterino>
- MINSA/OPS. (2010). *Perfil de Salud Materna ODM 5 Nicaragua*. Managua.
- Mujeres en liderazgo. (2017). causas y consecuencias economicas y sociales en adolescentes embarazadas en nicaragua.
- Olivera Hernandez , M. (2016). *Conocimientos, actitudes y practicas sobre la prueba depapanicolaou en usuarias dela consulta externa de gineco obstetricia del Hospital Aleman Nicaraguense en la ciudad de Managua durante el periodo comprendido de octubre a diciembre del 2015*. Obtenido de <http://repositorio.unan.edu.ni/1456/1/38869.pdf>
- OMS. (2014). *Manual de Encuestas sobre conocimientos, actitudes, creencias y prácticas (CACP) sobre la sexualidad SIDA / ETS*. MEXICO, DF.
- OMS. (2015). *El embarazo en adolescentes*. managua: Bolentin informativo.
- OMS. (2018). *El embarazo en la adolescencia*. Ginebra, Suiza.
- OMS. (2018). *Embarazo en Adolescentes*. Ginebra.
- OMS. (2018). *Embarazo en Adolescentes*. Ginebra.
- OMS. (2018). *La atención primaria en salud. Informe sobre la salud en el mundo*. Ginebra.
- OPS. (2018). *El embarazo en la Adolescencia*. Whashington D.C. USA.
- OPS/OMS. (2010). *Guía para escribir un protocolo de investigación*. Washington D.C.
- OPS/OMS. (2018). *El embarazo en la adolescencia*. Ginebra, Suiza.
- Organización Panamericana de la Salud. (2013). *El embarazo en adolescentes (Boletín informativo)*. Managua.
- Organizacion paramericana de la salud. (01 de 10 de 2015). *PAHO*. Obtenido de PAHO: [http://bvs.per.paho.org/videosdigitales/matedu/RegionAmericas\\_fgonzales.pdf](http://bvs.per.paho.org/videosdigitales/matedu/RegionAmericas_fgonzales.pdf)
- Pediatrtria Integral. (2013). *Normalidad y alteraciones de la menstruación en adolescentes*.
- Sanabria, N. (2012). Conocimientos, Prácticas y Percepciones de mujeres sobre la citología cervical. 33, 82-89.
- Sanchez, Y., Mendoza, L., Grisales, M., Ceballos, L., Busamente, J., Castañeda, E., . . . Acuña, M. (2013). Características poblacionales y factores asociados a embarazo en adolescentes, tulua, colombia. *Rev Chil Obstet Ginecol*, 269-281.

- Secretaría de Educación Pública. (2012). *Embarazo adolescente y madres jóvenes en México: una visión desde el Promajoven*. México D.F.
- Serrano, J. (2016). *Recopilaciones*. Matagalpa Nicaragua: No Editado.
- Tascon, L., Benitez, D., & Ospina, C. (2016). Actividad sexual temprana y embarazo en adolescentes. *REV CHIL OBSTET GINECOL*, 243-253.
- 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.
- Urbina Reyes, S. d., & Vargas Ramos, M. M. (2016). *Complicaciones obstétricas en adolescentes en el Hospital Primario Jacinto Hernández, Nueva Guinea, Región Autónoma del Atlántico Sur, durante el periodo de enero-septiembre 2015*. Managua.
- WHO/UNICEF. (2015). *Atención del parto en Adolescentes*. Ginebra.
- World Health Organization. (10 de 12 de 2015). *WHO guidelines on preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents indeveloping countries*. . Obtenido de WHO guidelines on preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents indeveloping countries. : [https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/preventing\\_early\\_pregnancy/en/](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/preventing_early_pregnancy/en/)

# Capítulo V

## Anexos



5.1 La presente encuesta es para Evaluar el comportamiento clínico-epidemiológico del Embarazo en adolescentes de 15 a 19 años, atendidas en el programa de control prenatal del Hospital Amistad México-Nicaragua del municipio de Ticuantepe, Managua. 1° de Enero al 31 de Diciembre 2019.

## **I. Características Sociodemográficas**

### **1. Edad:**

- a) 15 a 16 años \_\_\_\_\_
- c) 17 a 19 años \_\_\_\_\_

### **2. Escolaridad:**

- a) Analfabeta \_\_\_\_\_
- b) Primaria \_\_\_\_\_
- c) Secundaria \_\_\_\_\_
- d) Universidad \_\_\_\_\_

### **3. Estado civil:**

- a) soltera \_\_\_\_\_
- b) casada \_\_\_\_\_
- c) unión libre \_\_\_\_\_

### **4. Religión**

- a) católica \_\_\_\_\_
- b) Evangélica \_\_\_\_\_
- c) Otra \_\_\_\_\_

### **5. Procedencia:**

- a) urbana \_\_\_\_\_
- b) rural \_\_\_\_\_

## **II. Antecedentes obstétricos**

### **1. Menarca**

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

### **2. Edad de la primera relación sexual (IVSA)**

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

### **3. Número de embarazos anteriores**

- a) Ninguno \_\_\_\_\_
- b) 1 \_\_\_\_\_
- c) 2 \_\_\_\_\_

### **4. Número de hijos**

- a) Ninguno \_\_\_\_\_
- b) 1 \_\_\_\_\_
- c) 2 \_\_\_\_\_

**5. Número de parejas sexuales**

- a) 1 \_\_\_\_\_
- b) 2 \_\_\_\_\_
- c) 3 o más \_\_\_\_\_

**6. Uso de métodos anticonceptivos**

- a) Sí \_\_\_\_\_
- b) No \_\_\_\_\_

**7. Tipo de método anticonceptivo utilizado**

- a) Condón \_\_\_\_\_
- b) Anticonceptivos orales \_\_\_\_\_
- c) Inyectables \_\_\_\_\_
- d) Píldoras para la mañana siguiente (PPMS)

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

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

**2. Número de CPN**

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

**3. El embarazo actual es deseado**

- a) Sí \_\_\_\_\_
- b) No \_\_\_\_\_

**4. Patología asociada durante el embarazo actual**

- a) HTA \_\_\_\_\_
- b) Diabetes Mellitus \_\_\_\_\_
- c) Cardiopatías \_\_\_\_\_
- d) Asma Bronquial \_\_\_\_\_
- e) Ninguna \_\_\_\_\_

**5. Hospitalizaciones**

- a) Sí \_\_\_\_\_
- b) No \_\_\_\_\_

**6. Complicaciones durante el embarazo**

- a) Sí \_\_\_\_\_
- b) No \_\_\_\_\_

**IV. Finalización del embarazo actual**

- a) Parto vaginal \_\_\_\_\_
- b) Cesárea \_\_\_\_\_

**Tabla 1:** Características sociodemográficas de adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de CPN del Hospital Amistad México-Nicaragua del Municipio de Ticuantepe, Managua. 2019.

n= 86

<b>Características sociodemográficas</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
<b>Edad</b>		
15-16 años	31	36.1
17-19 años	55	63.9
<b>Escolaridad</b>		
Analfabeta	1	1.2
Primaria	16	18.6
Secundaria	64	74.4
Universitaria	5	5.8
<b>Estado civil</b>		
Soltera	25	29.1
Casada	11	12.8
Unión Libre	50	58.1
<b>Religión</b>		
Católica	55	64.0
Evangélica	29	33.7
Otras	2	2.3
<b>Procedencia</b>		
Urbano	20	23.3
Rural	66	76.7

Fuente: Expediente Clínico

**Tabla 2A:** Antecedentes obstétricos de las adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de CPN del Hospital Amistad México-Nicaragua del Municipio de Ticuantepe, Managua. 2019.

n= 86

<b>Antecedentes Obstétricos</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
<b>Edad de Menarca</b>		
9 a 11 años	21	24.4
12 a 14 años	62	72.1
15 años o más	3	3.5
<b>Edad de Inicio de Vida Sexual Activa (IVSA)</b>		
11 a 13 años	14	16.3
14 a 16 años	50	58.1
17 a 19 años	22	25.6
<b>Número de embarazos previos</b>		
Ninguno	64	74.4
1	19	22.1
2	3	3.5
<b>Número de hijos vivos</b>		
Ninguno	66	76.7
1	17	19.8
2	3	3.5
<b>Número de parejas sexuales</b>		
1	70	81.4
2	15	17.4
3 o más	1	1.2
<b>Antecedentes de uso de métodos anticonceptivos</b>		
Sí	22	25.6
No	64	74.4
<b>Tipo de Método anticonceptivo empleado previo al embarazo</b>		
Condón	12	54.5
Anticonceptivos orales	2	9.1
Anticonceptivos inyectables	2	9.1
PPMS	6	27.3
<b>Semanas de gestación tenía a la captación de CPN</b>		
< 12 semanas	65	75.5
13-19 semanas	12	14.0
20-26 semanas	3	3.5
27-33 semanas	3	3.5
34-40 semanas	3	3.5

Fuente: Expediente Clínico

**Tabla 2B:** Antecedentes obstétricos de las adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de CPN del Hospital Amistad México-Nicaragua del Municipio de Ticuantepe, Managua. 2019.

n= 86

<b>Antecedentes Obstétricos</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
<b>Número de controles prenatales</b>		
Uno	20	23.3
Dos	15	17.4
Tres	13	15.1
Cuatro o más	38	44.2
<b>El actual embarazo es deseado</b>		
Si	34	39.5
No	52	60.5

Fuente: Expediente Clínico

**Tabla 3:** Características clínicas del embarazo actual en las adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de CPN del Hospital Amistad México-Nicaragua del Municipio de Ticuantepe, Managua. 2019.

n= 86

<b>Características clínicas del embarazo actual</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
<b>Patologías asociadas</b>		
Hipertensión Arterial	2	2.3
Diabetes Mellitus	2	2.3
Cardiopatías	1	1.2
Asma Bronquial	5	5.8
Ninguna	76	88.4
<b>Hospitalizaciones durante el embarazo</b>		
Ninguna	79	91.9
Una	4	4.7
Dos	2	2.2
Más de dos	1	1.2
<b>Complicaciones durante el embarazo</b>		
Sí	4	4.7
No	82	95.3

Fuente: Expediente Clínico

**Tabla 4:** Edad vs. Número de embarazos previos en adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de CPN del Hospital Amistad México-Nicaragua del Municipio de Ticuantepe, Managua. 2019.

n= 86

Edad	Número de embarazos anteriores						Total
	Ninguno		Uno		Dos		
	Número	%	Número	%	Número	%	
15-17 años	29	93.6	2	6.4	0	0	31
18-19 años	35	63.7	17	30.9	3	5.4	55
<b>Total</b>	<b>64</b>	<b>74.4</b>	<b>19</b>	<b>22.0</b>	<b>3</b>	<b>3.4</b>	<b>86</b>

Fuente: Expediente Clínico.

**Tabla 5:** Estado civil vs. Número de parejas sexuales en adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de CPN del Hospital Amistad México-Nicaragua del Municipio de Ticuantepe, Managua. 2019.

n= 86

Estado civil	Número de parejas sexuales						Total
	Uno		Dos		Tres o más		
	Número	%	Número	%	Número	%	
Soltera	18	72.0	7	28.0	0	0	31
Casada	10	90.9	1	9.0	0	0	55
Unión Libre	42	84.0	7	14.0	1	2.0	50
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>81.3</b>	<b>15</b>	<b>17.4</b>	<b>1</b>	<b>1.1</b>	<b>86</b>

Fuente: Expediente Clínico.

**Tabla 6:** Religión vs. Número de embarazos previos en adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de CPN del Hospital Amistad México-Nicaragua del Municipio de Ticuantepe, Managua. 2019.

n= 86

Estado civil	Número de parejas sexuales						Total
	Ninguno		Uno		Dos		
	Número	%	Número	%	Número	%	
Católica	40	72.7	13	23.6	2	3.6	55
Evangélica	23	79.3	5	17.2	1	3.4	29
Otra	1	50.0	1	50.0	0	0	2
<b>Total</b>	<b>64</b>	<b>74.4</b>	<b>19</b>	<b>22.0</b>	<b>3</b>	<b>3.4</b>	<b>86</b>

Fuente: Expediente Clínico.

**Tabla 7:** Religión vs. Deseo de estar embarazada actualmente en las adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de CPN del Hospital Amistad México-Nicaragua del Municipio de Ticuantepe, Managua. 2019.

n= 86

Religión	Embarazo actual es deseado				Total
	Si		No		
	Número	%	Número	%	
Católica	21	38.2	34	61.8	55
Evangélica	13	44.8	16	55.2	29
Otra	0	0	2	100.0	2
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>39.5</b>	<b>52</b>	<b>60.5</b>	<b>86</b>

Fuente: Expediente Clínico.

**Tabla 8:** Procedencia vs. Número de hijos vivos en adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de CPN del Hospital Amistad México-Nicaragua del Municipio de Ticuantepe, Managua. 2019.

n= 86

Procedencia	Número de Hijos						Total
	Ninguno		Uno		Dos		
	Número	%	Número	%	Número	%	
Urbano	15	75.0	4	20.0	1	5.0	20
Rural	51	77.3	13	19.7	2	3.0	66
<b>Total</b>	<b>66</b>	<b>76.7</b>	<b>17</b>	<b>19.8</b>	<b>3</b>	<b>3.5</b>	<b>86</b>

Fuente: Expediente Clínico

**Tabla 9:** Inicio de vida sexual activa vs. Número de embarazos previos en adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de CPN del Hospital Amistad México-Nicaragua del Municipio de Ticuantepe, Managua. 2019.

n= 86

IVSA	Número de embarazos anteriores						Total
	Ninguno		Uno		Dos		
	Número	%	Número	%	Número	%	
11 a 13 años	10	71.4	3	21.4	1	7.2	14
14 a 16 años	34	68.0	14	28.0	2	4.0	50
17 a 19 años	20	90.9	2	9.1	0	0	22
<b>Total</b>	<b>64</b>	<b>74.4</b>	<b>19</b>	<b>22.1</b>	<b>3</b>	<b>3.5</b>	<b>86</b>

Fuente: Expediente Clínico.

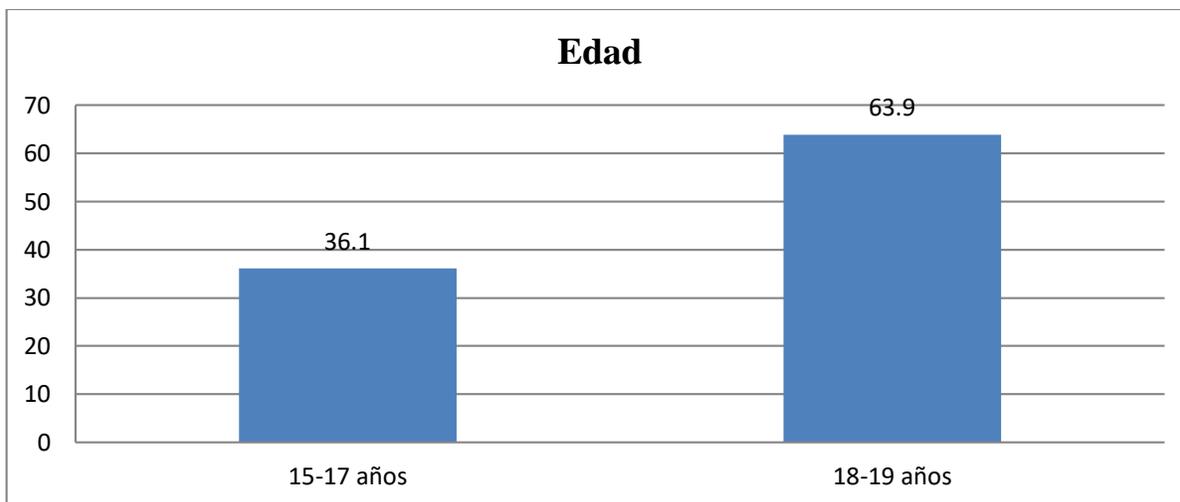
**Tabla 10:** Vías de finalización del embarazo de las adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de CPN del Hospital Amistad México-Nicaragua del Municipio de Ticuantepe, Managua. 2019.

n= 86

<b>Vías de finalización del embarazo</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
Parto vaginal	72	83.7
Cesárea	14	16.3

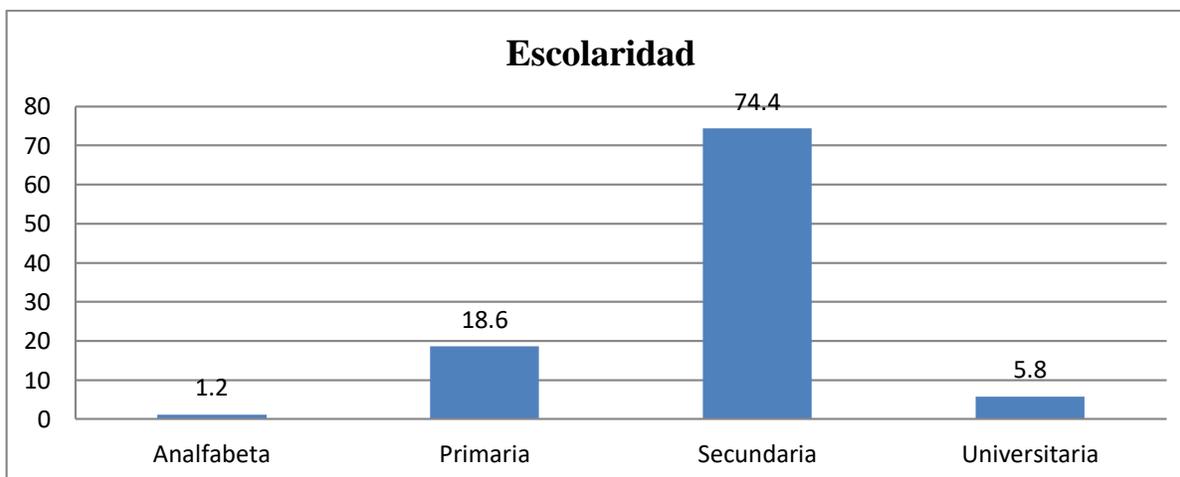
Fuente: Expediente Clínico.

**Figura 1:** Edad de adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de CPN del Hospital Amistad México-Nicaragua del Municipio de Ticuantepe, Managua, en el periodo del 1° de enero al 31 de diciembre de 2019.



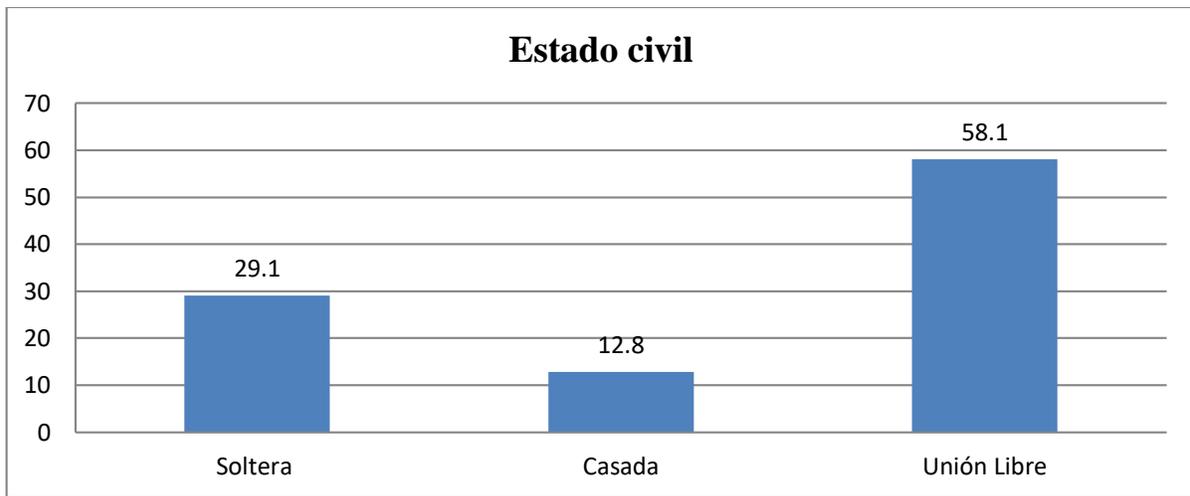
Fuente: Tabla 1

**Figura 2:** Nivel de escolaridad de adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de CPN del Hospital Amistad México-Nicaragua del Municipio de Ticuantepe, Managua, en el periodo del 1° de enero al 31 de diciembre de 2019.



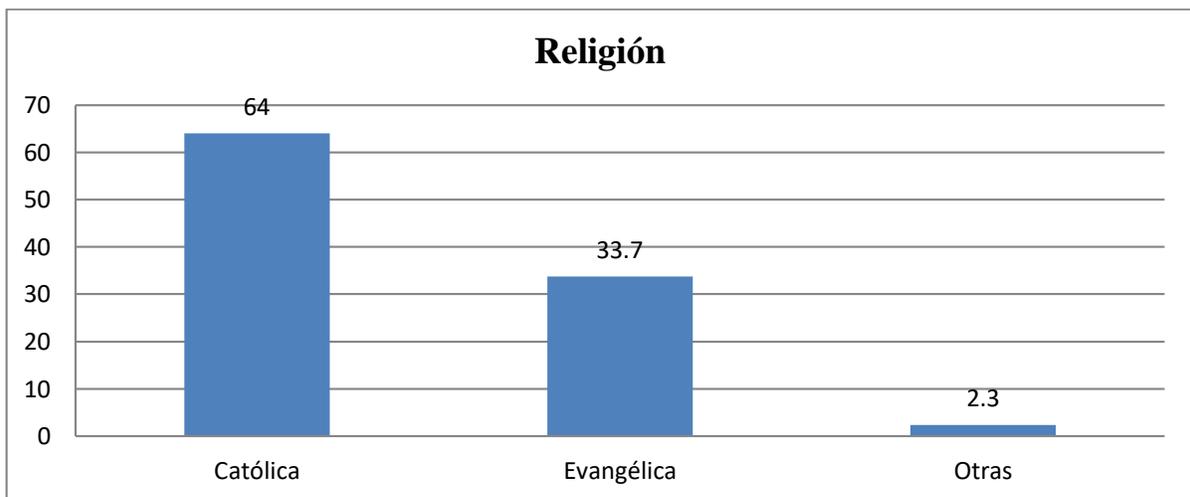
Fuente: Tabla 1

**Figura 3:** Estado civil de adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de CPN del Hospital Amistad México-Nicaragua del Municipio de Ticuantepe, Managua, en el periodo del 1° de enero al 31 de diciembre de 2019.



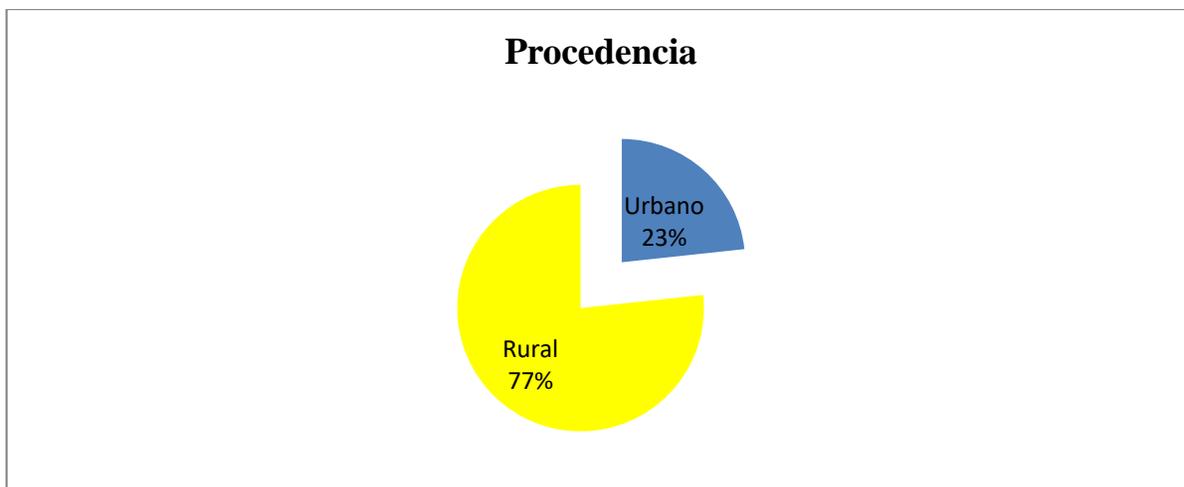
Fuente: Tabla 1

**Figura 4:** Religión de adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de CPN del Hospital Amistad México-Nicaragua del Municipio de Ticuantepe, Managua, en el periodo del 1° de enero al 31 de diciembre de 2019.



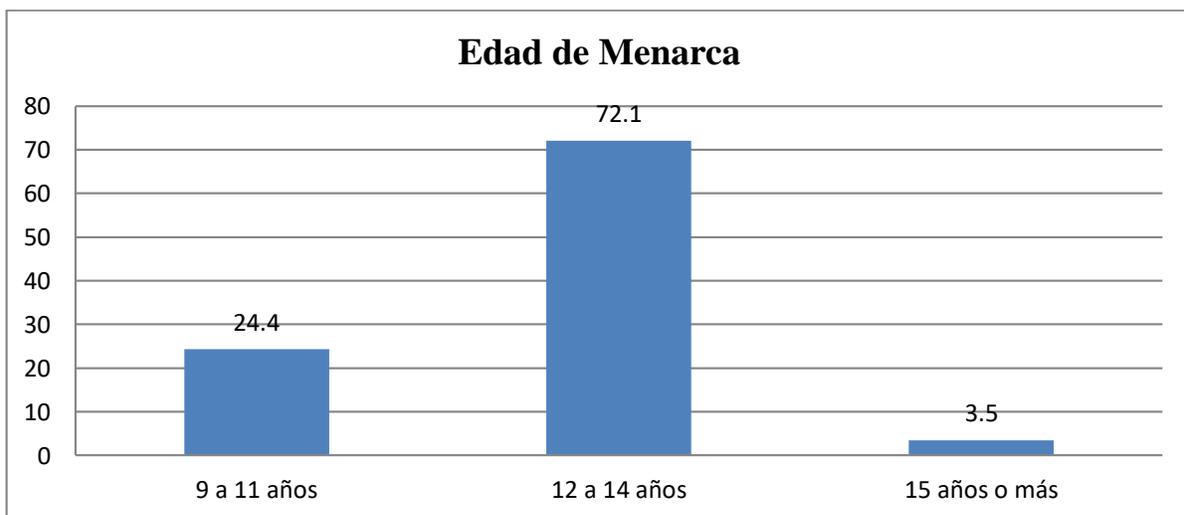
Fuente: Tabla 1

**Figura 5:** Procedencia de adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de CPN del Hospital Amistad México-Nicaragua del Municipio de Ticuantepe, Managua, en el periodo del 1° de enero al 31 de diciembre de 2019.



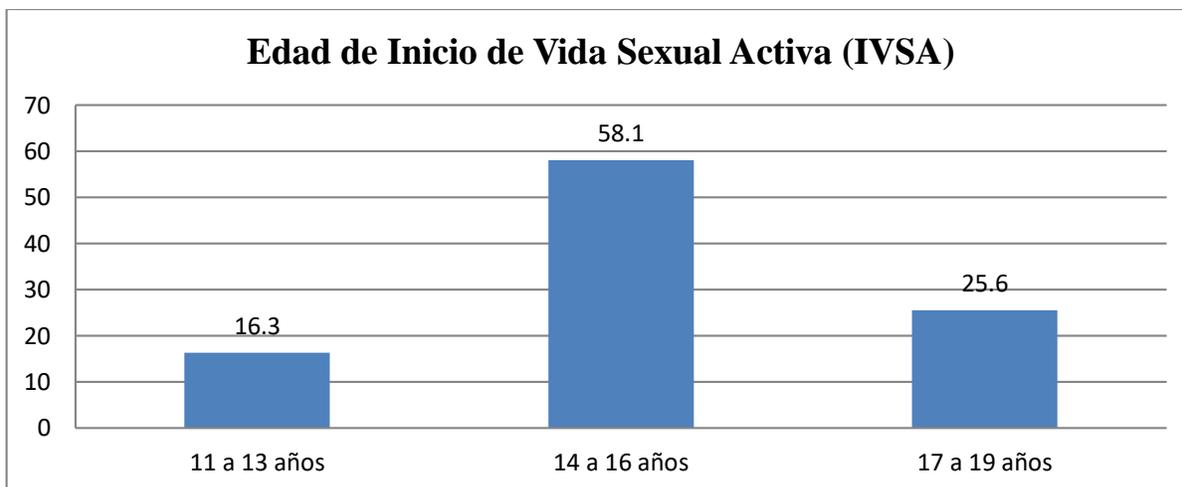
Fuente: Tabla 1

**Figura 6:** Edad de Menarca de adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de CPN del Hospital Amistad México-Nicaragua del Municipio de Ticuantepe, Managua, en el periodo del 1° de enero al 31 de diciembre de 2019.



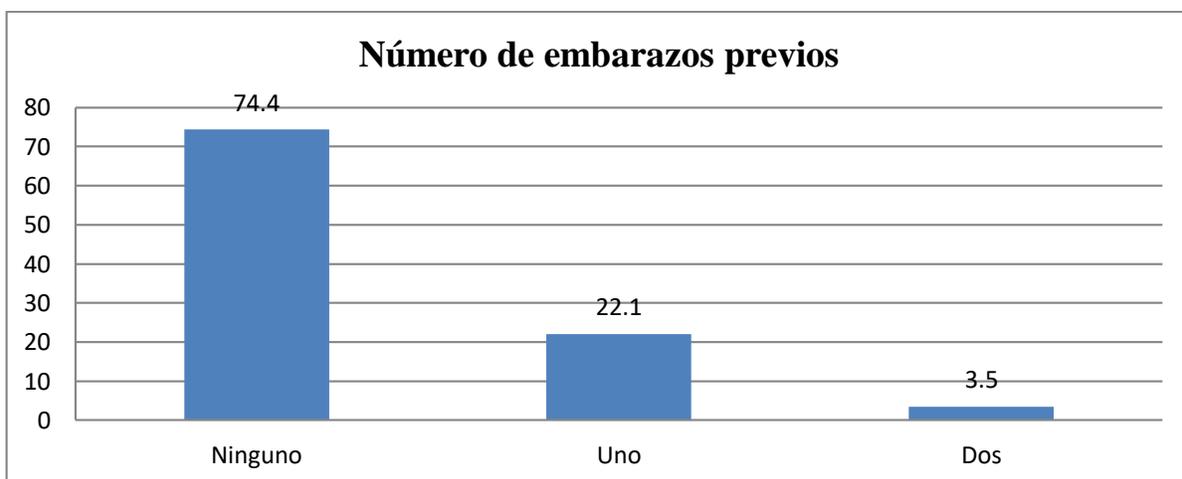
Fuente: Tabla 2A

**Figura 7:** Edad de Inicio de Vida Sexual Activa (IVSA) en adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de CPN del Hospital Amistad México-Nicaragua del Municipio de Ticuantepe, Managua, en el periodo del 1° de enero al 31 de diciembre de 2019.



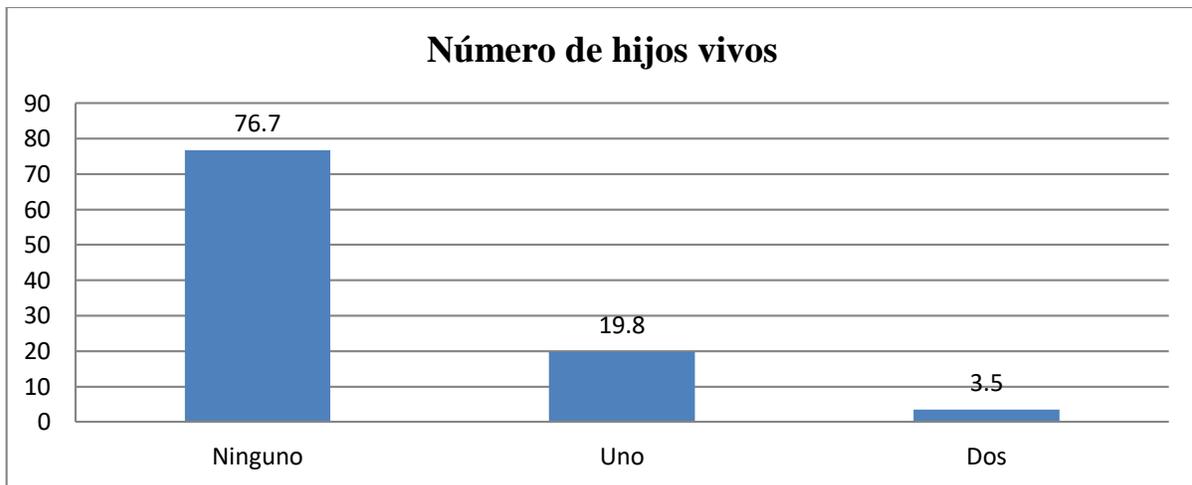
Fuente: Tabla 2A

**Figura 8:** Número de embarazos previos en adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de CPN del Hospital Amistad México-Nicaragua del Municipio de Ticuantepe, Managua, en el periodo del 1° de enero al 31 de diciembre de 2019.



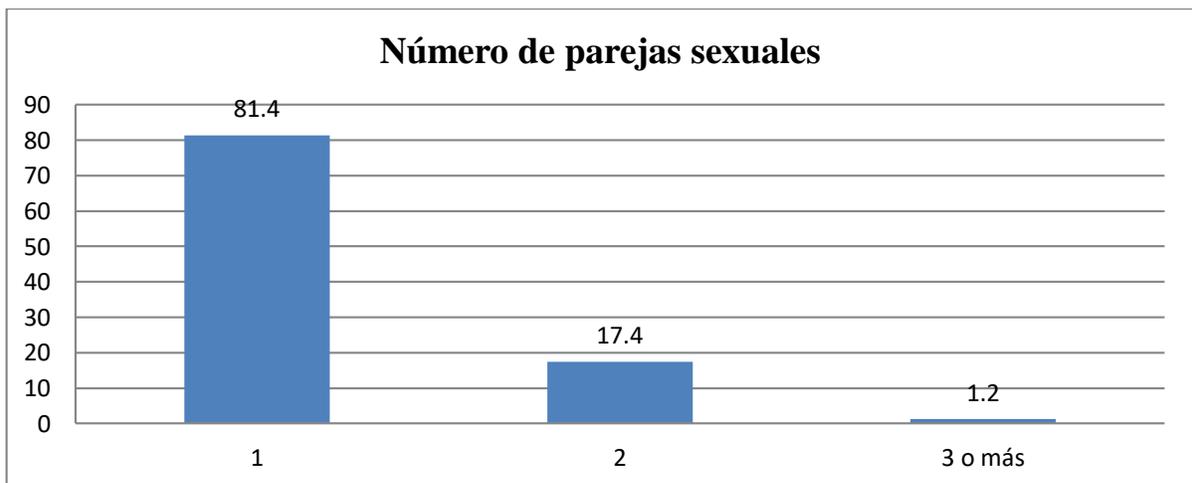
Fuente: Tabla 2A

**Figura 9:** Número de hijos vivos en adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de CPN del Hospital Amistad México-Nicaragua del Municipio de Ticuantepe, Managua, en el periodo del 1° de enero al 31 de diciembre de 2019.



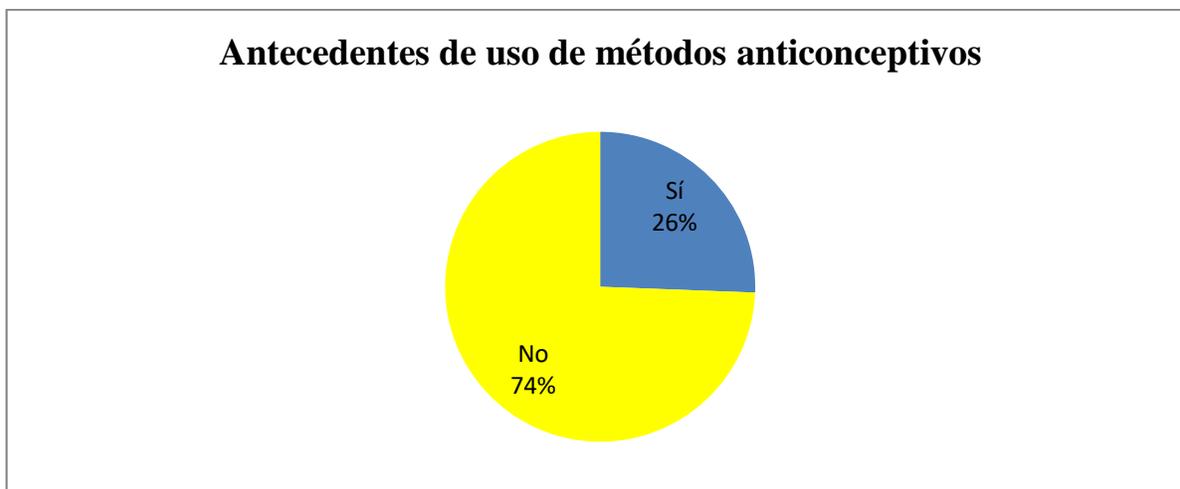
Fuente: Tabla 2A

**Figura 10:** Número de parejas sexuales en adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de CPN del Hospital Amistad México-Nicaragua del Municipio de Ticuantepe, Managua, en el periodo del 1° de enero al 31 de diciembre de 2019.



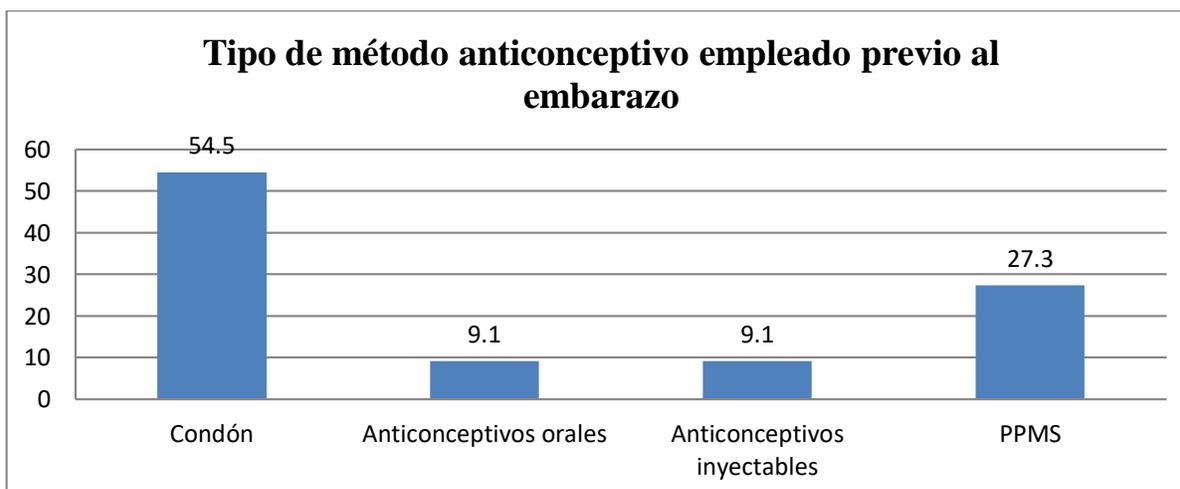
Fuente: Tabla 2A

**Figura 11:** Antecedentes de uso de métodos anticonceptivos en adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de CPN del Hospital Amistad México-Nicaragua del Municipio de Ticuantepe, Managua, en el periodo del 1° de enero al 31 de diciembre de 2019.



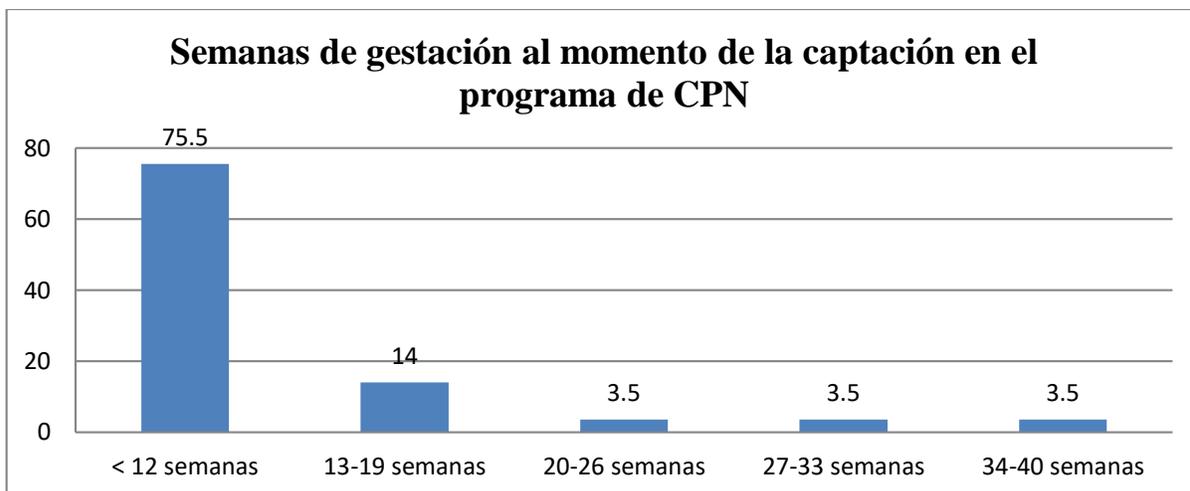
Fuente: Tabla 2A

**Figura 12:** Tipo de método anticonceptivo empleado previo al embarazo en adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de CPN del Hospital Amistad México-Nicaragua del Municipio de Ticuantepe, Managua, en el periodo del 1° de enero al 31 de diciembre de 2019.



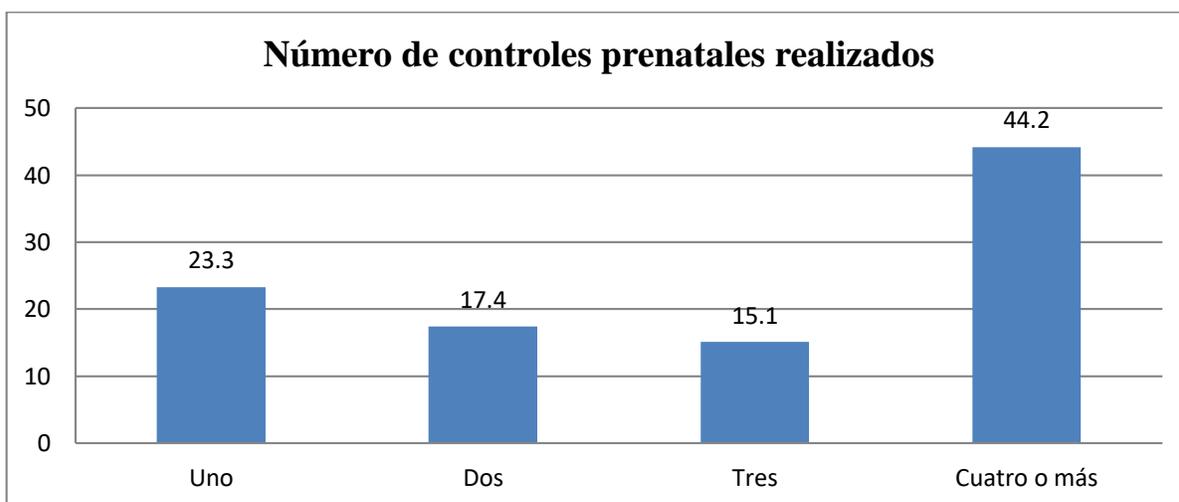
Fuente: Tabla 2A

**Figura 13:** Semanas de gestación de las adolescentes embarazadas al momento de la captación en el programa de CPN del Hospital Amistad México-Nicaragua del Municipio de Ticuantepe, Managua, en el periodo del 1° de enero al 31 de diciembre de 2019.



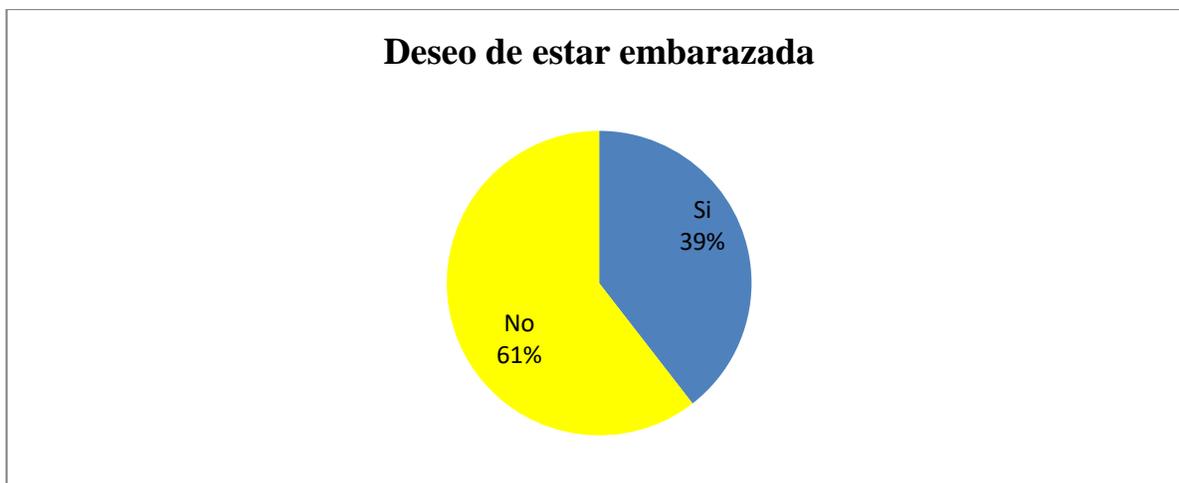
Fuente: Tabla 2A

**Figura 14:** Número de controles prenatales realizados a las adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de CPN del Hospital Amistad México-Nicaragua del Municipio de Ticuantepe, Managua, en el periodo del 1° de enero al 31 de diciembre de 2019.



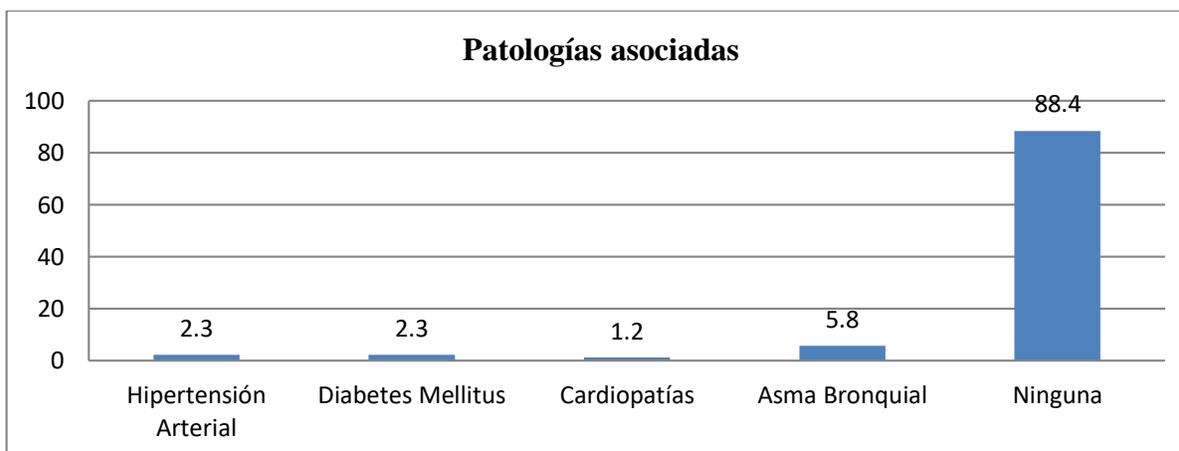
Fuente: Tabla 2B

**Figura 15:** Deseo de estar embarazada según las adolescentes atendidas en el programa de CPN del Hospital Amistad México-Nicaragua del Municipio de Ticuantepe, Managua, en el periodo del 1° de enero al 31 de diciembre de 2019.



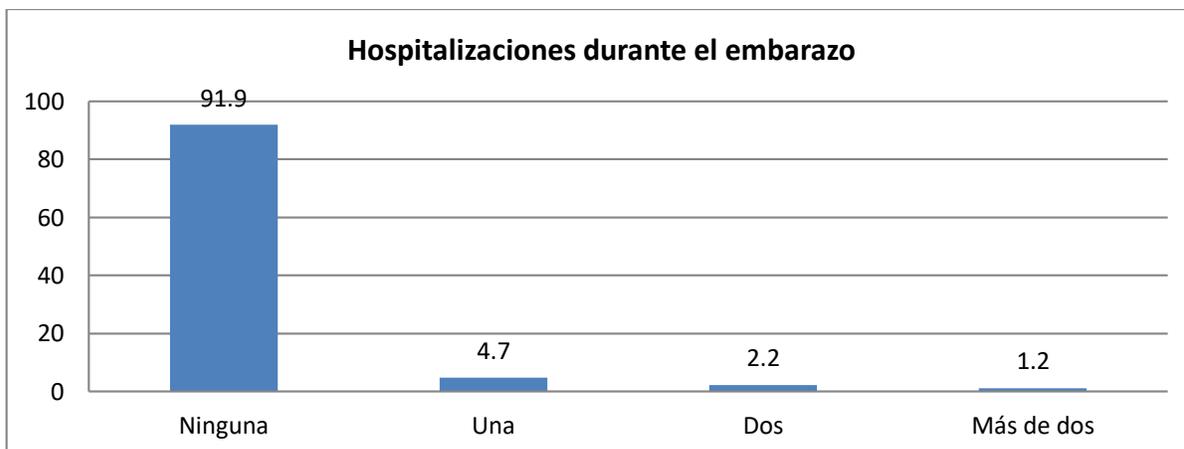
Fuente: Tabla 2B

**Figura 16:** Patologías asociadas en el desarrollo del embarazo de las adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de CPN del Hospital Amistad México-Nicaragua del Municipio de Ticuantepe, Managua. 2019.



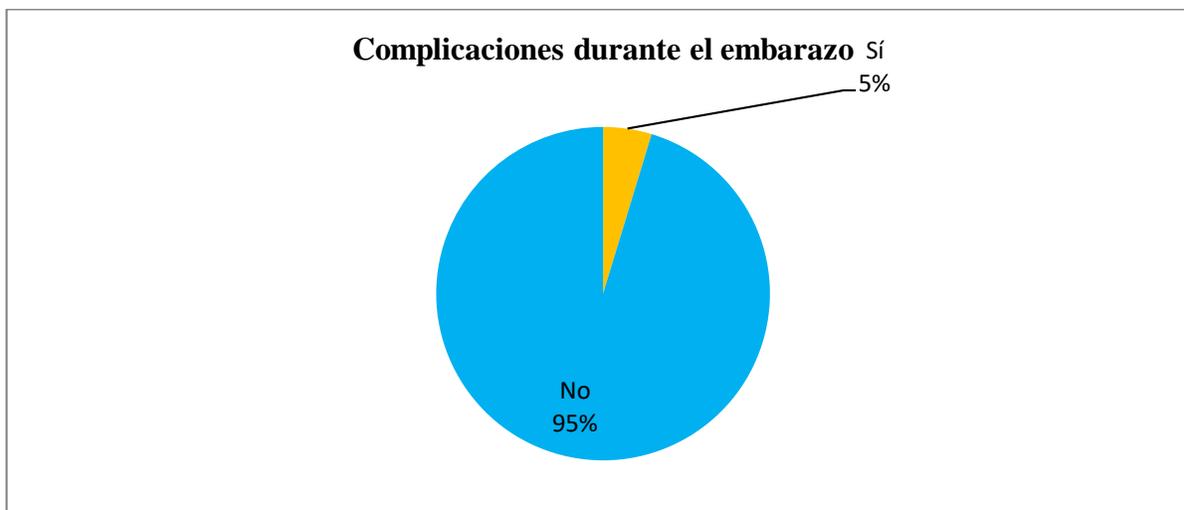
Fuente: Tabla 3

**Figura 17:** Hospitalizaciones durante el embarazo en las adolescentes de 15 a 19 años atendidas en el programa de CPN del Hospital Amistad México-Nicaragua del Municipio de Ticuantepe, Managua, en el periodo del 1° de enero al 31 de diciembre de 2019.



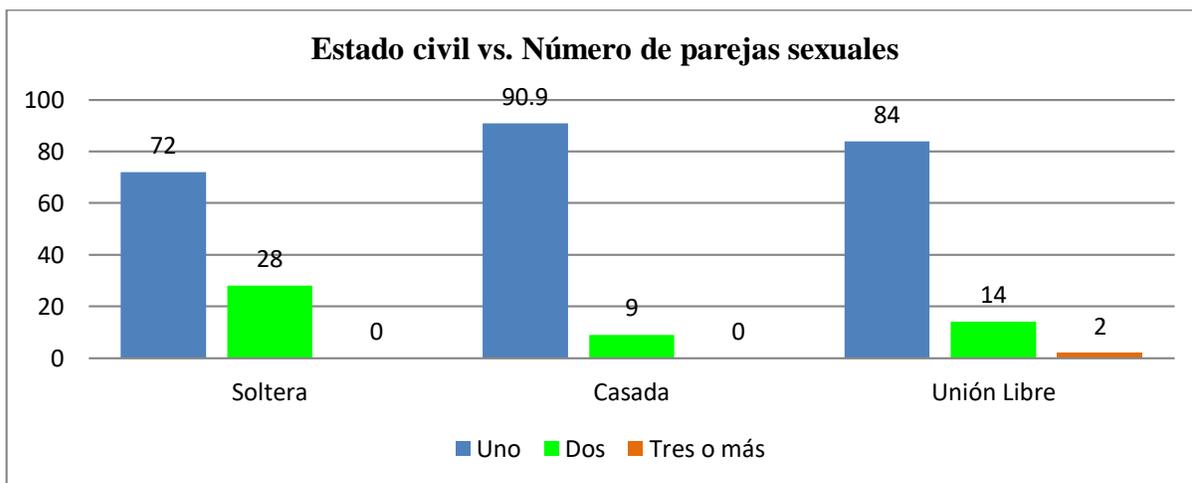
Fuente: Tabla 3

**Figura 18:** Complicaciones en el desarrollo del embarazo en las adolescentes de 15 a 19 años atendidas en el programa de CPN del Hospital Amistad México-Nicaragua del Municipio de Ticuantepe, Managua, en el periodo del 1° de enero al 31 de diciembre de 2019.



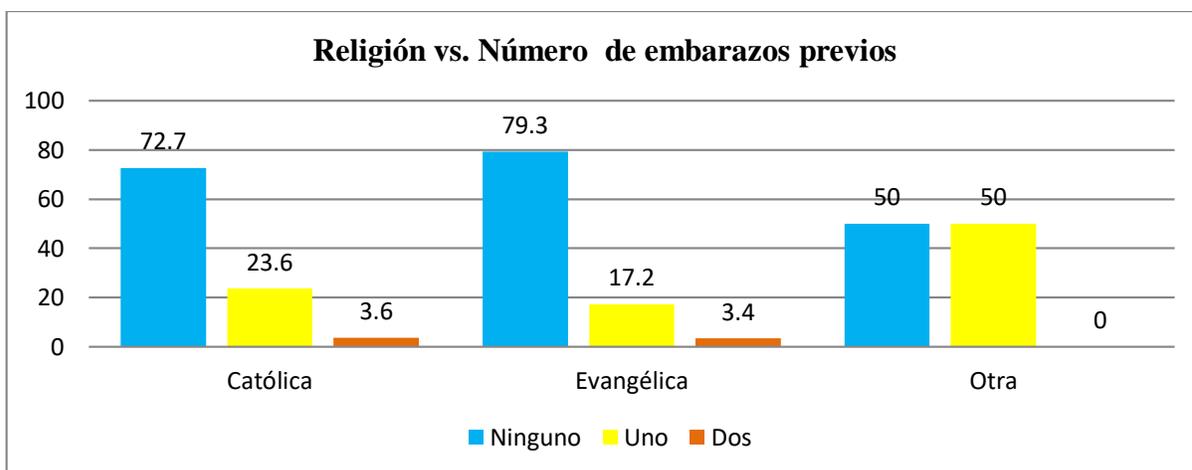
Fuente: Tabla 3

**Figura 19:** Estado civil vs. Número de parejas sexuales en las adolescentes de 15 a 19 años atendidas en el programa de CPN del Hospital Amistad México-Nicaragua del Municipio de Ticuantepe, Managua, en el periodo del 1° de enero al 31 de diciembre de 2019.



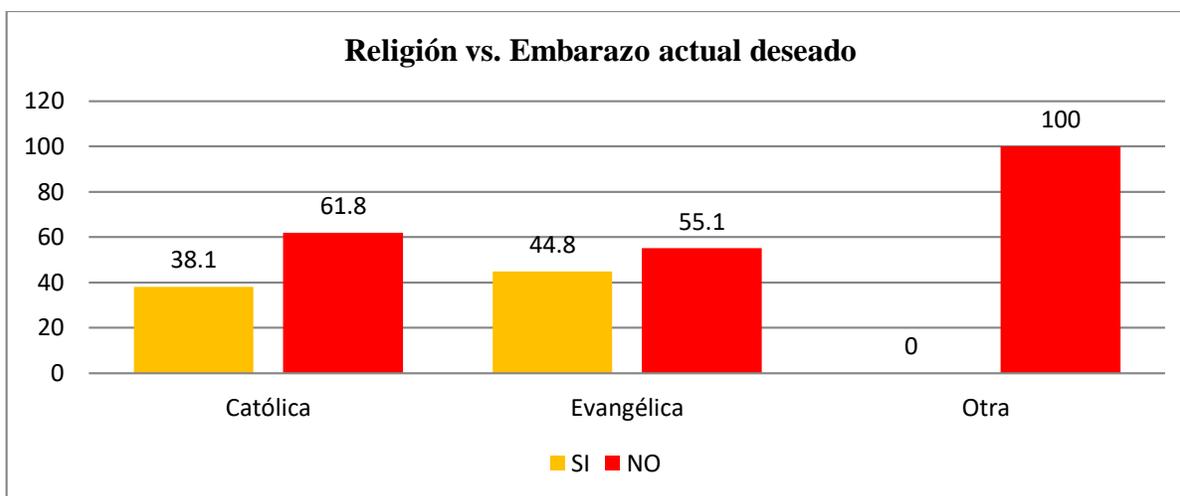
Fuente: Tabla 5

**Figura 20:** Religión vs. Número de embarazos previos en las adolescentes de 15 a 19 años atendidas en el programa de CPN del Hospital Amistad México-Nicaragua del Municipio de Ticuantepe, Managua, en el periodo del 1° de enero al 31 de diciembre de 2019.



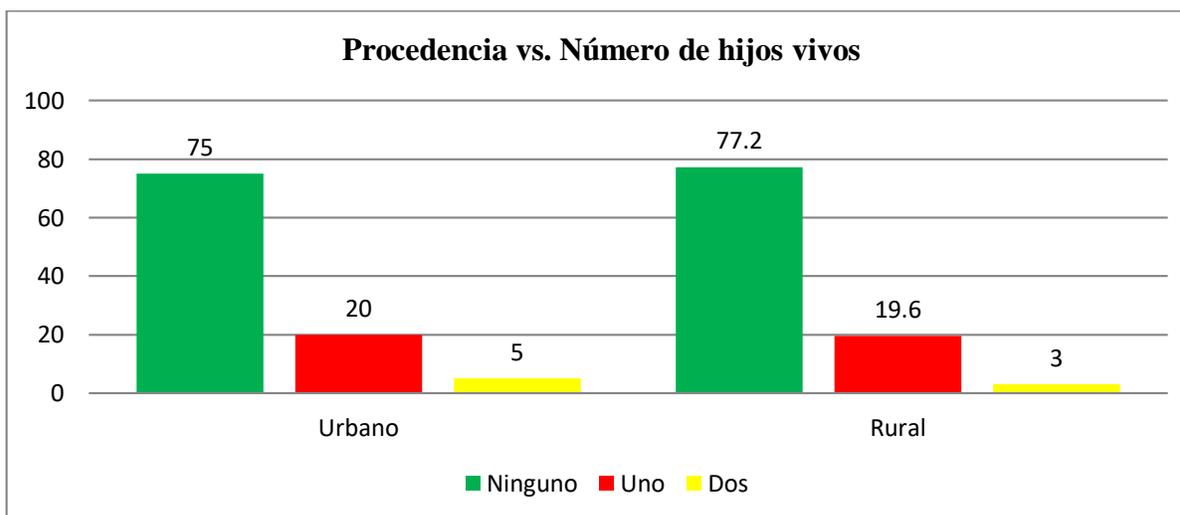
Fuente: Tabla 6

**Figura 21:** Religión vs. Embarazo actual deseado en las adolescentes de 15 a 19 años atendidas en el programa de CPN del Hospital Amistad México-Nicaragua del Municipio de Ticuantepe, Managua, en el periodo del 1° de enero al 31 de diciembre de 2019.



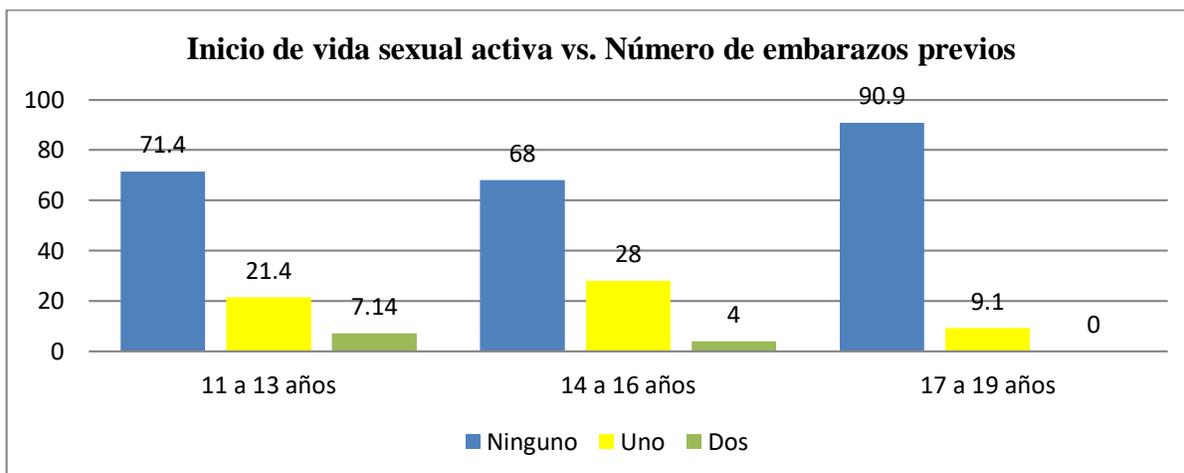
Fuente: Tabla 7

**Figura 22:** Procedencia vs. Número de hijos vivos en las adolescentes de 15 a 19 años atendidas en el programa de CPN del Hospital Amistad México-Nicaragua del Municipio de Ticuantepe, Managua, en el periodo del 1° de enero al 31 de diciembre de 2019.



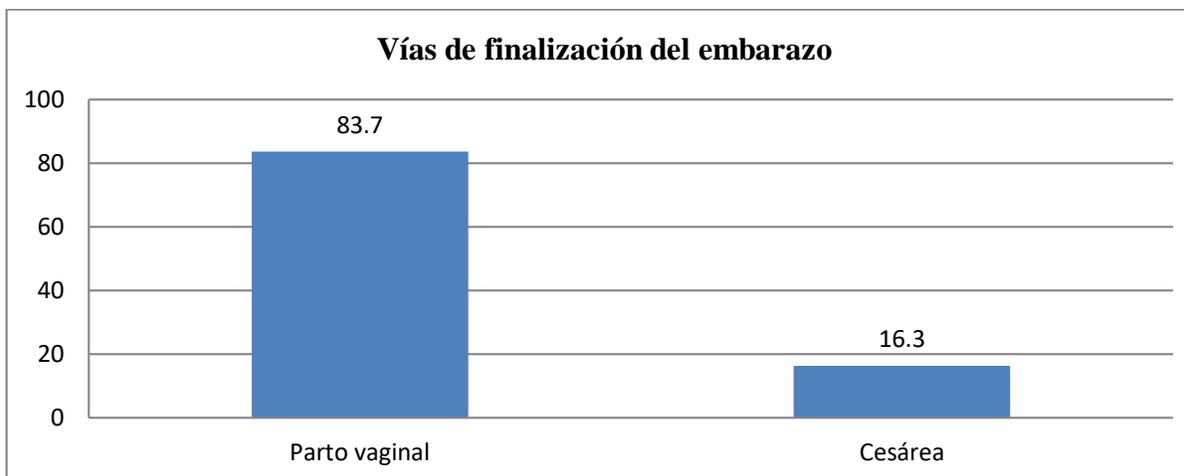
Fuente: Tabla 8

**Figura 23:** Inicio de vida sexual activa vs. Número de embarazos previos en las adolescentes de 15 a 19 años atendidas en el programa de CPN del Hospital Amistad México-Nicaragua del Municipio de Ticuantepe, Managua, en el periodo del 1° de enero al 31 de diciembre de 2019.



Fuente: Tabla 9

**Figura 24:** Vías de finalización del embarazo de las adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de CPN del Hospital Amistad México-Nicaragua del Municipio de Ticuantepe, Managua. 2019.



Fuente: Tabla 10



Managua, 26 de marzo de 2021.

**Doctora.**

**Dinka Reyes.**

**Directora del Hospital amistad mexico-nicaragua.**

Su despacho.

Estimado Dra. Reyes:

Reciba cordiales saludos de nuestra parte.

Por este medio nos dirigimos a su persona, a fin de solicitarle su apoyo para realizar nuestro trabajo monográfico con el tema:

**Comportamiento clínico-epidemiológico del embarazo en adolescentes de 15 a 19 años atendidas en el Hospital Amistad México-Nicaragua del municipio de Ticuantepe, Managua. 2019.**

Sin otro particular, nos despedimos de usted deseándole éxito en sus funciones.

**Br. María Guadalupe Ramirez Zamora**  
**Br. Fernando Alexander Ramirez Zamora**  
**Br. Alfonso Ricardo Pérez Ayestas.**

## Presupuesto

RUBRO		CANTIDAD	DETALLE	TOTAL
SALARIOS	Investigador	3	C\$200	C\$600
	Codificador	1	C\$80	C\$80
	Revisora ortográfica y gramática	1	C\$80	C\$80
TRANSPORTES	Prueba piloto de los instrumentos	1	C\$15	C\$15
	Gastos en teléfono		C\$300	C\$300
	Gastos en fotocopias	1	C\$500	C\$500
	Reproducción del informe	5	C\$300	C\$300
	Equipo para medir variables	3	C\$100	C\$100
TOTALA				1975 C\$

## Cronograma

Fase	Código	Actividad	Fechas de inicio	Duración en días	Fechas de terminación
Fase de Planificación	1	Fase exploratoria (selección del tema)	16/03/2020	14	30/03/2020
	2	Planteamiento del problema	30/03/2020	5	04/04/2015
	3	Justificación	04/04/2020	5	09/04/2015
	4	Objetivos	09/04/2020	5	14/04/2015
	5	Marco teórico	14/04/2020	30	14/05/2015
	6	Diseño metodológico	14/05/2020	15	29/05/2015
	7	Elaboración de la Matriz de variables	29/05/2020	9	07/06/2015
	8	Elaboración de instrumentos	07/06/2020	12	19/06/2015
	9	Validación de los instrumentos	20/06/2020	7	27/06/2015
Fase de campo	10	Escritura del protocolo formal	27/06/2020	6	3/07/2015
	11	Aplicación de los instrumentos	26/10/2020	11	05/11/2015
	12	Análisis de los resultados del trabajo de campo	06/11/2020	6	12/11/2015
	13	Redacción de los resultados	19/11/2020	2	21/11/2020
Fase de divulgación de los resultados	14	Entrega del informe final al docente	20/11/2020	1	21/11/20
	15	entrega del informe al departamento	30/11/2015	1	30/11/2020
	16	Defensa	14/05/2021	1	14/05/2021

