



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

Facultad Regional Multidisciplinaria, FAREM-Estelí

**Comportamiento del embarazo en adolescentes de 15 a 19 años
atendidas en consulta externa del Hospital Primario Dr. Luis Felipe Moncada
del municipio de San Juan de Río Coco, Madriz en el año 2020.**

Trabajo monográfico para optar

al grado de

Doctor en Medicina y Cirugía

Autores

Br. Miureld Isayana Castellón Rocha

Br. Wuellford Kevin Cerros Miranda

Tutor

Dr. José Francisco Reyes Ramírez

Profesor Titular. Facultad de Ciencias Médicas. UNAN-Managua

Estelí, febrero 2022.



Dedicatoria

Mi sincera dedicación de este trabajo monográfico a Dios por la fuerza, salud y años de vida prestada durante todo este camino, a mis padres parte fundamental de mi vida y apoyo incondicional de mis sueños y propósitos, a mis hermanos por su comprensión y resiliencia y a mi tío por su fe inquebrantable en mi persona. Mi carrera es por ustedes.

Miureld Isayana Castellón Rocha

El presente trabajo investigativo se lo dedico a Dios por darme la fortaleza para emprender en este mundo de conocimientos y aprendizaje, por haberme guiado hacia esta nueva etapa de mi vida como profesional, a mis padres por su apoyo incondicional, por creer en mí y darme el impulso de seguir cumpliendo mis metas y a mi hija por ser la principal motivación por la cual haya elegido estudiar esta bella carrera de medicina.

Wuellford Kevin Cerros Miranda

Agradecimiento

Primeramente a Dios por darnos la fortaleza de habernos encaminado hasta el día de hoy con la salud y sabiduría necesaria para enfrentar cada uno de los retos presentados durante el transcurso de nuestra carrera.

A nuestros padres quienes han sido el pilar fundamental para poder llegar a prepararnos como buenos profesionales, brindándonos en cada momento un aliento de apoyo principalmente emocional para poder cumplir nuestras metas y demostrarnos que los sueños con esfuerzo si se cumplen.

A nuestros familiares y amigos por darnos motivación y palabras de ánimo durante momentos difíciles y por la fe que han puesto en nosotros.

A nuestro tutor monográfico por su paciencia, sus enseñanzas y darnos dirección para poder culminar este trabajo con éxito.

A nuestros maestros por su labor de enseñanza y dedicación en pro de fortalecer nuestros conocimientos durante esta etapa de preparación médica.

Miureld Isayana Castellón Rocha
Wuellford Kevin Cerros Miranda

Opinión del tutor

El presente estudio sobre el comportamiento del embarazo en adolescentes de 15 a 19 años atendidas en consulta externa del Hospital Primario Dr. Luis Felipe Moncada del municipio de San Juan de Río Coco, Madriz, en el año 2020, realizado por los bachilleres Miureld Isayana Castellón Rocha y Wuelford Kevin Cerros Miranda, representa un tema de mucha importancia en la actualidad, debido al impacto socioeconómico, familiar y social que provoca este fenómeno en los países en vías de desarrollo, por sus efectos en las tasas de mortalidad materna e infantil y al círculo de enfermedad y pobreza en una gran mayoría de la población mundial

Nicaragua sigue ocupando el segundo lugar de tasas de embarazo adolescente a nivel de las Américas. Sus complicaciones son la segunda causa de muerte entre las adolescentes de 15 a 19 años en todo el mundo. Los resultados obtenidos desarrollarán cambios de actitud y comportamiento de las adolescentes, con un enfoque integral.

Los resultados alcanzados en el estudio han sido posibles por la dedicación, interés, responsabilidad e iniciativa demostrada por los bachilleres Miureld Isayana Castellón Rocha y Wuelford Kevin Cerros Miranda, durante todo el proceso de la investigación, lo cual permitió haber logrado la aplicación de una metodología rigurosa en todo momento por un alto nivel científico.

Felicito a los bachilleres Castellón Rocha y Cerros Miranda, por los alcances logrados y extendiendo mi motivación a que continúen profundizando y desarrollando este campo investigativo

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

Resumen

El presente estudio fue realizado para evaluar el comportamiento del embarazo en adolescentes de 15 a 19 años atendidas en consulta externa del Hospital Primario Dr. Luis Felipe Moncada, del municipio de San Juan de Río Coco, Madriz, en el período del 1° de enero al 31 diciembre de 2020. Estudio con un enfoque cuantitativo, observacional, descriptivo de corte transversal, con una muestra de 134 adolescentes embarazadas. **Resultados:** El 64.7 % tenían de 17 a 19 años, escolaridad secundaria en el 54.2%. Mantenían relación en unión estable en un 53.7%, católicas en un 55.2% de la muestra, y procedencia rural del 81.3%. Un 62.0% iniciaron relaciones sexuales entre los 14 y 16 años, con una pareja sexual (73.0%). El 72.4% no utilizaban métodos anticonceptivos previo al embarazo actual. Un 75.4% fueron nulíparas. El 56.7% fueron captadas antes de las 12 semanas de gestación, teniendo en un 33.6% de 3 a 4 controles prenatales. El 67.9% de las adolescentes no tuvieron el deseo de ser madres. El 81.3% la vía de finalización del embarazo fue vaginal.

Palabras Clave (*embarazo adolescente – control prenatal*)

Abstract

The present study was carried out to evaluate the behavior of pregnancy in adolescents between 15 and 19 years of age seen in an outpatient clinic at the Dr. Luis Felipe Moncada Primary Hospital, in the municipality of San Juan de Río Coco, Madriz, in the period of January 1 as of December 31, 2020. Study with a quantitative, observational, descriptive cross-sectional approach, with a sample of 134 pregnant adolescents. **Results:** 64.7% had between 17 and 19 years old, secondary schooling in 54.2%. They maintained a stable union relationship in 53.7%, Catholic in 55.2% of the sample, and rural origin in 81.3%. 62.0% began sexual relations between the ages of 14 and 16, with a sexual partner (73.0%). 72.4% did not use contraceptive methods prior to the current pregnancy. 75.4% were nulliparous. 56.7% were captured before 12 weeks of gestation, with 33.6% having 3 to 4 prenatal controls. 67.9% of the adolescents did not have the desire to be mothers. 81.3% of the way to end the pregnancy was vaginal.

Key Words (adolescent pregnancy - prenatal control)

Tabla de Contenidos

Dedicatoria	2
Agradecimiento	3
Opinión del tutor	4
Resumen	5
Abstract	5
Tabla de Contenidos.....	6
CAPÍTULO I: GENERALIDADES	8
1.1 Introducción.....	9
1.2 Antecedentes.....	11
1.2.1 Internacionales	11
1.2.2 Nacionales.....	14
1.3 Justificación	16
1.4 Descripción del problema.....	17
1.5 Objetivos.....	19
1.5.1 Objetivo General.....	19
1.5.2 Objetivos Específicos	19
1.6 Marco Teórico	20
1.6.1 Adolescencia.....	20
1.6.2 Adolescencia y sexualidad.....	21
1.6.3 Historia Gineco-Obstétrica de las Adolescentes.....	22
1.6.4 Embarazo adolescente.....	23
1.6.5 Caracterización de las adolescentes embarazadas	26
1.6.6 Evolución del embarazo adolescente.....	36
CAPITULO II: DISEÑO METODOLÓGICO.....	42
2.1 Tipo de Estudio.....	43

2.2	Área de estudio	43
2.3	Población y Muestra	43
2.4	Métodos e instrumentos de recolección de datos	45
2.5	Etapas de Investigación	46
	2.5.1 Investigación Documental	46
	2.5.2 Elaboración de Instrumento	46
	2.5.3 Trabajo de campo.....	47
	2.5.4 Análisis y elaboración del Informe Final.....	47
2.6	Plan de Análisis	48
2.7	Plan de intervención	49
2.8	Matriz de Operacionalización de Variables.....	50
CAPITULO III: DESARROLLO		53
3.1	Resultados	54
3.2	Análisis y Discusión de Resultados	66
3.3	Conclusiones.....	71
3.4	Recomendaciones	72
CAPÍTULO IV: BIBLIOGRAFÍA.....		74
4.1	Referencias Bibliográficas.....	75
CAPÍTULO V: ANEXOS		78
5.1	Mapa de Salud del municipio de San Juan de Río Coco, Madriz.	79
5.2	Instrumento de recolección de la información	80
5.3	Tablas.....	83
5.4	Figuras	90

CAPÍTULO I: GENERALIDADES

1.1 Introducción

El embarazo adolescente representa un problema de salud pública mundial que afecta la salud física y emocional de la pareja, la condición educativa de ambos y, un proceso de inestabilidad en su entorno familiar, escolar y social. Esta condición puede romper el proyecto de vida de los futuros padres, poner en peligro físico y emocional a la madre y, en algunos casos, al producto de la gestación a corto, mediano o largo plazo (Loredo Abdalá, Vargas Campuzano, Casas Muñoz, González Corona, & Gutiérrez Leyva, 2017).

América Latina y el Caribe continúan siendo las segundas tasas de embarazo adolescente más altas del mundo, estimadas en 66.5 nacimientos por cada 1,000 adolescentes entre 15 a 19 años, solo superadas por las de África subsahariana (UNICEF, 2015).

El 95.0% de los embarazos adolescentes ocurren en países pobres. Según datos indicados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2020, 16 millones de muchachas de 15 a 19 años dan a luz cada año. Se ha indicado que durante el embarazo y el parto de las adolescentes son causa de muerte importante entre las muchachas de 15 a 19 años en todo el mundo. Nicaragua es el país con mayor cantidad de embarazos en adolescentes en Latinoamérica con una tasa de 109/1,000 embarazos (UNICEF, 2015).

En Nicaragua en el período de 2000-2009 se presentaron 1,141 muertes maternas. El 87.3% fueron vinculadas al embarazo, parto y puerperio. El 17.5% de las muertes obstétricas se presentaron en adolescentes de 15 a 19 años (OPS/MINSA, 2010).

Según datos del Instituto Nicaragüense del Desarrollo de Nicaragua (INIDE) en el año 2018, la población adolescente de 15 a 19 años del departamento de Madriz representó el 10.2% de la población total del departamento. (INIDE, 2018). El embarazo adolescente significa riesgos para la salud de las adolescentes y la de sus futuros hijos, en su mayoría son embarazos no planeados ni deseados, la falta de madurez física juega un rol importante, lo que representa un mayor riesgo en la morbilidad y complicaciones al momento del parto y durante la etapa postnatal.

Por lo que se realizó el estudio para evaluar el comportamiento del embarazo en adolescentes de 15 a 19 años atendidas en la consulta externa del Hospital Primario Dr. Luis Felipe Moncada del municipio de San Juan de Río Coco, Matriz. 2020.

Los datos obtenidos brindarán información actualizada e importante acerca del comportamiento del embarazo en la población adolescente del municipio, las características de las adolescentes durante su embarazo, indicando de manera indirecta su comportamiento y educación sexual, y fortalecerá acciones en salud para una identificación temprana de complicaciones, con un seguimiento óptimo del proceso de embarazo y puerperio, dentro de un manejo integral, con un proceso de educación e información constante hacia la madre, la familia y la comunidad.

1.2 Antecedentes

1.2.1 Internacionales

En 2020 la Organización Mundial de la Salud presentó un informe donde se indicaron los siguientes datos: Aproximadamente 16 millones de adolescentes de 15 a 19 años dan a luz cada año, la mayoría en países de ingresos bajos y medianos. Las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las muchachas de 15 a 19 años en todo el mundo. El embarazo en la adolescencia sigue siendo uno de los principales factores que contribuyen a la mortalidad materna e infantil y al círculo de enfermedad y pobreza. Los bebés de madres menores de 20 años se enfrentan a un riesgo un 50% superior de mortalidad prenatal o de morir en las primeras semanas de vida. Cuanto más joven sea la madre, mayor el riesgo para el bebé (OMS, 2020).

De acuerdo a un informe presentado por UNICEF Nicaragua (2019) aproximadamente 2,8 millones de mujeres embarazadas y recién nacidos mueren cada año, es decir, uno cada 11 segundos, y la mayoría por causas prevenibles. Para las madres, las complicaciones que derivan en muerte pueden producirse sin que haya habido ningún tipo de indicio durante el embarazo y el parto. En 2017, según las últimas estimaciones, más de 800 mujeres murieron cada día de complicaciones en el embarazo y el parto, o, lo que es lo mismo, más de 290.000 (UNICEF Nicaragua, 2019).

En el informe de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires, Argentina (SOGIBA 2019) en relación al embarazo adolescente, América Latina y el Caribe han experimentado la disminución más lenta de la fecundidad adolescente entre los 15 y 19 años de todas las regiones del mundo y se ha citado como la única región con una tendencia ascendente de los embarazos en menores de 15 años. El porcentual de nacimientos entre 15 y 19 años, para América Latina y Caribe es de 18%, mientras que en el mundo es del 10%, en Europa 5% y en Asia 7% (SOGIBA, 2019).

Medina & Ortiz (2018) realizaron un estudio en México con el objetivo para determinar la asociación entre el embarazo en adolescentes y factores socioeconómicos, así como calcular las

desigualdades sociales presentes en las adolescentes de México durante 2015, bajo el título: “Fecundidad en adolescentes y desigualdades sociales en México, 2015”, se realizó un estudio a partir de registros de nacimientos del año 2015 en adolescentes de 15 a 19 años. El objetivo del estudio fue determinar la tasa de fecundidad con respecto a la evaluación socioeconómica. Se calcularon medidas absolutas y relativas de desigualdad, regresión binomial negativa para razón de riesgo e intervalos de confianza del 95% (Medina Gómez & Ortiz González, 2018).

Los principales resultados obtenidos fueron: la tasa de fecundidad fue 73,21 nacimientos por 1,000 adolescentes de 15 a 19 años en México. Coahuila fue el estado con la mayor tasa de nacimientos (99,3 por 1,000 adolescentes). Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la tasa de fecundidad y el retraso al acceso a servicios de salud en primer lugar, mientras que para el retraso educativo ocupó el segundo lugar (Medina Gómez & Ortiz González, 2018).

En un informe de organizaciones de las Naciones Unidas realizado en el período 2010-2015, en la región de América Latina y el Caribe indicaron que dicha zona tiene la segunda tasa estimada de fecundidad en adolescentes del mundo, equivalente a 66,5 nacimientos por 1,000 adolescentes de 15 a 19 años. Centroamérica tiene la tasa más alta de fecundidad en adolescentes, seguida de América del Sur (OMS/OPS/UNFPA/UNICEF, 2018).

En un informe del Fondo de Naciones Unidas para la Población (FNUAP), de acuerdo con el Estado de la Población Mundial 2013, América Latina y el Caribe es la única región con tendencias crecientes de embarazo en mujeres adolescentes. Este informe también indicó que América Latina y el Caribe es la única región en la que los nacimientos de niñas menores de 15 años aumentaron, y se espera que estos partos aumenten ligeramente hasta 2030. En la región, Nicaragua tiene las tasas más altas de adolescentes embarazadas (UNFPA, 2013).

El informe de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Fondo de Naciones Unidas para la Población (FNUAP) en agosto de 2020 indicó que el embarazo en la adolescencia no se encuentra distribuido de manera equitativa dentro de los países y entre ellos. En varios países de América Latina y el Caribe, la mayoría de las adolescentes se encuentran en los grupos

más pobres, de menor nivel de escolaridad, rurales, indígenas y afrodescendientes, tienden a llevar una carga desproporcionada del embarazo temprano. A pesar del crecimiento socioeconómico registrado en años recientes en América Latina y el Caribe (ALC), la tasa de fecundidad en adolescentes en la región (la segunda más alta del mundo) continúa siendo inaceptablemente alta, con grandes inequidades entre los países y al interior de ellos. El número estimado de embarazos no planeados en niñas de entre 15 y 19 años en América Latina y el Caribe en el 2019 fue de 2.115.000. (OPS/FNUAP, 2020).

Torrez Ruiz (2017) desarrolló un estudio en la ciudad de Lima, Perú con el objetivo de analizar las características perinatales en mujeres gestantes adolescentes, bajo el título “Embarazo en adolescentes” con una metodología del tipo de estudio descriptivo, de corte transversal, con una evaluación de todos los partos en el período del 2000-2004, en el Hospital Nacional Rebagliati Martins, cuyos principales resultados fueron: Hubo un total de 443 partos en adolescentes, con edad promedio de 18,3 años, 16,3% de ellas con 17 años o menos y 83,7% entre 18 y 19 años (Torres Ruiz, 2017).

El 81,3%, era su primer embarazo; el parto pretérmino ocurrió en 17,1%; la tasa de cesárea fue 41,5%; 84,4% de los recién nacidos pesó entre 2 500 y 3 999 g y 12% menos de 2500 g. Las principales conclusiones fueron que hubo más partos pretérmino y mortalidad perinatal en las adolescentes que en la gestante en general, principalmente en las adolescentes de 17 años o menos, convirtiéndose en el grupo de mayor riesgo. El parto vía vaginal fue más frecuente en la adolescente, pero la incidencia de cesáreas aumentó en la adolescente de 17 años o menos en comparación a la de 18 y 19 años (Torrez Ruiz, 2017).

Quesada y colaboradores durante el año 2016, realizaron una investigación en la comunidad de El Gaitero, del municipio de Caracas con el título “Caracterización Social del Embarazo en la adolescencia”, cuyos resultados se obtuvieron mediante encuestas realizadas a 61 adolescentes embarazadas, realizando un estudio descriptivo de corte transversal en donde los resultados indicaron que la edad que predominó en las embarazadas estuvo comprendidas entre 15 y 18 años para un 67,31%, el 88,4% de las adolescentes determinaron que no tenían cubiertas todas sus necesidades básicas. El 86,5% de las participantes tuvieron su menarquia durante el rango de 10 a

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

1.2.2 Nacionales

Ruiz García y colaboradores (2019) desarrollaron una investigación bajo el título: “Comportamiento del embarazo adolescente en asistentes a la atención prenatal del centro de salud Carlos Rugama del Distrito V de Managua. Octubre - Diciembre 2019”. Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, con una muestra de 96 embarazadas adolescentes que acudieron al censo de control prenatal. La mayoría de las adolescentes estaban en el rango de edad de 17 a 19 años, con un nivel de escolaridad secundaria, convivían en unión libre, en sus mayorías católicas, provenientes de la zona urbana (Ruiz García , García Reyes, & Caldera Pacheco, 2019)

El inicio de vida sexual activa prevaleció entre los 14 a 16 años, la mayoría era primigestas, con una pareja sexual y recalcaron que se encontraban usando algún método anticonceptivo, al momento de su embarazo siendo el principal elegido, el de tipo inyectable. Al momento de su captación en el programa de control prenatal, se encontraban con menos de 12 semanas de gestación, la mayoría había asistido a cuatro o más controles prenatales, la mayoría de la muestra de estudio indicó que no tenían deseos de estar embarazadas (Ruiz García , García Reyes, & Caldera Pacheco, 2019).

Cáliz & Castillo (2018) desarrollaron una investigación bajo el tema: “Factores asociados a embarazos en adolescentes atendidas en el Puesto de Salud Francisco Real de la comunidad Valle La Laguna - Masaya, Enero a Diciembre 2017”. El estudio fue de tipo descriptivo de corte transversal con una muestra de 81 pacientes registradas en el censo de embarazadas y con el

objetivo de evaluar el comportamiento del embarazo adolescentes en el área de estudio. Los principales resultados fueron: La mayoría de las pacientes en estudio tenían entre 17 a 19 años de edad, escolaridad primaria, estado civil acompañado, de procedencia rural, católica. Las pacientes iniciaron su vida sexual entre los 14 a 16 años de edad, su primera menstruación fue entre los 10 a 12 años, refirieron de 1 a 2 compañeros sexuales, primigestas, con parto vaginal. En las principales conclusiones se determinó que el primer embarazo del grupo de estudio se presentó en edades de 14 a 16 años. Se observó el uso frecuente de PPMS, y el nivel de conocimientos con respecto a salud sexual y reproductiva, en su mayoría posee buenos conocimientos (Cáliz González & Castillo Flores, 2018).

La información más reciente sobre el embarazo en adolescentes en Nicaragua proviene de los Informes de Gestión del MINSA. Los registros del MINSA indican que, en 2013, de un total de 141,107 nacimientos registrados, 34,647 (24.6%) correspondían a nacimientos de madres adolescentes. En el Perfil de Salud Materna ODM5 presentado en conjunto por el MINSA y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 2010, se indica que el número de nacimientos en adolescentes de 10 a 14 años aumentó 47.9% en el periodo 2000-2009, al pasar de 1,066 a 1,577. Por su parte, el Informe de Gestión en Salud 2013 del MINSA indica que los nacimientos provenientes de madres de 10 a 14 años han sido en promedio de alrededor de 1,640 en los últimos 7 años al informe (OPS/MINSA Nicaragua, 2018).

1.3 Justificación

El embarazo adolescente es un fenómeno enmarcado dentro de la problemática de más alto impacto en la actualidad, con innumerables consecuencias para la salud sexual, reproductiva, económica y de ambiente familiar para la madre y para el hijo.

A pesar de la información brindada sobre sexualidad en el sistema educativo de nuestro país, así como la oferta de un amplio espectro de métodos de planificación, el embarazo adolescente mantiene un comportamiento de una gran prevalencia en nuestro país, sobresaliendo donde la sociedad mantiene patrones de cultura machista, donde el rol de las mujeres es limitado a las labores domésticas y maternas. La maternidad en las adolescentes significa riesgos para la salud de las adolescentes embarazadas y la de sus hijos, desde que comienza, pues la mayoría son embarazos no planeados ni deseados, además debido a que no se ha alcanzado la madurez física ni psicológica que se necesita para la maternidad, presentando mayores riesgos en la morbilidad y complicaciones al momento del parto y durante la etapa postnatal.

Esta investigación es importante para el Hospital Primario Dr. Luis Felipe Moncada, ya que la información obtenida brindará datos actualizados acerca del comportamiento del embarazo adolescente, permitirá contribuir a la mejoría de la calidad de atención, tomando a la adolescente embarazada como una prioridad, centrado en el proceso de abordaje y manejo de los programas dirigido a los adolescentes. Identificando el desarrollo de complicaciones del embarazo sobre todo en etapas muy tempranas, mediante captaciones tempranas e identificando factores de riesgo que pongan en peligro en el momento del parto tanto a la madre como al neonato; lo cual representa un factor muy importante debido a las distancia y características geográficas de los sectores atendidos por la unidad de salud. Por otra parte ya que no existen estudios en el Hospital Luis Felipe Moncada del municipio de San Juan de Río Coco, sobre el tema, brindará las bases para desarrollar planes de intervención en salud, para la disminución de las tasas de embarazo adolescente en el municipio de San Juan de Río Coco, así como la mejoría de atención en controles prenatales, un seguimiento de calidad y oportuno en todo el proceso del embarazo, parto y puerperio, lo que tendrá como principales beneficiarios al binomio madre-hijo, elevando la calidad de vida de la población del municipio.

1.4 Descripción del problema

En 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) informa que aproximadamente 16 millones de adolescentes de 15 a 19 años dan a luz cada año, ocurriendo en su mayoría en países de bajos ingresos, y ocupando uno de los principales factores que contribuyen a la mortalidad materna e infantil, provocando el mantenimiento del círculo de enfermedad y pobreza en América Latina, ya que dicha región representa la segunda tasa más alta de embarazo adolescente de todo el mundo; (OPS, 2018). Los bebés de madres menores de 20 años se enfrentan a un riesgo mayor al 50% de mortalidad prenatal o de morir en las primeras semanas de vida. (OMS, 2020).

El informe determina que entre las causas de los embarazos en niñas y adolescentes están la desigualdad de género, los obstáculos en el acceso al ejercicio de los derechos humanos, la pobreza, el matrimonio infantil o la unión temprana y las uniones forzadas (UNFPA, 2013).

“Las tasas de fertilidad en adolescentes siguen siendo altas. Afectan principalmente a las poblaciones que viven en condiciones de vulnerabilidad y muestran las desigualdades entre y dentro de los países. El embarazo en la adolescencia puede tener un profundo efecto en la salud de las niñas durante su curso de vida”, dijo Carissa F. Etienne, Directora de la OPS. “No sólo obstaculiza su desarrollo psicosocial, sino que se asocia con resultados deficientes en la salud y con un mayor riesgo de muerte materna. Además, sus hijos están en mayor riesgo de tener una salud más débil y caer en la pobreza”, indicó (OPS, 2018).

Nicaragua es el país con mayor proporción de embarazos en adolescentes en el área centroamericana, ya que el 26.3% de los embarazos, se presentan en adolescentes, es decir, 110 de cada 1,000 mujeres adolescentes entre 15 y 19 años son madres; caracterizados por condiciones de pobreza y falta de información sobre una salud sexual y reproductiva responsable, junto a la falta de apoyo de familiares, y la constante cultura machista condicionando a las adolescentes a embarazos tempranos no planificados exponiéndolas. Los mayores porcentajes se presentan en Jinotega (38.0%) la Costa Caribe Norte y Sur (30.0%) y León (20.0%) (CODENI, 2017).

El Hospital Primario Dr. Luis Felipe Moncada del municipio de San Juan de Río Coco, Madriz, atiende a una población adolescente que procede de zonas de extrema pobreza, siendo las principales actividades realizadas la agricultura y con ingresos básicos, que ejercen un gran impacto en la prevalencia de embarazos adolescentes, representando en el año 2019 el 29.2% del total de embarazos atendidos en el Hospital, esta situación motivó el desarrollo de la presente investigación para evaluar el comportamiento del embarazo en adolescentes de 15 a 19 años en usuarias atendidas en la consulta externa del Hospital Primario Dr. Luis Felipe Moncada.

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

¿Cuál es el comportamiento del embarazo en adolescentes de 15 a 19 años atendidas en consulta externa del Hospital Primario Dr. Luis Felipe Moncada, del municipio de San Juan de Río Coco, Madriz, en el año 2020?

A continuación se presentan las siguientes Preguntas - Problemas de investigación:

1. ¿Cuáles son los antecedentes sexuales y obstétricos de la población en estudio?
2. ¿Cuáles son las características del embarazo actual en las adolescentes embarazadas evaluadas?
3. ¿Cuál es la vía de finalización del embarazo en las adolescentes del presente estudio?
4. ¿Cuáles son las estrategias de promoción en salud sexual y reproductiva, para desarrollar una captación temprana en adolescentes embarazadas mediante el desarrollo de un plan de intervención educativa?

1.5 Objetivos

1.5.1 Objetivo General

Evaluar el comportamiento del embarazo en adolescentes de 15 a 19 años atendidas en consulta externa del Hospital Primario Dr. Luis Felipe Moncada, del municipio de San Juan de Río Coco, Madriz, en el año 2020.

1.5.2 Objetivos Específicos

1. Identificar antecedentes sexuales y obstétricos de la población en estudio.
2. Describir características del embarazo actual en adolescentes embarazadas evaluadas
3. Determinar la vía de finalización del embarazo en las adolescentes del presente estudio.
4. Promover la captación temprana de las adolescentes embarazadas mediante el desarrollo de un plan de intervención educativa

1.6 Marco Teórico

1.6.1 Adolescencia

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

Se han definido dos subclasificaciones: la adolescencia temprana que es aquella comprendida entre los 10 a 14 años, y la adolescencia tardía que abarca los 15 a 19 años de edad. Esta etapa es crucial para el ciclo vital del desarrollo humano, el individuo progresa desde la aparición de los caracteres sexuales descritos en las etapas de Tanner, hasta obtener la madurez sexual. (Mujeres de liderazgo, 2017) .

Adolescencia temprana

Se refiere a cambios biológicos en donde el individuo experimenta cambios corporales y funcionales como la primera menstruación. En esta etapa el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades con individuos del mismo sexo para posteriormente experimentar atracción por el sexo opuesto. Para muchos, esta edad es el inicio para las experiencias y actividad sexual (Mujeres en liderazgo, 2017).

Adolescencia tardía

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

1.6.2 Adolescencia y sexualidad

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), “La sexualidad es un aspecto central del ser humano a lo largo de la vida y tiene en cuenta aspectos como el sexo, la identidad y roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. La sexualidad se experimenta y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas y relaciones. Mientras la sexualidad incluye todas estas dimensiones, no todas son expresadas o experimentadas. La sexualidad está influenciada por las interacciones entre lo biológico, lo psicológico, lo social, lo económico, lo político lo cultural, lo ético, lo legal, lo histórico, lo religioso y por factores espirituales (OMS, 2018).

La sexualidad es una faceta de la identidad y el desarrollo sexual saludable es un objetivo importante de la adolescencia. Las decisiones que están asociadas al desarrollo sexual adolescente, tienen a menudo importantes implicancias para la salud y la educación, así como para las relaciones actuales y futuras.

La adolescencia es el periodo crucial del ciclo vital en el que los individuos toman una nueva dirección en su desarrollo, alcanzan su madurez sexual, se apoyan en los recursos psicológicos y sociales que obtuvieron en su crecimiento previo y asumen para sí las funciones que les permiten elaborar su identidad y plantearse un proyecto de vida propio (Medina Gómez & Ortiz González, 2018).

Durante esta etapa los/las jóvenes experimentan cambios en diferentes planos. En primer lugar alcanzan la madurez física y la capacidad reproductiva, así mismo, su desarrollo intelectual les permite elaborar juicios críticos y pensamientos abstractos, por otro lado aumenta su responsabilidad social puesto que ya no tienen la continua vigilancia de los padres en su actuación social. (CODENI, 2017).

La mayoría de los jóvenes inicia su vida sexual en la adolescencia, logra evitar embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual y desarrolla relaciones saludables respetuosas y comprometidas. Sin embargo, comparados a otros grupos de edad, los adolescentes tienen tasas

desproporcionadamente altas de morbilidades derivadas de la conducta, incluyendo infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados (Noguera O & Alvarado R, 2012).

1.6.3 Historia Gineco-Obstétrica de las Adolescentes

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

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

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

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

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

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

Uso de métodos anticonceptivos

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

1.6.4 Embarazo adolescente

Se define el embarazo en la adolescencia como “aquel que se produce entre los 10 y los 19 años de edad”, independientemente del grado de madurez biológica o psicológica y/o independencia de la y el adolescente en relación con su núcleo familiar. (OMS, 2015).

(Caliz & Castillo, 2017) Han definido el término de “Embarazo Adolescente (embarazo no planeado ni planificado)”, como el embarazo que ocurre en una adolescente (10 a 19 años) o en una pareja que está(n) económicamente dependiendo de otros, no tienen una relación estable, usualmente se ven forzados a interrumpir su proceso de desarrollo humano (escolarización,

empleo, planes de vida), abandonada(os) por su pareja y/o familia y para el cual no han adquirido una madurez ni física ni psicológica (MINSA, 2016).

Factores asociados al embarazo en la adolescencia

Molina Gómez et al. (2019), realizaron una revisión bibliográfica para evaluar las condicionantes y consecuencias sociales del embarazo en la adolescencia en donde se exponen los principales factores que predisponen el embarazo en adolescente entre los que se enumeran:

- a) Desinformación: No solo la falta de conciencia sobre sexualidad y anticonceptivos es determinante, sino el hecho de que quienes tienen mayor conocimiento sobre estos temas no siempre lo aplican. Además de que todavía hay muchos tabúes y deficiencias en la educación escolar, hay investigaciones que muestran que los adolescentes conocen los métodos para prevenir el embarazo, incluso saben cómo funcionan, pero no los usan.
- b) Psicología del adolescente: Por naturaleza son rebeldes y le llevan la contraria a sus padres, por lo que “si les dicen que no tengan novio, lo van a tener”.
- c) Búsqueda de identidad: Es un factor clave en esta etapa de la vida, y tener pareja o generar un embarazo puede representar una forma de afirmarse como hombre o mujer.
- d) Soledad: El adolescente se siente incomprendido, por lo que piensa que tener una pareja o un niño le hará sentirse más querido.
- e) Necesidad de autoridad: Los jóvenes sienten que todos quieren darles órdenes, y creen que al tener un hijo van a desempeñar un nuevo rol social de mayor jerarquía e independencia.
- f) Pertenencia: Así como hay grupos en los que existe el “requisito” de fumar o beber alcohol para ser aceptado, en otros se incita a tener una vida sexual activa.
- g) Familia disfuncional: Más del 80 % de los embarazos en adolescentes se presentan en quienes provienen de células sociales en las que prevalecen incomunicación, falta de afecto y relaciones problemáticas (Molina Gómez, Pena Olivera, Díaz Amores, & Antón Soto, 2019)
- h) Hábitos culturales: Sobre todo en áreas rurales hay poblaciones en donde no hay más expectativa de vida que casarse y tener hijos.
- i) Religión: El rechazo de la Iglesia a los anticonceptivos también influye.
- j) Economía: Cada vez es más común que tanto la madre como el padre trabajen fuera del hogar, y esto impide que haya adecuada comunicación y educación sexual.

k) Nivel educativo y socioeconómico: Algunos estudios muestran que a mayor grado de escolaridad y solvencia económica hay menos embarazos en jóvenes, aunque ninguno de estos factores garantiza, por ejemplo, que una familia no sea disfuncional (Molina Gómez, Pena Olivera, Díaz Amores, & Antón Soto, 2019).

Consecuencias del embarazo en la adolescencia

El embarazo en la adolescencia sigue siendo un problema de salud y social, condicionado por factores demográficos, socioeconómicos, psicológicos y de educación, entre los que sobresalen: inicio precoz de las relaciones sexuales, el nivel de escolaridad, zona donde viven los adolescentes, pertenecer a una familia disfuncional y poseer conductas adictivas (Calvache López, 2017).

Este es un problema multicausal de consecuencias inimaginables, donde intervienen la situación social producto del conflicto interno del país, la exclusión social de los adolescentes, los sistemas de salud y educativos, así como la violencia sexual contra los adolescentes. (Calvache López, 2017).

Otros elementos a tener en cuenta son el papel de los medios de comunicación, la desestructuración familiar, la alta prevalencia de conductas de riesgo (consumo de alcohol, tabaco y drogas legales e ilegales), la sexualidad irresponsable, la falta de proyecto de vida, menarquia temprana, familias disfuncionales, ausencia de pautas de crianza, bajo nivel educativo, ausencia de educación sexual e historia de abuso sexual; estos problemas se agudizan en las zonas rurales. (-Contrera Rodríguez S, 2011).

El embarazo en la adolescencia es considerado un problema desde diferentes ópticas, ya que implica mayor riesgo de mortalidad materna, menores oportunidades de educación y, en ocasiones, el abandono total de los estudios, así como el fortalecimiento del círculo de la pobreza y un mayor riesgo de daño y mortalidad infantil.

El hijo (a) de la madre adolescente tiene mayor riesgo de bajo peso al nacer, mayor incidencia de muerte súbita, malformaciones, mortalidad perinatal. También corre un mayor riesgo de sufrir abuso físico, negligencia en sus cuidados, desnutrición y retardo del desarrollo físico y emocional. (CODENI, 2017).

Para el padre adolescente es frecuente la deserción escolar para hacer frente a la manutención de la familia. También es común que tengan trabajos de menor remuneración que sus padres.

La mayoría de los embarazos en adolescentes no son deseados y se deben a múltiples factores como: la falta de educación sexual que favorece el inicio temprano de las relaciones íntimas por demás desprotegidas, poca motivación hacia los estudios, relaciones de enfrentamiento hacia sus padres, desatención de éstos o su ausencia, consumo ocasional de alcohol u otras drogas y carencias afectivas, entre otros. (Torres Ruiz, 2017).

Las adolescentes que se embarazan en la adolescencia sufren las consecuencias que esto les provoca pues abandonan sus estudios, ven frustrado su futuro y están obligadas a criar a sus hijos en condiciones adversas y sin la madurez psicológica que se necesita para ello. La familia también ve afectada su dinámica habitual (Torres Ruiz, 2017).

1.6.5 Caracterización de las adolescentes embarazadas

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

a su vez con un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad materna y perinatal. (Tascon, Benitez, & Ospina, 2016).

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

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

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

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

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

Antes de los 15 años, la mayoría de las experiencias de la primera relación sexual en mujeres son de carácter no voluntario, el 60% de las muchachas que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años fueron obligadas por hombres que en promedio fueron seis años mayores que ellas. (MINSA, 2015).

En Nicaragua la edad promedio de su primera relación sexual es más frecuente entre los 15 a 19 años, en promedio a los 17 años. El 13.1% de las adolescentes ya ha tenido 2 parejas con las que ha tenido hijos. (Mujeres de liderazgo).

Las adolescentes de 15 a 17 años de edad, tuvieron su primera experiencia sexual en un 63.6% con su novio y en menor proporción con su compañero de vida en la actualidad; En las niñas menores de 15 años y sin ningún nivel educativo el 48.3% de las parejas tenían más de 20 años de edad, el tiempo de conocer a su primera pareja sexual fue del 32.0% en un tiempo menor a un año. (Mujeres de liderazgo).

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

Se estima que 20.0% de nacimientos en la región son de madres menores de 20 años y 40% de estos embarazos no son deseados. El número de nacimientos de mujeres adolescentes de 15-19 años ha disminuido en todas las regiones del mundo (OPS/MINSA Nicaragua, 2018).

América Latina y el Caribe es la única región en el mundo donde hay una tendencia creciente del embarazo en mujeres adolescentes. Particularmente, Nicaragua se destaca por ser el país con la tasa de embarazo adolescente más alta en la región, donde casi 3 de cada 10 mujeres

de 20 a 24 años tiene su primer embarazo antes de los 18 años. Se ha reconocido que el embarazo en la adolescencia está asociado con el inicio temprano de la actividad sexual en niñas y adolescentes.

Varios determinantes han sido implicados con el embarazo en adolescentes, y si bien muchos adolescentes tal vez deseen quedar embarazadas, muchos se producen en el contexto de violaciones de derechos humanos como el matrimonio infantil, relaciones sexuales forzadas o el abuso sexual. Este fenómeno se ha vinculado a múltiples determinantes individuales, familiares, socioculturales y políticos. (Tascon, Benitez, & Ospina, 2016).

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

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

El embarazo en adolescentes está relacionado con violencia sexual, en particular si se trata de adolescentes menores de 15 años. La preocupación crece al constatar que gran parte de estas víctimas transitan por diversos servicios de salud sin que los profesionales que interactúan con ellas cumplan con la debida notificación o reportes de oficio de estos casos ante las instancias responsables. Con ello se pierde la oportunidad de

complementar su atención integral, incluyendo los recursos para garantizar todas las terapias que la condición de la adolescente embarazada menor de 15 años requiere, así como todas las medidas de protección, justicia y restitución de derechos. (MINSA, 2016).

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

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

La percepción que predomina entre adolescente y jóvenes es que los padres no aconsejan a sus hijas e hijos sobre cómo cuidarse y proteger su cuerpo, no hay una comunicación entre madres e hijas, lo cual hace que las madres piensen que las muchachas están en “maldades por eso se embarazan a temprana edad”. Esto es compatible con el desconocimiento que tienen muchos padres y madres de familia en los temas de SSR. La medicina tradicional tiene un rol importante en la SSR en comunidades afro descendientes. En comunidades indígenas las embarazadas han sido atendidas por parteras. (MINSA, 2016).

Los efectos adversos de la maternidad adolescente también se extienden a la salud de sus infantes. Las muertes perinatales son 50% más altas entre los bebés nacidos de madres de menos

de 20 años que entre aquellos nacidos de madres entre 20 y 29 años. Los recién nacidos de madres adolescentes tienen mayor probabilidad de tener bajo peso al nacer, con riesgos a largo plazo. Las adolescentes menores de 16 años corren un riesgo de defunción materna cuatro veces más alto que las mujeres de 20 a 30 años, y la tasa de mortalidad de sus neonatos es aproximadamente un 50% superior. (OMS, 2015).

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

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

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

Hasta un 49% de adolescentes en embarazo se encuentran por fuera de escuelas y colegios, otras abandonan los estudios secundarios y 7,5% lo hacen por estar en embarazo y 5% por que se casan, entre otras razones. Las mujeres sin escolaridad tienen la edad de la primera

unión marital a los 17,7 años. Un 81% de adolescentes ha usado un método anticonceptivo alguna vez en su vida, pero sólo 10% los usa en su primera relación sexual , siendo este uno de los determinantes más importantes para embarazos precoces. (MINSA, 2016).

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

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

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

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

Otro aspecto que merece atención es el uso de anticonceptivos en la primera relación sexual. Se encuentra que 5 de cada 10 mujeres que vive en el área urbana utilizó algún método anticonceptivo en su primera relación sexual; en cambio solo 3 de cada 10 mujeres que vive en el área rural utilizó algún método. (Mujeres de liderazgo, 2017).

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

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

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

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

En su estudio para Nicaragua estima los factores asociados con el uso de anticonceptivos modernos. Sus resultados indican que la principal barrera para el uso de tales métodos es cultural. Como afirma los autores: “[...] a la mayoría de las mujeres solteras o que no han tenido hijos se les dificulta el acceso a los anticonceptivos, a pesar de estar disponibles de manera amplia y económica. Esto se debe al estigma asociado a las relaciones sexuales prematrimoniales y a la falta de servicios confidenciales en farmacias y clínicas. Las mujeres jóvenes que no tienen poder de decisión respecto de sus necesidades para el cuidado de la salud, están inhibidas de modo

similar para obtener anticonceptivos por motivos de jerarquía social y autonomía personal. (MINSA, 2016).

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

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

Estimaciones realizadas en base a (Mujeres de liderazgo, 2017) indican que en el grupo de mujeres de 15 a 19 años, el 76.1% afirmó haber recibido alguna lección sobre educación sexual. Dicho porcentaje fue superior para las adolescentes que nunca estuvieron embarazadas (80.0%) en relación con aquellas que quedaron embarazadas en dicho rango de edad (64.1%). No se observaron diferencias significativas en la edad de la mujer durante la primera charla de educación sexual para ambos grupos de adolescentes, con un promedio de 13.7 y 13.0 años para adolescentes que nunca estuvieron embarazadas y para aquellas que sí quedaron embarazadas, respectivamente. Los datos también revelan que, para las adolescentes que sí recibieron educación sexual, las primeras charlas se dieron en la primaria (45.0%) y en la secundaria (53.9%). (FUNIDES, 2016).

Nicaragua se encuentra en la parte final de la transición demográfica. No obstante, las mayores tasas de fecundidad se dan en mujeres menores de 30 años. La tasa de fecundidad en adolescentes, medida por los nacimientos por cada 1,000 mujeres entre 15 y 19 años, se ha reducido de 106 a 90 entre 2006/07 y 2011/12, y principalmente en el área rural (de 139 a 116).

Según el área de residencia, muestra que el embarazo precoz es esencialmente una realidad rural. Para las adolescentes rurales, la tasa de fecundidad se ubica en un nivel similar a la tasa encontrada en mujeres urbanas de 20 a 30 años. Cabe mencionar que el periodo entre 20 y 30 años es el de mayor fecundidad en general. (Mujeres de liderazgo, 2017).

En un análisis histórico de más largo plazo, se observa una disminución generalizada en las tasas de fecundidad para todos los grupos de edad considerados. En dos décadas, el promedio de hijos por mujer se redujo de 4.6 a 2.4. Esto implica una reducción quinquenal de 0.5 hijos por mujer en ese periodo. A nivel nacional, la tasa de fecundidad para adolescentes pasó de 158 nacimientos por cada mil adolescentes en 1992/93 a 90 nacimientos por cada mil adolescentes en 2011/2012, una reducción de 43.0%. A pesar de esa reducción, la tasa de fecundidad en el grupo de mujeres de 15 a 19 años todavía es clasificada como alta según estándares internacionales (Mujeres de liderazgo, 2017).

Las ediciones más recientes de la ENDESA permiten ilustrar con mayor detalle los altos niveles de embarazo en la adolescencia. A nivel nacional, el porcentaje de adolescentes embarazadas era de 24.4% en 2011/12 (25.9% en 2006/07), siendo más alto en las zonas rurales (28.9%) en comparación a las urbanas (21.1%). (Mujeres de liderazgo, 2017).

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

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

De acuerdo con los resultados del modelo, el área de residencia tampoco influye sobre la probabilidad de estar embarazada durante la adolescencia. A pesar de la mayor fecundidad global en áreas rurales – documentada anteriormente –, este resultado se puede explicar por la existencia simultánea de dos factores culturales, ya incluidos en los factores próximos: la pérdida de normas tradicionales y la presencia de elementos que implícitamente promueven el inicio de la actividad

sexual en áreas urbanas versus la fuerza de las normas tradicionales que influyen en el rol de las mujeres en las áreas rurales. este fenómeno puede ser potenciado por la continuidad de flujos migratorios del campo a la ciudad, como ha ocurrido recientemente en Nicaragua. (Mujeres en liderazgo, 2017).

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

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

Los datos de la ENDESA 2011/12 indican que 85.5% de las adolescentes entre 15 y 19 años afirmaron pertenecer a alguna religión. De ese total 45.1% se identificaron como católicas y 35.7% como evangélicas. Para las adolescentes de ese mismo rango de edad sexualmente activas la identificación religiosa fue de 80.1%. (Mujeres de liderazgo, 2017)

1.6.6 Evolución del embarazo adolescente

Es poco frecuente que las adolescentes consulten a los servicios de salud para diagnosticar tempranamente la presencia de un embarazo. Lo común es que ellas consulten por motivos distintos de los que genera un embarazo como síntomas vagos que sugieren problemas psicosomáticos; por ejemplo: gastritis, náuseas, vómitos, sueño o insomnio, cefalea, debilidad o decaimiento entre otros. Por lo que hace que se capten de forma no precoz para iniciar su CPN. (MINSAL, 2016).

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

1. Aquellas elegibles para recibir el APN de rutina llamado **“BAJO RIESGO” (Cuidados Básicos)**.

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

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

Si se clasifica a la adolescente embarazada como BAJO RIESGO:

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

Si se clasifica a la adolescente embarazada como ALTO RIESGO:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

El parto obstruido o prolongado es una de las complicaciones más graves que pueden causar la muerte materna y perinatal o posibles lesiones duraderas, incluidas las fístulas

obstétricas. Teniendo en cuenta que las adolescentes tienen un riesgo mayor de tener un parto difícil y requerir más intervenciones, corren un riesgo mayor de infecciones en el postparto (WHO/UNICEF, 2015).

Algunas adolescentes planean y desean su embarazo, pero en muchos casos no es así. Los embarazos en la adolescencia son más probables en comunidades pobres, poco instruidas y rurales. En algunos países, los embarazos fuera del matrimonio no son raros. En cambio, algunas muchachas pueden recibir presión social para contraer matrimonio y, una vez casadas, para tener hijos. En países de ingresos medianos y bajos más del 30% de las muchachas contraen matrimonio antes de los 18 años, y cerca del 14% antes de los 15 años (OMS, 2018).

Algunas muchachas no saben cómo evitar el embarazo, pues en muchos países no hay educación sexual. Es posible que se sientan demasiado avergonzadas para solicitar servicios de anticoncepción; puede que los anticonceptivos sean demasiado caros o que no sea fácil conseguirlos o incluso que sean ilegales. Las adolescentes activas sexualmente son menos propensas a usarlos que las mujeres adultas. (OMS, 2018)

Complicaciones del Embarazo en Adolescentes

La Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que, a nivel mundial, la segunda causa de muerte entre las muchachas de 15 a 19 años se vinculan a las complicaciones durante el embarazo y el parto, no obstante, una de las causas fundamentales que intervienen en la mortalidad materna e infantil y al círculo de enfermedad y pobreza, continúa siendo el embarazo en la adolescencia. Generalmente es en los países de ingresos bajos y medianos que anualmente dan a luz cerca de 16 millones de muchachas entre 15 y 19 años y, aproximadamente, 1 millón de niñas menores de 15 años. "Los bebés de madres adolescentes se enfrentan a un riesgo considerablemente superior de morir que los nacidos de mujeres de 20 a 24 años" (OMS, 2020).

En los países de ingresos bajos y medianos, los bebés de madres menores de 20 años se enfrentan a un riesgo un 50% superior de mortalidad prenatal o de morir en las primeras semanas de vida que los bebés de mujeres de 20 a 29 años. Cuanto más joven sea la madre, mayor el riesgo para el bebé. Además, los recién nacidos de madres adolescentes tienen una mayor

probabilidad de registrar peso bajo al nacer, con el consiguiente riesgo de efectos a largo plazo (OMS, 2020).

De conformidad al fundamento de Loredo et al. (2017), las jóvenes embarazadas principalmente se caracterizan por sentir un variado cúmulo de dificultades sociales; por el aspecto biológico (una temprana maduración sexual y precoz actividad sexual); la región donde residen (fundamentalmente suburbana o rural); las costumbres y los usos; la religión, y el bajo nivel educativo (Loredo Abdalá, Vargas Campuzano, Casas Muñoz, González Corona, & Gutiérrez Leyva, 2017).

Sin embargo, los escenarios más comunes están determinados por las siguientes causas que se asocian o predisponen el embarazo adolescente, entre otras: las personales, una menarca temprana, el inicio precoz de la actividad sexual, pensamientos mágicos, fantasías de infertilidad, mayor tolerancia al miedo a la maternidad adolescente, abandono de escuela y/o bajo nivel educativo, familiares (o disfuncionalidad familiar), una marcada violencia familiar, controversias entre un propio sistema de valores y el de la familia a la que pertenece, pérdida del vínculo familiar por constante migración, sociales, nula información sexual (o distorsionada), incremento del número de adolescentes, predominio de factores socioculturales adversos, inconciencia de los riesgos de infecciones de transmisión sexual; y otros factores determinantes también pueden ser, relaciones sexuales sin protección anticonceptiva, abuso (violencia) sexual.

De la misma manera es posible deducir que, conforme al criterio especialista y los resultados obtenidos en la mayoría de los estudios citados, las complicaciones del embarazo adolescente pueden ser muchas y variadas, no obstante, las mayores frecuencias oscilaron entre: Hipertensión inducida (preeclampsia), infecciones de vías urinarias, anemia, aborto y amenaza de parto pretérmino, en primera instancia, sin menos cabo de otras esporádicas, tales como: ruptura prematura de membranas, placenta previa, hemorragia posparto, entre otras (Mirama Calderon, Calle Rueda, Villafuerte Arias, & Ganchozo Peralta, 2020).

Hipótesis de investigación

- H1 La religión evangélica puede estar más relacionada con el mayor deseo de estar embarazada.
- H2 La procedencia rural puede estar más relacionada con un mayor número de hijos.

CAPITULO II: DISEÑO METODOLÓGICO

2.1 Tipo de Estudio

De acuerdo con el enfoque de estudio: el tipo de estudio fue cuantitativo ya que se realizó un proceso de recopilación de información, el cual fue cuantificado y se realizó un análisis de datos.

De acuerdo con el análisis y alcances de los resultados: la investigación fue de tipo Aplicada ya que se realizó un proceso de planificación, con la identificación del problema de estudio, y la ejecución y desarrollo de un proceso metodológico, cuyos resultados obtenidos fueron publicados.

De acuerdo con la ocurrencia de los hechos: El tipo de estudio fue Retrospectivo ya que la investigación se basó en hechos ocurridos en el pasado. (Año 2020).

De acuerdo con el período y secuencia de investigación: El tipo de estudio fue Transversal ya que el proceso de recolección de la información fue realizada en un solo momento, en un tiempo único con el objetivo de evaluar las variables de estudio en un momento dado (OMS, 2018). (Gordillo Moscoso & Medina Moreno, 2012).

2.2 Área de estudio

El Hospital Primario Dr. Luis Felipe Moncada del municipio de San Juan de Río Coco, representa a un hospital primario con un número de 56 trabajadores de la salud, los cuales se encuentran distribuidos en 14 médicos, 28 enfermeras, 14 trabajadores comunitarios. Se atiende a un total de 14 sectores con ESAF, en el municipio de San Juan de Río Coco, Madriz. Se encuentra ubicado en la parte norte de Nicaragua, ocupando el extremo este del departamento de Madriz. Se encuentra a 243 kilómetros de distancia de Managua, la capital del país y a 68 kilómetros de Somoto, cabecera departamental. Limita al norte y al este con Quilalí, al sur con San Sebastián de Yalí y al oeste con Telpaneca. (Ver Mapa de Salud en Anexos)

2.3 Población y Muestra

El universo del estudio estuvo conformado por **205 adolescentes embarazadas** de 15 a 19 años atendidas en consulta externa del Hospital Primario Dr. Luis Felipe Moncada, del

municipio de San Juan de Río Coco, Madriz, en el periodo del 1° de enero al 31 de diciembre de 2020.

Muestra/Criterios de inclusión y exclusión

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

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

Dónde:

n = el tamaño de la muestra

N = tamaño de la población

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

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

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

Adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en consulta externa del Hospital Primario Dr. Luis Felipe Moncada del municipio de San Juan de Río Coco, Madriz **= 205**

Dónde:

$$n = \frac{(205) (0.5)^2 (1.96)^2}{(205-1) (0.05)^2 + [(0.5)^2 \times (1.96)^2]}$$

$$n = \frac{205 \times 0.25 \times 3.8416}{(204 \times 0.0025) + [0.25 \times 3.8416]}$$

$$n = \frac{205 \times 0.25 \times 3.8416}{(204 \times 0.0025) + [0.25 \times 3.8416]}$$

$$n = \frac{196.882}{1.4704}$$

Tamaño de la muestra (n) = 134 adolescentes

La muestra estuvo conformada por **134 adolescentes embarazadas** de 15 a 19 años atendidas en el programa de atención prenatal, durante el periodo de estudio, y establecida de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión. El tipo de muestreo fue de tipo probabilístico, aleatorio simple. Cada adolescente embarazada fue seleccionada al azar, en donde cada individuo tenía la misma probabilidad de ser elegido en cualquier etapa del proceso de investigación. Para la técnica fueron seleccionados los números de expedientes de las adolescentes embarazadas atendidas en el programa de CPN del Hospital Luis Felipe Moncada del municipio de San Juan de Río Coco, y fueron colocados en pedazos de papel en un recipiente, y fue utilizado el método de lotería, en donde fueron sacándose uno por uno hasta tener el tamaño de la muestra planteada previamente con la fórmula respectiva.

Criterios de inclusión:

- a) Adolescentes embarazadas en edades de 15 – 19 años.
- b) Adolescentes atendidas en el programa de CPN del Hospital Primario Luis Felipe Moncada del municipio de San Juan de Río Coco
- c) Expedientes clínicos de las adolescentes con información completa

Criterios de exclusión:

- a) Expedientes clínicos que se encuentren fuera de la unidad de salud

2.4 Métodos e instrumentos de recolección de datos

Fue utilizado un método de observación indirecta, mediante una técnica de revisión documental, con el proceso de revisión de expedientes clínicos (fuente secundaria) de adolescentes embarazadas de 15 a 19 años, atendidas en la consulta externa del Hospital Primario Dr. Luis Felipe Moncada del municipio de San Juan de Río Coco, Madriz, durante el período del estudio. El instrumento de recolección de la información fue diseñado de acuerdo a los objetivos

específicos de la investigación, y basados en la revisión bibliográfica por parte del equipo de investigación.

2.5 Etapas de Investigación

2.5.1 Investigación Documental

Se realizaron reuniones de coordinación con el equipo de investigación, desarrollando un proceso de revisión y selección de información actualizada a nivel internacional y nacional. El equipo de investigación realizó una revisión del documento de las líneas de investigación de la FAREM Estelí (FAREM- Estelí, 2020). Se seleccionó la línea de investigación N° 1 de Salud Pública, en el tema de salud materno infantil, dentro del subtema de embarazo, pp. 29-30. A partir de la revisión de la literatura se elaboró el instrumento de recolección de la información, el cual fue utilizado para la realización de la encuesta a las adolescentes embarazadas del estudio.

Se obtuvo la información a través del llenado del instrumento de recolección de la información.

La base de la encuesta se elaboró a partir de documentos emitidos por la Organización Mundial de la Salud en 2020 (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2020) , de informes elaborados por UNFPA y OMS en 2012 (OMS/UNFPA, 2012) y a partir de datos revisados del informe final de la Encuesta de Demografía y Salud 2011/2012. Capítulo 12 pp. 448-462 (INIDE, 2014).

2.5.2 Elaboración de Instrumento

El instrumento estuvo estructurado en 4 capítulos: el primero de ellos contenía información acerca de los antecedentes sexuales y obstétricos de la adolescente embarazada, el segundo capítulo determinó las características del embarazo actual en las adolescentes embarazadas. El tercer capítulo, evaluó las vías de finalización del embarazo adolescente en las pacientes en estudio, en el último capítulo se desarrolló un proceso de promoción para una captación temprana de las adolescentes embarazadas mediante el desarrollo de un plan de intervención educativa. Se promovió que el instrumento de recolección de la información fuera llenado de forma completa y ordenada.

Se solicitó a las autoridades del Hospital Primario Dr. Luis Felipe Moncada, apoyo para la facilitación y acceso a la información de los expedientes clínicos de las adolescentes embarazadas, durante el período de estudio. Así mismo crear un ambiente adecuado para la realización del llenado del instrumento de recolección de los datos, el cual debería ser ventilado, con buena iluminación y comodidad para el equipo de investigación.

Los datos recolectados fueron utilizados únicamente para fines académicos y en todo momento se mantuvo su privacidad, este proceso se ratificó con la autorización sustentada a través del llenado y firma del consentimiento informado, en el momento de la elaboración del expediente clínico respectivamente, al ingreso a la unidad hospitalaria.

2.5.3 Trabajo de campo

Para realizar el estudio, se solicitó el permiso por parte de las autoridades del Hospital Primario Luis Felipe Moncada, a los cuales se les informó y explicó el tema de investigación, indicando los objetivos del mismo, así mismo se realizó visitas para establecer coordinaciones en los diferentes momentos del proceso de investigación.

El equipo de investigación realizó una revisión del documento de las líneas de investigación de la FAREM Estelí (FAREM- Estelí, 2020), para proceder a seleccionar la línea de investigación a ser realizada durante el proceso investigativo.

Los datos obtenidos fueron utilizados estrictamente con fines académicos y científicos y la identidad de las pacientes se mantuvo oculta en todo momento para garantizar que no exista daño a su integridad psicológica-moral.

2.5.4 Análisis y elaboración del Informe Final

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

Se respetaron los derechos en todo momento de las adolescentes embarazadas sujetas a estudio, establecidos en la Declaración de Helsinki del año 1989, por la Asociación Médica Mundial (AMM) (Manzini, 2000) así como la constitución política y en las leyes de la República de Nicaragua (Ley 287 “Código de la niñez y la adolescencia dictaminada en el año 1998 (Ministerio de la familia, niñez y adolescencia (MIFAM), 2014), así como la ley 423 “ley general de salud” (Asamblea Nacional de la República de Nicaragua., 2002).

Se mantuvo su anonimato, y se resguardó la seguridad de los datos.

2.6 Plan de Análisis

Tablas simples

Antecedentes sexuales y obstétricos de adolescentes embarazadas.

- a. Menarca
- b. Inicio de vida sexual activa (IVSA)
- c. Número de parejas sexuales
- d. Antecedentes de uso de métodos anticonceptivos (MAC)
- e. Tipo de método anticonceptivo utilizado
- f. Número de embarazos previos
- g. Número de hijos vivos

Características clínicas del embarazo actual.

- a. Semanas de gestación al momento de la captación
- b. Número de controles prenatales (CPN)
- c. Deseo de estar embarazada
- d. Patologías asociadas
- e. Hospitalizaciones durante el embarazo
- f. Complicaciones durante el embarazo

Vía de finalización del embarazo actual.

- a. Finalización del embarazo

Tablas de Cruces de Variables

1. Edad vs. Número de embarazos previos
2. Estado Civil vs. Número de parejas sexuales
3. Religión vs. Número de embarazos previos
4. Religión vs. Deseo de estar embarazada
5. Procedencia vs. Número de hijos vivos
6. IVSA vs. Número de embarazos previos

2.7 Plan de intervención

Se elaboró una propuesta de plan de intervención educativo para ejecutarse en el municipio de San Juan Río Coco, Madriz, en concordancia con resultados y según lo establecido por normativa nicaragüense y recomendaciones internacionales.

2.8 Matriz de Operacionalización de Variables

Objetivo Específico N° 1: Identificar los antecedentes sexuales y obstétricos de la población en estudio.			
Variable	Concepto	Indicador	Escala/valor
Menarca	Edad de aparición de la primera menstruación de la adolescente en estudio	Edad en años cumplidos de aparición del sangrado menstrual	9 a 11 años 12 a 14 años 15 años o más
Edad de la primera relación sexual	Edad de inicio de vida sexual activa de la adolescente embarazada	Edad en años cumplidos al momento de su primera relación sexual	11 – 13 años 14 – 16 años 17 – 19 años
Número de parejas sexuales	Será el número de compañeros sexuales que haya tenido la adolescente embarazada	Número de compañeros sexuales	1 2 3 o más
Uso de métodos anticonceptivos (MAC)	Antecedente de uso de MAC por parte de la adolescente embarazada	Antecedente de utilización de métodos anticonceptivos	Sí No
Tipo de MAC utilizado	Es el tipo de MAC utilizado por la adolescente embarazada	Tipo de método anticonceptivo	Condón Anticonceptivos orales Inyectables Píldora para el día siguiente (PPMS)
Número de embarazos previos	Número de veces de estar embarazada por parte de la adolescente embarazada	Número de embarazos	Ninguno 1 2
Número de hijos vivos	Número de hijos de la adolescente embarazada al momento de la encuesta	Número de hijos vivos	Ninguno 1 2 Más de 2

Objetivo Específico N° 2: Describir características del embarazo actual en adolescentes embarazadas evaluadas.

Variable	Concepto	Indicador	Escala/valor
Semanas de gestación del embarazo actual al momento de la captación	Número de semanas de gestación que tenía la adolescente embarazada al momento de la captación de la paciente	Número de semanas de embarazo	< 12 semanas 13-19 semanas 20-26 semanas 27-33 semanas 34-40 semanas
Número de controles prenatales a los que ha asistido	Número de controles prenatales realizados a las adolescentes embarazadas	Número de controles prenatales	1 a 2 3 a 4 5 a 6 Más de 6
Embarazo actual es deseado	Es el deseo de estar embarazada actualmente expresado por la adolescente	Deseo de estar embarazada	Si No
Patologías asociadas	Son las patologías asociadas durante el desarrollo del embarazo actual	Tipo de patología	HTA Diabetes Cardiopatías Asma Bronquial Ninguna
Hospitalizaciones	Historia de ingreso a nivel hospitalario durante el desarrollo del presente embarazo	Número de hospitalizaciones durante el desarrollo del embarazo actual	Ninguna 1 2 Más de 2
Complicaciones Durante el embarazo	Presencia de complicaciones durante el desarrollo del embarazo actual	Presencia de complicaciones durante el desarrollo del embarazo actual	Si No

Objetivo Específico N° 3: Determinar la finalización del embarazo en las adolescentes del presente estudio.

Variable	Concepto	Indicador	Escala/valor
Vía de finalización y/o Termino del embarazo actual	Forma/vía de culminación del embarazo actual en adolescentes embarazadas	Vía de termino del embarazo	Parto vaginal Cesárea

CAPITULO III: DESARROLLO

3.1 Resultados

Objetivo específico N° 1: Identificar antecedentes sexuales y obstétricos de la población en estudio

Con respecto a los antecedentes sexuales de las adolescentes embarazadas se encontraron los siguientes resultados: La edad de menarca que prevaleció mayoritariamente entre los 12 y 14 años, con el 68.7% (92), seguida de 9 a 11 años con el 26.1% (35) y 5.2% (7) para los 15 o más años respectivamente. La mayoría de las jóvenes inicio sus relaciones sexuales entre los 14 y 16 años con un 62.0% (83) de total de jóvenes, seguido del grupo de 11 a 13 años con 27.6% (37).

El 73.1% (98) de las adolescentes en estudio tuvieron solamente una pareja sexual, en el 23.1% (31) tenían el antecedente de 2 parejas sexuales al momento del estudio, y el 3.8% (5) tuvieron 3 o más parejas sexuales. El resultado obtenido en el estudio demuestra que un 72.4% (97) de las adolescentes no usaban anticoncepción y un 27.6% (37) usaba algún método anticonceptivo, al momento del estudio. En el grupo que utilizaron algún tipo de método anticonceptivo, en el 54.1% (20) de los adolescentes usaban condón previamente al embarazo, un 21.6% (8) utilizaba PPMS y el 16.2% (6) utilizaban anticonceptivos orales. **(Tabla 1)**

Respecto a los antecedentes obstétricos de las adolescentes embarazadas se encontraron los siguientes resultados: En relación al número de embarazos previos, en el 75.4% (101) de las adolescentes embarazadas fueron nulíparas, con un 20.9% (28) se encontraron las adolescentes que tenían un embarazo previo. Y en el 3.7% (5) se determinó que la embarazada adolescente tenía el antecedente de dos embarazos previos al momento del estudio. Con respecto al número de hijos vivos, el 71.6% (96), no tenían ningún hijo en el momento del estudio. En el 21.7% (29) se encontró que las adolescentes tenían el antecedente de tener un hijo vivo en el momento del estudio. **(Tabla 2)**

Objetivo específico N° 2: Describir características del embarazo actual en adolescentes embarazadas evaluadas.

En relación a las semanas de gestación al momento de la captación al programa de control prenatal indican que el 56.7% (76) de las adolescentes fueron captadas antes de las 12 semanas de gestación, 21.6% (29) fue captada en la semana 13 - 19 de gestación y el 9.7% (13) de las adolescentes embarazadas en la muestra fue captada entre las 20 y 26 semanas de gestación. Con respecto al número de controles prenatales a los cuales asistieron las embarazadas adolescentes se determinó que la mayoría de las adolescentes asistieron a en un 33.6% (45) de 3 a 4 controles, en el 28.4% (38) asistieron de 1 a 2 controles prenatales, y en el 26.9% (36) asistieron de 5 a 6 controles prenatales.

En relación a los deseos del embarazo actual encontramos que el 67.9% (91) de las adolescentes no deseaban el embarazo, y un 32.1% (43) deseaban el embarazo actual.

Los círculos de pobreza y limitaciones básicas de escolaridad condicionan a deficiencias de los conocimientos de la salud sexual y reproductiva. Por lo que el desarrollo de un embarazo bajo esas condiciones solo provocan en su mayoría sentimientos de rechazo, inseguridad y frustración acerca del plan de vida y desarrollo que tenían la pareja de adolescentes al momento de presentarse el embarazo.

En relación a las patologías asociadas al embarazo actual, en el 81.3% (109) de las adolescentes embarazadas no presentaron ningún tipo de patologías asociadas, el 6.0% (8) presentaron antecedentes de asma bronquial, en el 5.2% (7) hipertensión arterial, y en el 4.5% (6) presentaron cardiopatías.

Con respecto a la historia de hospitalizaciones durante el desarrollo del embarazo actual, en el 91.8% (123) ninguna de las adolescentes embarazadas fue hospitalizada; y solamente el 4.5% (7) fue hospitalizada en una ocasión. **(Tabla 3)**

En relación a la edad y el número de embarazos previos de las adolescentes de estudio, en el grupo de edad de 15 a 16 años el 72.0% (36) no tiene antecedentes de embarazos previos, en el 24.0 % (12) ya tenían antecedentes de un embarazo previo, dentro del grupo de edad de 17 a 19

años, el 77.4% (65) no tenían antecedentes de embarazo anterior, y el 19.0% (16) tenían antecedentes de un embarazo previo. **(Tabla 4)**

Con respecto al estado civil vs número de parejas sexuales en adolescentes en relación a las adolescentes solteras en el 60.5% (26) indicaron tener una sola pareja sexual, en el 34.9% (15) señalaron haber tenido dos parejas sexuales, y en el 4.6% (2) tres o más parejas. Con respecto al estado civil de casada en el 88.2% (15) reportaron tener una sola pareja sexual y en el 11.8% (2) indicaron haber tenido dos parejas sexuales. En el grupo de unión libre con un 77.0% (57) indicaron haber tenido una sola pareja sexual, en el 18.9% dos parejas sexuales y en el 4.1% (3) tres o más parejas sexuales. **(Tabla 5)**

En relación a la religión vs número de embarazos previos en adolescentes embarazadas en la religión católica el 71.6% (53) no tenían antecedentes de embarazos previos, con un solo embarazo se presentó el 24.3% (18), y con dos embarazos previos el 4.1% (3). En la religión evangélica el 80.8% (42) no tuvieron embarazo previo, en el 17.3% (9) tuvieron el antecedente de un embarazo previo, y con dos embarazos previos el 1.9% (1). Y otras religiones el 75.0% (6) no tenían ningún embarazo previo, el 12.5% (1) presentaron un embarazo previo y el 12.5% (1) con el antecedente de dos embarazos previos. **(Tabla 6)**

El grupo de adolescentes que profesaban la religión católica se encontró que en el 23.0% (17), indicaron que deseaban el embarazo actual, y el 77.0% (57) no deseaban estar embarazadas. Dentro del grupo de adolescentes evangélicas en el 46.2% (24) señalaron que si deseaban el embarazo actual, y en el 53.8% (28) indicaron que no lo deseaban. Con respecto al grupo otras religiones se encontraron que el 25.0% (2) deseaba estar embarazadas, y el 75.0% (6) no lo deseaba. **(Tabla 7)**

Las adolescentes embarazadas que indicaron una procedencia urbana, en el 68.0% (17) no tenían hijos vivos, en el 20.0% (5) tenían un hijo vivo, en el 12.0% (3) tenían 2 hijos vivos, y en el grupo de procedencia rural, el 72.5% (79) no tenían hijos vivos, el 22.0% (24) tenían un solo hijo vivo, el 5.5% (6) tenían 2 hijos vivos. **(Tabla 8)**

Con respecto al IVSA vs. Número de embarazos previos, en el grupo de edades de 11 a 13 años en el 89.2% (33), no tenían embarazos previos, el 8.1% (3) habían tenido un embarazo previo y con 2.7% (1) dos embarazos previos. Dentro del grupo de 14 a 16 años, en el 69.9% (58) no tenían antecedentes de embarazos previos, en el 26.5% (22) tenían el antecedente de haber tenido un embarazo previo y con 3.6% (3) dos embarazos previos. Dentro del grupo de 17 a 19 años, solo el 71.4% (10) no había tenido antecedentes de embarazo previo, se encontró que el 21.4% (3) del grupo ya tenían un embarazo previo, y el 7.2% (1) tenían el antecedente de dos embarazos previos. **(Tabla 9)**

Objetivo específico N° 3: Determinar la vía de finalización del embarazo en las adolescentes del presente estudio.

En relación al término de la vía del embarazo se encontró que en el 81.3% (109) el embarazo terminó por vía de parto vaginal y en el 18.7% (25) se realizó cesárea. **(Tabla 10)**

Objetivo Específico N° 4: Propuesta de un plan de intervención educativa para ejecutarse en el Hospital Primario Dr. Luis Felipe Moncada del municipio de San Juan Río Coco, Madriz.

Propuesta de plan de intervención educativa

Objetivos del proyecto

El objetivo general del proyecto de intervención fue diseñar e implementar estrategias para garantizar a las adolescentes el derecho a recibir una educación sexual integral que les informe sobre las causas y consecuencias del embarazo a temprana edad, con la finalidad de crear un entorno que favorezca las decisiones libres, responsables e informadas sobre el ejercicio de su sexualidad.

Objetivos específicos:

1) Elaborar un proceso continuo de información mediante el desarrollo de talleres acerca de causas y consecuencias del embarazo adolescente, métodos anticonceptivos y enfermedades de transmisión sexual, para desarrollarlo en los y las adolescentes del nivel secundario del municipio de San Juan de Río Coco.

2) Implementar el desarrollo de charlas educativas sobre sexualidad en las diferentes instituciones del MINED del municipio, dirigido a los y las adolescentes para promover círculos de reflexión y discusión acerca de la toma de decisiones.

3) Sistematizar la información producto de la implementación de sistemas de evaluación con la participación activa de los adolescentes, con métodos de observación y evaluación de los participantes.

Componentes del plan de intervención

Problema identificado	Resultados	Actividades	Indicadores	Responsable
Escaso empoderamiento de los adolescentes en la temática de la salud sexual y reproductiva con énfasis en el desarrollo del embarazo adolescente.	Red comunitaria y personal educativo del sistema escolar dispuesto para trabajar en la medidas de prevención de las ITS y el buen uso y manejo de los MAC, mediante acciones e intervenciones discutidas y establecidas por la población adolescente para crear grupos de aprendizaje.	Formación de comités organizados de manera interinstitucional MINED – MINSA ALCALDÍA RED COMUNITARIA para la realización de talleres y foros de promoción y practica didáctica sobre salud sexual y reproductiva dirigida a los adolescentes. Motivando una dinámica de diálogos en cada uno de los niveles de reunión mediante mesas de trabajo para aclarar dudas y erradicar mitos y tabúes sobre la sexualidad y el buen uso y manejo de los MAC. Implementar círculos de educación sobre las medidas de prevención de las ITS. Desarrollar grupos de apoyo para instruir a las adolescentes embarazadas, con la finalidad de disminuir los riesgos y complicaciones durante la evolución del embarazo.	Número de comités organizados. Por grupos de clases y por instituciones educativas Círculos de apoyo para las adolescentes embarazadas. Documentos elaborados y material didáctico para fácil comprensión del buen uso y manejo de MAC.	Integrantes de ESAFC, MINSA MINED y otras instituciones afines.

Plan de intervención			
Objetivos	Estrategias	Actividades	Temporalidad
Involucrar al personal de salud.	Sensibilizar y capacitar al personal de salud sobre importancia de la prevención y abordaje integral del embarazo adolescente	Reunión con los directivos de las diferentes instituciones participantes para brindar información sobre el “Plan de Intervención.	Mensual
Promoción y difusión en la población adolescente.	Sensibilizar a las adolescentes del municipio.	Reunión con el personal asistencial para brindar información sobre las estrategias que se impulsan en el “Plan de Intervención	Mensual
Incrementar el nivel de conocimiento, medidas de prevención e implementación de acciones en el contexto de la salud sexual y reproductiva	Involucrar a los adolescentes en cada uno de los ambientes en que se desarrollan: escuela, comunidad, actividades recreativas motivando encuentros con un sistema de pares y profesionales que orienten al fortalecimiento de sus capacidades y conocimientos.	Formación de círculos de información y educación acerca de la salud sexual y reproductiva coordinados por el personal docente en cada una de las instituciones educativas del municipio y apoyados por personal capacitado	Quincenal
		Material visual informativo sobre importancia, control y buen desarrollo del embarazo adolescente, buen uso y manejo de los MAC y el retraso del inicio de vida sexual activa.	Diario
		Acondicionamiento de lugares adecuados para discutir cómodamente sobre salud sexual y reproductiva y las medidas de prevención del embarazo adolescente	Quincenal
		Cursos y capacitaciones en materia de MAC e ITS para los agentes y colaboradores claves con énfasis en relaciones sexuales de riesgo	Semestral

Diagnóstico de necesidades

Se decidió realizar un diagnóstico de necesidades sobre sexualidad y uso de anticonceptivos para conocer la información con la que cuentan los estudiantes y saber cuáles son las ausencias que debemos de atender. En este caso, el diagnóstico es una herramienta indispensable y una fase en el proyecto de intervención que permite identificar la realidad que se da en el ámbito social al que vamos a acceder, que nos permitirá priorizar las acciones y, con todo ello, hacer el diseño de los encuentros educativos.

Primero, se tuvo una entrevista con el director municipal del MINED, SILAIS y con líderes comunitarios, quienes brindaron información sobre las características socio culturales de la población del municipio, el rol socioeconómico de los y las adolescentes, el rol de sociedad machista y la evolución de la violencia intrafamiliar que persiste en la población urbana y rural del municipio.

Todos los participantes mencionaron la importancia de la aplicación del taller. Entre los datos que proporcionaron indicaban como principales causas de embarazo adolescente la falta de información sobre métodos anticonceptivos, falta información sobre sexualidad, la falta de valores y ausencia de un proyecto de vida.

Cabe destacar que, a pesar de la falta de información, los estudiantes consideran que las consecuencias de tener relaciones sexuales sin protección es tarea que compete a ambas partes involucradas, hombre y mujer, de manera igualitaria; es mínima la cantidad de alumnos que creen responsables a otros factores como la familia, o que la responsabilidad debe recaer sobre la adolescente embarazada.

Consejería para la prevención de Embarazo Adolescente

La consejería es una estrategia nacional orientada a brindarse durante el proceso del desarrollo de la etapa adolescente para evacuar dudas y promocionar una salud sexual y reproductiva con una base de información objetiva y actualizada acerca de los factores y riesgos

para la salud y bienestar de los adolescentes, tanto para la madre como para el bebé, además de la sociedad y la familia.

Las pacientes recibirán consejería en cada uno de los ambientes en que se desarrollan con una mayor profundidad en el sistema escolar y de manera ordenada y tomando en cuenta todos los factores sociales, culturales socioeconómicos y biológicos que la condicionan.

Esta no se limitará a brindar información, sino también incluirá un espacio seguro para la discusión y aclaración de dudas, y para ensayar prácticas métodos y consejos, con la finalidad de que contribuyan tanto con la preparación de la pareja adolescente, así como incentivar el inicio y buen uso y manejo de los MAC, con un proceso de medidas de prevención para la prevención del desarrollo de las infecciones de transmisión sexual.

La inclusión de la consejería intenta orientar, informar y acompañar a las y los adolescentes, durante todo el proceso del desarrollo de la etapa adolescente, pero debe extenderse inclusive a los momentos en que los jóvenes no tienen actividad sexual, para así establecer nuevos paradigmas en el grupo poblacional.

Como es un proceso de comunicación, involucra el diálogo entre los adolescentes y el personal de salud, con el personal docente, con el núcleo familiar e inclusive con su pareja sexual. y que cada uno de ellos deberá brindar información veraz y basada en evidencia científica pero explicar de manera sencilla, la respuesta ante cada una de las dudas y dando a los adolescentes la oportunidad para que se apropien del conocimiento, lo practiquen y reproduzcan entre su sistema de pares.

Acciones a seguir en consejería

Concepto de salud sexual y reproductiva	Explicar en qué consiste la salud sexual y reproductiva en la etapa adolescente, sus características, factores que la condicionan, y el rol de la sociedad hacia un buen desarrollo de la misma.
Beneficios del buen uso y manejo de los MAC	Exponer los beneficios del buen uso y manejo de los MAC a manera de listas cortas y no saturar de información con cada consejería. Motivando a la participación de los integrantes en cada grupo.
Mitos y tabúes en torno a los MAC e ITS	Dialogar sobre los mitos y tabúes, acerca de los MAC e ITS, explicar las verdades de los mismos y exponer la información errónea con momentos de intercambio de opiniones
Prácticas y consejos sobre una salud sexual y reproductiva responsable	Garantizar un espacio para realizar simulaciones y diálogos cortos a fin de que los adolescentes se acostumbren a un proceso de discusión entre ellos pero con información real y objetiva.

Ninguna intervención sanitaria promotora de la salud puede llegar a tener éxito si no pasa por la colaboración y la participación activa de la comunidad. Conseguir la citada participación no es tarea fácil, puesto que vivimos en una sociedad bajo prejuicios, con patrones de comportamiento machista e individualista y con serias limitaciones de acceso a la información y al buen manejo de la misma desde etapas tempranas del desarrollo adolescente.

1. Realizar visitas domiciliarias, supervisar la consejería, verificar contenidos educativos acerca del tema.

2. Que se organicen grupos de discusión de salud sexual y reproductiva en los que participen activamente adolescentes de cada uno de los sectores atendidos por la unidad hospitalaria del municipio de San Juan de Río Coco, para mostrar los conocimientos a través de la práctica, todo supervisado para garantizar una experiencia correcta en todo el momento de la capacitación.

3. Que en la unidad educativa y de salud en donde se realicen las actividades educativas con los adolescentes y colaboradores activos para estimular el interés de la población en el embarazo adolescente sus consecuencias y medidas de prevención.

4. Crear un manual sencillo y corto para explicar a los adolescentes familias, comunidad y personal de capacitación participante los puntos más importantes sobre los temas de

salud sexual y reproductiva, el embarazo adolescente, acciones de prevención e identificación de sus complicaciones para el proceso de implementación de medidas preventivas.

Funciones de los responsables del plan de intervención

1. Capacitación del personal involucrado en temas de salud sexual y reproductiva para adolescentes
2. Búsqueda activa de la población adolescente en la comunidad para motivar a su participación en el proceso de capacitación sobre prevención de embarazo adolescente.
3. Invitaciones continuas a los círculos de discusión sobre buen uso y manejo de MAC
4. Ofrecimiento de actividades didácticas para la prevención y crear conciencia sobre el tema.
5. Acompañamiento y observación de las diversas actividades de promoción y educación.
6. Identificar posibles problemas para la práctica del uso de MAC.
7. Entrega oportuna de materiales informativos.
8. Apoyo y participación en investigaciones que aborden el tema de la SSR en adolescencia.

Conformación de Círculos de Información y Prevención del Embarazo Adolescente

Los círculos de discusión sobre educación sexual y reproductiva, con énfasis en los métodos anticonceptivos tendrán como objetivo transmitir conocimientos y desarrollo de buenas prácticas del uso y manejo de métodos anticonceptivos, empleando métodos didácticos prácticos. Impartidos por colaboradores y brigadistas de salud, mediante un sistema de pares y supervisados por el personal de salud de la unidad hospitalaria; los puntos centrales a desarrollarse serán mediante el desarrollo de una práctica activa con participación de los y las adolescentes con respecto al tema de infecciones de transmisión sexual, relaciones de riesgos y el buen uso y manejo de los MAC. Se brindará el ambiente propicio para que las y los adolescentes experimenten de cerca una información dinámica, con facilidad de comprensión para el nivel educativo de los mismos; con la oportunidad de hacer preguntas y exteriorizar inquietudes. Durante estos círculos de información educación y práctica del uso de los métodos anticonceptivos se desarrollarán los aspectos más relevantes con respecto a los siguientes temas:

a) Beneficios del buen conocimiento sobre SSR como base para el retraso del inicio de las relaciones sexuales y activar medidas de prevención para el desarrollo del embarazo adolescente.

- b) Buen uso y manejo de Métodos Anticonceptivos (MAC).
- c) Acciones de prevención y control de las infecciones de transmisión sexual (ITS).
- d) Factores psicológicos y socioculturales del embarazo adolescente.
- e) Manejo de relaciones sexuales durante la adolescencia.
- f) Técnicas de comunicación para un buen manejo de la SSR en la sociedad nicaragüense.

3.2 Análisis y Discusión de Resultados

En el estudio, las jóvenes presentan su primera menstruación mayoritariamente entre los 12 y 14 años, situación que afirma la literatura revisada (Cáliz González & Castillo Flores, Factores asociados a embarazos en adolescentes atendidas en el Puesto de Salud Francisco, 2018).

En la investigación se encontró que la mayoría de las adolescentes inició sus relaciones sexuales entre los 14 y 16 años. Según estudios realizado (OMS, 2020), algunos países de Centroamérica, incluido Nicaragua, el 50% de las mujeres jóvenes han tenido relaciones sexuales antes de los 15 años. Datos facilitados por el Instituto Nicaragüense de Desarrollo (INIDE) la mayor parte de los adolescentes nicaragüenses tienen su primera experiencia sexual alrededor de los 16 años, las mujeres y antes de los 15 años los varones (INIDE, 2019).

En relación al número de embarazos previos, la mayoría de las adolescentes al momento del estudio, se encontraban embarazadas por primera vez, un informe de Nicaragua por parte del FNUAP en el año 2013 indica que más del 75.0% de las adolescentes se encuentran embarazadas o son madres antes de cumplir los 20 años de edad, y que han tenido la experiencia de haber mantenido relaciones sexuales con más de una pareja sexual. (FNUAP, 2017).

En el estudio se demostró que el 74.4% de las adolescentes NO utilizaban ningún tipo de método anticonceptivo al momento de quedar embarazadas. Estos datos se relacionan directamente con un informe presentado por la OMS en el año 2012, donde indicó que un 83,2% de las adolescentes no usaban MAC, hecho comentado (OMS, 2018) quienes afirman que es frecuente que las adolescentes no se acerquen a los servicios de anticoncepción porque temen el estigma social o ser juzgadas por el personal de los centros de salud. En relación al tipo de MAC utilizado se determinó que el condón fue el método más utilizado por la pareja de adolescentes en el momento del estudio.

Factores como el acceso, y una mayor experiencia con el uso del condón es lo que determina que la población de adolescentes de América Latina sea por mucho el método anticonceptivo más frecuentemente utilizado. La falta de una educación sexual y reproductiva con un contenido objetivo desde etapas tempranas en las fases educativas de nuestros jóvenes son un factor importante para la mayor frecuencia de embarazos adolescentes, las mujeres adolescentes piensan que el estar embarazada “compromete” a su pareja a una mayor estabilidad y por otro lado representa una salida al círculo de violencia que vive en su familia o personas cercanas a ella.

Esto refleja que una inmensa mayoría de los embarazos en nuestra muestra no tienen un plan de procreación y reproducción estable lo que se puede atribuir a falta de acceso a estos servicios y por otro lado, un mal uso de estos métodos consecuencia probablemente de falta de apego a ellos (OMS, 2020) (OPS, 2018).

Como se observó la mayoría de las pacientes atendidas fueron nulíparas y no tenían ningún hijo al momento del estudio, datos que se relacionan a datos recopilados de estudios previos revisados de datos del banco mundial en su informe del año 2013 (Banco Mundial, 2013), así como de investigaciones realizadas por Oliveros en la isla de Cuba en el año 2017 (Oliveros, 2017). Un dato importante es que la mayoría de las adolescentes del estudio su menarca, el inicio de vida sexual y su edad de embarazo ocurre en un período promedio de 2 a 3 años, lo que impide su desarrollo como ser humano, limita el desarrollo escolar y provoca mayor carencia económica en el núcleo familiar de ambos jóvenes.

En relación a las semanas de gestación al momento de su captación en el programa de CPN, se encontró que 75.5% de las adolescentes fueron captadas antes de las 12 semanas de gestación considerada como una captación precoz, esta situación se considera beneficiosa para mejorar el abordaje de las posibles complicaciones que se pueden presentar durante su curso. En su mayoría las adolescentes asistieron a 4 o más controles con un 44.2%, estos datos indican un proceso continuo de promoción, educación y esfuerzo que se realiza en los programas de salud materna e infantil del Ministerio de Salud de Nicaragua como estrategias de prevención dentro del modelo de salud comunitaria y familiar. (MINSAL, 2016)

Para la variable semanas de gestación al evento obstétrico indican que el 86,7% de las adolescentes entre la 34 y 40 semanas de gestación, muchos de estos eventos ocurridos de forma pre término. Un resultado importante fue que la mayoría de las adolescentes No deseaban el embarazo actual (60.5%). En el ámbito social, el embarazo en adolescentes y los problemas asociados a él presentan tipologías distintas según el sector social en el que se manifiesten. En el nivel rural generalmente conduce a uniones tempranas, desnutrición y un malo o nulo control prenatal o de deficiente calidad y problemas económicos, presentan frecuentemente violencia intrafamiliar, abortos provocados, mala atención del embarazo y del parto.

Esta situación es considerada como un evento inesperado que restringe las ambiciones de progreso familiar. Además, las aspiraciones que tienen los jefes de familia a lograr que sus hijos terminen la universidad, así como el hecho de que la dependencia de los jóvenes se prolonga hasta muy avanzada la tercera década de la vida. Por lo tanto, cuando éste ocurre, tiene un significado de accidente y generalmente termina en abortos inducidos, algunas veces sin claro consentimiento de la adolescente o en uniones tempranas no siempre satisfactorias para la joven pareja, a costa de prolongar la dependencia de su familiar. (OMS, 2018).

Los resultados indican que al momento de la terminación de la fase del desarrollo de la adolescencia (Adolescencia Tardía) la mayoría de la población adolescente se encontraba embarazada, producto del uso incorrecto y/o falta de uso de los métodos anticonceptivos, y de falsas expectativas con respecto a la estabilidad de una pareja como una vía de salida a las condiciones socioeconómicas difíciles que les toca vivir a las niñas desde pequeñas. Esto confirma los datos obtenidos en estudios nacionales (INIDE, 2014) y a nivel de América Latina. Que señalan que las adolescentes al terminar su período de desarrollo ya son madres o se encuentran embarazadas. (OPS, 2018).

Estos datos indican que la sensación de libertad sexual que experimentan las adolescentes durante estas etapas brinda la oportunidad de “experimentar” con más de una pareja sexual, la sensación de seguridad y bienestar que buscan o que desarrollan producto del sentimiento de escape de ambientes familiares tóxicos y cargados de violencia, además del grado de inmadurez que condiciona la relación de la pareja adolescente (OMS, 2018).

Retomando la información previa en las regiones del interior del país el comportamiento sexual entre los adolescentes se encuentra condicionado por un componente socio cultural muy importante, donde la religión juega un papel predominante. Y peor aún el concepto de la sexualidad se encuentra completamente estigmatizado en relación al género de la pareja. En el hombre está totalmente aceptado prácticas de riesgo y presencia de violencia en sus relaciones de parejas. No así la mujer donde el rechazo de la sociedad es total, incluyendo a las propias mujeres. (FUNIDES, 2016) (CEPAL/CELADE/FNUAP, 2007).

Los efectos psicológicos y sociales de rechazo familiar y social hacia el embarazo adolescente se encuentran sumamente arraigado en la población de América Latina lo cual incluye a Nicaragua, que provoca una gran influencia en el comportamiento de la pareja adolescente que posee una gran inseguridad hacia el futuro, hacia la falta de apoyo socioeconómico de sus padres y la sensación de pérdida de sus proyectos de vida (Banco Mundial, 2013) (Di-Cesare, 2015)

.En el ámbito social, el embarazo en adolescentes y los problemas asociados a él presentan tipologías distintas según el sector social en el que se manifiesten. En el nivel rural generalmente conduce a uniones tempranas, desnutrición y un malo o nulo control prenatal o deficiente calidad y problemas económicos, presentan frecuentemente violencia intrafamiliar, abortos provocados, mala atención del embarazo y del parto. Esta situación es considerada como un evento inesperado que restringe las ambiciones de progreso familiar.

Además, las aspiraciones que tienen los jefes de familia a lograr que sus hijos terminen la universidad, así como el hecho de que la dependencia de los jóvenes se prolonga hasta muy avanzada la tercera década de la vida. Por lo tanto, cuando éste ocurre, tiene un significado de accidente y generalmente termina en abortos inducidos, algunas veces sin claro consentimiento de la adolescente o en uniones tempranas no siempre satisfactorias para la joven pareja, a costa de prolongar la dependencia de su familiar. (OMS, 2018)

Es necesario reforzar el abordaje integral, interdisciplinario e intersectorial para hacer frente a este problema e implementar un monitoreo constante de medición de las brechas de

desigualdad. Los resultados pueden ser beneficiosos para implementar políticas o programas que aborden los determinantes sociales de la salud que influyen en el embarazo adolescente y orientar los esfuerzos que incluyan tanto las acciones enfocadas en el individuo como la promoción de la mejora de los entornos sociales, políticos y económicos enfocadas a disminuir las brechas de desigualdad e inequidad entre los grupos sociales.

En la muestra de estudio, el desarrollo del embarazo en términos generales se desarrolló de forma normal teniendo menos del 5.0% de hospitalizaciones durante su evolución y en su mayoría la vía de finalización fue el parto vaginal. Los equipos de trabajo de los diferentes equipos de salud familiar y comunitario realizan acciones de manera permanente y de calidad lo que garantiza un ambiente adecuado y optimo en el desarrollo de la salud del binomio madre – hijo impactando en la morbi mortalidad y mejorando la calidad de vida y un mejor desarrollo hacia el futuro.

3.3 Conclusiones

1. Las principales características sexuales de las embarazadas adolescentes que se presentaron fueron: La edad de menarca que prevaleció fue de 12 a 14 años, el inicio de vida sexual activa fue de 14 a 16 años, teniendo la mayoría 1 pareja sexual. La mayoría no había utilizado métodos anticonceptivos antes de su embarazo actual. Las jóvenes que señalaron el uso de métodos anticonceptivos indicaron que el condón fue el método más frecuente y en su mayoría se encontraban embarazadas por primera vez.
2. La captación y evaluación por primera vez de la adolescente embarazada se realizó en su mayoría antes de la semana 12, teniendo la mayoría del grupo de adolescentes de 3 a 4 controles prenatales. La mayor parte de las jóvenes no tenían el deseo de continuar con su embarazo. En su mayoría no presentaron patologías asociadas, ni fueron hospitalizadas, ni presentaron complicaciones.
3. La vía de finalización del embarazo que prevaleció fue el parto vaginal para el abordaje del embarazo adolescente.
4. Se aceptan las hipótesis relacionadas a que la religión evangélica está relacionada con el mayor deseo de estar embarazada, y que la procedencia rural se relaciona con un mayor número de hijos vivos.

3.4 Recomendaciones

Al Ministerio de Salud (MINSA):

- a) Desarrollar actividades de información y educación en salud sexual y reproductiva, dentro de un proceso de continuo de actualización acerca del embarazo adolescente, haciendo énfasis en los beneficios del control prenatal, y promoviendo una mejor actitud de las usuarias hacia su participación e integración dentro del programa.
- b) Impulsar un proceso de formación y capacitación de la red comunitaria en el campo de la salud sexual y reproductiva, promoviendo una captación más temprana de las embarazadas, identificando factores de riesgo, logrando desarrollar la consolidación de medidas de prevención sobre el desarrollo del embarazo adolescente, de forma integral.
- c) Fortalecer las capacidades del personal médico y asistencial, dentro de un compromiso individual y social del conocimiento en salud sexual y reproductiva; para desarrollar e impulsar prácticas adecuadas en el manejo y seguimiento del embarazo en adolescentes, a fin de elevar los índices en el seguimiento de todo el proceso, así como las acciones de prevención respectiva.
- d) Determinar una estrategia intersectorial que conjugue los esfuerzos de los servicios de salud, MINSA, MINED y la comunidad con la finalidad que se utilicen de manera efectiva los servicios de salud y estrategias de intervención educativa en la población femenina de riesgo, dándoles un seguimiento constante y con el personal capacitado para la atención a los adolescentes.

Al Hospital Primario Luis Felipe Moncada del municipio de San Juan de Río Coco:

- a) Promover información oportuna y adecuada en salud sexual y reproductiva, a las adolescentes que son atendidas en el Hospital Primario, procedentes de los diferentes sectores, haciendo énfasis en el retraso del inicio de vida sexual activa de los mismos, el

buen uso y manejo de los métodos anticonceptivos y así mismo priorizar el control y seguimiento de las adolescentes embarazadas, detectando sus complicaciones y tomando medidas preventivas sobre las mismas.

- b) Coordinar el trabajo conjunto con el MINED para desarrollar en las escuelas del municipio de San Juan de Río Coco temas dirigidos a una educación sexual oportuna y responsable dirigido a los jóvenes y adolescentes, mediante una estrategia de pares y coordinado con el personal de salud y docente en donde el proceso de información, y comunicación, desarrolle una mejor actitud hacia la sexualidad adolescente.
- c) Reforzar las redes comunitarias, con liderazgo de jóvenes para que transmitan información referente al embarazo adolescente, sexualidad segura, métodos anticonceptivos, infecciones de transmisión sexual, mediante un sistema integrador con diferentes instituciones para el mejor desarrollo y manejo del tema de embarazo adolescente, motivando la incorporación del núcleo familiar.

CAPÍTULO IV: BIBLIOGRAFÍA

4.1 Referencias Bibliográficas

Aguilar-Barojas, S. (2005). Fórmulas para el cálculo de la muestra en investigaciones de salud. *Salud en Tabasco*, 333-338.

Asamblea Nacional de la República de Nicaragua. (2002). *Ley 423: "Ley General de Salud"*. Managua.

Caliz, G., & Castillo, L. M. (2017). *Factores asociados a embarazo en adolescente atendidas en el puesto de salud Francisco Real de la Comunidad Valle La Laguna- Masaya Enero a Diciembre 2017*. Masaya.

Calvache López, O. (2017). *El embarazo en adolescentes, un problema pendiente de solución*. Bogotá. Obtenido de <http://www.ucc.edu.co/prensa/2015/Paginas/embarazo-en-adolescentesaborto-pobreza-desigualdad-social.aspx>

Castillo, M. (2007). *Fecundidad adolescentes en nicaragua: Tendencias, rasgos emergentes y orientaciones de política*. Managua.

CODENI. (2017). *Embarazo en Adolescentes*. Managua.

Contreras Rodríguez, S. M. (2011). El embarazo en la adolescencia. *Revista medica de Villa Santa Clara, Cuba*, 211.

FAREM- Estelí. (2020). *Líneas de investigación 2019-2022*. Estelí.

FUNIDES. (2016). *Causas y consecuencias económicas y sociales del embarazo adolescente en Nicaragua*. Managua.

G, T. R. (2017). *Embarazo adolescente, riesgos de salud y problemas sociales*. Mexico. Obtenido de <http://www.cimacnoticias.com.mx/node/51290>

Gordillo Moscoso, A., & Medina Moreno, Ú. (2012). *Manual de investigación clínica*. México D.F.: El Manual Moderno.

INIDE. (2014). *Encuesta nicaraguense de demografía y salud 2011/12. Informe final*. Managua.

INIDE. (2018). *Anuario Estadístico*. Managua.

Loredo Abdalá, A., Vargas Campuzano, E., Casas Muñoz, A., González Corona, J., & Gutiérrez Leyva, C. d. (2017). Embarazo adolescente: sus causas y repercusiones en la diada. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 222-235.

Manzini, J. L. (2000). Declaración de Helsinki: Principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. *Acta Bioethica*, 323-334.

Medina Gómez, O. S., & Ortiz González, K. (2018). Fecundidad en adolescentes y desigualdades sociales en México 2015. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 1-8.

Mendoza T., L. A., Arias G., M., Pedroza P., M., Micolta C., P., Ramírez R., A., Cáceres G., C., . . . Acuña P., M. (2012). Actividad sexual en adolescencia temprana: problema de salud pública en una ciudad colombiana. *Rev Chil Obstet Ginecol*, 271-279.

Ministerio de la familia, niñez y adolescencia (MIFAM). (2014). *Código de la niñez y la adolescencia. Código de familia*. Managua.

MINSA. (2013). *Manual para el llenado de la historia clínica perinatal*. Managua.

MINSA. (2015). *Embarazo Adolescente*. Managua. Obtenido de MINSA: <http://www.minim.gob.ni/?s=embarazo+en+adolescentes>

MINSA. (2016). *Protocolo para la atención de adolescentes embarazadas*. Managua.

Molina Gómez, A. M., Pena Olivera, R. A., Díaz Amores, C. E., & Antón Soto, M. (2019). Condicionantes y consecuencias sociales del embarazo en la adolescencia. *Revista Cubana de Obstetricia Ginecología*, 1-21.

Mujeres en liderazgo. (2017). causas y consecuencias economicas y sociales en adolescentes embarazadas en nicaragua.

Noguera O, N., & Alvarado R, H. (2012). Embarazo en adolescentes: una mirada desde el cuidado de enfermería. *Revista Colombiana de Enfermería*, 151-160.

OMS. (2015). *El embarazo en adolescentes*. managua: Bolentin informativo.

OMS. (2018). *Embarazo en Adolescentes*. Ginebra.

OMS. (2020). *El embarazo en la adolescencia*. Ginebra.

OMS/OPS/UNFPA/UNICEF. (2018). Washington, D.C.

OMS/UNFPA. (2012). *Prevenir el embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos en adolescentes en los países en desarrollo: las evidencias*. Ginebra.

OPS. (2018). *América Latina y el Caribe tienen la segunda tasa más alta de embarazo adolescente en el mundo*. Panamá.

OPS. (2018). *El embarazo en la Adolescencia*. Whashington D.C. USA.

OPS/MINSA Nicaragua. (2018). *Perfil de Salud Materna ODM 5 Nicaragua*. Managua.

OPS/OMS. (2010). *Guía para escribir un protocolo de investigación*. Washington D.C.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2020). *El embarazo adolescente*. Ginebra.

Organización panamericana de la salud. (01 de 10 de 2015). *PAHO*. Obtenido de PAHO: http://bvs.per.paho.org/videosdigitales/matedu/RegionAmericas_fgonzales.pdf

Pediatría Integral. (2013). *Normalidad y alteraciones de la menstruación en adolescentes*.

Ruiz García, M. F., García Reyes, L. E., & Caldera Pacheco, D. E. (2019). *Comportamiento del embarazo adolescente en asistentes a la atención prenatal del centro de salud Carlos Rugama del Distrito V de Managua. Octubre - Diciembre 2019*. Managua.

Sanchez, Y., Mendoza, L., Grisales, M., Ceballos, L., Busamente, J., Castañeda, E., . . . Acuña, M. (2013). Características poblacionales y factores asociados a embarazo en adolescentes, tulua, colombia. *Rev Chil Obstet Ginecol*, 269-281.

Secretaría de la salud de México. (13 de octubre de 2017). *Embarazo adolescente, riesgos para la salud y problemas sociales*. Obtenido de <http://www.cimacnoticias.com.mx/node/51290>

SOGIBA. (2019). *Embarazo Adolescente*. Buenos Aires.

Tascon, L., Benitez, D., & Ospina, C. (2016). Actividad sexual temprana y embarazo en adolescentes. *REV CHIL OBSTET GINECOL*, 243-253.

Torres Ruiz, G. (2017). *Embarazo adolescente, riesgos de salud y problemas sociales*. Mexico, D.F. Obtenido de <http://www.cimacnoticias.com.mx/node/51290>

UNFPA. (2013). *Maternidad en la niñez. Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes*. Washington, D.C.

UNICEF. (2015). *Una aproximación a la situación de adolescentes y jóvenes en América Latina y el Caribe. A partir de evidencia cuantitativa reciente*. Panamá.

UNICEF Nicaragua. (2019). *Sobrevivir al nacimiento: cada 11 segundos, una mujer embarazada o un recién nacido muere en alguna parte del mundo*. Managua.

WHO/UNICEF. (2015). *Atención del parto en Adolescentes*. Ginebra.

World Health Organization. (10 de 12 de 2015). *WHO guidelines on preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents in developing countries*. . Obtenido de WHO guidelines on preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents in developing countries. : https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/preventing_early_pregnancy/en/

CAPÍTULO V: ANEXOS

5.1 Mapa de Salud del municipio de San Juan de Río Coco, Madriz.



5.2 Instrumento de recolección de la información

La presente encuesta es para evaluar el comportamiento del embarazo en adolescentes de 15 a 19 años, atendidas en el programa de control prenatal del Hospital Primario Luis Felipe Moncada del municipio de San Juan de Río Coco, Madriz, en el año 2020

I. Antecedentes sexuales y obstétricos

1. Menarca

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

2. Edad de la primera relación sexual (IVSA)

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

3. Número de parejas sexuales

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

4. Uso de métodos anticonceptivos

- a) Sí _____
- b) No _____

5. Tipo de método anticonceptivo utilizado

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

6. Número de embarazos previos

- a) Ninguno _____
- b) Uno _____
- c) Dos _____

7. **Número de hijos vivos**

- a) Ninguno _____
- b) Uno _____
- c) Dos _____

II. Características del embarazo actual

1. Semanas de gestación al momento de la captación en CPN

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

2. Número de CPN

- a) 1 a 2 _____
- b) 3 a 4 _____
- c) 5 a 6 _____
- d) Más de 6 _____

3. El embarazo actual es deseado

- a) Sí _____
- b) No _____

4. Patología asociadas durante el embarazo actual

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

5. Hospitalizaciones

- a) Ninguna _____
- b) Una _____
- c) Dos _____
- d) Más de Dos _____

6. Complicaciones durante el embarazo

a) Sí _____

b) No _____

III. Finalización del embarazo actual

a) Parto vaginal _____

b) Cesárea _____

5.3 Tablas

Tabla 1: Antecedentes sexuales de adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en consulta externa del Hospital Primario Dr. Luis Felipe Moncada del municipio de San Juan de Río Coco, Madriz, en el año 2020

Antecedentes sexuales	Número	%
Menarca (n=134)		
9 a 11 años	35	26.1
12 a 14 años	92	68.7
15 años o más	7	5.2
Edad de Inicio de Vida Sexual Activa (IVSA) (n=134)		
11 a 13 años	37	27.6
14 a 16 años	83	62.0
17 a 19 años	14	10.4
Número de parejas sexuales (n=134)		
1	98	73.1
2	31	23.1
3 o más	5	3.8
Antecedentes de uso de métodos anticonceptivos (n=134)		
Sí	37	27.6
No	97	72.4
Tipo de método anticonceptivo utilizado (n=37)		
Condón	20	54.1
Anticonceptivos orales	6	16.2
Anticonceptivos inyectables	3	8.1
PPMS	8	21.6

Nota. Fuente: Instrumento de recolección de datos

Tabla 2: Antecedentes obstétricos en adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en consulta externa del Hospital Primario Dr. Luis Felipe Moncada del municipio de San Juan de Río Coco, Madriz, en el año 2020

Antecedentes obstétricos	Número	%
Número de embarazos previos (n=134)		
Ninguno	101	75.4
Uno	28	20.9
Dos	5	3.7
Número de hijos vivos (n=134)		
Ninguno	96	71.6
Uno	29	21.7
Dos	9	6.7

Nota. Fuente: Instrumento de recolección de datos

Tabla 3: Características del embarazo actual en adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en consulta externa del Hospital Primario Dr. Luis Felipe Moncada del municipio de San Juan de Río Coco, Madriz, en el año 2020

Características del embarazo actual	Número	%
Semanas de gestación al momento de captación al programa de CPN (n=134)		
< 12 semanas	76	56.7
13-19 semanas	29	21.6
20-26 semanas	13	9.7
27-33 semanas	9	6.7
34-40 semanas	7	5.3
Número de controles prenatales (n=134)		
1 a 2	38	28.4
3 a 4	45	33.6
5 a 6	36	26.9
Más de 6	15	11.1
El actual embarazo es deseado (n=134)		
Sí	43	32.1
No	91	67.9
Patologías asociadas (n=134)		
Hipertensión Arterial	7	5.2
Diabetes Mellitus	4	3.0
Cardiopatías	6	4.5
Asma Bronquial	8	6.0
Ninguna	109	81.3
Hospitalizaciones durante el embarazo (n=134)		
Ninguna	123	91.8
Una	6	4.5
Dos	3	2.2
Más de dos	2	1.5
Complicaciones durante el embarazo (n=134)		
Sí	6	4.5
No	128	95.5

Nota. Fuente: Instrumento de recolección de datos

Tabla 4: Edad vs. Número de embarazos previos en adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en consulta externa del Hospital Primario Dr. Luis Felipe Moncada del municipio de San Juan de Río Coco, Madriz, en el año 2020

Número de embarazos anteriores (n=134)							
Edad	Ninguno		Uno		Dos		Total
	Número	%	Número	%	Número	%	
15-16 años	36	72.0	12	24.0	2	4.0	50
17-19 años	65	77.4	16	19.0	3	3.6	84
Total	101	75.4	28	20.9	5	3.7	134

Nota. Fuente: Instrumento de recolección de datos

Tabla 5: Estado civil vs. Número de parejas sexuales en adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en consulta externa del Hospital Primario Dr. Luis Felipe Moncada del municipio de San Juan de Río Coco, Madriz, en el año 2020

Número de parejas sexuales (n=134)							
Estado civil	Uno		Dos		Tres o más		Total
	Número	%	Número	%	Número	%	
Soltera	26	60.5	15	34.9	2	4.6	43
Casada	15	88.2	2	11.8	0	0	17
Unión Libre	57	77.0	14	18.9	3	4.1	74
Total	98	73.1	31	23.1	5	3.8	134

Nota. Fuente: Instrumento de recolección de datos

Tabla 6: Religión vs. Número de embarazos previos en adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en consulta externa del Hospital Primario Dr. Luis Felipe Moncada del municipio de San Juan de Río Coco, Madriz, en el año 2020

Número de embarazos previos (n=134)							Total
Religión	Ninguno		Uno		Dos		
	Número	%	Número	%	Número	%	
Católica	53	71.6	18	24.3	3	4.1	74
Evangélica	42	80.8	9	17.3	1	1.9	52
Otra	6	75.0	1	12.5	1	12.5	8
Total	101	75.4	28	20.9	5	3.7	134

Nota. Fuente: Instrumento de recolección de datos

Tabla 7: Religión vs. Deseo de estar embarazada actualmente en las adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en consulta externa del Hospital Primario Dr. Luis Felipe Moncada del municipio de San Juan de Río Coco, Madriz, en el año 2020

Embarazo actual es deseado (n=134)					Total
Religión	Si		No		
	Número	%	Número	%	
Católica	17	23.0	57	77.0	74
Evangélica	24	46.2	28	53.8	52
Otra	2	25.0	6	75.0	8
Total	43	32.1	91	67.9	134

Nota. Fuente: Instrumento de recolección de datos

Tabla 8: Procedencia vs. Número de hijos vivos en adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en consulta externa del Hospital Primario Dr. Luis Felipe Moncada del municipio de San Juan de Río Coco, Madriz, en el año 2020

Procedencia	Número de hijos vivos (n=134)						Total
	Ninguno		Uno		Dos		
	Número	%	Número	%	Número	%	
Urbano	17	68.0	5	20.0	3	12.0	25
Rural	79	72.5	24	22.0	6	5.5	109
Total	96	71.6	29	21.6	9	6.8	134

Nota. Fuente: Instrumento de recolección de datos

Tabla 9: Inicio de vida sexual activa vs. Número de embarazos previos en adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en consulta externa del Hospital Primario Dr. Luis Felipe Moncada del municipio de San Juan de Río Coco, Madriz, en el año 2020.

IVSA	Número de embarazos previos (n=134)						Total
	Ninguno		Uno		Dos		
	Número	%	Número	%	Número	%	
11 a 13 años	33	89.2	3	8.1	1	2.7	37
14 a 16 años	58	69.9	22	26.5	3	3.6	83
17 a 19 años	10	71.4	3	21.4	1	7.2	14
Total	101	75.4	28	20.9	5	3.7	134

Nota. Fuente: Instrumento de recolección de datos

Tabla 10: Vías de finalización del embarazo en las adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en consulta externa del Hospital Primario Dr. Luis Felipe Moncada del municipio de San Juan de Río Coco, Madriz, en el año 2020

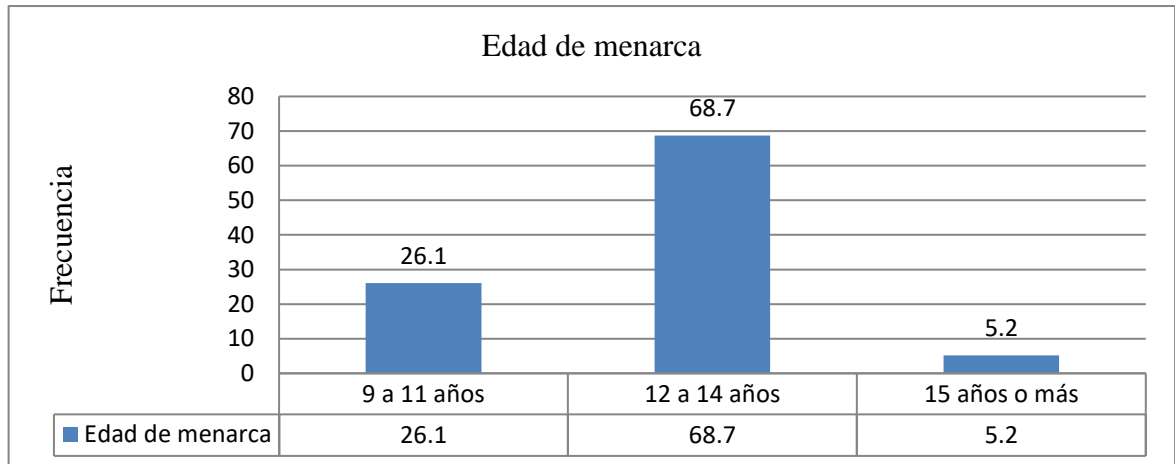
Vías de finalización del embarazo (n=134)	Número	%
Parto vaginal	109	81.3
Cesárea	25	18.7

Nota. Fuente: Instrumento de recolección de datos

5.4 Figuras

Figura 1

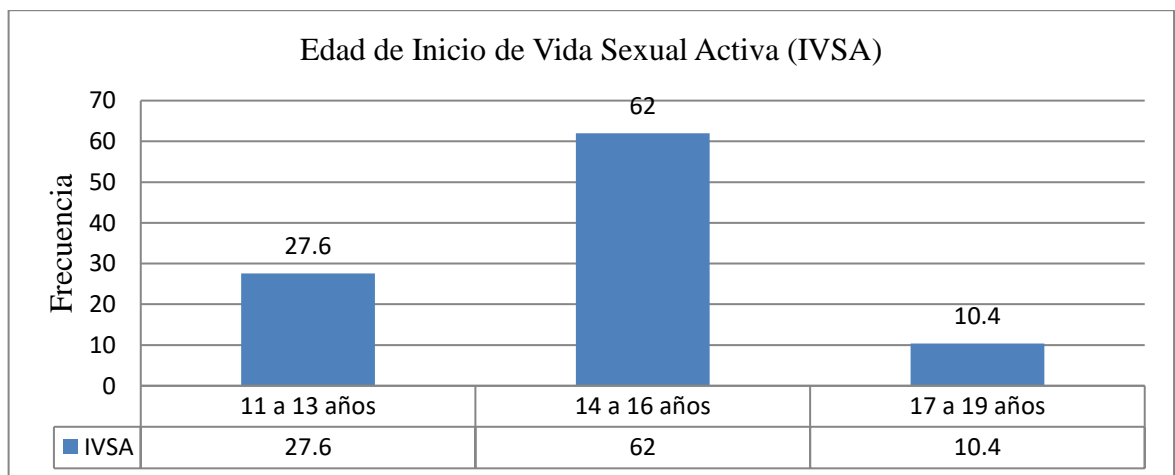
Edad de menarca en adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en consulta externa del Hospital Primario Dr. Luis Felipe Moncada del municipio de San Juan de Río Coco, Madriz, en el año 2020.



Fuente: Tabla 1.

Figura 2

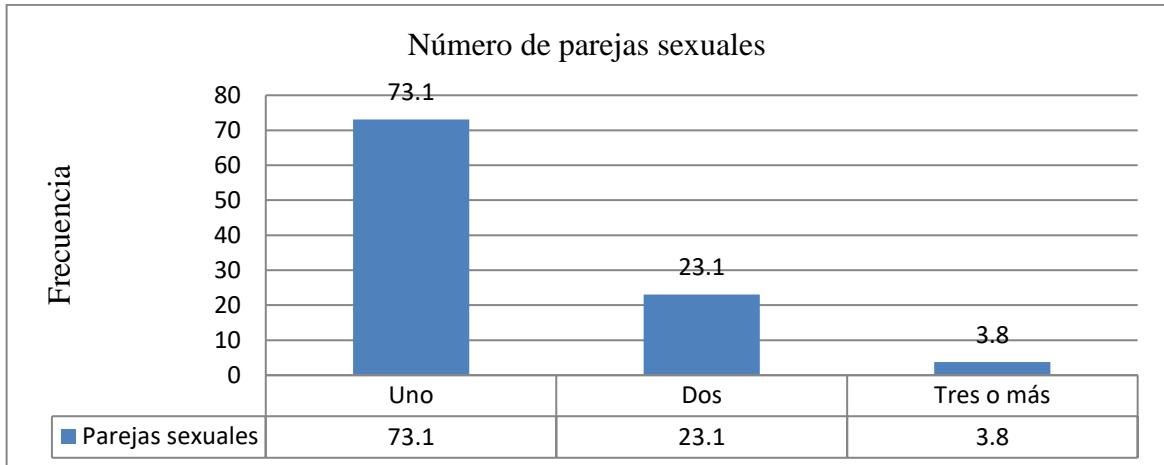
Edad de Inicio de Vida Sexual Activa (IVSA) en adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en consulta externa del Hospital Primario Dr. Luis Felipe Moncada del municipio de San Juan de Río Coco, Madriz, en el año 2020.



Fuente: Tabla 1.

Figura 3

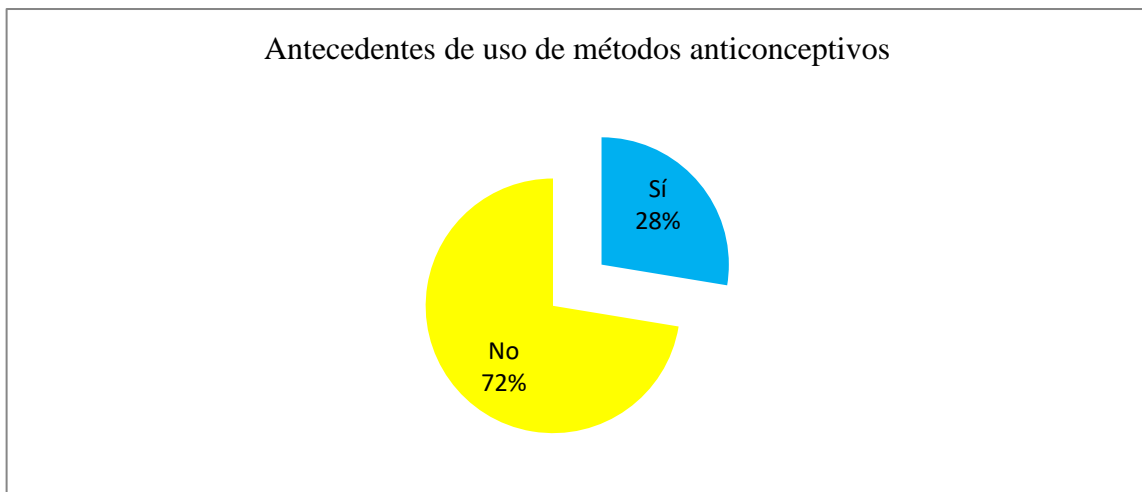
Número de parejas sexuales en adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en consulta externa del Hospital Primario Dr. Luis Felipe Moncada del municipio de San Juan de Río Coco, Madriz, en el año 2020.



Fuente: Tabla 1.

Figura 4

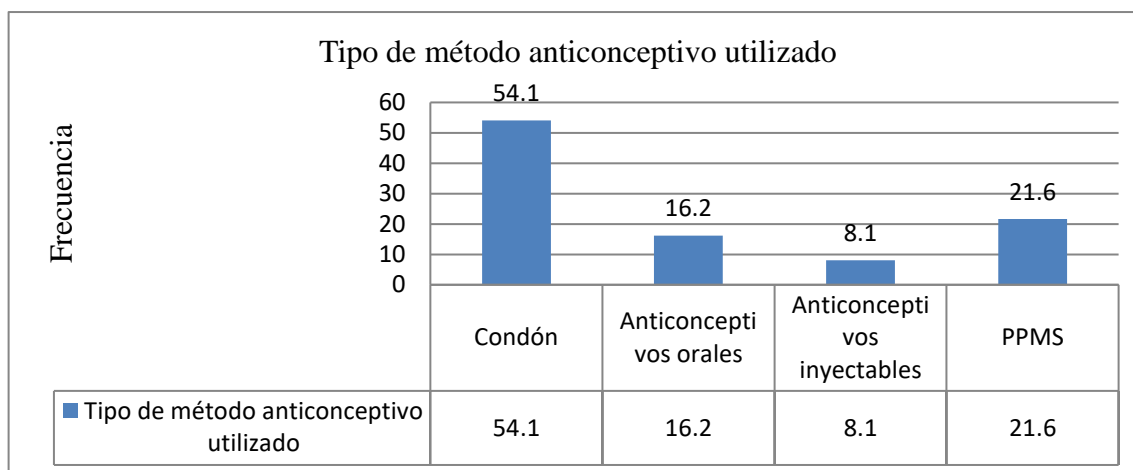
Antecedentes de uso de Métodos Anticonceptivos (MAC) previo al embarazo actual en adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en consulta externa del Hospital Primario Dr. Luis Felipe Moncada del municipio de San Juan de Río Coco, Madriz, en el año 2020.



Fuente: Tabla 1.

Figura 5

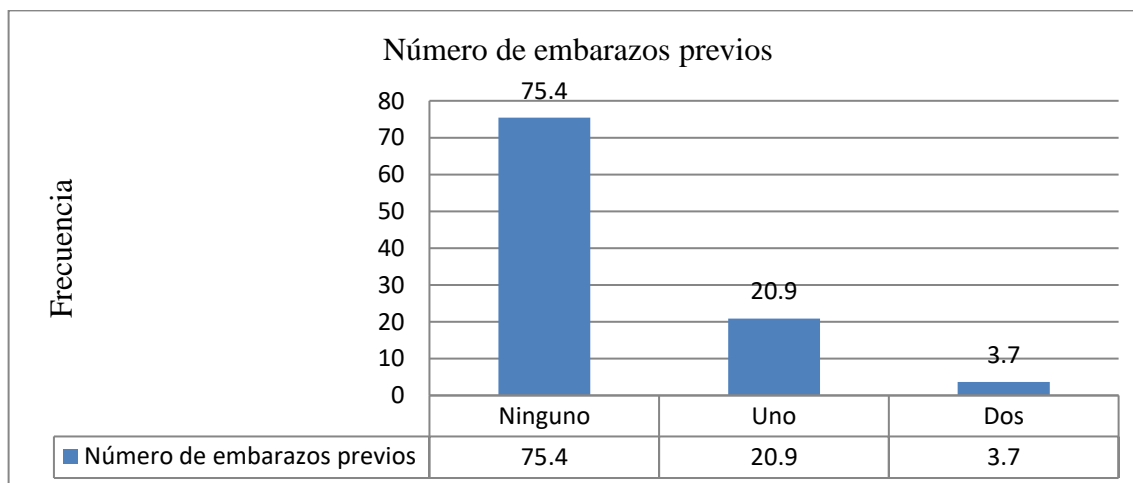
Tipo de método anticonceptivo utilizado previo al embarazo actual en adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en consulta externa del Hospital Primario Dr. Luis Felipe Moncada del municipio de San Juan de Río Coco, Madriz, en el año 2020.



Fuente: Tabla 1.

Figura 6

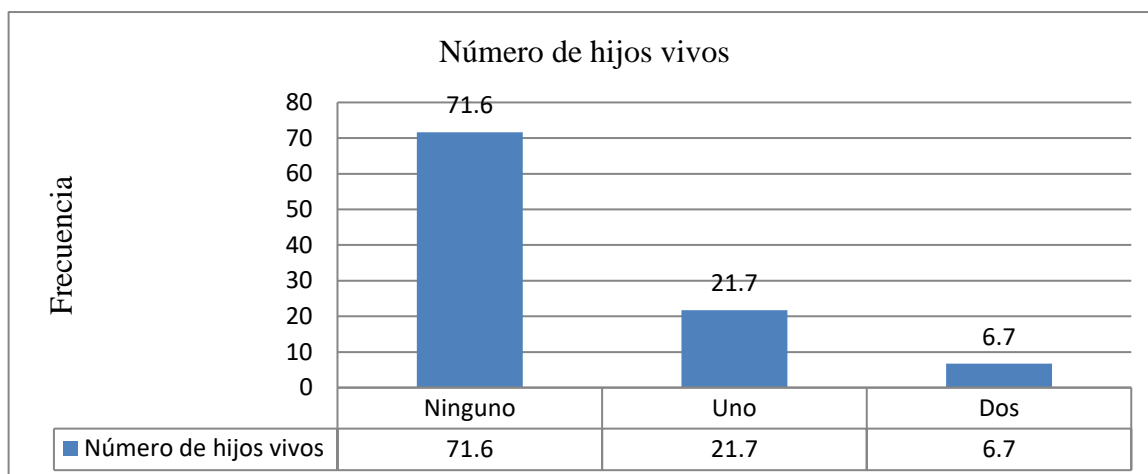
Número de embarazos previos en adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en consulta externa del Hospital Primario Dr. Luis Felipe Moncada del municipio de San Juan de Río Coco, Madriz, en el año 2020.



Fuente: Tabla 2.

Figura 7

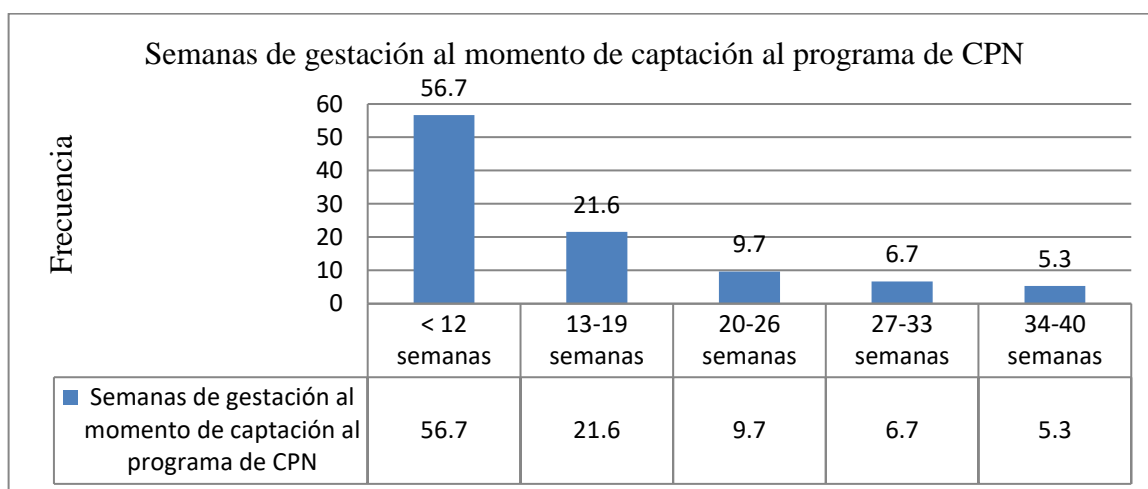
Número de hijos vivos en adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en consulta externa del Hospital Primario Dr. Luis Felipe Moncada del municipio de San Juan de Río Coco, Madriz, en el año 2020.



Fuente: Tabla 2.

Figura 8

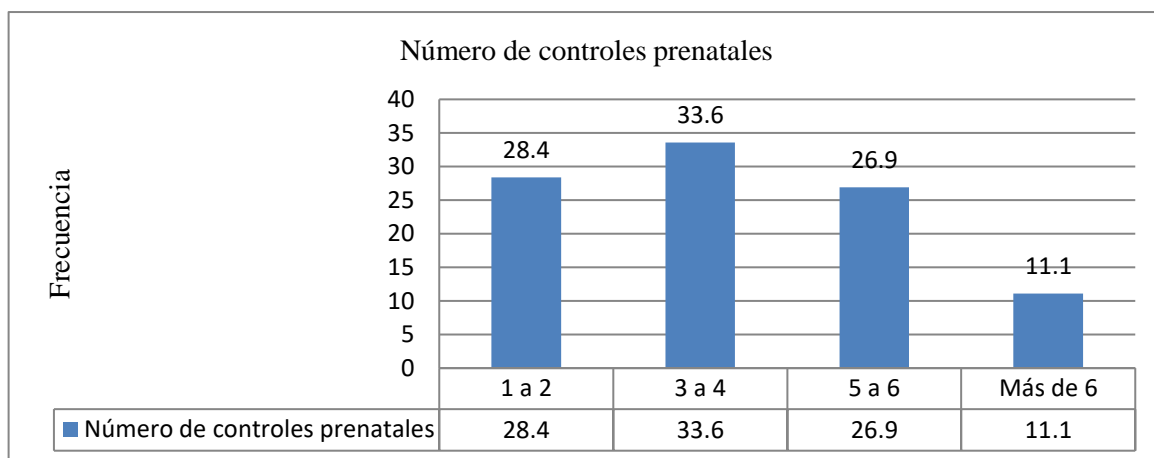
Semanas de gestación al momento de su primera consulta en adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en consulta externa del Hospital Primario Dr. Luis Felipe Moncada del municipio de San Juan de Río Coco, Madriz, en el año 2020.



Fuente: Tabla 3.

Figura 9

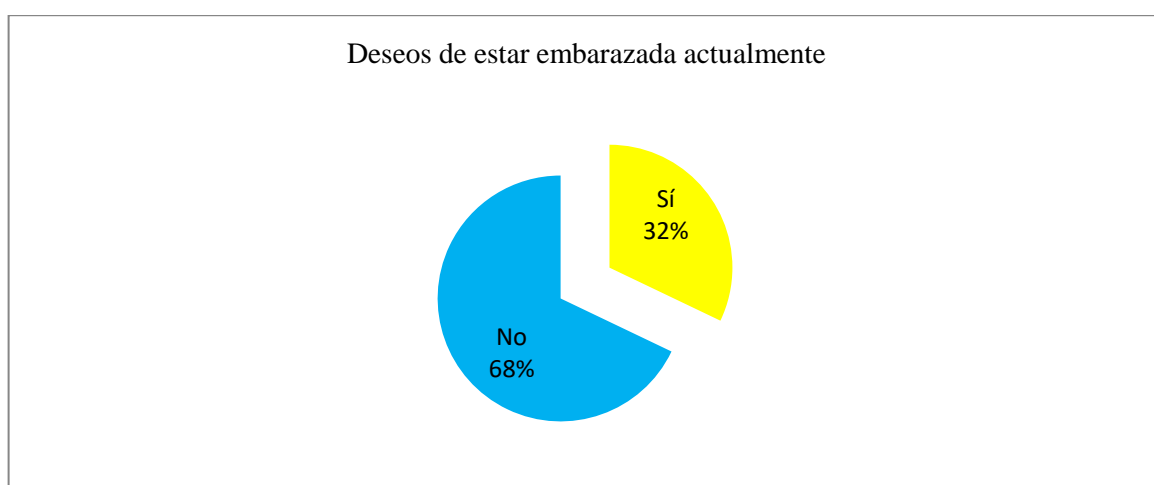
Número de controles prenatales realizados a las adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en consulta externa del Hospital Primario Dr. Luis Felipe Moncada del municipio de San Juan de Río Coco, Madriz, en el año 2020.



Fuente: Tabla 3.

Figura 10

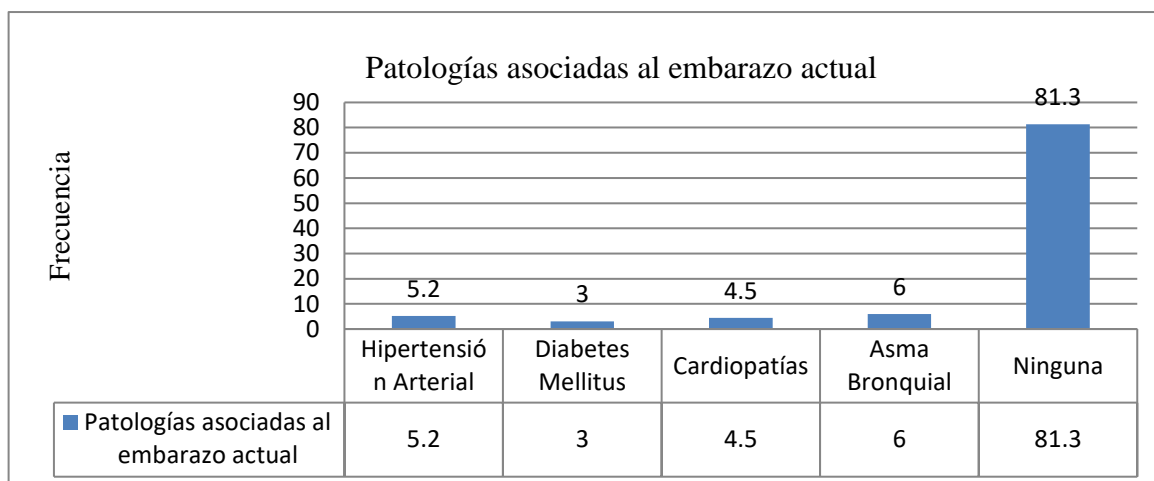
Deseos de estar embarazada actualmente en las adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en consulta externa del Hospital Primario Dr. Luis Felipe Moncada del municipio de San Juan de Río Coco, Madriz, en el año 2020.



Fuente: Tabla 3.

Figura 11

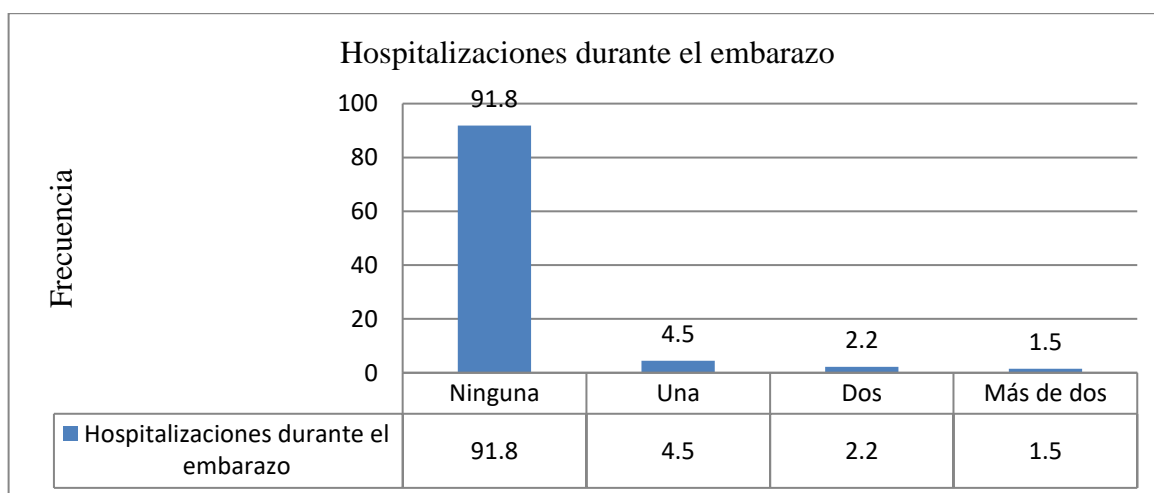
Patologías asociadas al embarazo actual de las adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en consulta externa del Hospital Primario Dr. Luis Felipe Moncada del municipio de San Juan de Río Coco, Madriz, en el año 2020.



Fuente: Tabla 3.

Figura 12

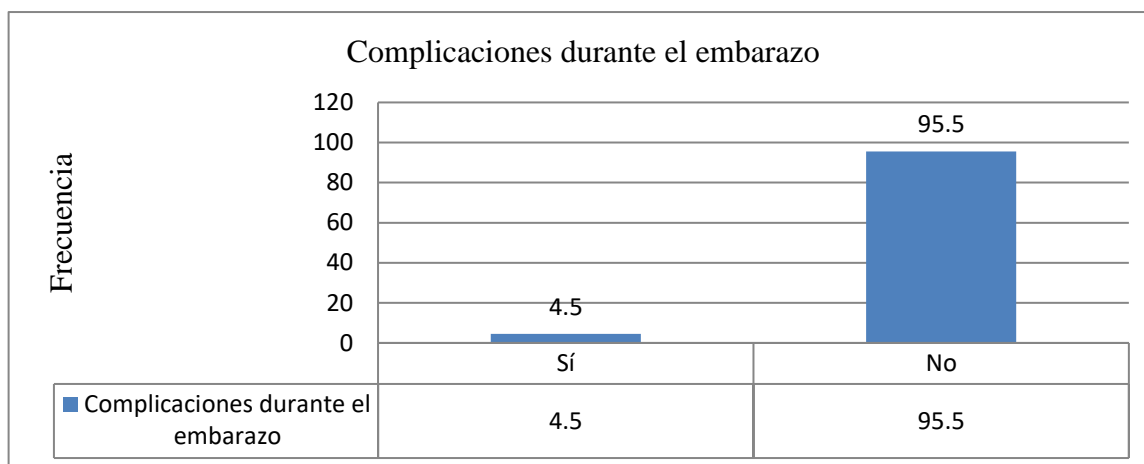
Hospitalizaciones durante el embarazo en las adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en consulta externa del Hospital Primario Dr. Luis Felipe Moncada del municipio de San Juan de Río Coco, Madriz, en el año 2020.



Fuente: Tabla 3.

Figura 13

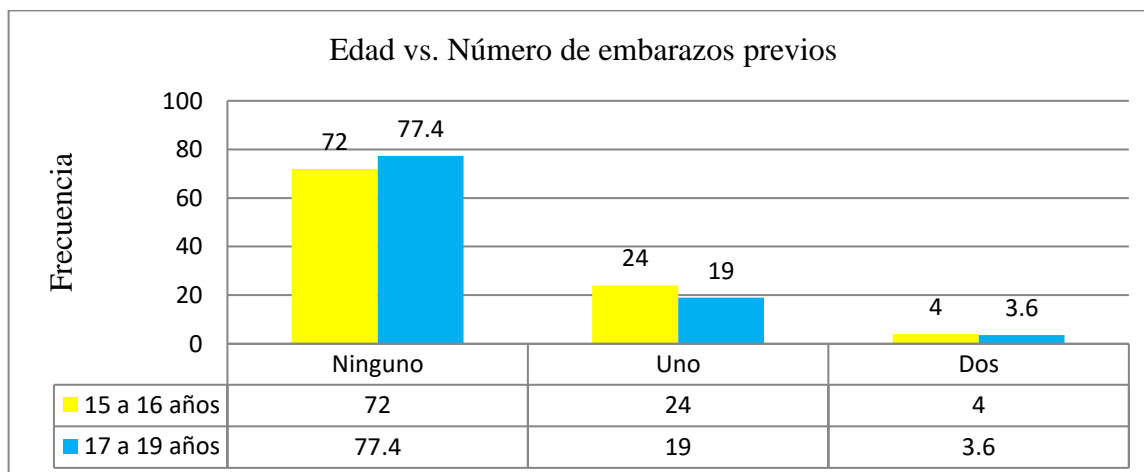
Complicaciones durante el embarazo en las adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en consulta externa del Hospital Primario Dr. Luis Felipe Moncada del municipio de San Juan de Río Coco, Madriz, en el año 2020.



Fuente: Tabla 3.

Figura 14

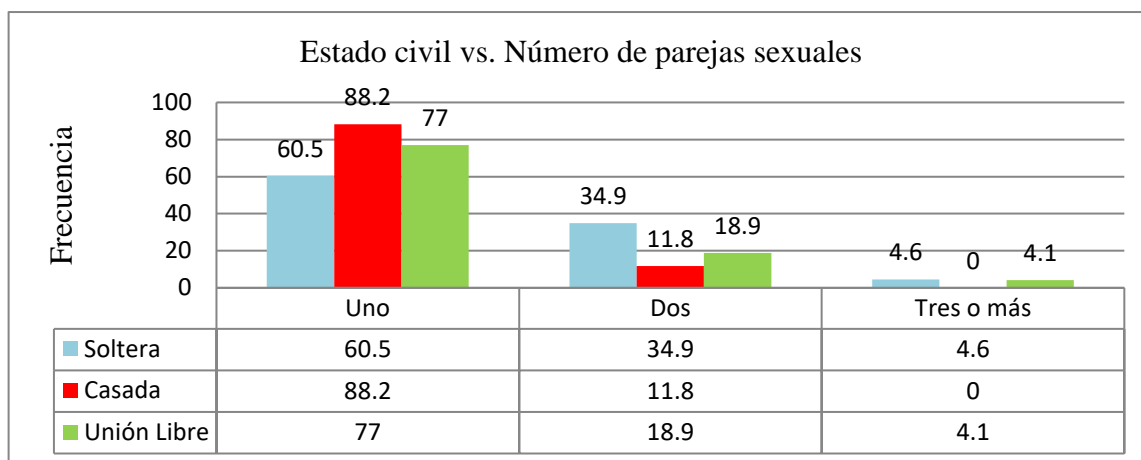
Edad vs. Número de embarazos previos en las adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en consulta externa del Hospital Primario Dr. Luis Felipe Moncada del municipio de San Juan de Río Coco, Madriz, en el año 2020.



Fuente: Tabla 4.

Figura 15

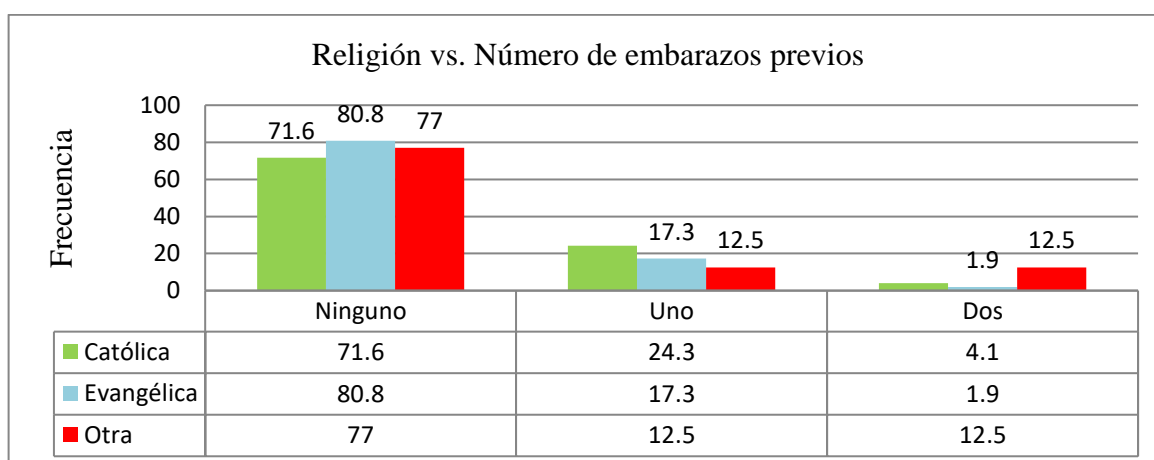
Estado civil vs. Número de parejas sexuales en las adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en consulta externa del Hospital Primario Dr. Luis Felipe Moncada del municipio de San Juan de Río Coco, Madriz, en el año 2020.



Fuente: Tabla 5.

Figura 16

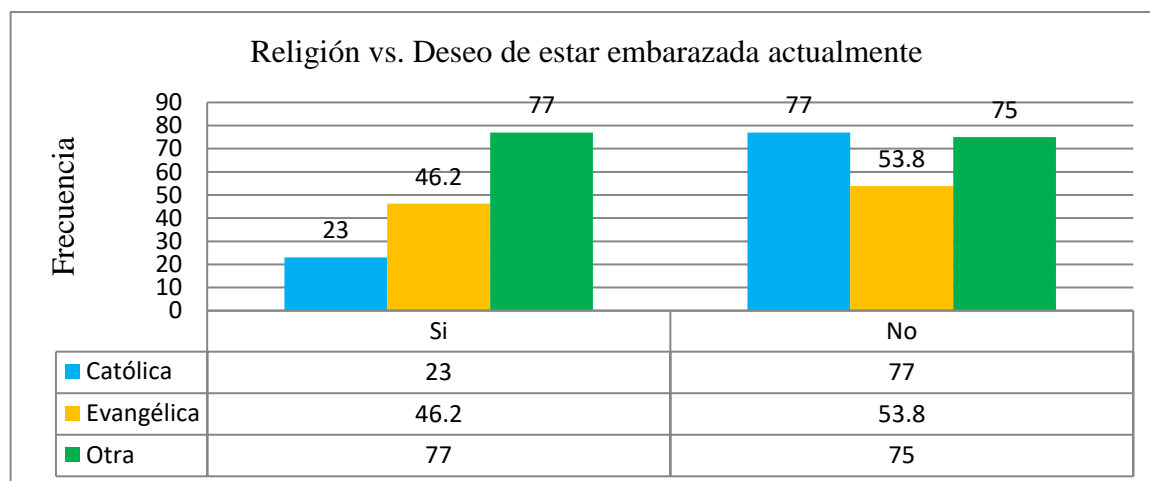
Religión vs. Número de embarazos previos en las adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en consulta externa del Hospital Primario Dr. Luis Felipe Moncada del municipio de San Juan de Río Coco, Madriz, en el año 2020.



Fuente: Tabla 6.

Figura 17

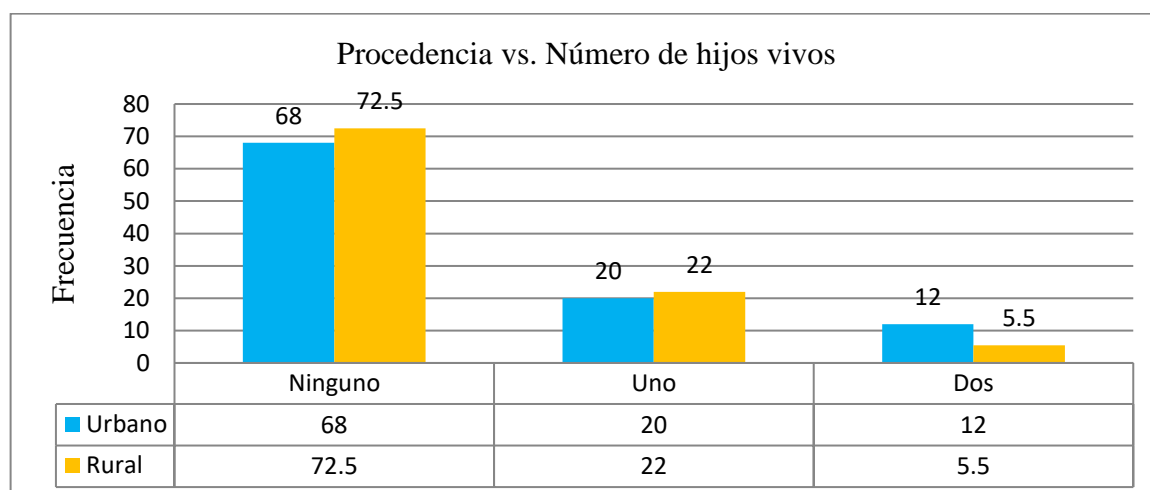
Religión vs. Deseo de estar embarazada actualmente en las adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en consulta externa del Hospital Primario Dr. Luis Felipe Moncada del municipio de San Juan de Río Coco, Madriz, en el año 2020.



Fuente: Tabla 7.

Figura 18

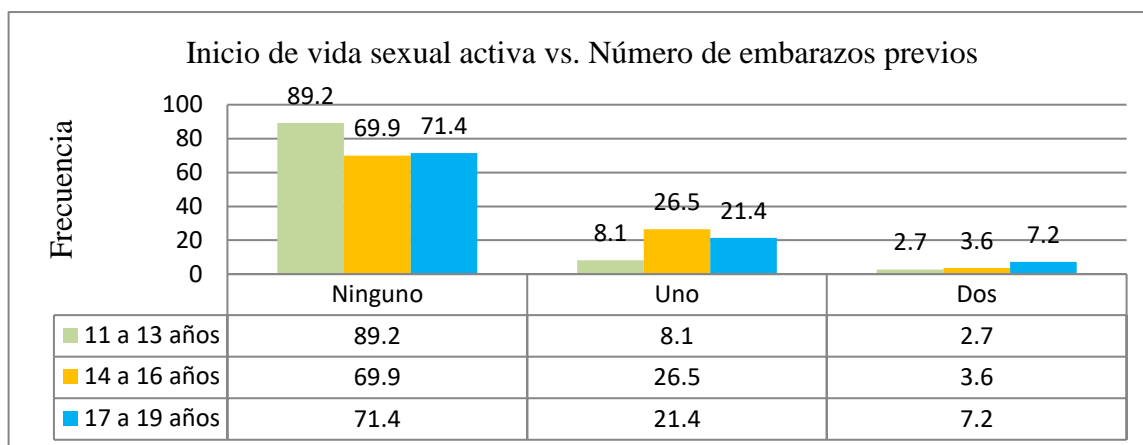
Procedencia vs. Número de hijos vivos en las adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en consulta externa del Hospital Primario Dr. Luis Felipe Moncada del municipio de San Juan de Río Coco, Madriz, en el año 2020.



Fuente: Tabla 8.

Figura 19

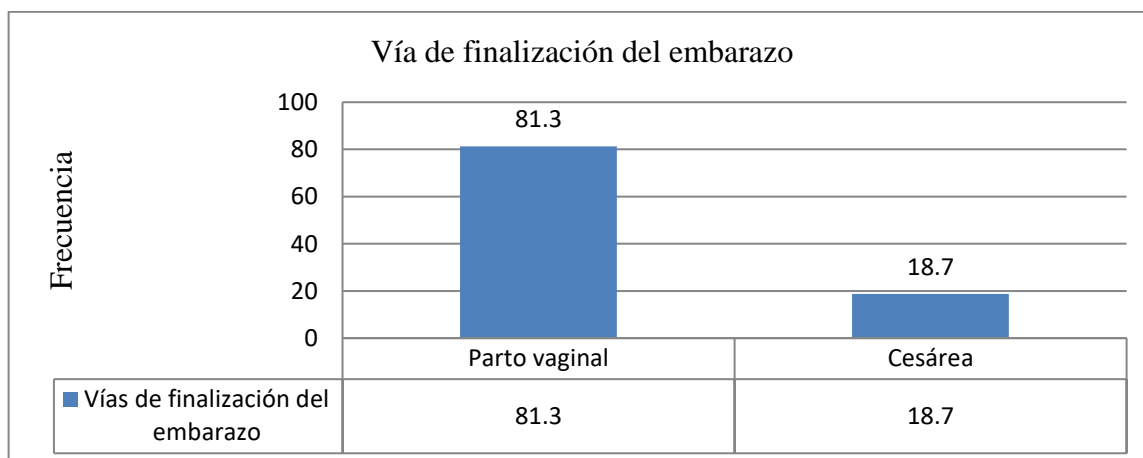
Inicio de vida sexual activa vs. Número de embarazos previos en las adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en consulta externa del Hospital Primario Dr. Luis Felipe Moncada del municipio de San Juan de Río Coco, Madriz, en el año 2020.



Fuente: Tabla 9.

Figura 20

Vías de finalización del embarazo en las adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en consulta externa del Hospital Primario Dr. Luis Felipe Moncada del municipio de San Juan de Río Coco, Madriz, en el año 2020.



Fuente: Tabla 10.