

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua

UNAN-Managua.

Recinto Universitario Rubén Darío

Facultad de Ciencias Médicas.



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN-MANAGUA

TESIS MONOGRÁFICA PARA OPTAR AL TÍTULO DE MÉDICO Y CIRUJANO

TÍTULO: Nivel de Cumplimiento del Protocolo de Atención Prenatal en Adolescentes Embarazadas que asistieron a consulta externa del centro de adolescentes y recibieron atención del parto en el Hospital Bertha Calderón Roque, Enero-Junio 2017.

Autores:

- Bra. Keylin Nathael Aguirre Trujillo.
- Bra. Yaosca Liseth Urroz Sánchez.

Tutor: M.S.C. M.D Dr. José de los Ángeles Méndez.

Profesor Titular de la Facultad de Medicina.

Unan-Managua.

Gineco-obstetra.

3 de septiembre del 2018

DEDICATORIA

"El futuro tiene muchos nombres. Para los débiles, es lo inalcanzable. Para los temerosos, lo desconocido. Para los valientes, es la oportunidad". Víctor Hugo.

Dedicamos este proyecto de tesis a Dios porque ha estado con nosotros en cada paso que hemos dado, cuidándonos y dándonos fortaleza para continuar.

A nuestros padres, quienes a lo largo de nuestra vida han velado por nuestro bienestar y educación siendo nuestro apoyo en todo momento.

A nuestros maestros que en este andar por la vida, influyeron con sus lecciones y experiencias en formarnos académicamente y preparadas para los retos que pone la vida.

A nuestro tutor de investigación por su paciencia y entrega para la elaboración de este trabajo.

AGRADECIMIENTO

Agradecemos primeramente a Dios, ya que gracias a él en su infinita misericordia nos ha permitido culminar esta etapa de nuestras vidas y hacernos comprender que sus planes son perfectos al brindarnos la capacidad y el entendimiento para poder llevar a cabo la realización de nuestro proyecto.

A nuestros padres, porque ellos siempre estuvieron presentes dando de su apoyo, consejos para hacer de nosotras mejores personas al inculcarnos valores y seguir siempre adelante contribuyendo con nuestra formación educativa, ayudándonos así al logro de nuestras metas.

A nuestros maestros quienes nunca desistieron al enseñarnos, paciencia y dedicación, que nos ayudaron a escribir y concluir esta tesis.

Para todos aquellos quienes que en algún momento de la elaboración de nuestro trabajo fueron imprescindibles, gracias por su apoyo incondicional.

CARTA DEL TUTOR

Doctor

FREDDY MEYNARD.

Coordinador de trabajos de diplomas

Facultad de ciencias médicas.

UNAN-MANAGUA.

Su despacho.

Estimado Doctor Meynard:

Reciba saludos sinceros.

Sirva la presente para hacer de su conocimiento, que he revisado de forma muy específica el presente documento que hace veces de Informe Final de Investigación de trabajo monográfico para optar al título de médico y cirujano.

TEMA: Nivel de Cumplimiento del Protocolo de Atención Prenatal en Adolescentes Embarazadas que asistieron a consulta externa del centro de adolescentes y recibieron atención del parto en el Hospital Bertha Calderón Roque, Enero-Junio 2017.

AUTORES:

Bra. Keylin Nathael Aguirre Trujillo.

Bra. Yaosca Liseth Urroz Sánchez.

A lo cual considero que dicho documento llena todos los requisitos establecidos dentro de la metodología de Investigación para ser adoptado como Informe Final, ruego a usted hacer saber a las investigadoras que pueden pasar a la fase final de su investigación.

Agradeciendo como siempre su valioso apoyo, me suscribo de usted.

Atentamente.

M.S.C. M.D Dr. José de los Ángeles Méndez.

Profesor Titular

Facultad de Medicina.

Gineco-obstetra-Tutor.

RESUMEN

El embarazo durante la adolescencia es una prioridad para la salud pública, se caracteriza por el inicio de la actividad sexual sin orientación adecuada en sexualidad, conocimiento pleno de las complicaciones y restricción al acceso de servicios e información apropiada. La presente investigación tiene como objetivo evaluar el nivel de cumplimiento del protocolo de atención prenatal en adolescentes embarazadas que asistieron a consulta externa del centro de adolescentes y recibieron atención del parto en el Hospital Bertha Calderón Roque, Enero a Junio 2017.

Actualmente en el sistema de salud, se ha ido incrementando la demanda de la atención prenatal hacia las adolescentes embarazadas, por lo tanto, es necesario realizar estudios relacionados con el cumplimiento del programa de control prenatal en estos grupos etarios, y generar de esta manera evidencia sólida sobre las actividades prenatales. Con base en la problemática señalada, en el estudio siguiente, se pretende responder a la siguiente interrogante: ¿Cómo es el nivel de cumplimiento del protocolo de atención prenatal en adolescentes embarazadas que asistieron a consulta externa del centro de adolescentes y recibieron atención del parto en el Hospital Bertha Calderón Roque, Enero-Junio 2017?

Este estudio tiene un enfoque cuantitativo, tipo descriptivo, de corte transversal. Se realizó en el Centro de adolescentes del Hospital Bertha Calderón Roque, donde el universo corresponde a todas las pacientes adolescentes embarazadas y un tamaño muestral de 70 unidades.

Al finalizar esta investigación se brindan una serie de recomendaciones sobre el control prenatal con el fin de mejorar en el cumplimiento del protocolo vigente, y a su vez implementar intervenciones efectivas y asignación óptima de recursos de los servicios sanitarios que contribuirán en el desarrollo del país.

Palabras claves: Embarazo adolescente, control prenatal, cumplimiento.

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	9
ANTECEDENTES.....	10
JUSTIFICACIÓN.....	13
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
OBJETIVO GENERAL.....	15
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	15
MARCO TEÓRICO.....	16
I. Generalidades.....	16
1. Marco legal en Nicaragua sobre adolescentes embarazadas.....	16
2. Adolescencia:.....	17
3. Salud reproductiva adolescente.....	20
4. Embarazo adolescente:.....	20
5. Características y condiciones de embarazadas adolescentes:.....	21
6. Determinantes sociales del embarazo adolescente.....	22
7. Control prenatal.....	22
8. Diagnóstico del embarazado adolescente:.....	23
II. Epidemiología de embarazos durante la adolescencia:.....	26
1. A nivel mundial.....	26
2. A nivel nacional:.....	26
III. Actividades básicas del control prenatal.....	28
1. Primera atención prenatal:.....	28
2. Segunda atención prenatal:.....	29
3. Tercera atención prenatal:.....	30
4. Cuarta atención prenatal:.....	30

IV. Registros adicionales del control prenatal en embarazo adolescente.	30
1. Identificación de factores de riesgos psicosociales relacionados al embarazo adolescente.	30
2. Clasificación del riesgo de la embarazada adolescente.	32
3. Consejería a la adolescente embarazada:	33
II. DISEÑO METODOLÓGICO.....	38
1. Área de estudio.....	38
2. Tipo de estudio.....	38
3. Universo.....	38
4. Muestra.....	38
5. Criterios de inclusión y exclusión.....	38
6. Método de recolección de datos.	39
7. Listado de Variables.	40
8. Operacionalización de variables.	41
9. Plan de tabulación y análisis.....	50
10. Aspectos éticos.....	50
III. RESULTADOS.....	51
IV. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS.....	53
V. CONCLUSIONES:.....	57
VI. RECOMENDACIONES.....	58
VII. BIBLIOGRAFÍA	60
VIII. ANEXOS.....	61
1. Instrumento.....	61
2. Tablas.....	64

3. Graficos.....	70
4. HCPB.....	84
5. Criterios de clasificación del riesgo en la Atención Prenatal.....	85
6. Inventario para la predicción de riesgo psicosocial para adolescentes.	87
7. Categorías y criterios médicos para métodos anticonceptivos en Adolescentes.....	89

INTRODUCCIÓN

El embarazo durante la adolescencia es una prioridad para la salud pública, se caracteriza por el inicio de la actividad sexual, sin orientación adecuada en sexualidad, conocimiento pleno de las complicaciones y restricción al acceso de servicios apropiados e información, incluido sobre enfermedades de transmisión sexual y los malos tratos sexuales, exposición a riesgos asociados con la función sexual, capacidad reproductiva, desarrollo mental y psicológico, de tal modo que es crucial prevenir los embarazos no deseados y retardar los segundos o terceros embarazos.(Guzman, Hakkert, & Contreras, 2001).

Actualmente, la tasa de fecundidad entre los 15 y los 19 años, es aproximadamente 71 (por 1000 mujeres) en 15 países de América Latina; 20% de los nacidos vivos son hijos de madres adolescentes y se estima que el 40% de estos embarazos no fueron planeados.(Organización Panamericana de la Salud/Organización, 2014).

En Nicaragua, la mayoría de adolescentes saben cómo evitar un embarazo, pero este conocimiento no se pone en práctica, siendo la tasa de fecundidad mayor en el área rural Atlántica, y en los quintiles más bajos y de menor nivel educativo.(UNFPA, 2014).

La maternidad debería ser segura, saludable, voluntaria y no ser una carga más para las adolescentes, de esta manera, la atención prenatal es una herramienta necesaria para prevenir, diagnosticar y tratar oportunamente las diferentes condiciones que se pueden presentar durante el embarazo.

Por lo cual, en la presente investigación se realizó una revisión sobre el nivel de cumplimiento del protocolo de atención prenatal en adolescentes embarazadas que asistieron a consulta externa del centro de adolescentes y recibieron atención del parto en el Hospital Bertha Calderón Roque.

ANTECEDENTES

En el año 2015, el Grupo Cochrane realizó una actualización sobre el uso de los servicios de control prenatal, atención calificada del parto y cuidados post natales, siendo los países estudiados Cuba, Arabia Saudita, Tailandia y Zimbawe. Este estudio obtuvo evidencia de calidad moderada y se encontró que en países de alto ingreso económico, el número de controles prenatales tenía como mínimo 8 visitas, en cambio en países de bajo desarrollo se efectuaban menos de 5 visitas de control. El número de visitas reducidas se asoció a un aumento de la mortalidad materna e ingresos a cuidados intensivos neonatales. (Cochrane , 2015).

En el año 2013, en Perú se realizó un estudio titulado “Factores asociados al abandono del control prenatal en un hospital del ministerio de salud Perú” el cual evidenció que los factores personales, es decir, los propios de cada gestante que pueden asociarse a no concluir con sus atenciones prenatales fueron: la importancia del control prenatal, la dificultad de acudir por quehaceres domésticos y la multiparidad dado que el 11,6% de las gestantes que indicaron percibir el control prenatal de poca importancia abandonaron el control prenatal, comparadas con el 0,6% de los controles, existiendo 21 veces mayor probabilidad de abandono. El 28% que señalaron dificultades por quehaceres domésticos abandonaron el control prenatal comparado con el 7,9% de los controles.(Munares-Garcia, 2013)

Durante el año 2012, se realizó un trabajo investigativo titulado “Percepción sobre el control prenatal de las gestantes adolescentes en San Cristóbal, Bogotá 2012” concluyeron que las gestantes adolescentes perciben de forma positiva el control prenatal, sienten el deseo de proteger y asumir la responsabilidad de sus hijos. Coinciden que este es un programa

fundamental para el desarrollo óptimo de la gestación, nacimiento, parto y posparto donde encuentran apoyo, confianza, información y bienestar. (Mayorga Palacios, 2012)

En el año 2013 se realizó “la evaluación del programa del control prenatal en la empresa social del estado hospital local de Mahates durante el segundo semestre del 2012” donde se hace alusión a que en Colombia la atención del control prenatal es de 84,8% lo cual representa alrededor de 200,000 madres pasan por la maternidad sin ningún tipo de servicio médico. Y que en Bolívar la razón de muertes maternas por falta de control prenatal en el año 2012 fue de 108 por 1000 nacidos vivos. Es decir que en países de Suramérica es una realidad la falta de acceso al control prenatal. (Bolívar, 2013).

En Nicaragua no hay trabajos investigativos sobre Control prenatal en adolescentes, los estudios realizados hacen mención de cumplimiento de historia clínica perinatal de forma general y en diferentes grupos etarios.

En el informe preliminar de ENDESA 2011-2012 en el acápite de la salud la mujer se refleja el impacto de las distintas actividades que el MINSA implementa para mejorar la atención y disminuir la mortalidad materna. Entre los resultados del informe se destaca 95 % de embarazadas tuvieron algún control prenatal de las cuales el 89% tuvo más de 4 visitas de control y siendo atendidas el 94.7 % por personal calificado. (ENDESA, 2011)

En el año 2015 se realizó un estudio monográfico titulado “Cumplimiento en el registro de la historia clínica perinatal de las gestantes de la empresa medica previsional en la consulta externa del hospital escuela Carlos Roberto Huembes, primer semestre del 2015”, en el estudio se revisaron 16 criterios de varios segmentos de la historia clínica perinatal, 9 de estos cumplieron con el llenado correcto, para un total de 56.25% de Historias clínicas perinatales

con datos completos y 47.75% con datos incompletos. El mayor porcentaje de calidad de registro en la Historia clínica Perinatal fue bueno debido al correcto llenado de los datos de identidad, antecedentes patológicos familiares, personales y obstétricos, en los ítems; registro de toma de presión arterial, aplicación de la vacuna antitetánica, registro de exámenes de laboratorio y evaluación del estado nutricional en las cónyuges.(Pacheco, 2015).

En el año 2013, en un estudio sobre cumplimiento del protocolo de atención del control prenatal realizado en el centro de salud Francisco Buitrago, concluyó que del total de la población en estudio se captó el 100% en el primer trimestre de embarazo, al 56 % se le dió consejería sobre el embarazo y lactancia materna. En la primera atención prenatal al 99.6 % se le prescribió sulfato ferroso más ácido fólico y al 100 % se le indicó la prueba de VIH/SIDA y en el 91.8% no se le indicó la prueba de reagin rápida de plasmina (RPR) sin embargo en la tercera atención prenatal al 100% no se les indicó las pruebas de VIH/SIDA y 98.1% no se indicó la prueba de RPR. (Lacayo, Quintana, & Reyes, 2013).

JUSTIFICACIÓN

El control prenatal incompleto ha ido incrementando su incidencia, lo cual es un indicador de deficiencia de la salud pública del país. Esto trae como consecuencia la difícil identificación y prevención de posibles complicaciones materno-fetales.

En el actual sistema de salud, la atención prenatal hacia las adolescentes embarazadas há ido aumentando su demanda, por lo cual es necesario realizar estudios relacionados con el cumplimiento del programa de control prenatal en estos grupos etarios, y generar de ésta manera evidencia sólida sobre la falta o no, en el desempeño del cuidado antes del nacimiento.

Con el presente trabajo investigativo, se pretende identificar el nivel de cumplimiento del control prenatal en adolescentes, siendo de orden obligatorio y estricto para lograr un abordaje integral durante la atención prenatal en adolescentes, por lo cual se emiten una serie de recomendaciones sobre los diferentes acápite con el fin de mejorar en el cumplimiento del protocolo e implementación de intervenciones efectivas y asignación óptima de recursos de los servicios sanitarios que contribuirán en el desarrollo del país.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La adolescencia es una etapa de inmadurez física y psicológica, condicionada por factores biológicos, educacionales, socio-culturales y sexuales a las que se encuentran expuestos; es por ello que el embarazo durante la adolescencia está asociado a complicaciones, como el aumento de morbilidad materna e incremento de partos pretérminos, crecimiento intrauterino retardado (CIUR), muerte perinatal, defectos congénitos y bajo peso al nacer (BPN), problemas de salud y comportamiento durante su infancia, uso de drogas y bajo rendimiento escolar, durante la adolescencia.

Nicaragua en el año 2012, presentó un aumento en la cobertura de atención prenatal en adolescentes del 91% entre 15 y 19 años y 9% entre 10 y 14 años, pero estos esfuerzos han resultado insuficientes debido a la captación tardía de la gestante, poca asistencia de adolescentes a sus controles prenatales y llenado incompleto de la historia clínica perinatal base (HCPB). (ENDESA, 2013).

En el año 2015, se encontró que aproximadamente 1,600 partos de menores de 14 años tuvieron atención prenatal en el centro de adolescentes del Hospital Bertha Calderón, lo cual representa más del 30 % de atención a adolescentes embarazadas. (Centro Nicaragüense de Derechos Humanos, 2015.). Por lo cual, el ministerio de salud ha creado la normativa 139, el primer protocolo de atención integral de adolescentes embarazadas.

Con base en la problemática señalada, en la presente investigación, se pretendía responder a la siguiente interrogante: ¿Cómo es el nivel de cumplimiento del protocolo de atención prenatal en adolescentes embarazadas que asistieron a consulta externa del centro de adolescentes y recibieron atención del parto en el Hospital Bertha Calderón Roque, Enero-Junio 2017?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Evaluar el nivel de cumplimiento del protocolo de atención prenatal en adolescentes embarazadas que asistieron a consulta externa del centro de adolescentes y recibieron atención del parto en el Hospital Bertha Calderón Roque, Enero-Junio 2017.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Describir las características socio demográficas de la población en estudio.
2. Valorar el cumplimiento de las actividades básicas en la atención prenatal.
3. Identificar al personal de salud que realiza el llenado del control prenatal.

MARCO TEÓRICO

I. Generalidades.

1. Marco legal en Nicaragua sobre adolescentes embarazadas.

La Constitución Política de Nicaragua, enumera los principales tratados de derechos humanos, en el artículo 46, estableciendo que en el territorio nacional toda persona goza de la protección estatal y del reconocimiento de los derechos inherentes a la persona humana, del irrestricto respeto, promoción y protección de los derechos humanos. (Constitución Política de Nicaragua, 2014)

En el artículo 71, se establece que la niñez goza de protección especial y de todos los derechos que su condición requiere, por lo cual tiene plena vigencia la convención internacional de los derechos del niño y la niña. (Constitución Política de Nicaragua, 2014).

Ley No. 287, el código de la niñez y la adolescencia, en su artículo 2, considera como niña y niño a los que no hubiesen cumplido los 13 años de edad y adolescentes a los que se encuentran entre los 13 y 18 años de edad, no cumplidos. (Codigo de la niñez y adolescencia, 2014)

En el artículo 17 se establece que corresponde al estado con la participación activa de la familia, la escuela y la comunidad, desarrollar la atención preventiva de la salud dirigida a la madre y al padre en materia de educación sexual y salud reproductiva. (Codigo de la niñez y adolescencia, 2014).

El artículo 44 establece que los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a recibir una educación sexual integral, objetiva, orientadora, científica, gradual y formativa, que desarrolle

su autoestima y el respeto a su propio cuerpo y a la sexualidad responsable. (Codigo de la niñez y adolescencia, 2014).

El artículo 76, manifiesta que el estado, instituciones, familia, comunidad y escuela deben brindar atención y protección especial a adolescentes, niños que se encuentren abusados y explotados sexualmente, adolescentes embarazadas. (Codigo de la niñez y adolescencia, 2014).

El código de la familia en su artículo 305, afirma que las instituciones públicas y privadas en las cuales estudie o labore una adolescente embarazada deberán garantizar la continuidad de sus actividades y respetar los derechos que le asisten, con el objetivo de no impedir que continúen estudiando en las escuelas del sistema público(CÓDIGO DE FAMILIA , 2014.).

Ley general de salud (ley 423), en el artículo 32 señala que la salud de la mujer, la niñez y la adolescencia incluirán acciones para la salud sexual y reproductiva. (Organizacion Mundial de la salud, 2015).

El Código Penal de Nicaragua establece que toda relación sexual con una persona menor de 14 años, aún cuando ella alegue consentimiento, es considerado delito de violación y debe penarse con prisión entre 12 y 15 años. Todo embarazo en niñas es indicador de una violación de sus derechos asociados con violencia sexual. (Código Penal de la Republica de Nicaragua., 2007)

2. Adolescencia:

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), “período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio -económica”.(Organizacion Mundial de la salud, 2015)

Es un periodo de transformaciones relacionadas con crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años, está condicionada por diversos procesos biológicos, búsqueda activa de identidad propia, separación psicológica de familia de origen, integración de nuevos impulsos y deseos. (Ministerio de Salud, 2016.)

La adolescencia se puede dividir en tres etapas, a continuación se describirán cada una de ellas:

Etapa temprana.	Etapa Intermedia.	Etapa Tardía.
Edad en años: 10-13 años.	Edad en años: 14-16 años.	Edad: 17-20 años y más.
<p>Madurez sexual: 1-2</p> <p>Somático:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Caracteres sexuales secundarios. 2. Comienzo de crecimiento rápido. 3. Apariencia extraña. 	<p>Madurez sexual: 3-5</p> <p>Somático:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pico de crecimiento en la altura. 2. Cambio en la forma y composición corporal. 3. Acné y olor corporal, menarquía/espermarquia. 	<p>Madurez sexual: 5</p> <p>Somático:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Físicamente maduro. 2. Crecimiento más lento
<p>Cognitivo y moral:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Operaciones concretas, incapaz de percibir las consecuencias a largo plazo de las decisiones actuales. 2. Moralidad convencional. 	<p>Cognitivo y moral:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aparición del pensamiento abstracto. 2. Puede percibir las implicaciones futuras, pero puede no aplicarlas en sus decisiones. Cuestiona las costumbres. 	<p>Cognitivo y moral:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Orientado al futuro con sentido de perspectiva, Idealismo, absolutismo. 2. Capaz de pensar las cosas detenidamente de forma independiente.

<p>Concepto de sí mismo/formación de identidad:</p> <p>1. Preocupado por los cambios corporales, apariencia y atractivos orientados a la fantasía y el tiempo presente.</p>	<p>Concepto de sí mismo formación de identidad:</p> <p>1. Preocupación sobre el atractivo.</p> <p>2. Aumento de la introspección.</p> <p>3. Adolescente estereotípico.</p>	<p>Concepto de sí mismo/Formación de identidad:</p> <p>1. Imagen corporal estable.</p> <p>2. El atractivo puede ser todavía una preocupación</p> <p>3. Se completa la emancipación.</p> <p>4. Identidad más firme.</p>
<p>Familia:</p> <p>Aumento de la necesidad de privacidad, intento de aumentar su independencia.</p>	<p>Familia:</p> <p>1. Conflicto sobre el control y la independencia.</p> <p>2. Lucha por la aceptación de una mayor autonomía.</p>	<p>Familia:</p> <p>1. Separación emocional y física de la familia.</p> <p>2. Aumento de la autonomía</p>
<p>Compañeros:</p> <p>Búsqueda de afinidad con amigos del mismo sexo para compensar la inestabilidad</p>	<p>Compañeros:</p> <p>1. Participación intensa en el grupo de compañeros.</p> <p>2. Preocupación por la cultura del grupo.</p> <p>3. Los compañeros proporcionan ejemplo de comportamiento.</p>	<p>Compañeros:</p> <p>1.El grupo y sus valores disminuye de importancia</p> <p>2. Intimidad y compromiso cobra importancia</p>
<p>Sexual:</p> <p>1. Aumento del interés de la anatomía sexual.</p> <p>2. Ansiedad y pregunta por los cambios genitales.</p> <p>3. Cortejo e intimidad limitada.</p>	<p>Sexual.</p> <p>1. Pruebas de capacidad para atraer una pareja.</p> <p>2. Inicio de las relaciones y actividad sexual. Preguntas sobre la orientación sexual.</p>	<p>Sexual:</p> <p>1. Consolidación de la identidad sexual.</p> <p>2. Centrado en la intimidad y las relaciones estables.</p>
<p>Relaciones con la sociedad: Ajustada a la escuela o</p>	<p>Relaciones con la sociedad: Evaluación de la capacidad</p>	<p>3. Planificaciones del futuro y compromisos</p>

parentela	y Oportunidad.	Relaciones con la sociedad: Decisiones sobre la profesión o trabajo
-----------	----------------	---

(Gans, McAnarney et al., & McAnarney y Hendee, 2015.)

3. Salud reproductiva adolescente.

La salud reproductiva adolescente es un estado de bienestar físico, mental y social de jóvenes entre 10 -19 años, con ausencia de enfermedades relacionadas con el sistema reproductivo, para que puedan cumplir su sexualidad y sus funciones reproductivas sin riesgo, seleccionar de manera libre, orientada y oportuna el inicio de sus relaciones sexuales, la forma de relacionarse con la pareja, el número y espaciamiento de hijos(Organización Panamericana de la Salud/Organización, 2014).

4. Embarazo adolescente:

El Embarazo adolescente (embarazo no planeado ni planificado), según la Academia Americana de pediatría (APP) y la Academia Americana de Medicina (AMA):

Se considera como el embarazo que ocurre entre 10-19 años de edad, en una adolescente o una pareja que están dependiendo económicamente 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, familia y para el cual no han adquirido una madurez, ni física, ni psicológica.)(Gans, McAnarney et al., & McAnarney y Hendee, 2015.)

Para la OMS, el embarazo en la adolescencia se produce entre 10-19 años de edad, independientemente del grado madurez biológica, psicológica, o su relación con su núcleo familiar. (OMS, 2011).

5. Características y condiciones de embarazadas adolescentes:

Según la Federación latinoamericana de sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG, 2011.), el embarazo prematuro:

- Relacionado con el doble de riesgo de parto pre termino, bajo peso al nacer.
- Entre 15-19 años doble probabilidad de morir que las mayores de 20 años. Y en menores de 15 años, riesgo 6 veces mayor.
- Asistencia nula o tardía por desconocimiento de recursos disponibles, falta de aseguramiento en salud, retardo en el diagnóstico de embarazo y estigma social.
- Interfiere con el desarrollo de habilidades: fortalecimiento de autonomía, socialización y capacidad de regulación afectiva.
- Eleva riesgo de suicidio 13%, índice de depresión.
- La tasa de fecundidad en adolescentes está relacionada directamente con las condiciones socio-económicas y políticas.

El Fondo de Población de las Naciones Unidas (MINSALUD & UNFPA., 2014.) (Convenio 168 de 2011 y Convenio 036 de 2012), también define que en el embarazo prematuro:

- Requiere actuar de manera proactiva y coherente durante el proceso de atención integral relacionado con sus derechos humanos, sexuales y reproductivos; según las necesidades físicas de su edad, tratar de evitar una nueva gestación no planeada o no deseada e involucrar al medio familiar y social de la menor de acuerdo con sus características particulares y sus preferencias.

El Organismo regional andino de salud, sobre el embarazo adolescente evidenció(ORAS, 2009):

- Una de cada diez mujeres se convierte en madre durante el paso por la adolescencia, mientras que uno de cada cincuenta adolescentes varones es padre.

6. Determinantes sociales del embarazo adolescente

- Menor probabilidad de completar estudios secundarios, ser parte de fuerza de trabajo.(Ministerio de Salud, 2016.)
- Hijos de madres adolescentes, mayor probabilidad de problemas de salud, comportamiento, uso de drogas, bajo rendimiento escolar.
- Menores de 15 años, relacionado con violencia sexual, pero que son inadvertidas por el profesional de salud, sin que se cumpla la notificación o reporte de oficio ante instancia correspondiente, atención integral a adolescente: terapias, medidas de protección, justicia y restitución de derechos.
- Adolescentes con estrato socioeconómico más bajo, inician relaciones sexuales y son madres más temprano, por las diferentes percepciones sobre la maternidad.

7. Control prenatal.

La Atención Prenatal consiste en una serie de acciones y procedimientos sistemáticos con visitas programadas de la embarazada con el proveedor de salud, donde se brindan cuidados óptimos y vigilancia de la evolución del embarazo para lograr una adecuada preparación para el parto y cuidados del-a recién nacido/a. (MINSA, Atención Prenatal, Parto, Recién Nacido/a y Puerperio de Bajo Riesgo. N 011., 2015).

Esta atención se estableció desde 1901 y há funcionado como sistema de prevención para la implementación y extensión de la atención prenatal, selección y manejo del riesgo perinatal y

clasificación, selección y aplicación de los métodos de vigilancia feto-maternos. (MINSA, Atención Prenatal, Parto, Recién Nacido/a y Puerperio de Bajo Riesgo. N 011., 2015)

La Atención Prenatal debe ser precoz, iniciada desde el momento en que la madre sospecha la gestación, continua, completa, de amplia cobertura, con calidad y equidad; debiéndose garantizar cuatro atenciones prenatales. (MINSA, Atención Prenatal, Parto, Recién Nacido/a y Puerperio de Bajo Riesgo. N 011., 2015).

8. Diagnóstico del embarazado adolescente:

Según el protocolo para adolescentes embarazadas (Ministerio de Salud, 2016.), se determina lo siguiente:

- Las adolescentes asisten al facultativo por síntomas que indican problemas psicossomáticos: gastritis, náuseas, vómitos, sueño, insomnio, cefalea y adinamia.
- Al realizar interrogatorio en entorno privado:
- Establecer una relación de confianza, comunicación permanente y fluida: edad, dirección, relación con su familia, estudios, trabajo y si la familia, sabe del embarazo.
- Asegurar confidencialidad.
- No juzgarla.
- Respetar y apoyarla.
- Escuchar activamente, mirarla a los ojos y dejar hacer lo que pueda interferir en la entrevista.
- Indagar sobre signos de abuso o violencia sexual y física.
- Tiene Relaciones sexuales, planificación y deseo de embarazo.

- Antecedentes de ITS.
- Abordar aspectos clínicos de embarazo.

A. Aspectos clínicos del embarazo:

Los datos presuntivos y probables aparecen en etapas tempranas (final de 4ta semana hasta semana 18 ava), los de certeza (16-20 semanas) hacen su aparición más tardíamente.

- Signos y síntomas presuntivos:
 - Sialorrea
 - Nauseas, vómitos, mareos.
 - Cambios en patrón alimenticio.
 - Tristeza.
 - Aumenta frecuencia urinaria y disuria.
 - Aumenta sensibilidad, tamaño y pigmentación de senos.
 - Palpitaciones.
 - Somnolencia.
 - Oligomenorrea.
 - Distensión abdominal.

También es necesario tener en consideración: bajo rendimiento escolar y cambios en relaciones con la familia y entorno social.

- Signos y síntomas probabilidad:
 - Amenorrea.

- **Signo de Chadwick:** Cambios en los genitales externos: La vulva, el vestíbulo, la vagina y el cérvix toman una coloración violácea.
 - **Cambios en el útero:** El tamaño, la forma y la consistencia. Se realizará tacto por vía vaginal combinado con palpación.
 - **Cambios en el cérvix:** la consistencia y el cambio de color. A partir de la cuarta semana el cuello tiene una consistencia blanda (reblandecimiento) semejante al lóbulo de la oreja.
 - **Signo de Heagar:** El útero grávido tiene una consistencia blanda, sexta semana de gestación y el sitio donde primero se aprecia es a nivel del istmo uterino. Para buscarlo es necesario realizar un tacto vaginal combinado con la palpación abdominal. Con la mano colocada sobre el abdomen se trata de deprimir la cara posterior del útero intentando alcanzar los dedos colocados en la vagina.
- **Signos y síntomas de Certeza:**
- Movimientos activos fetales
 - Latidos fetales (al principio se pueden localizar en la región supra púbica, al final del embarazo se puede localizar en los cuadrantes superior o inferior).
 - Percepción por palpación de partes fetales.

B. Métodos de Diagnóstico

- 10 -14 días después del último coito sin protección o 1 día después de la fecha que corresponde se presente el nuevo ciclo menstrual: Niveles de Hormona Gonadotropina Coriónica (HCG) se determinan en la orina de la mujer que consulta por amenorrea y se utiliza como base para efectuar el diagnóstico de embarazo. (Prueba de embarazo).

- Análisis de sangre Beta HCG puede detectar el embarazo entre 6 y 8 días después de la ovulación.
- Ultrasonido (USG) transvaginal: Menor a semana 10 y para confirmar edad gestacional.

II. Epidemiología de embarazos durante la adolescencia:

1. A nivel mundial

Según el fondo de las naciones unidas para la infancia en el año 2012 (UNICEF), 13 millones de bebés nacen cada año de madres menores de 20 años, lo cual representa más del 10% de los nacimientos a nivel mundial. (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2012.)

De igual manera, la OMS indica que corresponde a 16 millones de adolescentes entre 15 a 19 años, de estos el 95% de los nacimientos se producen en países en desarrollo, esto representa el 11% de todos los nacimientos en el mundo. Por otro lado, corresponde aproximadamente 1 millón de niñas menores de 15 años cada año, donde cada año 3 millones de féminas adolescentes se someten a abortos peligrosos. (Organización Mundial de la salud, 2015).

2. A nivel nacional:

Según los datos del instituto nacional de información de desarrollo (INIDE) y el Ministerio de Salud (MINS) del año 2013, al realizar la Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 2011/12 (ENDESA 2011/12): la tasa de fecundidad en adolescente se ha reducido de 106 (ENDESA 2006/07) a 92 x 1000 nacimientos (ENDESA, 2013).

Entre las jóvenes de 15-19 años, 23.3% son madres, 24.4% alguna vez han estado embarazadas y 28.9% están concentradas en el área rural. En áreas rurales, 3 de cada 10 adolescentes y en el área urbana 2 de cada 10 adolescentes entre 15 y 19 años, están embarazadas. La edad mediana de primera relación sexual, 17 años, siendo más baja la edad

en mujeres sin educación (15 años) y en zona rural del país (16 años), mientras que la edad mediana del primer nacimiento, 19 años. (ENDESA, 2013).

Según departamentos del país, los sistemas locales de atención integral en salud (SILAIS) con mayor porcentaje de nacimientos en madres adolescentes en el año 2013 son: Managua (18.09%), Matagalpa (11.39%) y Jinotega (9.31%). (ENDESA, 2013).

Los registros del Ministerio de Salud (MINSA) 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, pasando de 32,403 a 35,045 partos en adolescentes. (ENDESA, 2013).

Según ENDESA 2011/12, en relación con la atención prenatal, en adolescentes (ENDESA, 2013)

- Del total de adolescentes con antecedentes de embarazo en los últimos cinco años, 94.3% recibió atención durante su último embarazo, que se brindó principalmente por médicos generales/ ginecólogos en 72.90% de los casos y en 20.6% por enfermeras.
- Además, la atención prenatal en el primer trimestre del embarazo en mujeres adolescentes fue de 71.9 %, observándose un incremento de 4.2 puntos porcentuales con respecto a la ENDESA 2006/07.
- Como parte de la atención prenatal básica, las pruebas para detectar sífilis y VIH, así como la prescripción de consumo de ácido fólico durante el embarazo, son primordiales para dar seguimiento a este periodo. Se muestra que al 90.6% de las adolescentes se les realizó la prueba de VIH de forma voluntaria, y el 93.20% informó que tomó ácido fólico.

III. Actividades básicas del control prenatal.

La atención prenatal en la adolescente embarazada debe iniciarse lo más temprano posible, debe cumplir las mismas acciones preventivas de una mujer adulta, pero hace énfasis en:

- Brindar atención integral: biopsico social.
- Preparación psicológica y física de la adolescente para el nacimiento.
- Factores de riesgo que predisponen al embarazo adolescente.
- Factores de riesgo protectores

1. Primera atención prenatal:

La primera atención debe ser siempre brindada por el recurso más calificado disponible que exista en la Unidad de Salud, se espera que dure entre 30 a 40 minutos. Idealmente antes de las 12 semanas de gestación.

Se debe iniciar el llenado del expediente clínico, historia integral de la adolescente y demás formularios, además de entregar a la mujer embarazada su carnet perinatal.

Es fundamental identificar los antecedentes personales que detallen sobre las enfermedades cirugías, traumatismos y transfusión de sangre o derivados de la misma que haya recibido la gestante a lo largo de su vida.

Se debe precisar, la edad de la primera menstruación (menarquía), fecha de última menstruación, características de la menstruación (duración, cantidad de sangre, frecuencia, presencia de dolor), presencia de otras secreciones vaginales, información de embarazos previos (gestas, partos, abortos, cesárea), uso de anticonceptivos, fecha del último frotis cervical, enfermedades de transmisión sexual.

También se debe indagar los datos del paciente relacionados con su medio (vivienda, ambiente familiar), hábitos (alimentación, intolerancia alimenticia, higiene, apetito, diuresis, sueño, bebidas alcohólicas, infusiones, tabaco, droga, medicamentos, hábitos sexuales, actividad física) con la finalidad de obtener probables factores de lo que desencadena la patología actual.

De igual manera, enfermedades que se presenten o hayan presentado familiares cercanos: padres y hermanos, con la posibilidad que tengan transmisión por herencia.

Se buscan factores sociales y evalúa la situación psicoemocional de la paciente, integrarla en el censo gerencial de las embarazadas, puérperas y postnatales, realizar medición de la talla, peso y examen odontológico y mamas.

También se debe determinar la edad gestacional, el estado nutricional según el aumento de peso materno y esquema vigente de dT, registro de signos vitales, exámenes de laboratorios (grupo y Rh, PAP, VDRL, BHC, glicemia, EGO, cintas reactivas de uro análisis, prueba VIH antes de 20 SG, PCR, gota gruesa y chagas), clasificación del riesgo obstétrico, consejería de lactancia materna y planificación familiar, indicar sulfato ferroso y ácido fólico, consejería sobre datos de alarma de pre eclampsia y eclampsia, plan de parto, descartar o confirmar ITS, referencia a otro nivel de atención, disponibilidad de insumos básicos para atención prenatal (APN).

2. Segunda atención prenatal:

Realizar a las 26 semanas de gestación. Además de los descrito anteriormente en la primera APN, realizar examen obstétrico (medir AFU, FCF desde las 20 SG, movimientos fetales desde 18 SG, presentación y situación fetal), indicar aspirina, calcio y albendazol. En caso de

amenaza de parto prematuro aplicar dexametasona. Se excluye indagar sobre antecedentes personales, familiares y obstétricos.

3. Tercera atención prenatal:

Realizar a las 32 semanas de gestación. Se realiza lo mencionado anteriormente. Excepto, no se determina el esquema vigente de dT.

4. Cuarta atención prenatal:

Realizar a las 38 Semanas de gestación. Se cumplen las actividades anteriormente descritas.

En todas las atenciones prenatales se debe ingresar y realizar seguimiento de mujeres embarazadas al censo Gerencial de las embarazadas, puérperas y postnatales como una estrategia para llevar de forma ordenada las mujeres embarazadas inasistentes a la atención prenatal, parto institucional y atención post natal.

IV. Registros adicionales del control prenatal en embarazo adolescente.

1. Identificación de factores de riesgos psicosociales relacionados al embarazo adolescente.

A. Factores protectores durante el embarazo:

- Apoyo de la familia y pareja.
- Apoyo en las redes sociales.
- Continuar con la educación.
- Aceptación de su embarazo.
- Estado de salud y nutrición adecuadas.

B. Factores de riesgos asociadas al embarazo adolescente:

- Baja autoestima.

- Sentimientos de soledad.
- Fracaso del sistema educativo, baja escolaridad.
- Conducta sexual de riesgo.
- Antecedentes gineco-obstétricos que afecten el embarazo.
- Abortos previos.
- Problemas en las relaciones interpersonales y de comunicación.
- Violencia intrafamiliar, por sus compañeros.
- Antecedentes familiares de maternidad/paternidad en adolescencia.
- Falsas creencias sobre la fertilidad.
- Presión social.
- Desnutrición.
- Diabetes
- Fumadora.
- Educación sexual inadecuada.
- Prácticas de riesgo: indigencia, pandillas, explotación sexual, trabajadores del sexo, amigos con conducta de riesgos.
- Familia en extrema pobreza, numerosa y hacinamiento.
- Ansiedad o depresión severa, ideas suicidas, depresión post parto.
- Inestabilidad emocional.
- No tolerancia de relaciones amistosas o amorosas de jóvenes con varones.
- Madre de adolescente con embarazo durante su adolescencia.
- Dificultad para desarrollar un proyecto de vida.
- Abandono de padres/madres.
- Noviazgos precarios clandestinos.

- Analfabetismo.

C. Factores que complican embarazo adolescente:

- Menores de 15 años.
- No aceptación o negación del embarazo.
- Comorbilidad asociada.
- Abuso sexual o violación.
- Menor de 1.50 metros.
- Adicción al tabaco, alcohol y drogas.
- Desnutrida, obesa, bulimia, anorexia.
- Discapacidad física o mental.
- VIH positiva o SIDA.

2. Clasificación del riesgo de la embarazada adolescente.

Según el protocolo para la atención de adolescentes embarazadas: Todas las adolescentes embarazadas son consideradas de alto riesgo.

En la primera atención prenatal debe aplicar el formulario de criterios de clasificación del riesgo de la OMS para luego volver a aplicar en cada atención prenatal para su seguimiento.

Se dividen en dos grupos:

A. Bajo riesgo:

- Atención prenatal de rutina. Cuidados básicos. No se identificó ningún factor de riesgo que produzca alteración al estado de salud de la madre, su hijo-a, o ambos.
- Iniciar o continuar el llenado de HCPB.
- Iniciar Historia Integral de Adolescente.

- Realizar cuatro atenciones prenatales.
- Aplicación del formulario de riesgo antes de cada atención prenatal.

B. Alto riesgo:

- Derivar a nivel de atención superior con recursos médicos especialistas en Obstetricia.
Posteriormente puede considerarse apta para seguir atención de rutina.
- Iniciar o continuar el llenado de HCPB.
- Iniciar Historia Integral de Adolescente.
- Realizar máximos 7 atenciones prenatales por condición o patología que afecte morbilidad materna, no menor a 4 semanas hasta semana 30.
- En caso requerir atenciones más periódicas, consignarlas como Consulta Médica por Patología o Seguimiento de Patologías, no como atención prenatal, pero hay actividades obligatorias para garantizar estabilidad y vigilancia fetal en cada atención para dejarse establecido en la evaluación médica en expediente clínico (signos vitales, FCF y movimientos fetales, datos de alarma, incremento del peso).
- Valoración y manejo nutricional, salud mental y trabajo social para coordinarse con el ministerio de la familia, adolescencia y niñez para un plan de protección.

3. Consejería a la adolescente embarazada:

La adolescencia es una situación vulnerable, por ser adolescente y estar embarazada, por lo cual se debe brindar apoyo psicosocial especializado, información y educación sobre el programa amor para los más chiquitos (as), estimulación temprana, lactancia materna, higiene personal, importancia de atenciones prenatales, dormir bien, alimentarse bien, limpieza en el hogar y dar amor al futuro bebé. (MINSA, Manual de Consejería para Adolescentes dirigido al personal de salud. Módulo 1., 2011).

Los adolescentes y los jóvenes ya no son niños, pero aún no son adultos. Necesitan ayuda y oportunidades para desarrollar sus capacidades psicosociales y físicas y, cuando se les dá la oportunidad, hacen una contribución esencial no sólo a su propio desarrollo saludable, sino también al desarrollo de la sociedad.(Organizacion Mundial de la Salud, 1990).

A. Enfoques de la consejería.

Según la norma 074, manual de consejería todo/a adolescente tiene derecho a (Ministerio de salud, 2011):

- Consejería sea realizada discretamente con personas involucradas en la atención y con su consentimiento.
- El motivo de consulta en toda la unidad de salud sea reservado en todo momento.
- Toda comunicación y registros pertinentes, sean tratados confidencialmente.
- Instalaciones que aseguren la privacidad visual y auditiva.
- Solicitar que esté presente una persona de su confianza, con su autorización durante la sesión.
- No hablar o tratar con personas que estén relacionados con la unidad de salud o personas no involucradas directamente en la atención.
- Obtener la información completa, accesible y actualizada de su situación.
- Recibir información y educación sobre la sexualidad y función de órganos sexuales y reproductivos.
- Recibir información completa sobre los métodos anticonceptivos.
- Que no se ofrezca información a terceras personas, ni familiares sobre los motivos de la Consejería, si no es autorizado por él o la adolescente, a menos en casos excepcionales (cuando su vida o la de terceros está en peligro).

- Conocer la identidad del consejero.
- Tener seguridad durante la consejería.
- Tomar decisiones relacionadas con su situación de salud. Esto debe estar basado en una información clara y precisa sobre su condición, los riesgos, ventajas y desventajas de determinadas decisiones.
- No ser sometido a procedimiento alguno sin su consentimiento informado y voluntario.

B. Anticoncepción después del parto:

Durante la atención prenatal se debe brindar consejería en salud sexual y reproductiva y ofertar los métodos anticonceptivos que se ajuste a la condición de las adolescentes embarazadas y que debe ser de elección.

Entre los requerimientos del anticonceptivo:

- Reversibilidad.
- Fácil de utilizar.
- Adecuado según la actividad sexual.
- Protección de ITS.

La elección del método anticonceptivo es para evitar embarazos no planeados, primeros y segundos embarazos, tomando en cuenta que entre los factores de riesgo que llevan a repetir el embarazo en las adolescentes están:

- Menor de 16 años en la primera concepción.
- Pareja mayor de 20 años.
- Abandono de la escolarización.

- Nivel educativo menor para su edad.
- Abandono del hospital sin control de natalidad.
- Bajo nivel socio económico.
- Pobre atención de padres.
- Violencia doméstica.
- Abuso de sustancias.

Los esfuerzos deben estar orientados a la prevención del primer y siguiente embarazo, por lo cual necesita información completa para tomar decisiones responsables.

La prescripción de los métodos anticonceptivos deberá realizarse de acuerdo a los criterios médicos de elegibilidad, el cual debe registrarse en la HCPB y en la hoja de referencia de paciente.

C. Prevención de pre eclampsia y sus complicaciones

Es necesario que la adolescente embarazada conozca los diferentes factores de riesgos asociados para desarrollar pre eclampsia y eclampsia durante el embarazo, parto y puerperio.

Entre ellos se encuentran:

- Pre eclampsia previa
- Anticuerpos antifosfolípidos
- Hipertension arterial, enfermedad renal o diabetes pre existente
- $IMC > 29 \text{ kg/m}^2$
- Historia de madre/ hermana con pre eclampsia
- Menores de 20 años y mayores de 35 años
- Periodo intergenésico mayor de 10 años
- Migraña
- Tabaquismo

Por lo cual es fundamental la prescripción de calcio y aspirina en la adolescente embarazada. A partir de las 12 semanas de gestación.

D. Programas para fortalecer el abordaje de adolescente embarazada.

El programa amor para los más chiquitos y chiquitas (PAMOR), forma parte de la política de la primera infancia para restituir los derechos de la niñez a la salud, educación, a un nombre y protección de la violencia. El objetivo es educar a la adolescente embarazada en relaciones afectivas de amor y prevención de conductas violentas, estimulación temprana hasta los 5 años, promoción de atención prenatal y parto institucional, vacunaciones, referencias al registro civil y escolar, hábitos alimenticios, sueño, higiene, juego, control de crecimiento desarrollo, prevención del maltrato infantil, prevención de accidentes y niño enfermo.

II. DISEÑO METODOLÓGICO

1. Tipo de estudio:

Descriptivo, de corte transversal.

2. Área de estudio:

Centro de adolescentes del Hospital Bertha Calderon Roque, ubicado del Centro Comercial Zumen 1c al Oeste en zona urbana de Managua, Nicaragua.

3. Universo

Todas las pacientes adolescentes embarazadas que asistieron a consulta externa del centro de adolescentes y recibieron atención del parto en el Hospital Bertha Calderón Roque, Enero-Junio 2017

4. Muestra:

70 pacientes adolescentes embarazadas que asistieron a consulta externa del centro de adolescentes y recibieron atención del parto en el Hospital Bertha Calderón Roque, Enero-Junio 2017.

La fuente de información del presente estudio será secundaria.

5. Criterios de inclusión y exclusión.

Inclusión:

1. Pacientes que en su expediente porte historia clínica perinatal básica completa.
2. Controles prenatales completos (mínimo 4)
3. Captación antes de las 12 semanas de gestación

Exclusión:

1. Pacientes que en su expediente porte historia clínica perinatal básica incompleta.
2. Controles prenatales incompletos (menos de 4).
3. Captación mayor de las 12 semanas de gestación.

6. Método de recolección de datos:

Para la recolección de los datos, se solicitó mediante una carta el permiso a subdirección médica para tener acceso a los expedientes clínicos que fueron utilizados en la investigación, la cual estaba firmada por nuestro tutor.

Luego se hizo revisión del cuaderno de atenciones prenatales del centro de adolescentes de las pacientes que fueron atendidas en el periodo de estudio, se realizó una base de datos con las pacientes y número de expediente.

Después se revisaron los libros de registro de partos de puerperio fisiológico, patológico y postquirúrgico, según las fechas probables de parto calculadas a cada una de las pacientes incluidas en el primer listado de la base de datos previamente realizada. Verificándose las pacientes que recibieron atención prenatal y del parto, en el hospital Bertha Calderon Roque.

Posteriormente se procedió a realizar selección de las pacientes que cumplieron los criterios de inclusión.

En seguida se realizó una revisión documental de los expedientes clínicos, a los cuales se les aplicó una ficha de recolección de datos sobre los diferentes segmentos relacionados con la atención prenatal, según el protocolo para adolescentes embarazadas.

La ficha de recolección de datos, consta de tres secciones: en la primera sobre información general, en la que se especificaron aspectos socios demográficos; en el segundo acápite se describen las 24 actividades básicas en las atenciones prenatales (I APN antes de 12 semanas, II APN a las 26 semanas, III APN a las 32 semanas y IV APN a las 38 semanas) las que se encuentran en la normativa 139 y un tercer acápite donde se identificó al personal de salud que realizó el llenado del control prenatal (Médico de Base o Especialista, Médico Residente o Personal de Enfermería).

7. Listado de Variables:

1. Describir las características socio demográficas de la población en estudio.

Edad materna

Procedencia.

Escolaridad

Estado civil.

2. Revisar el cumplimiento de las actividades básicas que deben realizarse en atención prenatal según protocolo.

HCPB y restos de formularios

Factores psicosociales.

Antecedentes personales, familiares y obstétricos

Talla materna.

Peso materno.

Examen odontológico

Examen de mamas.

Edad gestacional

Estado nutricional en base al índice de masa corporal

Estado nutricional en base al incremento de peso materno

Esquema de dt vigente.

Medición de signos vitales.

Exámenes de laboratorio

Medición de Altura uterina.

Auscultación de Frecuencia cardiaca fetal

Movimientos fetales.

Presentación fetal

Situación fetal.

Clasificación del riesgo obstétrico

Consejería a adolescente embarazada

Prescripción de suplementos.

ITS durante embarazo.

Amenaza de parto prematuro.

3. Identificar al personal de salud que realiza el llenado del control prenatal.

Medico de base

Médico Residente

Enfermería

8. Operacionalización de variables.

Variable	Concepto operacional	Dimensión	Indicador	Escala/valor
Edad materna	Tiempo en años transcurrido desde el nacimiento hasta el llenado de la historia clínica prenatal.		Años.	10-13 14-16 17-19
Procedencia	Residencia habitual de la embarazada, durante los últimos tres meses hasta que se realizó el llenado de la historia clínica prenatal		Según expediente clínico.	Urbano Rural
Escolaridad	Números de años de instrucción cursados en el sistema formal de educación alcanzada hasta el momento de		Según expediente clínico	Analfabeta Primaria incompleta.

	realizar el llenado de la ficha prenatal.			Primaria completa. Secundaria incompleta. Secundaria completa Universitaria
Estado civil.	Condición de la embarazada en su relación con un compañero.		Según expediente clínico.	Soltera Casada. Unión estable. Otro.
Llenado de HCPB y demás formularios	Documentos de redacción y llenado obligatorio durante la atención prenatal	Expediente clínico HCPB Historia integral de adolescente Formulario de riesgo	Según el expediente clínico	Si No
Factores psicosociales asociados al embarazo	Identificación de los elementos protectores, riesgo asociadas o complican durante el	Protectores Riesgos asociados	Según el expediente clínico	Si No

prematureo	embarazo.	Complican durante el embarazo		
Antecedentes personales, obstétricos y familiares	Descripción de enfermedades previas en la embarazada, eventos relacionados con sus hábitos, secuencia de eventos ginecoobstetricos previos al embarazo actual y enfermedades en familiares de primer grado con probabilidad de transmisión de herencia	Personales Patológicos No patológico Obstétrico Familiares	Según expediente clínico	Si No
Peso materno	Medida en kilogramos de la adolescente embarazada. Se realiza en todas las atenciones prenatales.		Kg registrado en expediente clínico	Si No
Talla materna.	Medida en centímetro de la altura de la adolescente embarazada. Se realiza en primera atención prenatal.		Cm registrado en expediente clínico	Si No
Examen	Atención en salud odontológica indicado		Lo descrito en el expediente	Si

odontológico	durante la primera atención prenatal preferiblemente para revisión, diagnosticar y tratar procesos infecciosos y demás alteraciones bucales.		clínico o HCPB.	No
Examen de mamas	Revisión de las mamas y de ser necesario diagnóstico con su tratamiento en embarazada adolescente. Se debe realizar al momento de la captación al Control Pre Natal.		Lo descrito en el expediente clínico o HCPB.	Si No
Edad gestacional	Semanas cumplidas desde el primer día de la última menstruación hasta el momento que realizaba cada control prenatal		Según el expediente clínico	Si No
Estado nutricional en base a IMC (kg/m ²)	Determinar el índice de masa corporal y relacionar con el incremento de peso materno en cada control prenatal	Desnutrición Peso normal Sobrepeso Obesidad	kg/m ²	Si No
Estado	Se determina si	Deficiente	Dentro o fuera	Si

nutricional en base a peso materno	embarazada se encuentra dentro de p10 a p90 de curva de peso, es decir se encuentra con ganancia de peso de acuerdo a edad gestacional, a partir de II APN	Adecuada Inadecuada	de percentiles aceptados por CLAP (Centro Latinoamericano de Perinatología), al reverso de HCPB	No
Esquema vigente de dT	Vacunación contra difteria y tétano realizada una dosis a los 10 años y 20 años o primer embarazo en mujeres. Si no hay esquema básico, se administrara a cualquiera edad gestacional, dos dosis con intervalos entre 4 a 8 semanas.		Registrado en HCPB.	Si No
Medición de signos vitales maternos.	Medición de frecuencia cardiaca, temperatura axilar, frecuencia respiratoria y presión arterial.	Frecuencia cardiaca.	Latidos por minuto.	Si No
		Temperatura axilar	⁰ C	Si No
		Frecuencia respiratoria.	Respiraciones por minuto.	Si No

		Presión arterial	mmHg	Si No
Exámenes de laboratorio.	Realización de exámenes de laboratorio a mujeres embarazadas durante la atención prenatal.	Grupo y Rh	Registrado en HCPB expediente clínico.	Si No
		Papanicolaou.	Registrado en HCPB expediente clínico.	Si No
		VDRL.RPR < 20 semanas > 20 semanas	Registrado en HCPB expediente clínico.	Si No
		Hemoglobina. < 20 SG > 20 SG	Registrado en HCPB expediente clínico.	Si No
		Glicemia < 24 SG > 24 SG	Registrado en HCPB expediente clínico.	Si No
		Examen general de orina. < 20 SG >20 SG	Registrado en HCPB expediente clínico.	Si No

		Cintas de uro análisis	Registrado en HCPB expediente clínico.	Si No
		VIH < 20 SG >20 SG	Registrado en HCPB expediente clínico.	Si No
		PCR, gota gruesa y chagas: según zona endémica.	Registrado en HCPB expediente clínico.	Si No
Altura uterina	Altura del útero en centímetros desde el borde superior de la sínfisis de pubis al fondo uterino.		Lo descrito en el expediente clínico.	Si No
Auscultación de Frecuencia cardiaca fetal.	Consignación del número de latidos cardiacos fetales en un minuto por doppler o estetoscopio a partir de las 20SG.		FCF	Si No
Movimientos fetales	Percepción de los movimientos fetales a partir de las 18 SG.		Registro de los movimientos fetales.	Si No
Presentación	Identificación del polo que va adquiriendo el		Cefálica	Si

fetal	feto y se pone en proximidad o en contacto con la pelvis menor.		Pélvica	No
Situación fetal	Es la relación entre el eje longitudinal del feto y el de la madre.		Lo descrito en el expediente clínico.	Si No
Clasificación del riesgo obstétrico.	Al aplicarse el formulario de criterios de clasificación del riesgo se determina el grupo de riesgo al que pertenece la adolescente para su posterior seguimiento.	Bajo riesgo	Lo registrado en el expediente clínico.	Si No
		Alto riesgo		
Consejería a adolescente embarazada.	Apoyo integral que haya recibido la adolescente embarazada sobre VIH, lactancia materna, planificación familiar, cuidados del recién nacido y plan de parto asistido dirigido a la adolescente embarazada		Registrado en expediente.	Si No
Medicamentos prescritos	Fármacos indicados durante el embarazo	Sulfato ferroso con ácido	Registrado en HCPB o	Si No

durante atenciones prenatales.	como profilaxis.	fólico.	expediente clínico.	
		Aspirina y calcio.	Registrado en HCPB expediente clínico.	Si No
		Albendazol	Registrado en HCPB expediente clínico.	Si No
ITS durante embarazo.	Confirmar, descartar y aplicar tratamiento para el manejo sindromico de la ITS.		Registrado en expediente clínico.	Si No
Amenaza de parto prematuro (APP)	Signos y síntomas que coincidan con APP indicar Dexametasona y nifedipino		Registrado en expediente clínico.	Si No
Personal de salud que brindó atención prenatal	Individuo capacitado y vinculado directamente con el llenado y registro de documentos en la atención prenatal	Medico de base Médico Residente Enfermería	Registrado en expediente	MB MR E

9. Plan de tabulación y análisis

Una vez recolectada la información, se procesó en Excel 2013 y se realizó el análisis por frecuencia y porcentajes que posteriormente se presentaron como datos estadísticos en forma de tablas y graficas según las variables del estudio para dar respuesta al planteamiento del

problema y objetivos. Lo realizado se integró en Word y se utilizará powerpoint para la presentación del informe final.

El análisis de los datos se realizó posterior a la tabulación, se interpretaron los resultados obtenidos contrastándolos con antecedentes y marco teórico del estudio con el objetivo de dar respuesta al planteamiento del problema.

Para valorar el nivel del cumplimiento del control prenatal se asignaron las siguientes categorías: adecuado e inadecuado. Al revisar la ficha de recolección de datos sobre las diferentes actividades básicas del control prenatal, en caso de estar completo se catalogó como nivel de cumplimiento adecuado, de caso contrario fue inadecuado.

10. Aspectos éticos:

Según los objetivos de nuestra investigación se recolectó sólo la información necesaria y se mantuvo la confidencialidad además se aplicaron los principios de no maleficencia, beneficencia, justicia y responsabilidad.

No se realizaron comentarios ajenos acerca de lo encontrado en los expedientes clínicos y la información solamente fué utilizada para este informe final con fines académicos.

III.RESULTADOS

Los resultados se han obtenido en base a la aplicación del instrumento de recolección de datos, realizado en el Hospital Bertha Calderón Roque, a 70 pacientes embarazadas que acudieron a consulta externa del centro de adolescentes para su control prenatal y recibieron atención del parto en el Hospital antes mencionado.

Dentro de los resultados, en relación a las características socio demográficas de la población en estudio, se encontró que la edad materna, entre 10-13 años corresponde a 8.57%, 14-16 años a 58.5% y 17-19 años es 32.85%. Referente a la procedencia, el 100% correspondió al origen urbano. Respecto a la escolaridad, analfabeta 0%, primaria completa 17.14%, primaria incompleta 8.57%, secundaria completa 40%, secundaria incompleta 25.71% y universitaria 8.57%. En el estado civil, se encontró que 22.85% son solteras, casadas en 1.42%, unión estable 71.42% y otros a 4.28%.

Con respecto al cumplimiento de las actividades básicas que deben realizarse en atención prenatal según protocolo, se encontró que se cumplió en un 100% con las siguientes actividades: el llenado de HCPB y restos de formularios, factores psicosociales en el embarazo prematuro, antecedentes personales, familiares y obstétricos, talla materna, peso materno, edad gestacional, medición de signos vitales maternos, altura uterina, presentación fetal, situación fetal, auscultación de FCF, movimientos fetales, consejería adolescente embarazada, se confirmó o descartó ITS y APP durante el embarazo.

Mientras que en el examen odontológico y de mamas, se encontró registrado que el 97.1% fue realizado, y el 2.85% no se cumplió. En el estado nutricional en base al índice de masa

corporal, fue evaluado en 95.71%, y no se encontró en 4.28%. Para el estado nutricional en base al incremento de peso materno y esquema vigente de dT fue evaluado en 94.28% y no se encontró en 5.71%. La clasificación del riesgo obstétrico fue realizado en 18.57% y no fue cumplido en 81.42%.

Respecto a los exámenes de laboratorio, se detallan a continuación: fue evaluado el grupo y Rh en 97.14% y no se encontró en 2.85%. VDRL/RPR evaluado en 91.42% y no se cumplió 8.57%. Hemoglobina se cumplió en 98.57% y no encontró en 1.42%. EGO, cumplido en 95.71% y no encontrado en 4.28%, cintas de uro-analisis cumplida en 94.28% y no se encontró 5.71%, prueba de VIH, glicemia y PAP cumplidas en 100%. PCR, gota gruesa y chagas, 100% no fueron realizadas por no ser zona endémica.

Referente a la prescripción de medicamentos prenatales, el sulfato ferroso fue indicado en 100%, aspirina indicada en 70%, y no fue encontrada en 30%. Calcio indicado en 68.51% y no fue encontrado en 31.42%. Albendazol indicado en 55.71% y no fue cumplido en 44.28%.

Para finalizar, en la identificación del personal de salud que realiza el llenado del control prenatal por APN: I APN, realizada por MB 47.14% y MR 52.85%. II APN, realizada por MB 24.28% y MR 75.71%. III APN, MB 28.57% y MR 71.42%. IV APN, MB 22.855 y MR 77.14%. Enfermería en todos los controles no realizó ninguna atención prenatal.

IV. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS

En este estudio se evaluó el nivel de cumplimiento del protocolo de atención prenatal en adolescentes embarazadas que asistieron a consulta externa del centro de adolescentes y recibieron atención del parto en el Hospital Bertha Calderón Roque, Enero-Junio 2017.

En el análisis de resultados según los datos obtenidos, se encontró lo siguiente:

El cumplimiento en el llenado de las características socio demográficas de la población estudiada de un 100%, se encontró que el intervalo de edad materna predominante fue entre 14-16 años con un porcentaje de 58.5%, seguido entre 17-19 años de 32.85%.

La edad comprendida entre 14 -16 años, es considerada como la adolescencia propiamente dicha, donde el individuo há completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático, para muchos adolescentes esta etapa es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual, se sienten y asumen conductas que casi siempre son generadoras de grandes riesgos. En contraste con la edad comprendida entre 17-19 años, casi no se presentan cambios físicos, aceptan su imagen corporal y adquieren mayor importancia para ellos las relaciones íntimas.

En ambas etapas antes mencionadas, una adolescente embarazada se comportará como corresponde a la edad que esta transitando, sin madurar a etapas futuras por el hecho de estar embarazada.

Referente a la procedencia, el 100% correspondía al origen urbano, estas adolescentes tienen mayor oportunidad para tener acceso a educación sexual y reproductiva, de ésta manera, recibir una atención integral en salud.

Respecto a la escolaridad, las adolescentes principalmente habían cursado académicamente con secundaria completa en un 40%, seguida por secundaria incompleta con un 25.71%. Esto va a conllevar al aumento de problemas psicosociales que tendrá la adolescente: deserción escolar, menor probabilidad de obtener un trabajo digno, mayor pobreza y disminuye las posibilidades de realización personal.

En el estado civil, se encontró que predomina la unión estable con un 71.42%, seguida por un 22.85% como solteras. Estos resultados indican que la mayoría de las adolescentes embarazadas están con su pareja, es decir, forman hogares, mejorando la adaptación a los nuevos roles. A diferencia, de las futuras madres solteras que están privadas de la confianza y seguridad de tener a su pareja como apoyo, al no ejercerse una paternidad responsable, generando angustia e indefensión.

Con respecto al cumplimiento de las actividades básicas que deben realizarse en atención prenatal según protocolo, se encontró que hubo un cumplimiento del 100% en las siguientes actividades: el llenado de HCPB y restos de formularios, factores psicosociales en el embarazo prematuro, antecedentes personales, familiares y obstétricos, talla materna, peso materno, edad gestacional, medición de signos vitales maternos, altura uterina, presentación fetal, situación fetal, auscultación de FCF, movimientos fetales, consejería adolescente embarazada. Se confirmó o descartó ITS y APP durante el embarazo, no realizándose abordaje para los mismos porque ninguna paciente presentaba signos o síntomas característicos de estas patologías.

De lo anterior descrito, se encuentra que hubo un buen cumplimiento en 15 de las 23 actividades básicas que deben realizarse en cada atención durante el control prenatal. Lo cual equivale, a un 65.21% de actividades prenatales realizadas.

En contraste, se encontró 8 actividades prenatales que no fueron cumplidas en todas las pacientes estudiadas: el examen odontológico y de mamas, se encontró que no fue registrado el 2.85%, por lo cual, se asume que esta actividad no se cumplió al no encontrar alguna nota que indicara lo contrario.

En el estado nutricional en base al índice de masa corporal, no se encontró registro sobre la actividad en un 4.28%, lo cual afecta el primer acercamiento sobre su situación nutricional a través de la antropometría.

Para el estado nutricional en base al incremento de peso materno, se encontró que un 5.71% no fue registrado, ni analizado. Lo cual, afecta para diagnosticar y brindar tratamiento en caso de sobrepeso y obesidad.

En el esquema vigente de dT, no se encontró registro de haberse aplicado la vacuna en 5.71%. No se garantiza en esta población la inmunidad adecuada contra el tétanos.

La clasificación del riesgo obstétrico no fue realizado en 81.42%. No se encontró registro o análisis del formulario de criterios del riesgo de la OMS en cada atención prenatal, dando como resultado que ninguna de las embarazadas adolescentes fue clasificada como alto o bajo riesgo. Mientras que en el 18.57% se encontraban consignados en la primera atención prenatal detallada en el expediente clínico, pero no se encontró el formulario de clasificación del riesgo de la OMS que se encuentra en los protocolos de atención prenatal.

Respecto a los exámenes de laboratorio, se detallan a continuación: no se encontró registro del tipo y Rh en 2.85%. Lo que es factor de riesgo para incompatibilidad materno-fetal de grupo y tipo Rh. En cuanto al VDRL/RPR no se cumplió en 8.57% lo cual predispone a no diagnosticar tempranamente la sífilis congénita. No se encontró registro de Hemoglobina en

1.42% por lo cual se destaca que a la mayor parte de las adolescentes se les realizaron los exámenes.

En cuanto al EGO, en un 4.28%, no se realizó o diagnóstico bacteriuria menor o mayor de 20 semanas de gestación en las pacientes estudiadas, de igual manera, en las Cintas de uroanálisis, no se encontró registro o análisis en un 5.71%, siendo ambos factores de riesgo que predisponen a patologías como amenaza de parto prematuro.

Prueba de VIH, glicemia y PAP cumplidas en 100% en todas las pacientes adolescentes embarazadas. PCR, gota gruesa y chagas, 100% no fueron realizadas por no ser zona endémica de malaria y enfermedad de chagas.

Referente a la prescripción de medicamentos prenatales, el sulfato ferroso+ ácido fólico fue indicado en 100%, esto indica que todas las pacientes recibieron profilaxis ante anemia y defectos del tubo neural.

En relación a la aspirina y calcio no fue encontrado registro del cumplimiento de la misma en un 30% y 31.42% respectivamente, lo cual indica que no todas las pacientes tuvieron profilaxis frente a la pre eclampsia. Por otro lado, la administración de Albendazol no fue cumplido en 44.28%, profilaxis frente a parásitos intestinales: Nematodos, cisticercos, Echinococcus.

En cuanto a la identificación del personal de salud que realiza el llenado del control prenatal por APN: se encontró que los cuatro controles prenatales fueron realizados en su mayoría por médicos residentes con un promedio de 69.28%, seguido por médico de base con un promedio de 30.72%, mientras que enfermería no realizó algún control prenatal.

V. CONCLUSIONES

En el presente trabajo se concluye que:

Referente a las características socio demográficas, la mayoría de las adolescentes embarazadas se encuentran entre 14-16 años, originarias de la zona urbana, con un nivel escolar de secundaria completa, estado civil predominante de unión estable.

En cuanto a la realización de las actividades básicas prenatales, se cumplió con 15 de 23 ítems, lo cual corresponde a un 65.21% en el cumplimiento adecuado del control prenatal.

Entre las actividades deficientes, se encuentran: clasificación del riesgo obstétrico, exámenes de laboratorio, estado nutricional en base al peso materno e IMC, exámenes de mama y odontológico, esquema vigente de dT y medicamentos prescritos.

Respecto, a la identificación del personal de salud, de forma general, se encontró que los cuatro controles prenatales fueron realizados en su mayoría por médicos residentes con un promedio de 69.28%, seguido por medico de base (Especialistas) con un promedio de 30.72%, mientras que enfermería no realizo algún control prenatal.

VI. RECOMENDACIONES

Al MINSA:

- Formular proyectos para el mejoramiento de la infraestructura del centro de adolescentes.
- Garantizar la revisión continua de expedientes clínicos a fin de analizar el cumplimiento del control prenatal para la mejoría en la atención de la embarazada adolescente.

Al Centro de Adolescentes:

- Brindar capacitaciones continuas al personal de salud encargado de realizar el control prenatal para la mejoría en el cumplimiento de actividades prenatales.
- Instar al personal de salud en el llenado completo y momento apropiado de las actividades básicas.
- Concientizar a cada una de las adolescentes embarazadas sobre la importancia de asistir a su control prenatal de forma precoz, periódica, continua y completa.
- Utilización del formulario de clasificación del riesgo de la OMS durante cada atención prenatal de la adolescente embarazada.
- Difundir información sobre los diferentes servicios que presta el centro de adolescente a la población Nicaragüense.

Al MINED:

- Mejorar enlace entre MINED y MINSA para realizar charlas y proyectos educativos sobre salud sexual y reproductiva desde etapas tempranas de la adolescencia para prevenir embarazos en adolescentes.

VII. BIBLIOGRAFÍA

- ✓ Centro Nicaragüense de Derechos Humanos, C. (2015.). *Informe anual, CENIDH.*
- ✓ Cochrane . (2015). *Uso de los servicios de control prenatal, atención calificada del parto y cuidados post natales.* Tailandia.: Childbirth.
- ✓ CÓDIGO DE FAMILIA . (2014.). *a Asamblea Nacional de la República de Nicaragua. LEY No.870.* Managua.: La Gaceta.
- ✓ Código de la niñez y adolescencia. (2014). *MINISTERIO DE LA FAMILIA, ADOLESCENCIA Y NIÑEZ.* Managua: Asamblea Nacional de Republica de Nicaragua.
- ✓ Código Penal de la Republica de Nicaragua. (2007). *Salón de Sesiones de la Asamblea Nacional Constituyente.* Managua.: La Gaceta.
- ✓ Constitución Política de Nicaragua. (2014). *Sala de Sesiones de la Asamblea Nacional de la República de Nicaragua.* Managua: Fundación Enrique Bolaños.
- ✓ Delegaciones de 179 Estados. (1994). *LA CONFERENCIA DE EL CAIRO: CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE LA POBLACION Y EL DESARROLLO.* El Cairo, Egipto.
- ✓ DR. FRANCISCO DEL PALACIO PINEDA. GINECOLOGO Y OBSTETRA. (2016). *HISTORIA CLINICA PERINATAL. Hospital Aleman Nicaraguense.,* (pág. 33). Managua.
- ✓ ENDESA. (2013). *ENCUESTA NICARAGÜENSE DE DEMOGRAFÍA Y SALUD 2011/12 (ENDESA 2011/12).* Managua.: MINSA.
- ✓ FLASOG, F. L. (2011.). *Características y Condiciones de Embarazadas Adolescentes.* Managua.: Minsa.
- ✓ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, U. (2012.). *Informe anual de UNICEF. Estado Mundial de la Infancia.* .New York. : UNICEF.
- ✓ Gans, M. y., McAnarney et al., 1., & McAnarney y Hendee, 1. (2015.). *Definir Embarazo Adolescente.* Colombia.: bogota.
- ✓ Guzman, J. M., Hakkert, R., & Contreras, J. M. (2001). *Diagnostico sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes de America Latina y el Caribe.* Mexico.: UNFPA.
- ✓ Ministerio de salud, M. (2011). *Manual de Consejería para Adolescentes dirigido al personal de salud.* Managua: MINSA.

- ✓ Ministerio de Salud, M. (2016.). *Protocolo para la Atención de Adolescentes Embarazadas.* . Managua.: MINSA.
- ✓ MINSA. (2015). *Atención Prenatal, Parto, Recién Nacido/a y Puerperio de Bajo Riesgo. N 011.* Managua.: MINSA.
- ✓ MINSA. (2011). *Manual de Consejería para Adolescentes dirigido al personal de salud. Módulo 1.* Managua: MINSA.
- ✓ MINSALUD, M. d., & UNFPA., F. d. (2014.). “*Protocolo de atención de la menor de 15 años embarazada*”. *Convenio 168 de 2011 y Convenio 036 del 2012.* Bogotá D.C.: Prosperidad para Todos. .
- ✓ OMS, O. M. (2011). *El embarazo en adolescentes en America Latina y el Caribe. Boletín de la Organización Mundial de la Salud.* Managua.
- ✓ ORAS, O. R. (2009). *Convenio Hipólito Unanue. Comité Subregional Andino para la Prevención del Embarazo en Adolescentes.* Lima: ORAS – CONHU.
- ✓ Organización Mundial de la salud, o. (2015). *El Embarazo en Adolescente.* Managua.: OMS.
- ✓ Organización Mundial de la Salud, O. (1990). *Manual de participación juvenil. Trabajando con jóvenes. Una guía para la participación juvenil en los espacios de toma de decisiones.* Managua.
- ✓ Organización Panamericana de la Salud/Organización, M. d. (2014). *Diagnóstico sobre salud sexual y reproductiva de adolescentes en América Latina y el Caribe: incorporando la perspectiva de los derechos humanos en las inversiones de salud pública. La Educación de la Sexualidad en Nicaragua.* Salvador.: MINSA Salvador.
- ✓ UNFPA, N. (2014). *La Educación de la sexualidad en Nicaragua.* Managua.

VIII. ANEXOS

1. Instrumento:

A. Ficha de recolección de datos sobre el llenado en la atención prenatal en adolescente embarazada. Marque con un check la casilla y/o escriba según corresponda.

I. Información general:

Edad: 10-13 años 14-16 años 17-19 años

Procedencia. Urbana: Rural

Escolaridad: Analfabeta. Primaria incompleta. Primaria completa.

Secundaria incompleta. Secundaria completa. Universitaria

Estado civil: Casada. Separada Unión estable Soltera Otro

II. Actividades básicas que deben cumplirse en las atenciones prenatales.

No	Actividades	I APN		II APN		III APN		IV APN	
		Captación antes de 32 semanas		A las 26 semanas		A las 32 semanas		A las 38 semanas	
		Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
1	Llenado del expediente clínico, HCPB, historia integral de la/ el adolescente y resto de formularios.								
2	Indagar sobre factores psicosociales asociados al embarazo de la adolescente.								
3	Antecedentes familiares y personales y obstétricos								
4	Medición de talla								
5	Medición del peso								
6	Examen odontológico								
7	Examen de mamas								

8	Edad gestacional								
9	Evaluación del estado nutricional en base al IMC								
10	Evaluación del estado nutricional en base al incremento de peso materno								
11	Determinar esquema vigente de dT								
12	Determinación de la presión arterial y resto de signos vitales								
13	Exámenes de laboratorio:								
	Grupo y Rh								
	PAP								
	VDRL/ RPR								
	Hemoglobina o BHC								
	Glicemia								
	Examen General de orina								
	Examen con cintas reactivas de uro análisis								
	Prueba de VIH								
	PCR, gota gruesa y chagas (según endemicidad de la zona).								
14	Medición de la altura uterina								
15	Auscultación de FCF								
16	Movimientos fetales								
17	Presentación fetal								

18	Situación fetal								
20	Clasificación de alto riesgo obstétrico								
21	Consejería de VIH, lactancia materna, planificación familiar, cuidados del recién nacido y de parto asistido.								
22	Prescripción de suplementos:								
	Suplementos de sulfato ferroso+ ácido fólico								
	Prescripción de ASA y calcio.								
	Prescripción del albendazol								
23	Confirmar o descartar alguna ITS y atención de las ITS								
24	En casos de amenaza de parto prematuro: Aplicar Dexametasona y nifedipino. (Si aplica).								

III. Personal que brindó la atención prenatal.

25		I APN	II APN	III APN	IV APN
	Personal de salud que atiende.				

MB: Médico de base (Especialista). MR: Médico residente. E: Enfermería

2. Tablas.

1. Tabla No. 1. Edad Materna.

Edad Materna	
10-13 años	8.57%
14-16 años.	58.50%
17-19 años.	32.85%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

2. Tabla No. 2: Procedencia.

Procedencia	
Urbano	100%
Rural	0%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

3. Tabla No. 3: Escolaridad

Escolaridad

Analfabeta	0%
Primaria completa.	17.14%
Primaria incompleta.	8.57%
Secundaria completa.	40%
Secundaria incompleta	25.71%
Universitaria	8.57%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

4. Tabla No. 4: Estado civil

Estado civil.	
Soltera	22.85%
Casada	1.42%
Unión estable	71.42%
Otros	4.28%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

5. Tabla No. 5: Llenado de HCPB y demás formularios

Llenado de HCPB y demás formularios.	
si	100%
No	0%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

6. Tabla No. 6: Factores psicosociales asociados al embarazo prematuro

Factores psicosociales asociados al embarazo prematuro.	
Si	100%
No	0%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

7. Tabla No. 7: Antecedentes personales, obstétricos y familiares

Antecedentes personales, obstétricos y familiares.	
Si	100%
No	0%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

8. Tabla No. 8. Peso Materno

Peso Materno	
Si	100%
No	0%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

9. Tabla No. 9. Talla Materna

Talla Materna

Si	100%
No	0%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

10. Tabla No. 10. Examen odontológico

Examen odontológico.	
Si	97.15%
No	2.85%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

11. Tabla No. 11. Examen de mamas.

Examen de mamas	
Si	97.15%
No	2.85%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

12. Tabla No. 12. Edad gestacional

Edad gestacional.	
Si	100%
No	0%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

13. Tabla No. 13. Estado nutricional en base a IMC

Estado nutricional en base a IMC.	
Si	95.71%
No	4.28%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

14. Tabla No. 14. Estado nutricional en base a peso materno

Estado nutricional en base a peso materno.	
Si	94.28%
No	5.71%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

15. Tabla No. 15. Esquema vigente de dT

Esquema vigente dT	
Si	94.28%
No	5.71%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

16. Tabla No. 16. Medición de signos vitales

Medición de signos vitales maternos.		
Signos.	Si	No
Temperatura axilar.	100%	0%
Frecuencia respiratoria.	100%	0%
Presión arterial.	100%	0%
Frecuencia cardíaca.	100%	0%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Tabla No. 17. Exámenes de laboratorio

Exámenes de laboratorio.		
Tipo de examen.	Si	No
Grupo y Rh.	97.14%	2.85%
PAP	100%	0%
VDRL/RPR	91.42%	8.57%
Hemoglobina.	98.57%	1.42%
Glicemia	100%	0%
EGO	95.71%	4.28%
Cintas uroanálisis.	94.28%	5.71%
VIH	100%	0%
PCR, gota gruesa, y chagas.	0%	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

18. Tabla No. 18. Altura Uterina

Altura uterina.	
Si	100%
No	0%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

19. Tabla No. 19. Auscultación de FCF

Auscultación de FCF.	
Si	100%
No	0%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

20. Tabla No. 20. Movimientos fetales

Movimientos fetales.	
Si	100%
No	0%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

21. Tabla No. 21. Presentación Fetal

Presentación Fetal.	
Si	100%
No	0%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

22. Tabla No. 22. Situación fetal

Situación fetal.	
Si	100%
No	0%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

23. Tabla No. 23. Clasificación del riesgo obstétrico

Clasificación del riesgo obstétrico	
Si	18.57%
No	81.42%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

24. Tabla No. 24. Consejería a adolescente embarazada

Consejería a adolescente embarazada.	
Si	100%
No	0%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

25. Tabla No. 25. Medicamentos prescritos durante APN

Medicamentos prescritos durante APN		
Medicamento	Si	No
Sulfato ferroso y ácido fólico.	100%	0%
Aspirina.	70%	30%
Calcio.	68.57%	31.42%
Albendazol	55.71%	44.28%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

26. Tabla No. 26. Aplicación de protocolo de detección y manejo de ITS durante embarazo

ITS durante el embarazo.	
Si	100%
No	0%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

27. Tabla No. 27. Amenaza de Parto pretérmino

Amenaza parto prematuro	
Si	0%
No	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

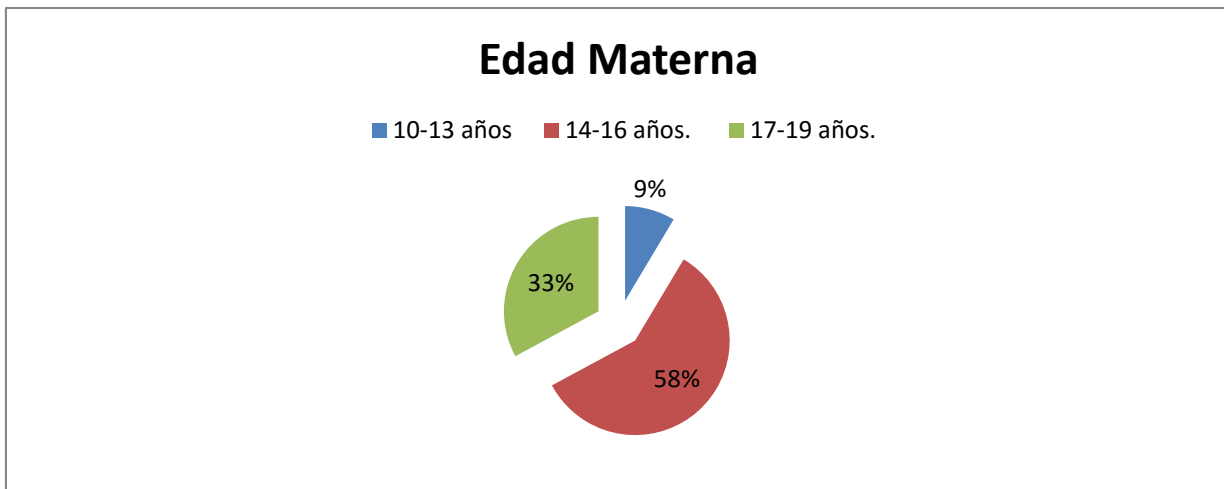
28. Tabla No 28. Personal de salud que brindó atención prenatal

Personal de salud que brindó atención prenatal.				
	I APN	II APN	III APN	IV APN
MB	47.14%	24.28%	28.57%	22.85%
MR	52.85%	75.71%	71.42%	77.14%
E	0%	0%	0%	0%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

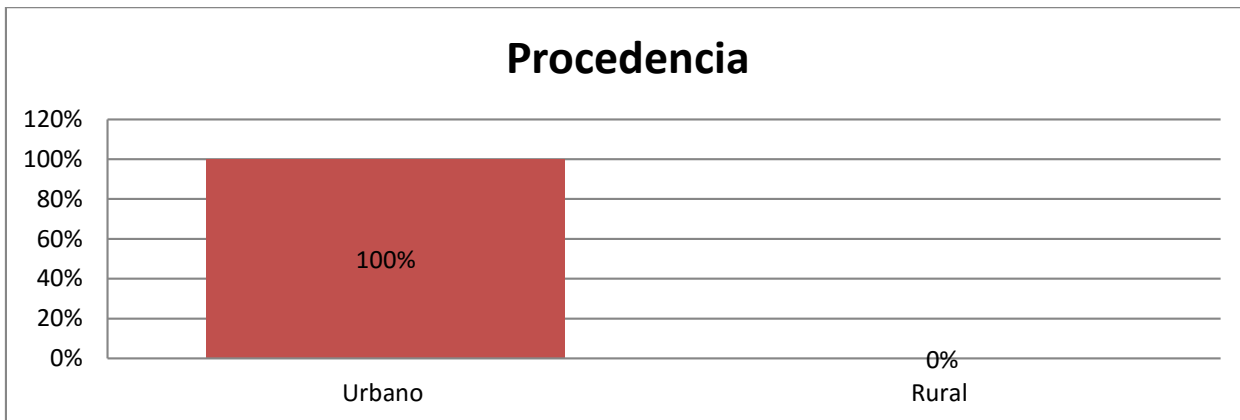
3. Gráficos

1. Gráfico No. 1. Edad Materna.



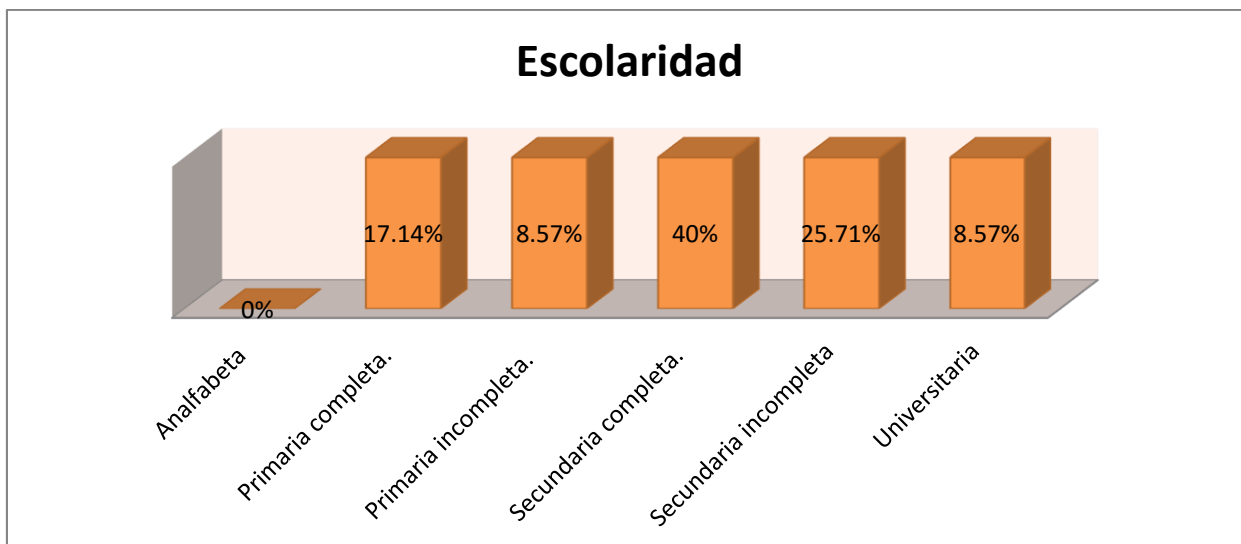
Fuente: Tabla No. 1.

2. Gráfico No. 2. Procedencia



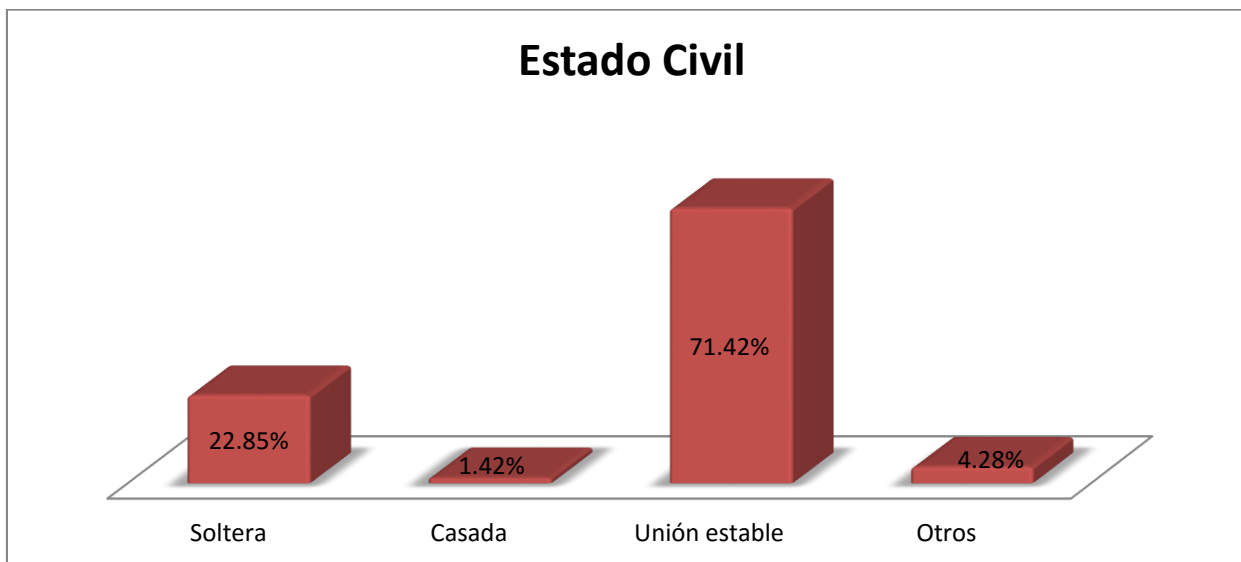
Fuente: Tabla No. 2.

3. Gráfico No. 3. Escolaridad



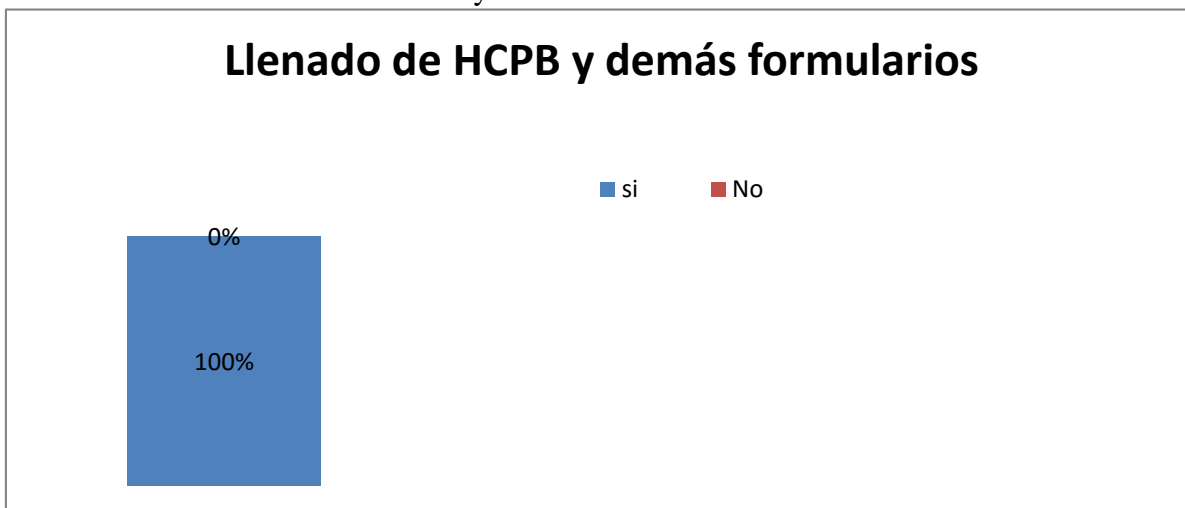
Fuente: Tabla No. 3.

4. Gráfico No. 4. Estado civil



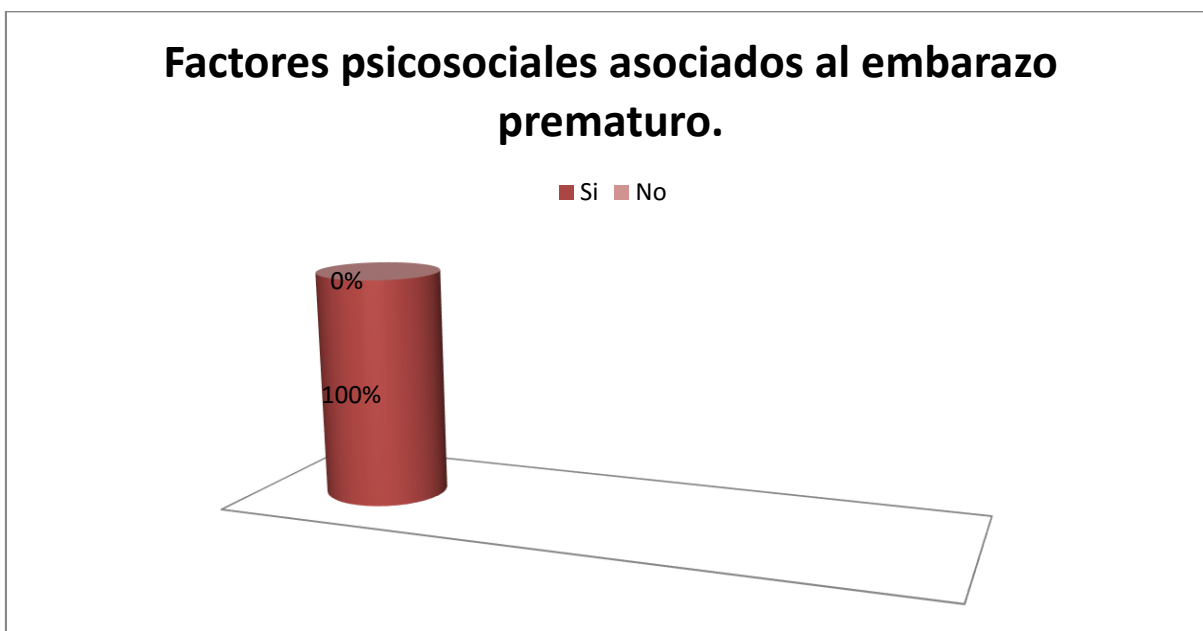
Fuente: Tabla No. 4.

5. Gráfico No. 5. Llenado de HCPB y restos de formularios



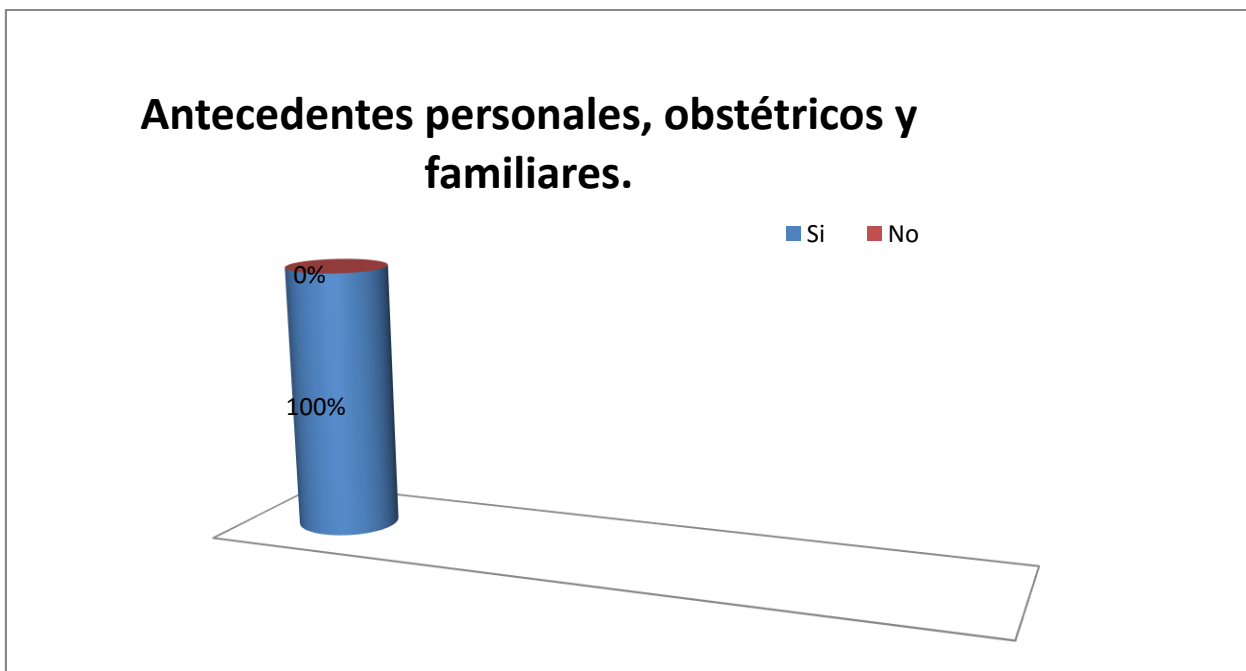
Fuente: Tabla No. 5.

Gráfico No. 6. Factores psicosociales asociados al embarazo adolescente



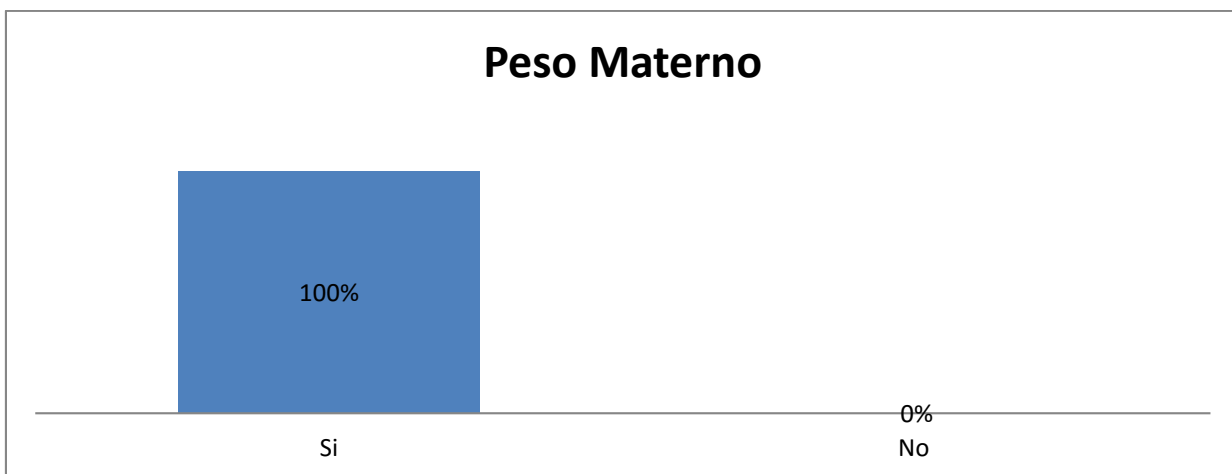
Fuente: Tabla No. 6.

7. Gráfico No. 7. Antecedentes personales, familiares y obstétricos



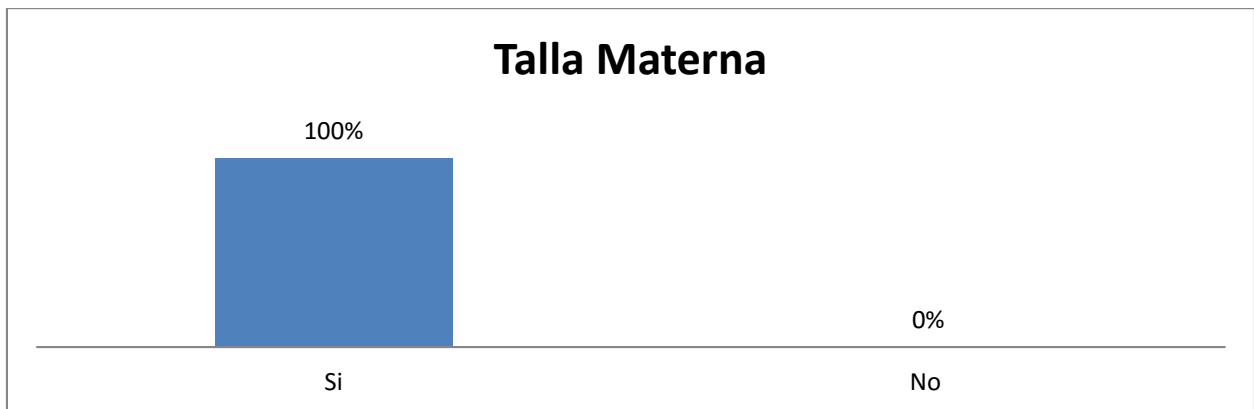
Fuente: Tabla No. 7.

8. Gráfico No. 8. Peso materno



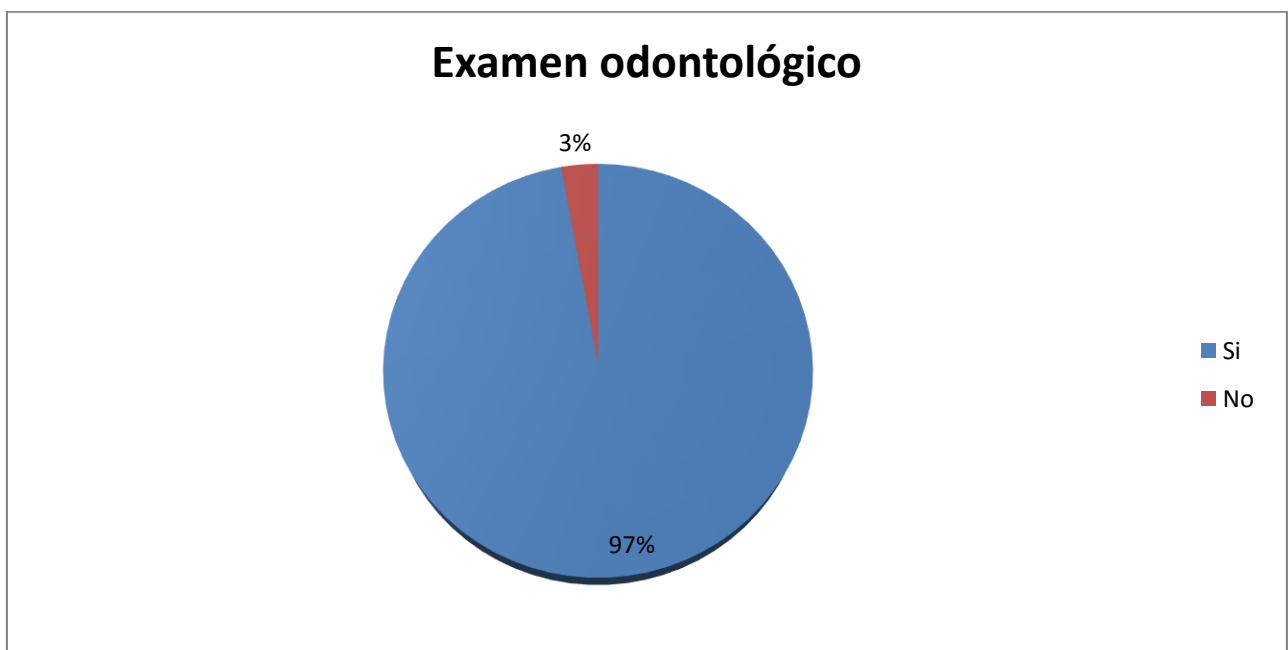
Fuente: Tabla No. 8.

9. Gráfico No. 9. Talla Materna



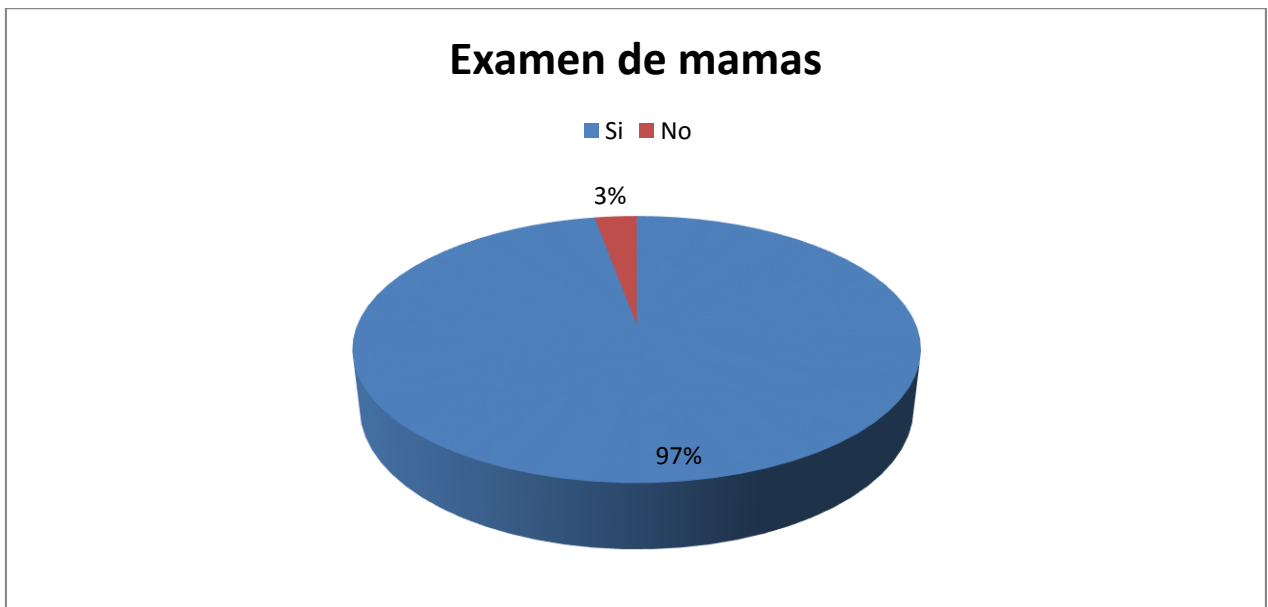
Fuente: Tabla No. 9.

10. Gráfico No. 10. Examen odontológico



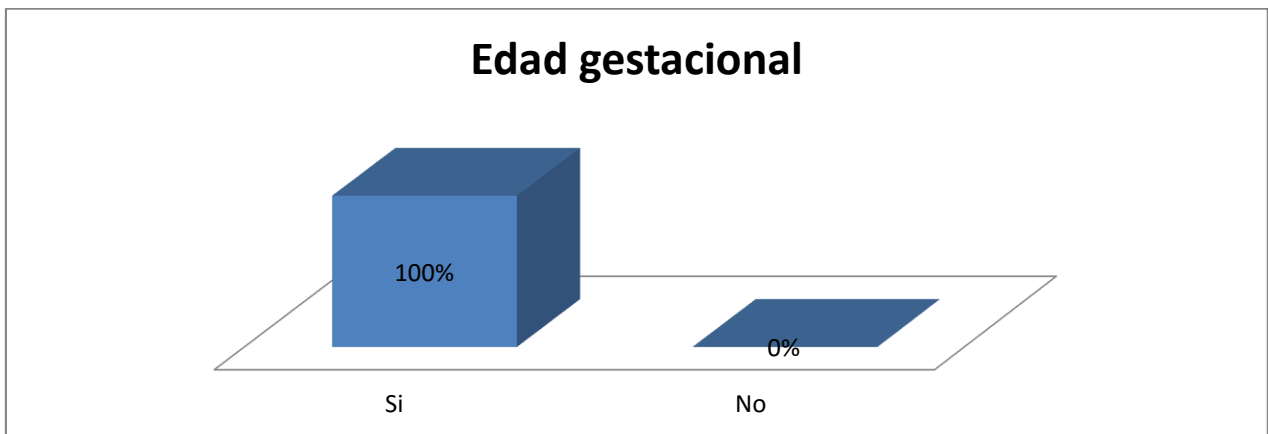
Fuente: Tabla No.10.

11. Gráfico No. 11. Examen de mamas



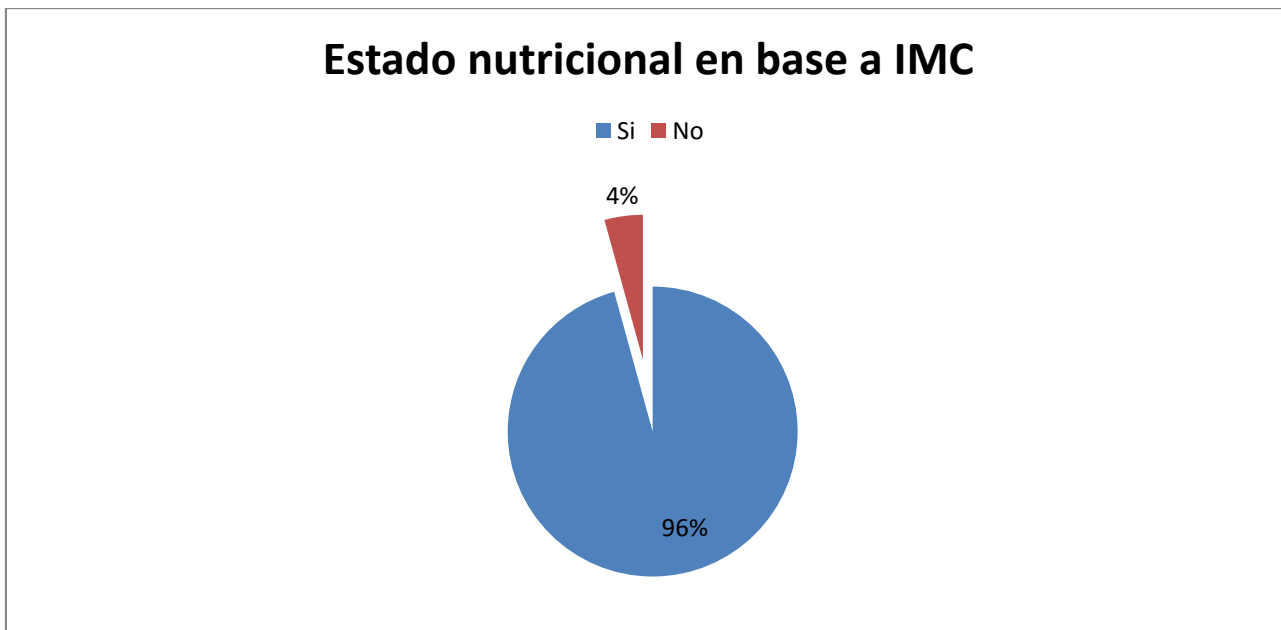
Fuente: Tabla No. 11.

12. Gráfico No. 12. Edad gestacional



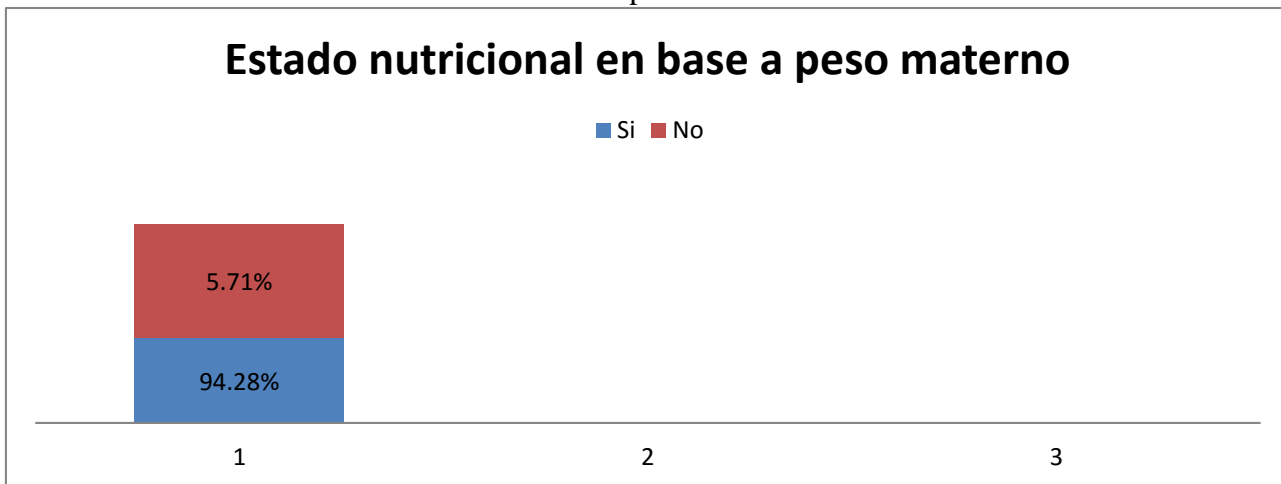
Fuente: Tabla No. 12.

13. Gráfico No. 13. Estado nutricional en base a IMC



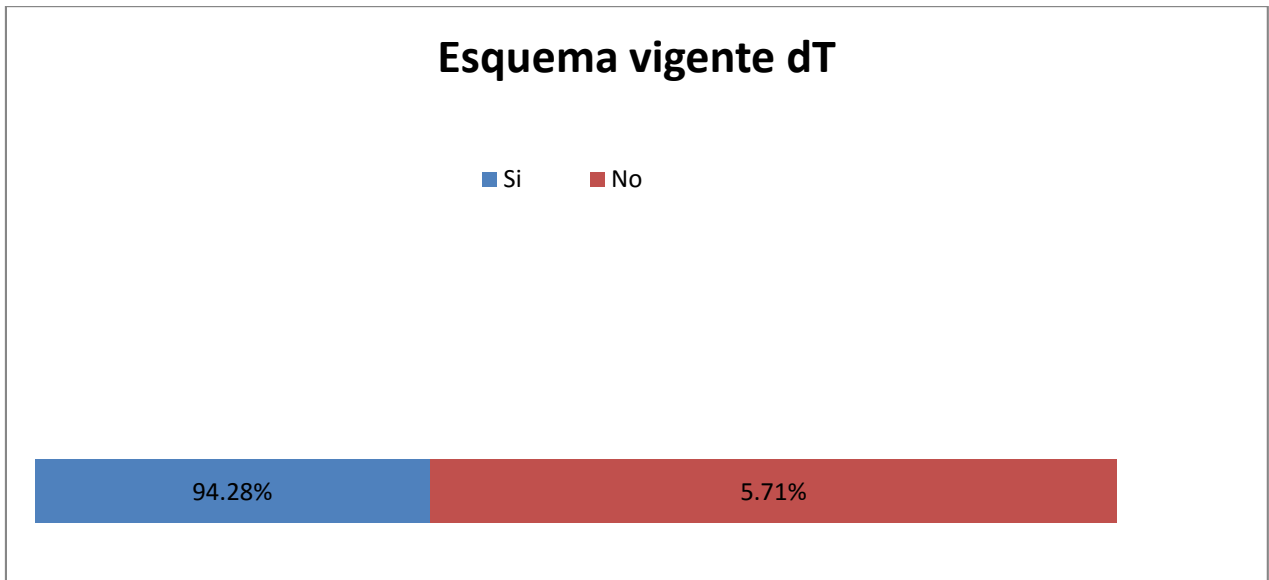
Fuente: Tabla No. 13.

14. Gráfico No. 14. Estado nutricional en base a peso materno



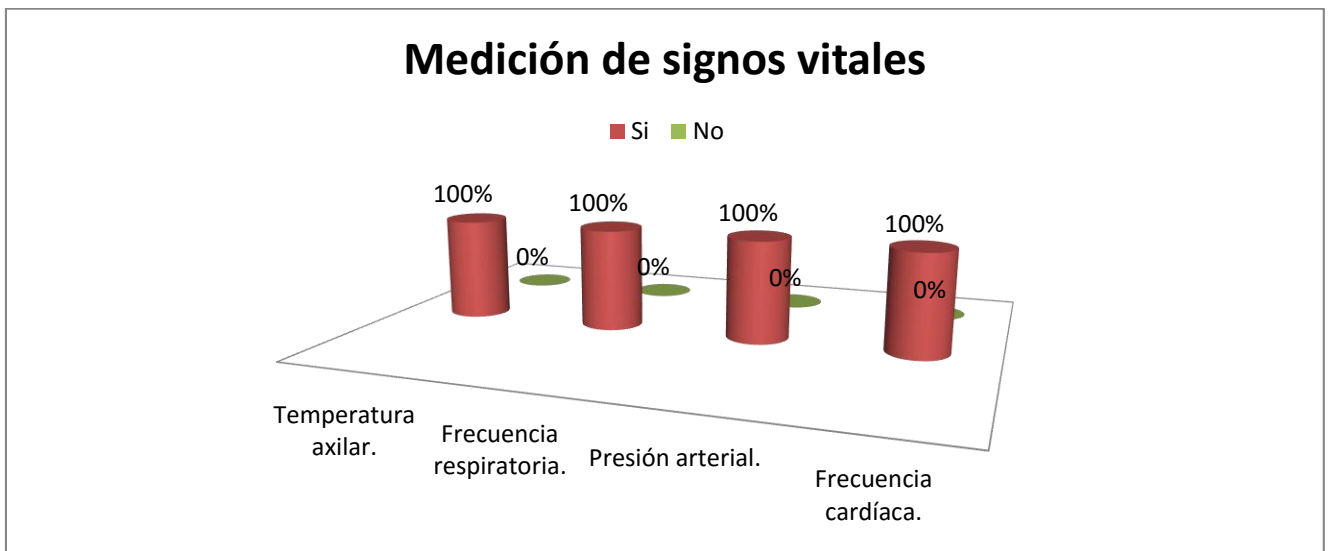
Fuente: Tabla No. 14.

15. Gráfico No. 15. Esquema vigente de dT



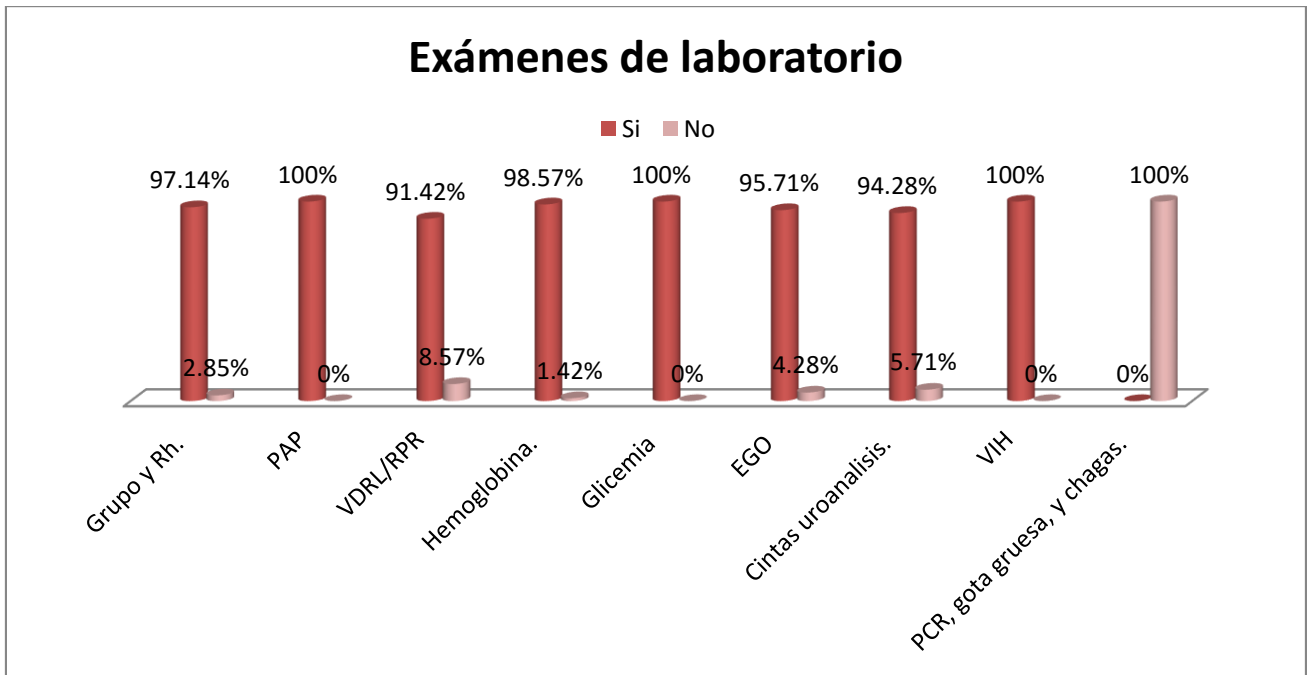
Fuente: Tabla No. 15.

16. Gráfico No. 16. Medición de signos vitales



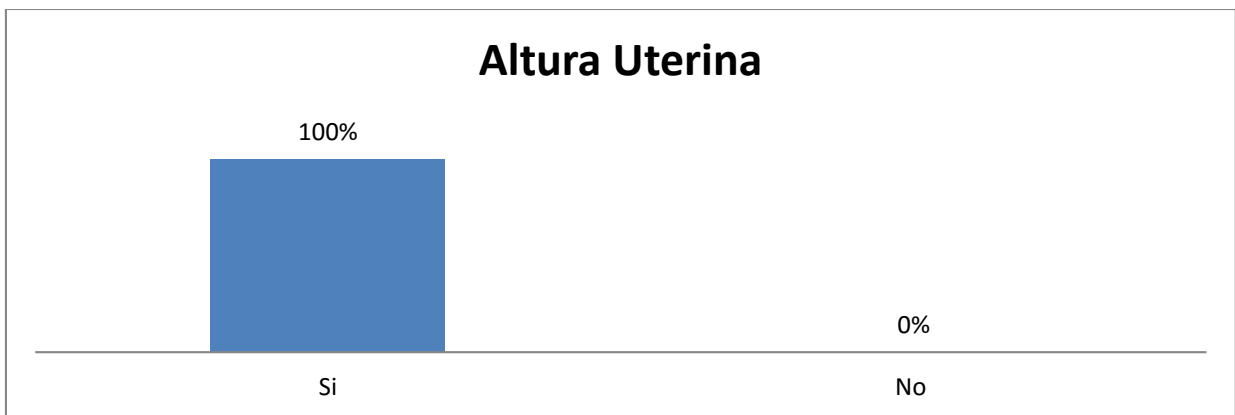
Fuente: Tabla No. 16.

17. Gráfico No. 17. Exámenes de laboratorio



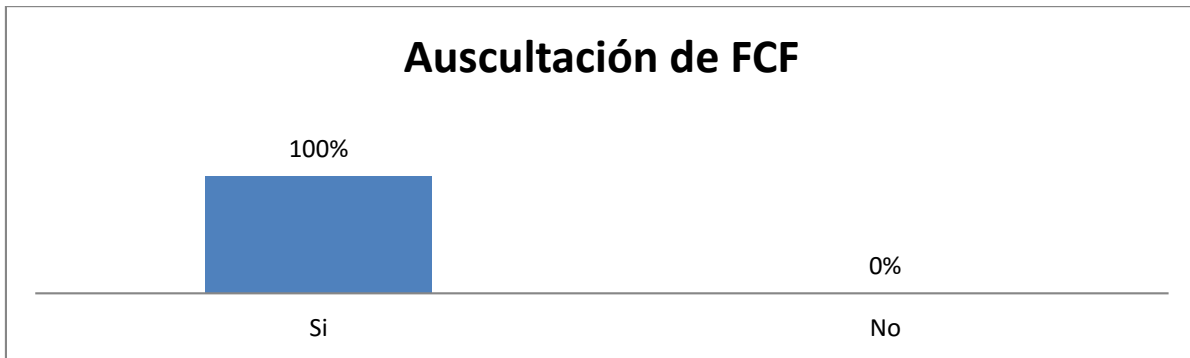
Fuente: Tabla No. 17.

18. Gráfico No. 18. Altura uterina



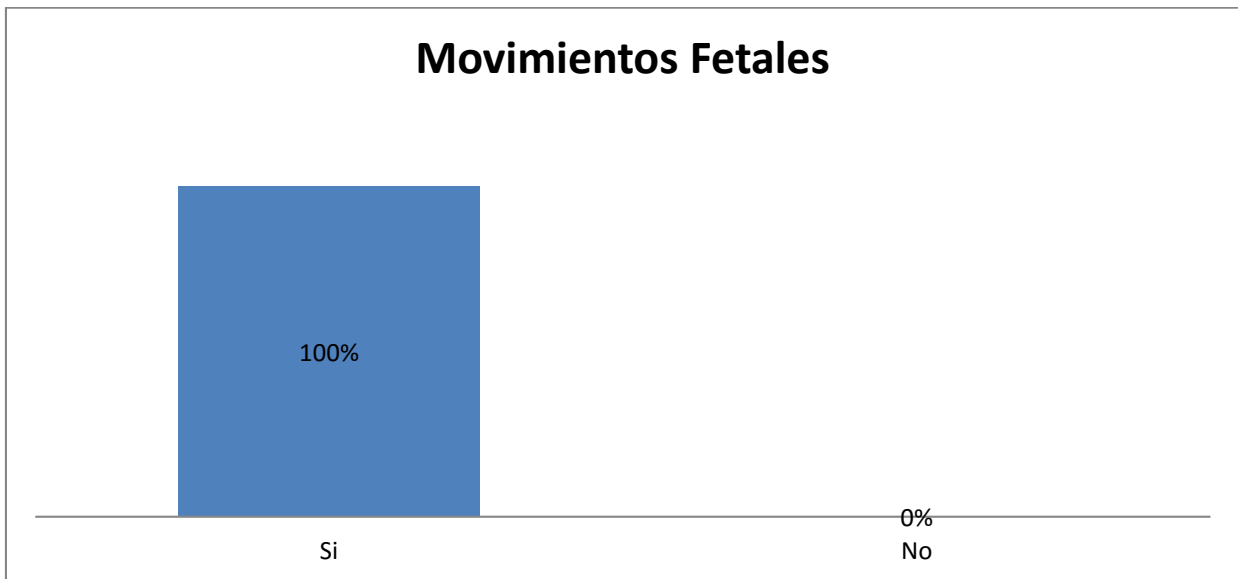
Fuente: Tabla No. 18.

19. Gráfico No. 19. Auscultación de FCF



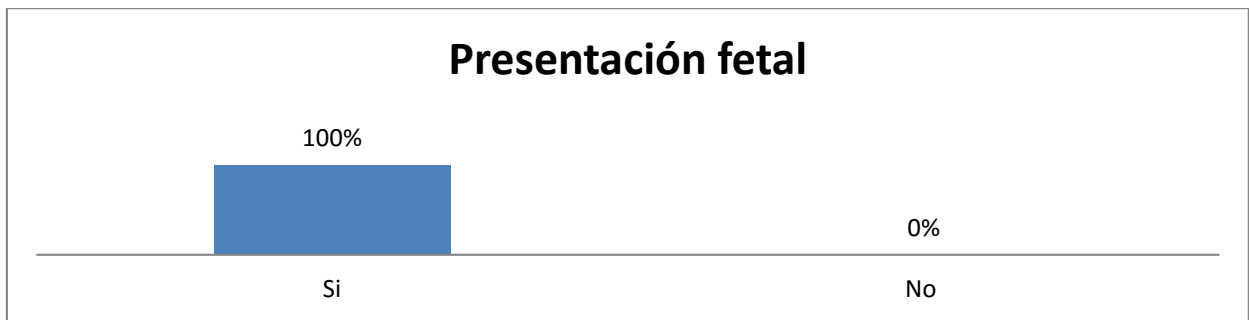
Fuente: Tabla No. 19.

20. Gráfico No. 20. Movimientos fetales



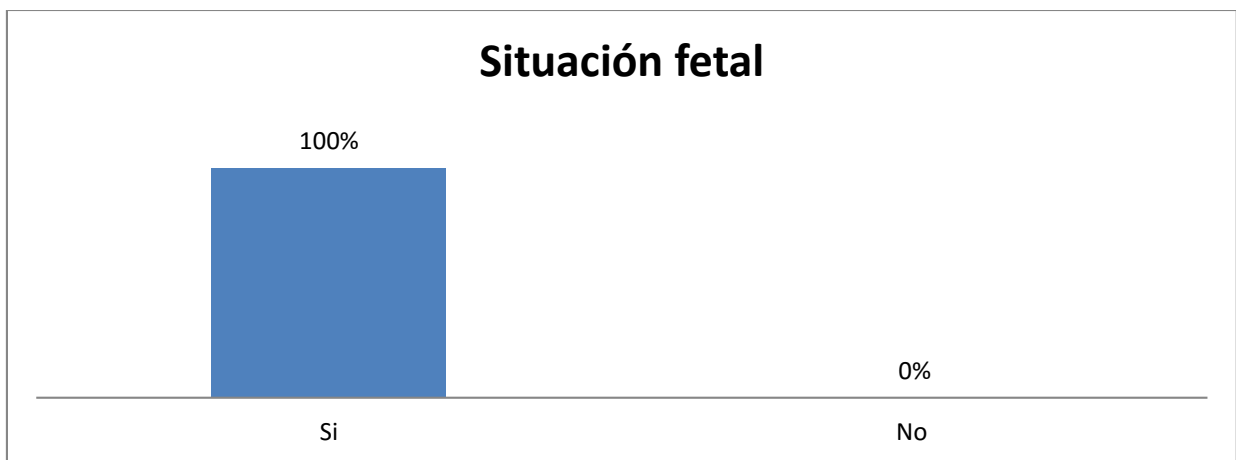
Fuente: Tabla No.20.

21. Gráfico No. 21. Presentación fetal



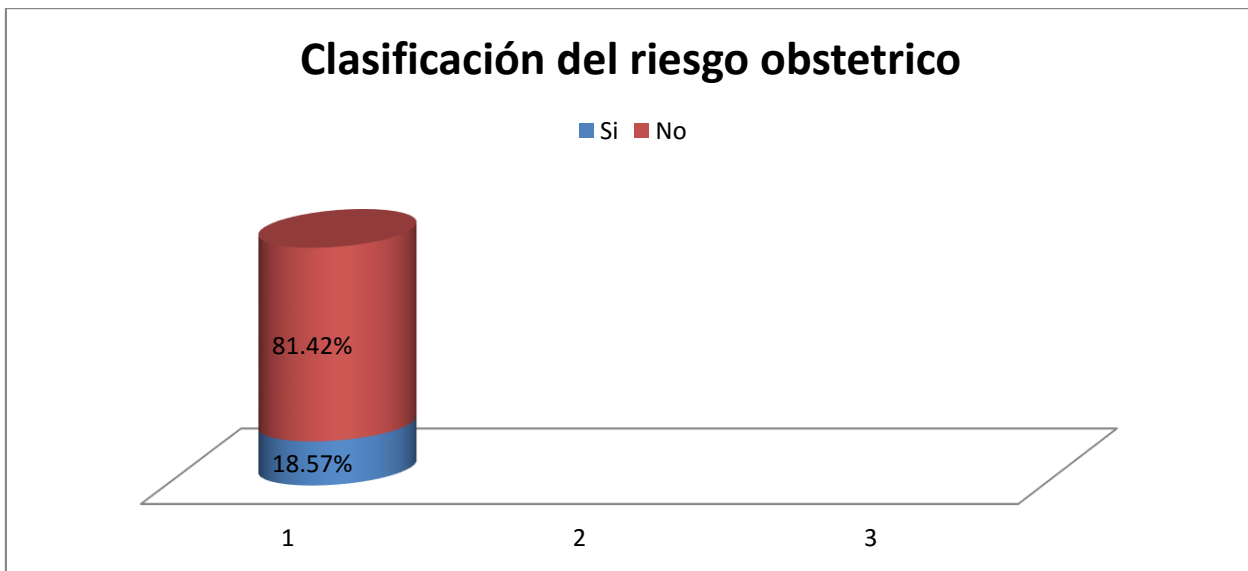
Fuente: Tabla No. 21.

22. Gráfico No. 22. Situación fetal



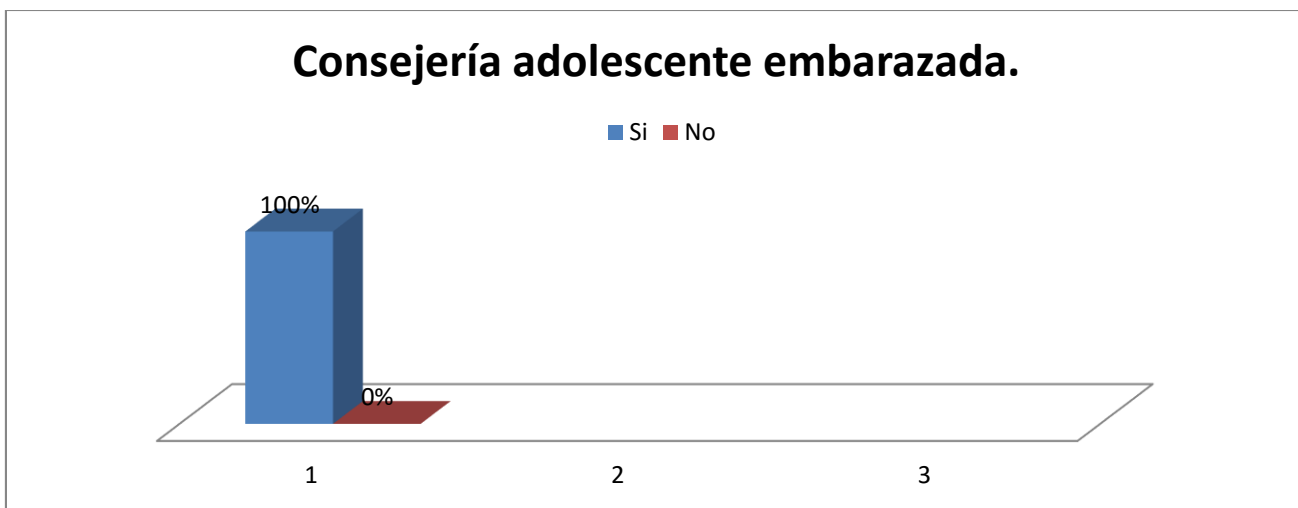
Fuente: Tabla No. 22.

23. Gráfico No. 23. Clasificación del riesgo obstétrico



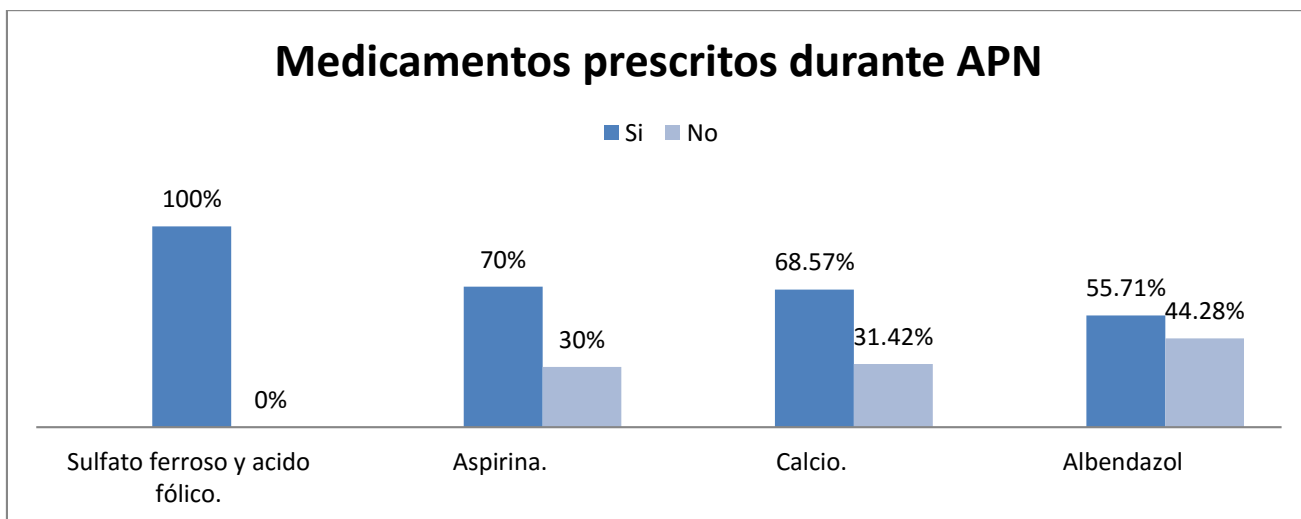
Fuente: Tabla No. 23.

24. Gráfico No. 24. Consejería a adolescente embarazada



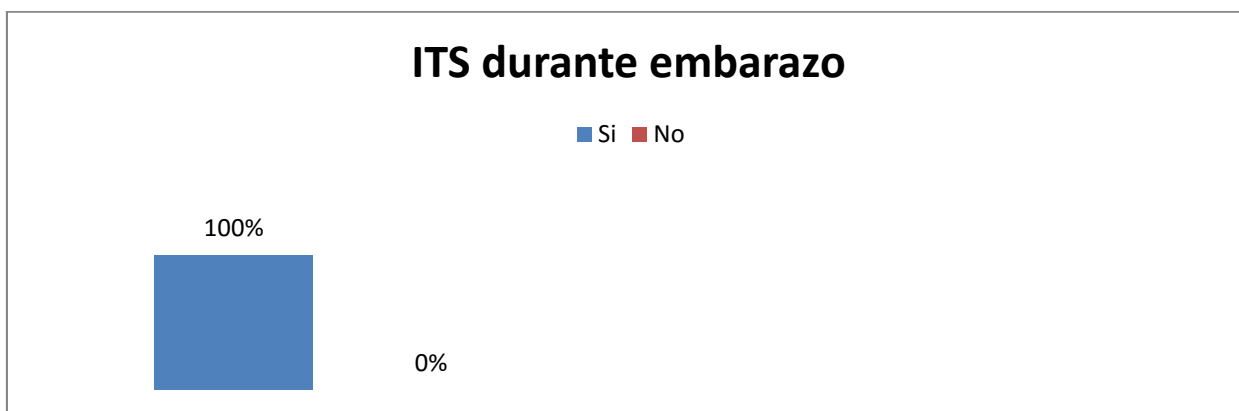
Fuente: Tabla No. 24.

25. Gráfico No. 25. Medicamentos prescritos durante atención prenatal



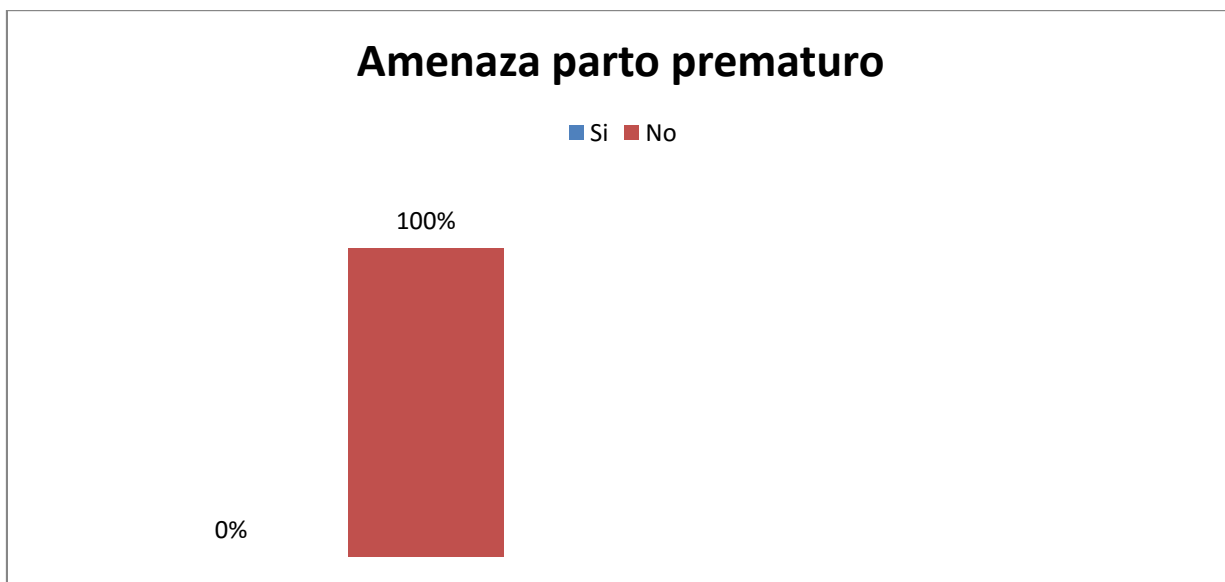
Fuente: Tabla No. 25.

26. Gráfico No. 26. Aplicación de protocolo de detección y manejo de ITS durante embarazo



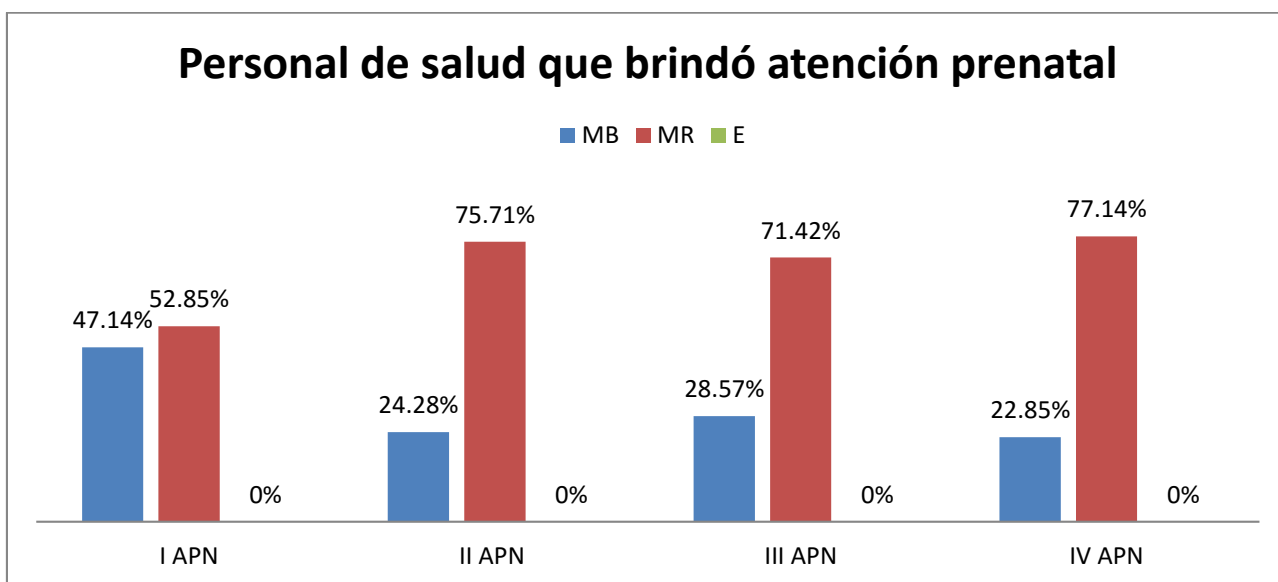
Fuente: Tabla No. 26.

27. Gráfico No. 27. Abordaje de amenaza de parto prematuro



Fuente: Tabla No. 27.

28. Gráfico No. 28. Personal de salud que brindó atención prenatal



Fuente: Tabla No. 28.

4. Historia Clínica Perinatal Base (HCPB).

HISTORIA CLÍNICA PERINATAL - MUJER NICARAGUA

DATOS DE IDENTIFICACIÓN
 NOMBRE Y APELLIDOS: _____ FECHA DE NACIMIENTO: día mes año
 DOMICILIO: _____ LOCALIDAD: _____ TELEF.: _____ EDAD (años): _____
 ESTUDIOS: _____ ESTADOCIVIL: _____

ANTECEDENTES
FAMILIARES: TBC, diabetes, hipertensión, pre-eclampsia, eclampsia, etc. **PERSONALES:** VIH+, etc.
OBSTETRICOS: gestas previas, abortos, virginales, nacidos vivos, etc.
FIN EMBARAZO ANTERIOR: _____
EMBARAZO PLANEADO: _____
FRACASO METODO ANTICONCEPCION: _____

GESTACION ACTUAL
 PESO ANTERIOR: _____ IMC: _____ TALLA (cm): _____
 EG CONFIABLE por: _____
 FUMACT, FUMIN, FUMIG, FUMOC, ALDO-KL, VIOLINCA, ANTRIFRUSEOLA, ANTITETANICA, EX NORMAL

CERVIX: _____
TOXOPLASMOG: _____
GLUCEMIA EN AYUNAS: _____
BACTERIURIA: _____
ESTREPTOCOCCO B: _____
PREPARACION PARA EL PARTO: _____
CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA: _____

ATENCIONES PRENATALES
 Fecha, edad gest, peso (kg), PA, altura uterina, presión, FCF, movim, proteo, signos de alarma, exámenes, tratamientos, fracturas, próxima cita

PARTO / **ABORTO**
 FECHA DE INGRESO: _____ CONSULTAS PRE-NATALES: _____
 LUGAR DEL PARTO: _____ HOSPITALIZADO EN EMBARAZO: _____
 CORTICOIDES ANTE NATALES: _____ INICIO: _____
 RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA: _____ EDAD GEST: _____
 CARNÉ: _____

ENFERMEDADES
 H1A, HTA, HTA inducida, preeclampsia, eclampsia, cardiopatía, nefropatía, diabetes, etc.

RECIEN NACIDO
 SEXO: _____ PESO AL NACER: _____
 DEFECTOS CONGÉNITOS: _____
 ENFERMEDADES: _____
 TAMIZAJE NEONATAL: _____
 EGRESO RN: _____
 EGRESO MATERNO: _____
 ANTICONCEPCION: _____

Fuente: Protocolo para la atención de adolescentes embarazadas.

5. CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN PRENATAL.

Nombres y Apellidos: _____
 Número de Expediente Clínico: _____
 Dirección: _____ Teléfono: _____

Instrucciones: Responda las siguientes preguntas marcando con una X en la casilla correspondiente en cada Atención Prenatal

		1er APN		2° APN		3er APN		4° APN	
Antecedentes Obstétricos		No	Si	No	Si	No	Si	No	Si
1	Muerte fetal o muerte neonatal previas (28 SG – 7 días de vida)								
2	Antecedentes de 3 o más abortos espontáneos consecutivos								
3	Peso al nacer del último bebé menor de 2500 g								
4	Peso al nacer del último bebé mayor de 4500 g								
5	¿Estuvo internada por hipertensión arterial o pre eclampsia / eclampsia en el último embarazo?								
6	Cirugías previas en el tracto reproductivo (miomectomía, resección del tabique, conización, cesárea clásica, cerclaje cervical)/ Cesárea previa referir a las 36 SG								
Embarazo Actual		No	Si	No	Si	No	Si	No	Si
7	Diagnóstico o sospecha de embarazo múltiple								
8	Menos de 20 años de edad								
9	Más de 35 años de edad								
10	Isoinmunización Rh Negativa en el embarazo actual o en embarazos anteriores (Realizar Coombs en II y III trimestre)								
11	Sangrado vaginal								
12	Masa pélvica								
13	Presión Arterial Diastólica de 90 mm Hg o más durante el registro de datos								
Historia Clínica General		No	Si	No	Si	No	Si	No	Si
14	Diabetes mellitus insulino dependiente								
15	Nefropatía								
16	Cardiopatía								
17	Consumo de drogas (incluido el consumo excesivo de alcohol)								
18	Cualquier enfermedad o afección médica severa. Por favor, especifique _____ _____								

Una respuesta Si en cualquiera de las preguntas anteriores (es decir una cruz en cualquier casilla amarilla/sombreada) significa que la embarazada se debe de clasificar como Atención Prenatal de Alto Riesgo.

¿Es elegible para Atención Prenatal de Alto Riesgo?	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI
---	----	----	----	----	----	----	----	----

Si la respuesta es NO, será atendida en atención de Bajo Riesgo.

Fecha: _____ Nombre: _____ Firma: _____
 (Personal responsable de APN)

Fuente: Protocolo para la atención de adolescentes embarazadas

6. Inventario para la predicción de riesgo psicosocial para adolescentes.

Instructivo para el llenado

Sección a.- Anote por favor su edad y sexo

Edad _____ años Sexo masculino ()
femenino ()

Sección b.- Al responder este cuestionario, Ud. encontrará una serie de frases. Marque con una X la alternativa de frecuencia con que Ud. siente o hace lo señalado en cada frase

FRASES	Con mucha frecuencia	Con frecuencia	A veces	Rara vez	Nunca
1. Obedezco las reglas que hay en mi familia					
2. Creo que yo realmente le importo a mi familia					
3. Siento que mi familia me valora					
4. Me gusta ir a la escuela					
5. He faltado a clases a escondidas*					
6. Para mí, es tan importante emplear tiempo en cumplir mis deberes escolares como emplear tiempo en divertirme					
7. Mis amigos faltan a clases a escondidas*					
8. Algunos de mis amigos dañan o destruyen propiedad ajena*					
9. Mis amigos le dan importancia al hecho de ir a la escuela					
10. A mis amigos les gusta ir a la escuela					
11. Mis amigos faltan a clases en la escuela a escondidas*					
12. Mis padres me escuchan					
13. ¿Cuántos de sus amigos hacen con frecuencia algo de lo siguiente? (el porcentaje es aproximado, no tiene que ser exacto)*:	100%	75%	50%	25%	Ninguno
- Beber alcohol					
- Fumar tabaco					
- Fumar marihuana					

Frases	Siempre	Con mucha frecuencia	Con frecuencia	A veces	Rara vez	Nunca
14. Siento que todos están contra mí**						
15. Siento que la vida es injusta conmigo**						
16. Siento que estoy en contra de todo**						

Frases	Con mucha frecuencia	Con frecuencia	A veces	Rara vez	Nunca
17. A mis padres les gusta conversar conmigo					
18. Mis padres me tratan con consideración					
19. Siento que causo problemas en mi familia*					
20. Me gusta hacer mis tareas escolares a tiempo					

Modificado por: Dr. Jorge Naranjo Pinto

INSTRUCTIVO PARA LA PUNTUACIÓN E INTERPRETACIÓN

OBJETIVO DEL INSTRUMENTO:

Permite al profesional que atiende en el nivel primario de atención contar con elementos predictores del riesgo de que los/las prepúberes y luego los/las adolescentes tengan la probabilidad de incurrir en conductas peligrosas.

CARACTERÍSTICAS DEL INSTRUMENTO:

El instrumento está compuesto por varios ejes de estudio: familia, escuela, amigos y respuesta frente a las normas. En color amarillo encontramos factores de riesgo y sin color están los factores protectores.

PUNTAJE PARA CALIFICACIÓN DE CADA ÍTEM:

Frases	Con mucha frecuencia	Con frecuencia	A veces	Rara vez	Nunca
1,2,3,4,6,9,10,12,13,17,18,20	4	3	2	1	0

Frases con *	Con mucha frecuencia	Con frecuencia	A veces	Rara vez	Nunca
5,7,8,11,19	0	1	2	3	4

Frases con **	Siempre	Con mucha frecuencia	Con frecuencia	A veces	Rara vez	Nunca
14,15,16	0	1	2	3	4	5

ESCALA DE INTERPRETACIÓN

PUNTAJE	INTERPRETACIÓN	CONDUCTA
0 a 20	Alto riesgo sicosocial	Referencia inmediata a equipo de apoyo sicosocial en otro nivel de atención
21 a 41	Riesgo sicosocial moderado	Consejería y orientación por equipo del primer nivel de atención para valorar referencia a otro nivel
42 a 62	Riesgo sicosocial leve	Necesita consejería y orientación de acuerdo a ítems deficitarios por el equipo de salud del primer nivel
> 62	Sin factores de riesgo sicosocial	Control regular de acuerdo a norma

Sugerencia: Siempre es aconsejable trabajar con los déficits en los cuatro rangos y reforzar los puntos fuertes.

Fuente: Protocolo para la atención de adolescentes embarazadas

7. Categorías y criterios médicos para métodos anticonceptivos en Adolescentes.

1	Use el método en cualquier circunstancia.
2	En general, use el método.
3	En general, no se recomienda el m método. A menos que no se disponga de otros métodos más apropiados aceptable.
4	No use el método.

	ACO combinados.	Índex mensual es	Píldora de progestágeno.	Inyección. de progestágeno	Implantes.	Píldora AC Emergencia.	DIU	EQV
Edad	1	1	1	2	1	1	2	P
Paridad:								
Nulípara	1	1	1	1	1	1	2	A
Múltipara	1	1	1	1	1	1	1	A
Con Lactancia.								
Menor 6 sem postparto	4	4	3	3	3	1	B	Para patologías adicionales con los AC emergencias y esterilización femenina.
6 sem a menor 6 meses postparto,	3	3	1	1	1	1	B	A
Más de 6 meses postparto	2	2	1	1	1	1	B	A
Sin lactancia.								
Menor a 21 días.	3	3	3	1	1	1	B	Para patologías adicionales

								con los AC emergencia s y esterilizaci3n femenina.
21 a 42 d3as.	2	2	2	1	1	1	B	Para patolog3as adicionales con los AC emergencia s y esterilizaci3n femenina.
Mayor de 42 d3as.	1	1	1	1	1	1	1	A

A: Acepta. No hay raz3n m3dica para negar el m3todo a una persona con esta patolog3a y circunstancias.

P: Precauci3n. Necesita precauci3n y preparaci3n adicionales para poder administrarlo.

B: uso del DIU postparto: mujeres con o sin lactancia colocaci3n a menor de 48 horas es categor3a 2 para el DIU de cobre. DIU de levonogestrel es categor3a 3. Ambos DIU colocar entre 48 horas y menor a 4 semanas es categor3a 3. Mayor a 4 semanas es categor3a 1. Sepsis puerperal categor3a 4.

Fuente. OMS. Criterios M3dicos de Elegibilidad para el uso de anticonceptivos. 4ta edici3n. 2009.