



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA

UNAN - MANAGUA

Tesis monográfica para optar al Título de Doctor en Medicina y Cirugía

Informe Final

**Comportamiento clínico y epidemiológico del embarazo en adolescentes de 15 a 19 años
atendidas en el programa de atención prenatal del Hospital Primario Carlos Centeno,
Siuna, RACCN. Primer Semestre 2020.**

Autores

Br. Exynia Masiel Carmona Perez Carnét estudiantil 10030162

Br. Derly Jamileth Jacobo Wilson Carnét estudiantil 14030470

Br. Santos Martinez Martínez Carnét estudiantil: 10030077

Tutor

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

Managua, agosto 2022.

Dedicatoria

A Dios padre por ser el manantial de vida y darme fuerzas para seguir adelante, a mi madre que está en el cielo que se enseñó q incluso la tarea más grande se puede lograr paso a paso, a mi padre por sus consejos de perseverancia, mis hermanos de quienes aprendí éxitos y estuvieron en mis momentos más difíciles, a mi hijo por ser el faro durante mi navegación en aguas turbias y a todos aquellas personas que de una u otra manera estuvieron apoyándome en este largo recorrido.

Exynía Masiel Carmona Perez

Primeramente agradezco a Dios por darme la capacidad suficiente durante la trayectoria de la carrera, ya que siempre me dio la fuerza y en cada momento que invocaba una plegaria el escuchaba las peticiones de mi corazón y por darme sabiduría, porque de esta manera pude culminar la carrera de mi vida, la cual será muy útil a mi familia y sociedad.

En segundo lugar al ser que medio la vida, Mi s padres, quien ha sido un ejemplo a seguir, ya que me ha impulsado a tener deseos de superación, valores morales y ser una persona de buenas costumbres con deseos de contribuir a mi país. Gracias a mis padres por ser ese alguien, que está en las alegrías y tristeza a mi lado, espero tenerte a mi lado por siempre.

Derly Jamíleth Jacobo Wilson

A Dios primeramente por tenerme con salud hasta el día de hoy y darme sabiduría, a mis padres por ser los mejores en darme apoyo, al matrimonio Sen Müller por su apoyo incondicional hasta concluir la universidad, a mi apreciable compañera de vida por el aporte que dio en los momentos difíciles.

Santos Martínez Martínez

Agradecimiento

Agradezco a toda la comunidad de facultad de ciencias médicas de UNAN- MANAGUA por su trabajo cotidiano y su dedicación para q nuestra universidad se distinga con luz propia, a mi equipo que no solo fue de trabajo sino de amistad y solidaridad que se mantuvo firme conmigo en esta gestión, a mi tutor q con sus sabios consejos, perspicaz crítica y su paciente aliento ayudaron a concluir este trabajo.

Exynía Masíel Carmona Perez

A Dios por darme salud y vida para poder concluir mi carrera profesional. A Mi familia por estar en los momentos que la necesite por ser siempre el pilar en el cual podía refugiarme, por su apoyo incondicional, y por el amor que me ha dado durante mi vida. También a mis Maestros que han formado parte fundamental en mi desarrollo como profesional y en que cada nivel escolar, me han enseñado y capacitado para ser un profesional que contribuya a la sociedad.

A mi Tutor: Dr. Francisco Reyes por haberme apoyado con sus conocimientos, para poder realizar este trabajo monográfico.

Derly Jamíleth Jacobo Wilson

Opinión del tutor

El presente estudio sobre el “Comportamiento clínico y epidemiológico del embarazo en adolescentes de 15 a 19 años atendidas en el programa de atención prenatal del Hospital Primario Carlos Centeno, Siuna, RACCN. Primer Semestre 2020”, realizado por los bachilleres Exynia Masiel Carmona Pérez, Derly Jamileth Jacobo Wilson y Santos Martinez Martínez, representa un tema de mucha importancia en la actualidad, debido al impacto socioeconómico, familiar y social que provoca este fenómeno en los países de bajo y medianos ingresos, así como los efectos en las tasas de mortalidad materna e infantil y, a potenciar el círculo de enfermedad y pobreza en una gran mayoría de la población mundial.

Nicaragua sigue ocupando el segundo lugar de tasas de embarazos adolescentes 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 Exynia Masiel Carmona Pérez, Derly Jamileth Jacobo Wilson y Santos Martinez Martínez, durante todo el proceso de la investigación, lo cual permitió haber logrado la aplicación de una metodología regida en todo momento por un alto nivel científico.

Felicito a los bachilleres Carmona Pérez, Jacobo Wilson y Martinez Martínez, por los alcances logrados y extendiendo mi motivación a que continúen profundizando y desarrollando este campo investigativo.

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

Resumen

Objetivo: El presente estudio fue realizado para Determinar el Comportamiento clínico y epidemiológico del embarazo en adolescentes de 15 a 19 años atendidas en el programa de atención prenatal del Hospital Primario Carlos Centeno, Siuna, RACCN. Primer Semestre 2020.

Diseño Metodológico: Estudio con un enfoque cuantitativo, observacional, descriptivo de corte transversal, con una muestra de 244 adolescentes embarazadas.

Resultados: El 58.6 % tenían de 17 a 19 años, escolaridad secundaria en el 52.4%. La mayoría era soltera con el 39.3%, evangélicas en un 46.7% de la muestra y procedencia rural del 84.4%. Un 66.4% iniciaron relaciones sexuales entre los 14 a 16 años, con una pareja sexual (71.7%). El 37.7% utilizaban métodos anticonceptivos previo al embarazo actual, prevaleciendo el uso de PPMS (32.6%). Un 56.1% fueron nulíparas. El 61.1% fueron captadas entre las 13 a 19 semanas de gestación, teniendo en un 40.6% dos controles prenatales. El 64.3% de las adolescentes no tuvieron el deseo de ser madres y en el 57.8%, la vía de finalización del embarazo fue vaginal.

Palabras Clave (*embarazo adolescente – control prenatal*).

Tabla de Contenidos

Dedicatoria	2
Agradecimiento	3
Opinión del tutor	4
Resumen	5
Abreviaturas	9
Capítulo I Generalidades	10
1.1 Introducción.....	10
1.2 Antecedentes.....	12
1.2.1 Internacionales	12
1.2.2 Nacionales.....	15
1.3 Justificación.....	17
1.4 Planteamiento del problema	18
1.5 Objetivos.....	20
1.5.1 General:.....	20
1.5.2 Específicos:	20
1.6 Marco Teórico	21
1.6.1 Adolescencia:.....	21
1.6.2 Salud sexual y reproductiva.....	22
1.6.3 Sexualidad y salud reproductiva en la adolescencia	23
1.6.4 Causas del embarazo en la adolescencia.....	23

1.6.5 Embarazo Adolescente	25
1.6.6 Mortalidad de las adolescentes embarazadas.....	31
1.6.7 Atención Prenatal.....	35
Capítulo II Diseño Metodológico	37
2.1 Tipo de estudio	37
2.2 Área de estudio.....	37
2.3 Universo	37
2.4 Muestra/Criterios de inclusión y exclusión	38
2.5 Técnicas y procedimientos	40
2.6 Plan de tabulación y análisis.....	41
2.7 Enunciado de variables	41
2.8 Operacionalización de Variables.....	43
2.9 Aspectos Éticos.....	47
Capítulo III Desarrollo	48
3.3 Conclusiones.....	64
3.4 Recomendaciones	65
Capítulo IV Bibliografía.....	67
4.1 Referencias bibliográficas	67
Capítulo V Anexos.....	72
5.1 Consentimiento informado	72
5.2 Ficha de recolección de datos	73

5.3 Tablas.....75

5.4 Figuras82

Abreviaturas

AAP	American Academy of Pediatrics
ACO	Anticonceptivos Orales
ALC	América Latina y el Caribe
CODENI	Consejerías por los Derechos del Niño, la Niña y el Adolescente
DCP	Desproporción Cefalopélvica
FNUAP	Fondo de Naciones Unidas para la Población
INIDE	Instituto Nicaragüense de Desarrollo
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
IVSA	Inicio de Vida Sexual Activa
IVU	Infección de Vías Urinarias
MAC	Métodos Anticonceptivos
MINED	Ministerio de Educación
MINSA	Ministerio de Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de Naciones Unidas
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PNUD	Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo
PPMS	Pastillas para la mañana siguiente
UNICEF	Fondo de Naciones Unidas para la Infancia
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humano
VPH	Virus del Papiloma Humano

Capítulo I Generalidades

1.1 Introducción

Estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), han señalado que los bebés nacidos de madres menores de 20 años, presentan un riesgo de un 50% superior de mortalidad prenatal o de morir en las primeras semanas de vida; al compararlos con los hijos nacidos de mujeres de 20 a 29 años, sobre todo en países en vías de desarrollo. Esto indica que la edad materna juega un rol de mayor riesgo para el bebé, en cuanto la madre sea más joven. Además los niños nacidos tienen una mayor probabilidad de registrar bajo peso al nacer, y el aumento del riesgo de complicaciones a largo plazo. (OMS-GCO, 2018).

Los factores socioeconómicos y culturales son factores asociados importantes al desarrollo de la presencia del embarazo adolescente en la sociedad nicaragüense. Una deficiente educación, con énfasis en conocimientos limitados sobre temas relacionados con salud reproductiva y sexual impulsa a desarrollar relaciones sexuales a temprana edad. (OPS, 2018) (CODENI, 2017).

Aproximadamente 16 millones de muchachas de 15 a 19 años dan a luz cada año, el 95% en países pobres, lo cual representa un 11% de la población mundial de adolescentes, que conlleva al desarrollo de complicaciones durante el embarazo y el parto, donde representan la segunda causa de muerte entre las muchachas de 15 a 19 años en todo el mundo (OMS, 2020) (UNICEF, 2015).

A nivel latinoamericano, Nicaragua es el país con mayor proporción de embarazos en adolescentes. El 26.3% de los embarazos son de adolescentes, es decir, 110 de cada 1,000 mujeres adolescentes entre 15 y 19 años son madres. Los mayores porcentajes se presentan en

Jinotega (38.0%) la Costa Caribe Norte y Sur (30.0%) y León (20.0%) (CODENI, 2017) (OMS, 2018).

De acuerdo al anuario estadístico del Instituto Nacional de Información de Desarrollo (2018), los embarazos en edades de 15 a 19 años en Nicaragua, representaron el 23.7%, en el 84.5% del grupo de adolescentes tenían el antecedente de un hijo vivo. (INIDE, 2018), las madres adolescentes en Nicaragua tienen mayor probabilidad de ser madres solteras, tienden a tener un mayor número de hijos con intervalos más cortos, eternizando el círculo de la pobreza. Los hijos de madres adolescentes también corren mayor riesgo de sufrir abuso físico, negligencia en sus cuidados, desnutrición y retardo del desarrollo físico y emocional (CODENI, 2017).

Por lo tanto, el presente estudio indica los resultados más importantes encontrados en relación al comportamiento clínico y epidemiológico del embarazo adolescente en el Hospital Primario Carlos Centeno del municipio de Siuna, RACCN, durante el primer semestre de 2020, teniendo una evaluación sobre sus principales características. Se ha reconocido que el embarazo adolescente representa un problema de salud pública, por lo que esto promoverá una atención con calidad de parte del personal de salud. De esta manera lograr un mejoramiento constante en cuanto a coberturas, abordaje temprano a sus complicaciones y un seguimiento estrecho en todo el desarrollo del embarazo y el control subsecuente con manejo multidisciplinario, manteniendo una información continua hacia la futura madre, la familia y la propia comunidad.

1.2 Antecedentes

1.2.1 Internacionales

En el informe de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires, Argentina (2019) en relación al “*Embarazo adolescente en América Latina y el Caribe*” señalando que dentro de sus principales resultados encontraron que la región ha 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).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2018) presento un informe ejecutivo sobre el “*Comportamiento del embarazo en la adolescencia*”; indicando los datos a continuación: 16 millones de muchachas de 15 a 19 años y aproximadamente 1 millón de niñas menores de 15 años dan a luz cada año, la mayoría en países de ingresos bajos y medianos. Las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las muchachas de 15 a 19 años en todo el mundo. Cada año, unos 3 millones de muchachas de 15 a 19 años se someten a abortos peligrosos. Los bebés de madres adolescentes se enfrentan a un riesgo considerablemente superior de morir que los nacidos de mujeres de 20 a 24 años (OMS, 2018).

El Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas (2018) en la ciudad de la Habana, presentó los siguientes resultados: Las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las adolescentes de 15 a 19 años en todo el mundo. Dentro de este orden, los embarazos en la adolescencia constituyen uno de los riesgos principales de parto pretérmino, bajo peso al nacer, enfermedad hipertensiva del embarazo, muertes materno-fetales, aborto espontáneo, hemorragia genital, infecciones urinarias o vaginales, entre otros. El

embarazo en la adolescencia supone además un impacto negativo sobre la condición educativa, económica y social de las jóvenes (Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas, 2018).

Medina & Ortiz (2018) realizaron un estudio en México 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. Se determinó la tasa de fecundidad y se evaluaron cada variable socioeconómica. Se calcularon medidas absolutas y relativas de desigualdad, regresión binomial negativa para razón de riesgo e intervalos de confianza del 95%. 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).

El Fondo de Naciones Unidas para la Población (FNUAP) (2017) publicó un informe acerca del *“Comportamiento del embarazo adolescente”*; donde sus datos más importantes fueron: Diariamente, 20,000 niñas de menos de 18 años dan a luz en países en desarrollo. Esto equivale a 7,3 millones de parto cada año. Cuando una niña queda embarazada, su vida puede cambiar radicalmente. Es posible que no termine la escuela, se vuelve vulnerable a la pobreza. Las complicaciones del embarazo y el parto son la principal causa de muerte en niñas adolescentes. En la actualidad esta situación es considerada como un problema de salud pública, debido al involucramiento de todos los sectores poblacionales. Se sabe que la mayoría de los adolescentes inicia relaciones sexuales entre los 15 a 16 años (FNUAP, 2017).

Loredo & colaboradores (2017) realizaron un estudio en la ciudad de México D.F. para indicar las *“Características principales causas y repercusiones del Embarazo Adolescente en la*

población adolescente de México D.F.” realizaron un metanálisis para evaluar los factores asociado al embarazo adolescente, donde sus principales resultados fueron: El embarazo en adolescentes (EA) es un problema de salud pública mundial que altera la salud física, emocional, la condición educativa y económica. El EA habitualmente no es un evento planeado o deseado y, frecuentemente, difícil de aceptar por la pareja, más marcado en la futura madre. La condición económica de la embarazada adolescente no le permite atender sus propias necesidades y las de su hijo. Los programas de atención al embarazo adolescente deben de mantener un proceso continuo y seguimiento constante. Se deben realizar estrategias que permitan disminuir los riesgos consecuentes a una vida sexual no planeada o aceptada (Loredo Abdalá, Vargas Campuzano, Casas Muñoz, González Corona, & Gutiérrez Leyvab, 2017).

Hernández & Mora (2015) realizaron un estudio descriptivo para la caracterización del embarazo en adolescentes de 15 a 19 años en la ciudad de México, donde sus principales resultados fueron que el 20% de los nacimientos se presentó en madres menores de 20 años. Existe un aumento de los riesgos para la salud de la madre y su hijo. Estos riesgos son mayores a medida que la edad de la gestante es menor y en especial cuando las condiciones sociales y económicas son deficientes, el cuidado de la salud es inferior a lo ideal, lo cual es determinante en el desarrollo psicosocial materno posterior (Hernández Valencia & Mora Carcino, 2015).

Se ha señalado que los jóvenes con baja escolaridad, con menores expectativas académicas y laborales, y con menor autoestima y asertividad tienden a iniciar a más temprana edad su vida sexual activa, a utilizar menos los anticonceptivos y, en el caso de las jóvenes, a quedarse embarazadas, con el riesgo de llegar al aborto por la falta de condiciones y conocimientos que faciliten una decisión mejor. Por ello es imprescindible tener en cuenta el contexto cultural y las características especiales de la familia para entender de forma preventiva

la situación de la adolescente con riesgo de embarazo (Hernández Valencia & Mora Carcino, 2015).

1.2.2 Nacionales

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

secundaria con un 27% (56), analfabeta con un 2% (2) y técnico con un 1% (1) (Cáliz González & Castillo Flores, 2018).

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

Urbina & Vargas realizaron el estudio titulado “*Complicaciones obstétricas en adolescentes en el Hospital Primario Jacinto Hernández, Nueva Guinea, Región Autónoma del Atlántico Sur, durante el periodo de enero-septiembre 2015*”. En el cual el rango de edad predominante en las embarazadas fue 17-19 con un 67%, seguido por las que se encontraban entre 14-16 años con un 26% y por último con un 7% las que se encuentran entre las edades de 10-13 años (Urbina Reyes & Vargas Ramos, 2016).

El embarazo en esta edad se asoció a complicaciones durante el embarazo como la hipertensión gestacional (25%) principalmente, seguido de aborto (17%), amenazas de parto pre término (16%), ruptura prematura de membranas (10%) al igual que pre-eclampsia (10%) y las infecciones de vías urinarias sintomáticas (8%) y asintomáticas (4%), en último lugar el embarazo a ectópico. Respecto a las complicaciones durante el parto la hemorragia postparto (5%) estuvo en primer lugar, seguido de desgarros perineales (3.7%) y parto obstruido (Urbina Reyes & Vargas Ramos, 2016).

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

1.3 Justificación

Nicaragua es el país con mayor proporción de embarazos en adolescentes en Latinoamérica. El 26.3% de los embarazos son de adolescentes, es decir, 110 de cada 1,000 mujeres adolescentes entre 15 y 19 años son madres. El embarazo en estas edades se asocia al doble de probabilidad de morir a causas de complicaciones, incluso se ha definido que las menores de 15 años de edad tienen un riesgo 4 veces mayor.

Existe un aumento en la deserción escolar para hacer frente a la manutención de la familia, así como el comenzar a laborar en trabajos de menor remuneración que sus padres, como consecuencia de su falta de preparación académica y experiencia laboral.

La evaluación de este fenómeno social como es el comportamiento clínico y epidemiológico del embarazo adolescente de 15 a 19 años atendidas en el programa de Atención Prenatal del Hospital Primario Carlos Centeno del municipio de Siuna fortalecerá el nivel de calidad de atención de los servicios de salud, así mismo permite comparar los resultados obtenidos con otros países para el mejoramiento en el abordaje y manejo de los programas dirigido a los adolescentes, sobre todo en la temática de salud sexual y reproductiva, teniendo un impacto en las condiciones educativas, económicas y sociales.

Además esto fortalecerá el manejo y atención de programas de salud sexual y reproductiva dirigidos específicamente al grupo de los adolescentes, mejorando actitudes y prácticas hacia una mejor calidad de vida y mejorar el desarrollo del componente familiar y social del país. Esto beneficiará también con acciones de educación promoción y medidas preventivas con respecto al tema del embarazo adolescente de acuerdo a la normativa del Ministerio de Salud (MINSAL) en la atención del embarazo adolescente.

1.4 Planteamiento del problema

En Centroamérica, nacen cada año, entre 99 y 139 niños por 1,000 mujeres de 15 a 19 años de edad, a excepción de Costa Rica. Cerca de dos terceras partes de las mujeres de 15 a 19 años de edad, probablemente tendrán un hijo antes de llegar a los 20 años de edad (CODENI, 2017).

Las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre adolescente de esta edad. Cada año, unas 3 de jóvenes entre 15 a 19 años se someten a abortos peligrosos. (OPS, 2018)

El embarazo en la adolescencia sigue siendo uno de los principales factores que contribuyen a la mortalidad materna e infantil, pobreza y mayor predisposición a enfermedades. Considerado antes como un problema de comunidades pobres, poco instruidas y rurales; actualmente involucra todos los sectores poblacionales pues los adolescentes inician su vida sexual entre los 15 a 16 años de edad y la mayoría no ha recibido información exacta acerca de la salud sexual y reproductiva. Esta falta de información puede hacerles correr riesgos de embarazos no planificados y de infecciones de transmisión sexual. (OPS, 2018)

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

¿Cuál es el comportamiento clínico y epidemiológico del embarazo en adolescentes de 15 a 19 años atendidas en el programa de atención prenatal del Hospital Primario Carlos Centeno del municipio de Siuna, RACCN, durante el Primer Semestre de 2020?

A continuación se presentan las siguientes preguntas de investigación:

1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas de las adolescentes atendidas?
2. ¿Cuáles son los antecedentes obstétricos de las adolescentes embarazadas atendidas?
3. ¿Cuáles son las características del embarazo actual en adolescentes embarazadas?
4. ¿Cuál es la vía de finalización del embarazo actual en las adolescentes evaluadas?

1.5 Objetivos

1.5.1 General:

Determinar el comportamiento clínico y epidemiológico del embarazo en adolescentes de 15 a 19 años atendidas en el programa de Control Prenatal (CPN) del Hospital Primario Carlos Centeno del municipio de Siuna, Región Autónoma de la Costa Caribe Norte (RACCN), durante el primer semestre de 2020.

1.5.2 Específicos:

1. Caracterizar sociodemográficamente a las adolescentes embarazadas en estudio
2. Identificar antecedentes ginecoobstétricos de las adolescentes embarazadas evaluadas.
3. Describir las características clínicas del embarazo actual en las adolescentes atendidas.
4. Determinar la vía de finalización del embarazo en las adolescentes en estudio.

1.6 Marco Teórico

1.6.1 *Adolescencia:*

Es un período de transición en el desarrollo del cuerpo y de la personalidad, es la época de la vida que transcurre entre la niñez y la juventud. La OMS define como población adolescente el grupo de 10 a 19 años y los divide en tres etapas:

a) **Adolescencia Temprana:** de 10 a 13 años, se caracteriza por un desarrollo físico y crecimiento rápido iniciándose la afirmación de la independencia, surge el pensamiento correcto con cierto grado de esfuerzo.

b) **Adolescencia mediana:** de los 14 a 16 años, se distingue por la capacidad para el pensamiento formal preocupación acerca de la explotación sexual y hay separación más formal de los padres.

c) **Adolescencia tardía:** de los 17 a 19 años, se caracteriza porque se establece una imagen corporal segura de género.

Las etapas de la adolescencia proporcionan el período necesario para adquirir educación, entrenamiento y las destrezas que requieren para funcionar en la sociedad y aprender actividades importantes (OMS/Universidad de Chile, 2017).

La evolución de la madurez biológica, psicológica y social se ha ido separando progresivamente con los pasos de los años, en lo biológico se observa claramente un descenso en la edad de la menarquia, lo que le permite a la adolescente ser madre en edades tan tempranas como a los once años, La madurez psicosocial en cambio, tiende a desplazarse a edades más avanzadas debido al largo proceso de preparación que requiere un adolescente, para llegar a ser autovaliente en ambos sentidos.

La adolescencia es una fase decisiva de evolución hacia una mayor independencia psicológica. La sexualidad es uno de los aspectos más importantes para la construcción de la identidad. En esta época de la vida, el ejercicio de la sexualidad implica expectativas, deseos, necesidades personales y también confrontación de los propios valores. Uno de los principales factores que inciden en el desarrollo de la sexualidad, es que se logra la maduración del aparato genital y se adquiere la capacidad para la reproducción, el inicio de la actividad sexual sin una orientación adecuada expone a los y las adolescentes a riesgos asociados con su función sexual y capacidad reproductiva tales como experiencias sexuales traumáticas, infecciones de transmisión sexual y embarazos tempranos de altos riesgos (OMS/Universidad de Chile, 2017).

1.6.2 Salud sexual y reproductiva

Es un estado de total bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades en los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, permite que una persona conozca su cuerpo para poder cuidarlo, ser capaz de tomar decisiones de forma responsable respecto a su sexualidad; también significa vivir la vida sin violencia, tener hijos por elección, prevenir las infecciones de transmisión sexual así como, vivir sin discriminación de ningún tipo, conocer, analizar, valorar, decidir y responsabilizarse de las diferentes situaciones que se les presente (OMS, 2018).

El adolescente debe saber que está preparado para tener relaciones sexuales, cuando este física y emocionalmente maduro, cuando conozca su cuerpo y el de su pareja en relación a su función y anatomía, cuando desarrolle una comunicación y un respeto profundo de él mismo y de su pareja, cuando conozca las complicaciones que tiene y sepa cómo evitarlas (OMS, 2018).

1.6.3 Sexualidad y salud reproductiva en la adolescencia

Según los diversos estudios que se han revisado sobre el tema, coinciden en que los adolescentes son más vulnerables a las enfermedades de transmisión sexual y enfermedades relacionadas con el proceso reproductivo (UNFPA, 2014)

Componentes de la salud integral, incluyendo la salud sexual y reproductiva en la adolescencia

- a) Prevención de embarazos y abortos en adolescentes
- b) Control de las infecciones de transmisión sexual incluido el VIH/SIDA
- c) Salud bucal.
- d) Prevención de la infertilidad.
- e) Uso de métodos anticonceptivos
- f) Atención del embarazo, parto y puerperio
- g) Nutrición de las adolescentes
- h) Nutrición de la adolescente embarazada y que amamanta.
- i) Prevención de la violencia.
- j) promoción de la lactancia materna (UNFPA, 2014).

1.6.4 Causas del embarazo en la adolescencia

El número elevado de embarazos en adolescentes obedece a muchas causas y factores, los cuales se mencionan

a) **El impulso sexual:** en la adolescencia el impulso sexual aparece con la influencia de muchos estímulos y no necesariamente eróticos. Los estímulos de tipo erótico producen la aparición de este impulso, para liberar la tensión sexual recurrirá a la masturbación o a practicar

relaciones sexuales con penetración, este último puede conducir a enfrentar diferentes riesgos, entre ellos el embarazo en la adolescencia.

b) La identidad sexual: el reto a la autoridad y la necesidad de aceptación por el grupo de amigos y amigas son aspectos propios en la adolescencia que pueden causar un embarazo. En el varón la actividad sexual constituye un medio de reafirmación sexual, mientras que, en la mujer, puede ser que la maternidad sea un hecho que le da una función en su vida.

c) Modelos de comportamientos negativos: son las actitudes y valores negativos que se tienen acerca de la sexualidad, por ejemplo: el machismo, la sumisión y la violencia intrafamiliar.

d) El egocentrismo: Las dificultades que tenemos de ponernos en el lugar de otras personas limitan la posibilidad de aprender de la experiencia de otros.

e) Situación de crisis: es cuando la adolescente consciente o inconscientemente desarrolla el deseo de embarazarse, por ejemplo, en su hogar hay violencia o ha sido rechazada por alguna razón por lo cual desea salir de su casa y la solución que ve es irse con su pareja o la necesidad de sentir que tiene algo propio (su futuro hijo o hija) a lo que se apega.

f) Desconocimiento: de cómo funciona el cuerpo y el uso correcto de métodos anticonceptivos.

g) Violaciones: en los casos que la adolescente resulta embarazada por violación, la complejidad de la situación aumenta, debe enfrentar el embarazo no deseado, es objeto de doble rechazo social: uno por embarazarse soltera y otro porque se considera que permitió el ataque.

h) Antecedentes personales: abandono escolar, baja autoestima, poca confianza, falta de actitud preventiva, inicio de menstruación a temprana edad, inicio de relaciones sexuales en la adolescencia, conducta antisocial, abuso de sustancias, bajo nivel educativo y haber sido víctima de violencia.

i) **Antecedentes familiares:** familia tensa y en conflicto, familia en crisis o con una persona alcohólica o que utiliza droga, pérdida de un familiar, madre con embarazo en la adolescencia, hermana adolescente embarazada, madre aislada y emocionalmente poco accesible y padre ausente.

j) **Antecedentes sociales o culturales:** condición económica desfavorable, vivir en área rural, mitos y tabúes acerca de la sexualidad, marginación social, mensajes contradictorios con respecto a la sexualidad, en la familia, en la sociedad, y en los medios de comunicación, un ambiente de extrema pobreza.

1.6.5 Embarazo Adolescente

En su declaración la Academia Americana de Pediatría (AAP) acerca de "*Opciones para el asesoramiento de la paciente adolescente embarazada*". 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 (AAP, 2018)

Según la OMS se define el embarazo en la adolescencia como "aquel que se produce entre los 10 y los 19 años de edad", independientemente del grado de madurez biológica o psicológica y/o independencia de la y el adolescente en relación con su núcleo familiar. El embarazo en la adolescencia no es un asunto que involucra exclusivamente a la adolescente embarazada y su bebé, sino a su pareja (si existe), a su familia y a su entorno. (MINSa, 2016).

La Organización Mundial de la Salud ha señalado al embarazo como una de las prioridades en la atención de las adolescentes porque repercute en la salud de la madre y en la del niño. La mortalidad de mujeres de 15 a 19 años de edad en los países en desarrollo se duplica en

comparación con la tasa de mortalidad del grupo de 20 a 34 años. (Mora-Cancino & Hernández-Valencia, 2015).

Características de las adolescentes embarazadas

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

En Nicaragua a pesar que la tasa global de fecundidad se ha reducido, todavía se mantiene alta en comparación con otros países de la región, según datos de 2017 la Tasa General de fecundidad es de 2.4 hijos por mujer. En adolescentes entre 15 y 19 años acontecen 85 nacimientos por cada 1000 mujer en esos rangos de edad (The World Bank Group, 2017).

. El embarazo en la adolescencia puede tener un profundo efecto en la salud de las niñas durante su curso de vida. “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 (UNFPA, 2018).

La expectativa social de la adolescencia es que esta es una etapa en la que los individuos se preparan para la vida y adquieren habilidades para desarrollarse con plenitud. La permanencia escolar favorece el desarrollo personal y abre alternativas a otros roles sociales además de la maternidad. Asistir a la escuela es uno de los factores protectores con mayor potencial para disminuir la fecundidad de los adolescentes. El abandono escolar o rezago educativo provoca desigualdad en la distribución de capital económico, cultural y social (Sheffield, 2015).

El rezago educativo es el resultado de un proceso en el que pueden intervenir diversos eventos como la exclusión del sistema educacional (cuando niños y adolescentes se encuentran fuera del sistema escolar y que por su edad deberían estar inscritos en una escuela), el aprovechamiento escolar inferior al mínimo aceptado (implica reprobado alguna o varias materias o, inclusive, el grado escolar), la extra edad (alumnos que cursan grados escolares inferiores a los que, en un sistema regularizado, corresponde con sus edades), y la deserción escolar (el abandono de los estudios emprendidos)

Cuando hay un evento reproductivo en la adolescencia, hay una baja posibilidad de que se asuman simultáneamente la maternidad y la escuela, pues es común que este último se posponga o bien se abandone como expectativa de vida. Al comparar la situación escolar de mujeres que posponen la maternidad con la de madres adolescentes, se observa que las últimas tienen menor probabilidad de terminar la educación básica; no obstante, el porcentaje puede variar según el estrato social. (Sheffield, 2015).

Condiciones sociales del embarazo adolescente

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

El embarazo en la adolescencia se relaciona con diversos problemas biológicos, psicológicos y sociales para la madre y para su hijo. Existen indicadores de que dentro del propio grupo de adolescentes son las menores de 15 años las que tienen más riesgo. Algunos de estos

riesgos reflejan la inmadurez física y psicosocial de la adolescente porque al reto que representa el embarazo y la maternidad para el desarrollo personal de cualquier mujer, se suma el de la adolescencia (Mora-Cancino & Hernández-Valencia, 2015).

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

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

Adolescencia, pobreza y exclusión

La exclusión social de las y los adolescentes de los estratos populares, urbanos y rurales, es un fenómeno de variadas aristas que se articulan de manera compleja. Una enumeración de algunos de los factores que la determinan, pues, debe partir por aclarar su infructuosa exhaustividad. En un trabajo conjunto del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) y la Organización Iberoamericana de Juventud (OIJ) sobre los jóvenes y adolescentes de la región se señalan los siguientes:

- a) La incapacidad del mercado de trabajo para absorber personas con escasas calificaciones y garantizarles prestaciones sociales, lo que afecta principalmente a jóvenes y adolescentes populares urbanos.

- b) Las dificultades del Estado para reformar la educación y los sistemas de capacitación a la velocidad de cambio de las demandas de aptitudes y destrezas.
- c) Las transformaciones de la familia, que en los estratos de menores ingresos suelen estar incompletas o ser inestables, repercutiendo intensa y negativamente en la socialización de los jóvenes, y contribuyendo así a la pobreza de las nuevas generaciones.
- d) La formación insuficiente y la rigidez del mercado de trabajo, que tienden a marginar a los adolescentes y jóvenes de las posiciones laborales mejor remuneradas.
- e) Vinculado a la emancipación temprana de jóvenes con niveles educativos relativamente bajos, se produce un efecto demográfico que supone tasas de fecundidad más altas que las de sus pares con niveles educativos superiores, abonando la concentración de la pobreza en las primeras etapas del ciclo de vida familiar.

Con estos factores de exclusión interactúan factores de aislamiento, como la segregación residencial, la separación de los espacios públicos de sociabilidad informal según estratos socioeconómicos, y la segmentación de los servicios básicos, en especial de la educación.

Estas condiciones de exclusión social van acompañadas, paradójicamente, de un nivel inédito de exposición a propuestas masivas de consumo, que además confieren protagonismo social a la cultura juvenil: *“Todo ello define una situación de anomia estructural, en la cual adolescentes y jóvenes tienen una relativamente alta participación simbólica en la sociedad — que modela sus aspiraciones— y una participación material que impide la satisfacción de esas aspiraciones por cauces legítimos”* (CELADE/OIJ, 2000).

El impacto social es: “el abandono de los estudios al confirmarse el embarazo o durante la crianza, como consecuencia se presenta dificultad para conseguir empleos permanentes con salarios adecuados y beneficios sociales” (Flores Valencia, Nava Chapa, & Arenas Monreal, 2017).

En las condiciones actuales, “el estado civil de las madres adolescentes parece depender de la concepción que tengan la mujer y la sociedad, y todo su entorno, sobre la función de la mujer” (Tafur-Bonilla, Barbosa Campos, & Méndez Ortiz, 2017). Además, se ha observado que a menor edad de la mujer embarazada mayor es la proporción de madres solteras y el fracaso de posibilidad de unión, en este caso el matrimonio.

En Nicaragua, las uniones consensuales han venido incrementándose en los últimos 25 años. Los cambios socioculturales acontecidos y la legalización de las uniones de hecho estables gestadas a partir de la década de 1980 han favorecido esta tendencia. La Constitución de la República, en el artículo 72 del capítulo IV, se refiere a este tipo de uniones, cuando dice que “*el matrimonio y la unión de hecho estable están protegidos por el Estado; descansan en el acuerdo voluntario del hombre y la mujer y podrán disolverse por mutuo consentimiento o por la voluntad de una de las partes*”. La Constitución plantea que la ley regulará esta materia (CEPAL/CELADE/FNUAP, 2007)

En algunos casos ser madre adolescente puede ocasionar un matrimonio a la fuerza, hecho que suele afectar negativamente a la adolescente y a su pareja. Puede ser el inicio de conflictos, rechazo y recriminaciones, que más adelante terminan en separación, divorcio e inestabilidad emocional, sin mencionar los perjuicios para el hijo.

Las mujeres y las niñas representan la mitad de la población mundial y también, por tanto, la mitad de su potencial. Sin embargo, la desigualdad de género persiste hoy en todo el mundo y provoca el estancamiento del progreso social. Casarse jóvenes también afecta la educación de las niñas. A medida que las niñas entran en la adolescencia, las disparidades entre los géneros se incrementan. El matrimonio infantil afecta a las niñas mucho más que a los niños.

A nivel mundial, casi 15 millones de niñas menores de 18 años contraen matrimonio cada año, esto es, unas 37.000 al día. Casarse jóvenes también afecta la educación de las niñas lo que

supone desventajas en sus capacidades para acceder al mercado de trabajo y a mejores ingresos (FNUAP-Nicaragua, 2019)

1.6.6 Mortalidad de las adolescentes embarazadas

Riesgos del embarazo en la adolescencia

Riesgos biológicos:

- a) Menor de 18 años.
- b) Tener una altura de 1.5 metros, Pesar menos de 88 libras o más de 176 libras antes del embarazo.
- c) Pelvis pequeña.
- d) Parto prematuro.
- e) Anemia.
- f) Parto prolongado.
- g) Abortos provocados.
- h) Hemorragias.
- i) Muerte materna.

Riesgos psicológicos:

- a) Dado que es una etapa que está afianzando su identidad, no está preparada para asumir la maternidad.
- b) Rechazo familiar y social que tienen que enfrentar por su embarazo.
- c) Matrimonio forzado y apresurado.
- d) Posibilidad de continuos cambios de parejas, esto da como efecto que tengan uno o varios hijos de diferentes parejas.
- e) La adolescente experimenta sentimientos de culpa y vergüenza en cuanto a la reacción de su pareja, sus padres y sus amistades.

- f) Suicidios.

Riesgos sociales:

- a) El abandono escolar.
- b) Falta de recursos económicos que las induce al consumo de alcohol y drogas, prostitución y maltrato de hijos.

Riesgos para el hijo:

- a) Peso bajo al nacer.
- b) Nacimiento prematuro.
- c) Muerte fetal.
- d) Lactancia materna con menor tiempo de duración que las madres adultas

Los cuerpos más jóvenes no están plenamente desarrollados para pasar por el proceso del embarazo y el parto sin consecuencias adversas. Históricamente a las adolescentes entre 15-19 años se les ha atribuido “2-3 veces mayor riesgo de mortalidad durante el embarazo, parto o puerperio” (Nove, Matthews, Neal, & Virgin, 2014).

Causas de mortalidad materna

La inmadurez física coloca a la madre adolescente en mayor riesgo para la morbilidad y la mortalidad. La joven madre tiene mayor riesgo de presentar parto obstruido, parto prolongado, preeclampsia y eclampsia, entre otros. (OMS, 2019)

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

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

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

El embarazo es más vulnerable a mayor cercanía de la menarquia. Recién después de cinco años de edad ginecológica, la joven alcanza su madurez reproductiva, por esta razón los embarazos que se inician en los primeros cinco años de post - menarquia adquieren especial prioridad por los mayores riesgos maternos y perinatales que conllevan, las madres adolescentes tienen 30% de riesgo de volver a quedar embarazadas al siguiente año (Loredo-Abdalá, 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 y justicia. (MINSA, 2016).

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

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

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

Factores protectores durante el embarazo

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

1.6.7 Atención Prenatal

La atención prenatal en la adolescente embarazada, debe iniciarse tan pronto se confirme el embarazo, de ser posible en el primer trimestre (antes de la semana 12). Esta característica es de vital importancia en este grupo de edad, ya que se ha detectado que un porcentaje muy alto de las adolescentes inician su APN de forma tardía debido a diferentes circunstancias, entre las cuales podemos mencionar:

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

Clasificación del Riesgo

Todo embarazo en la adolescencia es considerado de riesgo.

1. Embarazadas que realizan su control de rutina en el programa de Atención Prenatal (APN) de rutina llamado “*bajo riesgo*”
2. Pacientes que necesitan Cuidados Especiales “*alto riesgo*” determinados por sus condiciones particulares de salud y/o factores de riesgo.

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

1. Brindar atención integral (bio-psico-social) y diferenciada, con calidad y respeto a su discapacidad, si la tiene, con enfoque de género y pertinencia cultural.

2. Preparación psicológica y física de la adolescente para el nacimiento de la o el bebé.
3. Durante la atención a la embarazada debe tomarse en cuenta:
 - Factores de riesgo que predisponen al embarazo adolescentes (por ejemplo: analfabetismo, paridad, antecedentes de cesáreas, desnutrición, fumadora, hipertensión arterial, diabetes, otros).
 - Factores de riesgo protectores (por ejemplo: apoyo de la pareja y familia, presencia de un proyecto de vida, estudios, entre otros).
 - Actividades a desarrollar en cada atención prenatal, del parto institucional y del puerperio.
 - Estado emocional y psicológico, violencia intrafamiliar, sexual, adicciones, depresión, ansiedad.
 - Alimentación durante el embarazo
 - Actividad física durante el embarazo, posparto inmediato y tardío(MINSA, 2016).

Capítulo II Diseño Metodológico

2.1 Tipo de estudio

El enfoque investigativo fue cuantitativo de tipo observacional, descriptivo de corte transversal. (OPS/OMS, 2010) (Gordillo Moscoso & Medina Moreno, 2012).

2.2 Área de estudio

El estudio fue realizado en el Hospital Primario Carlos Centeno del municipio de Siuna, Región Autónoma de la Costa Caribe Norte (RACCN), ubicado a 318 kilómetros de la capital Managua, y 218 kilómetros de Puerto Cabezas (Bilwi) cabecera departamental de la RACCN. La región de la RACCN tiene una población para el año 2020 de 530,586 habitantes, donde los adolescentes de 15 a 19 años representaron el 11.2%, distribuidos sobre todo en la zona rural con el 64.1%. Con respecto a la distribución por municipios, Siuna presentó una población equivalente al 19.7% del total del departamento. El Hospital Primario Carlos Centeno atiende una población de 104,385 habitantes, prevaleciendo la población rural con el 77.5%.

Límites territoriales: al norte con el municipio de Bonanza, al sur con los municipios de Paiwas y Río Blanco. Al este con los municipios de Rosita, Prinzapolka y la Cruz de Río Grande. Al oeste con los municipios de Waslala y el Cuá, Bocay.

2.3 Universo

El universo del estudio estuvo conformado por **665 adolescentes embarazadas** de 15 a 19 años atendidas en el programa de control prenatal del Hospital Primario Carlos Centeno del municipio de Siuna, Región Autónoma de la Costa Caribe Norte (RACCN), provenientes de los diferentes sectores atendidos, durante el primer semestre de 2020.

2.4 Muestra/Criterios de inclusión y exclusión

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

Dónde:

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

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 = 665

Dónde:

$$n = \frac{(665) (0.5)^2 (1.96)^2}{(665-1) (0.05)^2 + [(0.5)^2 \times (1.96)^2]}$$

$$n = \frac{665 \times 0.25 \times 3.8416}{(664 \times 0.0025) + [0.25 \times 3.8416]}$$

$$n = \frac{638.6660}{1.6600 + 0.9604}$$

$$n = \frac{638.6660}{2.6204}$$

Tamaño de la muestra (n) = 244 adolescentes embarazadas.

La muestra estuvo conformada por **244 adolescentes embarazadas** de 15 a 19 años atendidas en el programa de control prenatal del Hospital Primario Carlos Centeno del municipio de Siuna, Región Autónoma de la Costa Caribe Norte (RACCN), provenientes de los diferentes sectores atendidos, durante el primer semestre de 2020 y establecida de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión. El tipo de muestreo fue de tipo probabilístico, aleatorio simple.

Criterios de inclusión:

1. Adolescentes embarazadas atendidas en el programa de control prenatal
2. Procedencia de sectores atendidos por el Hospital Carlos Centeno
3. Expedientes clínicos con información completa para el llenado de la ficha de recolección de datos

Criterios de Exclusión:

1. Adolescentes con expedientes clínicos con información incompleta.

2.5 Técnicas y procedimientos

Para realizar el estudio, se solicitó el permiso por parte de las autoridades del Hospital Primario Carlos Centeno del municipio de Siuna, RACCN, a los cuales se les informó y explicó el tema de investigación, indicando los objetivos del mismo, así mismo se realizaron visitas para establecer coordinaciones en los diferentes momentos del proceso de investigación.

Se realizó reuniones de coordinación con el equipo de investigación, desarrollando un proceso de *revisión y selección de información actualizada* a nivel internacional y nacional, acerca del tema de investigación, y de acuerdo a las líneas de investigación de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNAN Managua. Además a partir de la revisión de la literatura se elaboró el instrumento de recolección de la información, el cual fue utilizado para la realización del llenado del instrumento de recolección de la información con respecto a las adolescentes embarazadas en estudio.

La información fue obtenida mediante una revisión documental, a través de la revisión de expedientes clínicos (fuente secundaria) de adolescentes embarazadas de 15 a 19 años, con antecedentes de haber sido atendidas en el programa de control prenatal (CPN), durante el primer semestre de 2020.

Se les informó a las autoridades, que los datos proporcionados serían utilizados únicamente para fines académicos y que en todo momento se mantendría su privacidad.

El instrumento de recolección de la información fue un modelo de cuestionario, elaborado a partir de información recopilada y revisada en investigaciones previas sobre el mismo tema de investigación del presente estudio, el cual fue coordinado con el tutor de la investigación y los autores respectivamente.

La base del cuestionario se elaboró acorde al documento del Programa de Naciones para la población (FNUAP) bajo el título en el año 2018 (OPS/FNUAP/UNICEF, 2018) y a partir de

datos revisados del informe final de la Encuesta de Demografía y Salud 2011/2012. Capítulo 12 pp. 425-456 (INIDE, 2014). El instrumento estuvo estructurado en 4 capítulos: el primero de ellos contenía características sociodemográficas de las embarazadas adolescentes, el segundo capítulo presentó los antecedentes ginecoobstétricos de las pacientes evaluadas en el programa de control prenatal durante el periodo de estudio. El tercer capítulo evaluó las características más importantes del embarazo actual en las adolescentes atendidas en el programa de atención prenatal, el último capítulo determinó la vía de finalización del embarazo en las adolescentes embarazadas en el periodo de la investigación.

La recolección de la información se realizó mediante la ejecución del llenado de la ficha de recolección de datos por parte de los investigadores, se promovió que el instrumento fuera llenado de forma ordenada y completa. De esa manera se garantizó un mayor nivel de confiabilidad con las respuestas encontradas durante el desarrollo de la investigación.

2.6 Plan de tabulación y análisis

La información obtenida del cuestionario se procesó a través de la creación de una base de datos en el programa software SPSS 22.0. 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.

2.7 Enunciado de variables

Objetivo específico N° 1: Caracterizar sociodemográficamente a las adolescentes embarazadas en estudio.

- a) Edad
- b) Nivel de escolaridad
- c) Estado civil
- d) Religión

- e) Procedencia

Objetivo específico N° 2: Identificar antecedentes ginecoobstétricos de las adolescentes embarazadas evaluadas.

- a) Menarca
- b) Edad de inicio de vida sexual activa (IVSA)
- c) Número de parejas sexuales
- d) Antecedentes de Infección de Transmisión Sexual (ITS)
- e) Tipo de ITS
- f) Número de embarazos anteriores
- g) Uso de métodos anticonceptivos (MAC)
- h) Tipo de MAC utilizados

Objetivo específico N° 3: Describir las características clínicas del embarazo actual en adolescentes atendidas.

- a) Semanas de gestación al momento de la captación
- b) Número de controles prenatales
- c) Embarazo actual es deseado
- d) Hospitalizaciones durante el embarazo
- e) Complicaciones durante el embarazo
- f) Tipos de complicaciones

Objetivo específico N° 4: Determinar la vía de finalización del embarazo en las adolescentes en estudio

- a) Parto vaginal
- b) Cesárea

2.8 Operacionalización de Variables

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

Objetivo Específico N° 2: Identificar antecedentes Ginecoobstétricos de las adolescentes embarazadas evaluadas			
Variable	Concepto	Indicador	Escala/valor
Menarca	Edad de aparición de la primera regla	Años	9 a 11 años 12 a 14 años 15 años o más
Edad de inicio de vida sexual (IVSA)	Edad de inicio de vida sexual activa	Años	11 – 13 años 14 – 16 años 17 – 19 años
Número de parejas sexuales	Será el número de parejas sexuales que haya tenido la adolescente embarazada	Número de parejas sexuales	1 2 3 o más
Antecedentes de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)	Presencia de Infecciones de Transmisión Sexual en las embarazadas adolescentes en los últimos 2 años previo al estudio	Historia de presencia de ITS	Sí No
Tipo de ITS	Será el tipo de ITS presente en los últimos años previo al estudio	Tipo de ITS	Gonorrea Sífilis Vaginitis bacteriana Candidiasis vaginal Tricomoniasis VPH
Número de embarazos anteriores	Es el número de embarazos previos indicados por la embarazada adolescente en el momento del estudio	Número de embarazos	Ninguno Uno Dos
Uso de métodos anticonceptivos (MAC)	Antecedente de uso de MAC por parte de la adolescente embarazada	Historia de uso de métodos anticonceptivos	Sí No
Tipo de MAC utilizado	Es el tipo de MAC utilizado por la adolescente embarazada	Tipo de método anticonceptivo	Condón Anticonceptivos orales Inyectables DIU Píldora para el día siguiente (PPMS)

Objetivo Específico N° 3: Describir las características clínicas del embarazo actual en las adolescentes atendidas en el programa de atención prenatal.			
Variable	Concepto	Indicador	Escala/valor
Semanas de gestación a la captación	# de semanas que tenía la adolescente embarazada al momento de la captación de la paciente	# de semanas	< 12 semanas 13-19 semanas 20-26 semanas 27-33 semanas 34-40 semanas
Número de controles prenatales a los que ha asistido	Número de controles prenatales realizados a las adolescentes embarazadas	Número de controles	1 2 3 4 o más
Embarazo actual es deseado	Es el deseo de estar embarazada actualmente expresado por la adolescente	Deseo de estar embarazada	Si No
Hospitalizaciones durante el embarazo	Historia de ingreso a nivel hospitalario durante el desarrollo del presente embarazo	Número de hospitalizaciones	Ninguna 1 2 Más de 2
Complicaciones durante el embarazo actual	Problemas de salud durante el embarazo, que pueden afectar la salud de la madre, la salud del feto o la de ambos. Estos efectos provocan el desarrollo de embarazos de alto riesgo.	Presencia de complicaciones	Sí No
Tipos de Complicaciones en el embarazo actual	Tipos de complicaciones presentes durante el desarrollo del embarazo actual que pueden afectar la salud de la madre, del producto o de ambos.	Tipos de complicaciones	Infecciones urinarias Enfermedad Hipertensiva del Embarazo Desproporción cefalopélvica (DCP) Riesgo de pérdida de bienestar fetal

Objetivo Específico N° 4: Determinar la vía de finalización del embarazo en las adolescentes en estudio.			
Variable	Concepto	Indicador	Escala/valor
Termino del embarazo actual	Forma/vía de culminación del embarazo actual en adolescentes embarazadas	Vía de termino del embarazo	Parto vaginal Cesárea

2.9 Aspectos Éticos

Se respetaron los derechos en todo momento de las embarazadas adolescentes sujetas a estudio, establecidos en la Declaración de Helsinki del año 1989, por la Asociación Médica Mundial (AMM), así como la constitución política y en las leyes de la República de Nicaragua (Ley 287 “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 en todo momento el anonimato de los datos de las embarazadas adolescentes atendidas en el programa de atención prenatal del Hospital Primario Carlos Centeno del municipio de Siuna, RACCN en el periodo de estudio. La información recopilada de cada uno de los expedientes clínicos fue mantenida a resguardo por los investigadores y al finalizar el completamiento del llenado del instrumento los datos fueron utilizados para fines de la investigación en el ámbito académico.

Capítulo III Desarrollo

3.1 Resultados

Objetivo Específico N° 1: Caracterizar sociodemográficamente a las adolescentes embarazadas en estudio

En el estudio, la población se encontraba conformada en el 58.6% (143) por adolescentes entre los 17-19 años, seguido de adolescentes entre 15-16 años con el 41.4% (101). En relación al nivel de escolaridad predominó las que alcanzaron estudios de secundaria con el 52.4% (128), el nivel de primaria con el 23.8% (58) seguida por el nivel universitario con el 12.7% (31) y analfabeta con el 11.1% (27). El 39.3% (96) se encontraban solteras, seguida del grupo de adolescentes que estaban en unión de hecho estable con el 36.1% (88) y casadas con el 24.6% (60). Con respecto a la religión que profesaban las embarazadas adolescentes, predominaron la doctrina evangélica con el 46.7% (114) , seguidos del catolicismo con el 34.8% (85). El 84.4% (206) eran de procedencia rural y 15.6% (38) de zona urbana. **(Tabla 1)**

Objetivo Específico N° 2: Identificar antecedentes ginecoobstétricos de las adolescentes embarazadas evaluadas.

En relación a los antecedentes GinecoObstétricos, la menarca se dio entre 12-14 años en el 58.2% (142), 15 o más años con un 31.6% (77) y entre 9-11 años el 10.2% (25). El 66.4% (162) iniciaron vida sexual entre 14-16 años, seguido de 11-13 años con 22.5% (55) y de 17-19 años el 11.1 % (27). El 71.7% (175) solo convivió con una pareja sexual, 16.0% (39) con dos y 12.3% (30) con 3 o más. La prevalencia de antecedentes de infecciones de transmisión sexual fue de 60.7% (148), dentro de este grupo predominaron la vaginosis bacteriana con el 77.7% (115), seguida de Infección por Virus del Papiloma Humano (VPH) con un porcentaje de 66.9% (99) y la tricomoniasis con el 60.8% (90) respectivamente. El 62.3% (152) de las adolescentes

embarazadas no utilizaban métodos anticonceptivos antes del embarazo actual, y solo el 37.7% (92) indicaron el antecedente de su uso. En el grupo que utilizó métodos de planificación familiar, utilizaron en orden de frecuencia: PPMS en el 32.6%, condón en el 30.5% y anticonceptivos en el 15.2%. El 56.1% (137) no presentaban antecedentes de un embarazo previo, en el 35.7% (87) indicaron el antecedente de un embarazo previo y en el 8.2% (20) de las adolescentes tenían dos embarazos previamente. **(Tabla 2)**

Objetivo Específico N° 3: Describir las características clínicas del embarazo actual en las adolescentes atendidas.

En relación a las características del embarazo actual de las adolescentes en estudio, se encontraron los siguientes resultados: En el 61.1% (149) fueron captadas entre la semana 13 a 19 de gestación. El 27.4% (67) de las embarazadas adolescentes fueron captadas antes de las 12 semanas de gestación, y en el 5.7% (14) se captaron entre las 20-26 semanas gestacionales. El 40.6% (99) de las adolescentes embarazadas asistieron a dos controles prenatales, el 27.5% (67) se realizaron tres controles prenatales, el 25.8% (63) asistieron a solamente un control prenatal. Solamente el 6.1% (15) asistieron a cuatro controles prenatales. Predominaron los embarazos no deseados en un 52.5 % (128) , por sobre las que sí deseaban embarazarse 47.5% (116).

En relación a los antecedentes de hospitalizaciones durante el embarazo: El 80.7% (197) no presentó ningún ingreso, el 11.1% (27) había sido internada una vez. En el 47.5% (116) de las embarazadas presentaron complicaciones durante el desarrollo del embarazo actual. Al evaluar este grupo se encontraron los datos siguientes: La mayor frecuencia de complicaciones se presentaron como infecciones de vías urinarias (IVU) con el 46.4% (54), las enfermedad hipertensiva del embarazo (EHE) con el 32.2% (37), la desproporción cefalopélvica (DCP) con el 10.2% (12), y el 11.2% (13) de las adolescentes presentaron complicaciones de Riesgo de pérdida del bienestar fetal (RPBF) respectivamente. **(Tabla 3)**

Con respecto a la Edad versus Número de embarazos anteriores, se encontró que en el grupo de Edad de 15-16 años, predominaron aquellas que no tenían antecedentes de gestaciones previas con el 78.2% (79), en el 16.8% (17) tenían un embarazo anterior, y en el 5.0% (5) tenían dos embarazos anteriores; dentro del grupo de edad de 17-19 años, el 40.6% (58) no tuvieron antecedentes de embarazos anteriores, en el 49.0% (70) tenían el antecedente de tener un embarazo anterior, y en el 10.4% (15) tenían antecedentes de dos embarazos. **(Tabla 4)**

En relación a la Edad versus el número de parejas sexuales se encontró que en el grupo de edad de 15 a 16 años, el 63.4% (64) tenía solo una pareja, en el 25.7% (26) tuvieron dos parejas sexuales y en el 10.9% (11) tenían el antecedente de tres o más. En el segmento de adolescentes embarazadas de 17 a 19 años, el 77.6% (111) tuvieron una sola pareja, en el 9.1% (13) dos parejas sexuales y 13.3% (19) tuvieron el antecedente de tres o más. **(Tabla 5)**

Con respecto al nivel de escolaridad versus antecedentes de uso de métodos anticonceptivos, dentro del grupo de adolescentes embarazadas analfabetas, el 18.5% (5) del grupo utilizaron métodos anticonceptivos, y el 81.5% (22) no lo utilizaban. En el nivel de escolaridad de primaria, el 32.8% (19) del grupo indicaron haber utilizado métodos anticonceptivos y en el 67.2% (39) señalaron su no utilización. En el grupo de adolescentes con un nivel de escolaridad de secundaria, el 39.8% (51) del grupo indicaron haber utilizado métodos anticonceptivos antes del embarazo actual y en el 60.2% (77) indicaron que no habían utilizado métodos anticonceptivos. En el grupo de adolescentes con un nivel de escolaridad universitaria en el 54.8% (17) señalaron que habían utilizado métodos anticonceptivos antes de su embarazo actual y en el 45.2% (14) negaron este antecedente. **(Tabla 6)**

En relación a la Edad versus los tipos de complicaciones durante el embarazo actual de la adolescente, dentro del grupo de adolescentes embarazadas con edades de 15 a 16 años, en el 45.7% (37) del grupo presentaron infección de vías urinarias (IVU), en el 33.3% (27)

desarrollaron enfermedad hipertensiva del embarazo (EHE); en el 11.1% (9) presentaron desproporción céfalo pélvica (DCP) y en el 9.9% (8) presentaron riesgo de pérdida del bienestar fetal (RPBF). En el grupo con edades de 17 a 19 años, 48.6% (17) del grupo presentaron infección de vías urinarias (IVU), en el 28.6% (10) desarrollaron enfermedad hipertensiva del embarazo (EHE); en el 8.6% (3) presentaron desproporción céfalo pélvica (DCP) y en el 14.2% (5) presentaron riesgo de pérdida del bienestar fetal (RPBF) (**Tabla 7**)

En relación a la Procedencia versus Tipos de complicaciones durante el embarazo actual, en el grupo de adolescentes embarazadas de procedencia urbana, en el 45.5% (15) del grupo presentaron infección de vías urinarias (IVU), en el 36.4% (12) desarrollaron enfermedad hipertensiva del embarazo (EHE); en el 12.1% (4) presentaron desproporción céfalo pélvica (DCP) y en el 6.0% (2) presentaron riesgo de pérdida del bienestar fetal (RPBF). En el grupo de adolescentes embarazadas de procedencia rural, en el 47.0% (39) del grupo presentaron infección de vías urinarias (IVU), en el 30.1% (25) desarrollaron enfermedad hipertensiva del embarazo (EHE); en el 9.6% (8) presentaron desproporción céfalo pélvica (DCP) y en el 13.3% (11) presentaron riesgo de pérdida del bienestar fetal (RPBF) (**Tabla 8**)

En relación a la religión versus el número de embarazos anteriores, se encontró que las adolescentes embarazadas que profesaban la religión católica, en el 56.5% (48) no tuvieron antecedentes de embarazos anteriores, en el 40.0% (34) tuvieron el antecedente de 1 embarazo en el 3.5% (3) de las embarazadas indicaron el antecedente de dos embarazos anteriores. En el grupo de embarazadas adolescentes que profesaban la religión evangélica, en el 64.9% (74) no tuvieron antecedentes de embarazos anteriores, en el 27.2% (31) tuvieron el antecedente de 1 embarazo anterior, el 7.9% (9) de las embarazadas indicaron el antecedente de dos embarazos anteriores. En el grupo de embarazadas adolescentes que profesaban la religión testigo de jehová, en el 40.0% (8) no tuvieron antecedentes de embarazos anteriores, en el 50.0% (10) tuvieron el antecedente de

1 embarazo anterior, el 10.0% (2) de las embarazadas indicaron el antecedente de dos embarazos anteriores. En el grupo de adolescentes embarazadas que profesaban otras religiones se encontró en el 28.0% (7) que no tenían antecedentes de embarazos anteriores, en el 48.0% (12) tuvieron el antecedente de 1 embarazo anterior, y en el 24.0% (6) de las embarazadas indicaron el antecedente de dos embarazos anteriores (**Tabla 9**)

Con respecto a la religión y los deseos de estar embarazada, en el grupo de adolescentes que profesaban la religión católica, el 23.5% (20) de las jóvenes adolescentes quisieron estar embarazadas y el 76.5% (65) no deseaban estar embarazadas, dentro del grupo de adolescentes que profesaban la religión evangélica en el 47.4% (54) tenían el deseo de estar embarazadas, y en el 52.6% (60) no deseaban estar embarazadas, en el grupo de adolescentes que profesaban la religión testigo de jehová, el 35.0% (7) de las jóvenes adolescentes quisieron estar embarazadas y el 65.0% (13) no deseaban estar embarazadas. En el grupo de las adolescentes que profesaban otras religiones, se encontró que en el 24.0% (6) del grupo deseaba el embarazo y en el 76.0% (19) de las adolescentes embarazadas no deseaban el embarazo actual. (**Tabla 10**)

Con respecto a la religión y el uso de métodos anticonceptivos (MAC), en el grupo de adolescentes católicas, se encontró que el 44.7% (38) habían utilizado métodos anticonceptivos, y el 55.3% (47) no lo habían hecho. Dentro del grupo de embarazadas adolescentes evangélicas, el 28.9% (33) habían utilizado los métodos anticonceptivos antes del embarazo actual y el 71.1% (81) no lo habían utilizado. En el grupo de adolescentes que profesaban la religión testigos de jehová, el 40.0% (8) de las jóvenes adolescentes habían utilizado los métodos anticonceptivos antes del embarazo actual y el 60.0% (12) no habían utilizado métodos anticonceptivos. En el grupo de profesaban otras religiones, el 52.0% (13) del grupo habían utilizado métodos anticonceptivos y en el 48.0% (12) no los había usado. (**Tabla 11**)

En relación a la edad del inicio de vida sexual activa (IVSA) versus número de embarazos anteriores, en el grupo de embarazadas adolescentes con IVSA de los 11 a 13 años en el 29.1% (16) no tenían antecedentes de embarazos anteriores, el 47.3% (26) tuvieron el antecedente de 1 embarazo anterior; y en el 23.6% (13) indicaron el antecedente de dos embarazos anteriores. En el grupo con IVSA de 14 a 16 años, se encontró que el 73.5% (119) no tuvieron antecedentes de embarazos anteriores, el 23.5% (38) tenían el antecedente de 1 embarazo anterior; y en el 3.0% (5) tuvieron antecedentes de dos embarazos anteriores. Dentro del grupo de IVSA de 17 a 19 años se encontró que el 7.4% (2) no tuvieron el antecedente de embarazos anteriores, el 85.2% (23) tenían el antecedente de 1 embarazo anterior y el 7.4% (2) indicaron antecedentes de dos embarazos anteriores. **(Tabla 12)**

Con respecto al número de controles prenatales versus complicaciones; se encontró que las adolescentes embarazadas que habían asistido a 1 control prenatal durante el desarrollo de su embarazo, en el 69.8% (44) presentaron complicaciones y en el 30.2% (19) no presentaron complicaciones. Las adolescentes embarazadas que habían asistido a 2 controles prenatales durante el desarrollo de su embarazo, en el 41.4% (41) presentaron complicaciones y en el 58.6% (58) no presentaron complicaciones. Las adolescentes embarazadas que habían asistido a 3 controles prenatales durante el desarrollo de su embarazo, en el 38.8% (26) presentaron complicaciones y en el 61.2% (41) no presentaron complicaciones. Las adolescentes embarazadas que habían asistido a 4 o más controles prenatales durante el desarrollo de su embarazo, en el 33.3% (5) presentaron complicaciones y en el 66.7% (10) no presentaron complicaciones.

(Tabla 13)

Objetivo Específico N° 4: Determinar la vía de finalización del embarazo en las adolescentes en estudio.

En relación a la vía de finalización del embarazo actual en las adolescentes en estudio, se encontró que en el 57.8% (141) de las embarazadas la vía de finalización fue el parto vaginal y en el 42.2% (103) la vía de finalización fue por Cesárea. **(Tabla 14)**

3.2 Análisis y Discusión de Resultados

Al realizar el análisis de los datos obtenidos con respecto a las características sociodemográficas de las embarazadas adolescentes; con respecto a la edad, la mayor frecuencia se presentó en las edades de 17 a 19 años, estos datos se corresponden a los resultados obtenidos en el Informe Final de la Encuesta de Demografía y Salud realizada en los años 2011-12 respectivamente. (INIDE, 2014). Ya que la información demostrada en dicho informe indica que el embarazo adolescente en Nicaragua se presenta más frecuentemente en las edades de 18 a 19 años. Además los informes de la Organización Mundial de la Salud han señalado el alto riesgo del embarazo adolescente en las poblaciones de jóvenes que se desarrollan en los países de bajos y medianos ingresos, creando condiciones socioeconómicas de muchas limitaciones. Estudios realizados por la Organización Panamericana de la Salud han determinado que el comportamiento del embarazo adolescente en Nicaragua ocupa el primer lugar de proporción de embarazos en América Latina (Banco Mundial, 2013). (OMS, 2020). El 24.4% de los embarazos son de adolescentes, es decir, 92 de cada 1,000 mujeres adolescentes (entre 15 y 19 años) son madres. (Muñoz Robleto, 2018). Teniendo el doble de probabilidad de morir a causas de complicaciones durante el embarazo, que las mujeres entre los 20 y 24 años de edad (Muñoz Robleto, 2018). Tanto a nivel individual como colectivo, son múltiples los impactos del embarazo adolescente, sobre todo si no fue resultado de una decisión libre e informada que, como vimos, son la mayoría.

En Nicaragua más del 80.0% de los adolescentes inician relaciones sexuales entre los 15 y 16 años de edad. (FNUAP, 2017). La información recopilada en el presente estudio indica que la mayoría de las adolescentes quedan embarazadas en un período de 2 años posterior al inicio de su actividad sexual.

La pobre calidad educativa en lo que respecta a la salud sexual y reproductiva provoca un proceso de exclusiones que tiene que enfrentar la joven madre, el cual inicia con el embarazo, a esto se suma la deserción escolar que se ha relacionado al hecho de uniones formales tempranas, y de expectativas igualmente bajas que tienen las adolescentes para sus propias vidas. Por lo tanto, las políticas que buscan reducir el embarazo adolescente tendrían que considerar mucho más que solo brindar información sobre los anticonceptivos y facilitar su acceso. Es decir que, sin educación sexual de calidad o el fortalecimiento de las capacidades de asertividad adolescente, es realmente poco lo que se pueda lograr para mejorar este comportamiento.

Estas condiciones generan un vínculo directo hacia la falta de derechos sexuales y reproductivos, en donde el embarazo, la maternidad y la crianza durante la adolescencia son temas de interés social y políticas de estado que demandan un abordaje integral acerca de las acciones a realizar por parte de la sociedad y el gobierno con objetivos y acciones a corto plazo. Debe impulsarse por ello; la ejecución de los compromisos adquiridos mediante la ratificación de documentos de OPS/OMS y UNFPA en que señalan que los adolescentes tienen el derecho de recibir información y los instrumentos necesarios para prevenir y minimizar los potenciales impactos negativos de su iniciación y comportamientos sexuales. (FNUAP, 2017) (OMS, 2018).

Los resultados obtenidos en relación al nivel de escolaridad, se correlacionan con investigaciones previas a nivel nacional en el departamento de Masaya (Caliz & Castillo, 2018), así como en el Centro de Salud Carlos Rugama de Managua (Ruiz García , García Reyes, & Caldera Pacheco, 2019); creando condiciones de limitaciones para el futuro de la pareja así como la presión socioeconómica para las familias involucradas y la sociedad misma (FUNIDES, 2016).

Las mayor prevalencia del embarazo adolescentes se ha relacionado con zonas geográficas con menor tasa de escolaridad neta, asociada también a un mayor número de nacimientos (INIDE, 2014).

Esto reduce las posibilidades de culminación de estudios y así mismo la obtención de un título académico, limitando el futuro material humano productivo para el país que se traduce en pérdidas económicas y sociales, además del enlentecimiento del desarrollo humano. (FUNIDES, 2016). Las cifras más elevadas de las tasas de fecundidad en los adolescentes coinciden con los estados de mayor pobreza y marginación. El contexto social y económico se asocia a mayores tasas de embarazo en adolescentes, donde se resalta cómo un factor muy importante dentro del proceso de la adquisición de valores y aspiraciones para su vida (FUNIDES, 2016).

El embarazo adolescente asociado a un ambiente de pobreza llevará a conseguir un empleo a edades más tempranas, y bajo malas condiciones laborales, esto provoca una imposición de asumir nuevos roles sociales dónde la pareja adolescente no tiene la capacidad académica ni social de afrontar. Al final la dependencia familiar, etnicidad, pobreza, y acceso a redes de apoyo social va limitando el proceso de su inclusión social. Esto provoca la continuidad de las inequidades, limitando el ejercicio de sus derechos, con altos costos sociales y económicos derivados de estos rezagos (Mendoza & Subiría, 2018).

La mayoría de las embarazadas adolescentes se encontraban solteras, en su mayoría teniendo un efecto directo en un embarazo no planificado, con el consiguiente efecto en la pareja y el entorno familiar de ambos adolescentes. Además la mayor parte de la población estudiada indicó su rechazo a estar embarazada. Este fenómeno convierte a las embarazadas adolescentes socioeconómicamente en una población muy vulnerable, con mayor riesgo para su futuro bebé. Los efectos de rechazo familiar y social hacia la adolescente embarazada es una constante en la mayoría de países de América Latina y el Caribe (ALC), que presiona también a la pareja de la adolescente y que provoca inseguridad, sobre todo por la falta de apoyo socioeconómico de sus padres y la sensación de pérdida de sus proyectos de vida; ante

esta situación en una gran parte de las parejas se produce abandono temprano, desarrollando una mayor crisis en la vida de la futura madre (Banco Mundial, 2013) (Di-Cesare, 2015)

Esto genera serios conflictos en la pareja adolescente y en su entorno social, condicionada por el propio embarazo y la falta de apoyo de los familiares más cercanos, esto desata violencia de pareja a corto plazo, problemas de convivencia y con efectos de ruptura emocional bastante graves (Carvajal Barona, Valencia Oliveros, & Rodríguez Amaya, 2017).

En su mayoría las embarazadas del presente estudio profesaban la religión evangélica, por lo que los datos no se corresponden a resultados encontrados en estudios realizados en investigaciones a nivel nacional (Caliz & Castillo, 2018) (Urbina Reyes & Vargas Ramos, 2016) e Internacionales (Sanchez, y otros, 2013) la religión como factor cultural en la sociedad nicaragüense juega un papel importante, ya que desde etapas tempranas de la formación de la familia se impulsa las creencias religiosas; influyendo en la estigmatización y menosprecio, determinando al embarazo adolescente como un pecado, una traición a los principios y dogmas de la religión que la adolescente profesa.

En relación a la procedencia, las adolescentes en su mayoría presentaron una procedencia rural, debido a las condiciones geográficas donde se desarrolla la población atendida por la unidad de salud. El acceso a los servicios de salud por parte de los adolescentes en los países de bajo y medianos ingresos presentan limitaciones, y esto influye en que la adolescente embarazada en muchos casos suspende sus visitas a controles prenatales y/o a que la evaluación del embarazo no se realice con el tiempo óptimo, que provoca un abordaje tardío ante la presencia de complicaciones, dándose efectos en el binomio madre-hijo. Además en el ambiente rural la presencia de un embarazo adolescente generalmente conduce a uniones tempranas, caracterizados por dependencia y/o problemas económicos, en dónde frecuentemente se presenta violencia intrafamiliar (Ministerio de Salud. Nicaragua, 2012) (INIDE, 2014) .

Los datos obtenidos en relación a la edad de menarca, coinciden con resultados de investigación realizada por Cáliz y Castillo en el Departamento de Masaya (Caliz & Castillo, 2018). Las adolescentes iniciaron vida sexual activa sobre todo entre los 14 a 16 años. Más del 50% de los adolescentes han iniciado vida sexual antes de los 15 años (OMS, 2020). Instituciones nacionales han indicado que 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 en los varones (INIDE, 2019).

La mayoría de las embarazadas adolescentes tuvieron una pareja sexual, estos resultados coinciden a datos obtenidos en un estudio realizado por Ruiz García y Colaboradores en el año 2019 en el Centro de Salud Carlos Rugama de Managua (Ruiz García , García Reyes, & Caldera Pacheco, 2019).

En su mayoría tuvieron antecedentes de infecciones de transmisión sexual, siendo la más frecuente la vaginosis bacteriana y la infección por VPH, Varios factores biológicos aumentan la susceptibilidad de las adolescentes para la adquisición de ITS. Existen condiciones que favorecen a desarrollar una mayor vulnerabilidad en las adolescentes hacia la presencia de ITS, uno de ellos es la ectopia fisiológica o presencia de epitelio columnar en el ectocérvix, que es más accesible que el epitelio escamoso presente en la madurez a la colonización por gérmenes patógenos; por otro lado las adolescentes tienen valores más bajos que la adultas de inmunoglobulina A secretora en el moco cervical. Es un anticuerpo protector frente a infecciones genitales y su concentración aumenta en la fase secretora del ciclo menstrual, que está ausente en la adolescencia temprana cuando la ovulación ocurre de forma irregular (Rodríguez Jiménez, 2014).

El inicio precoz de la actividad sexual provoca una mayor incidencia de infecciones cuando la primera relación se produce en la adolescencia temprana o media, la existencia de múltiples parejas, cambios de pareja y parejas que a su vez tienen múltiples parejas, el uso

limitado y/o incorrecto de métodos anticonceptivos sobresaliendo el mal uso de los preservativos, especialmente en parejas estables, o debido a que las adolescentes no se acerquen a los servicios de salud que ofertan medios de anticoncepción porque temen el estigma social o ser juzgadas por el personal de los centros de salud. (Caliz & Castillo, 2018) (OMS, 2018).

Las limitaciones de conocimiento de salud sexual y reproductiva (SSR) favorecen al desarrollo de las ITS, lo que aumenta el riesgo de afectación en la salud hacia la madre y su bebé. El CDC ha señalado la importancia de la detección durante el desarrollo del embarazo a las ITS con el objetivo de la prevención de afectaciones a mediano y largo plazo para el bebé (CDC, 2016).

Las adolescentes embarazadas no tenían antecedentes de embarazos anteriores; datos que se relacionan al informe emitido por FNUAP Nicaragua en el año 2017 en donde señala que más del 75.0 % de las adolescentes en el país, 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).

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. El comportamiento sexual de las adolescentes embarazadas del presente estudio indicó que la mayoría, desarrolló un proceso donde la edad de menarca, la edad de IVSA y la presencia de su embarazo ocurre en un período promedio de 2 a 3 años, afectando el desarrollo socioeconómico de la madre adolescente y una mayor carencia económica en el núcleo familiar de ambos jóvenes. Estudios realizados en el país (INIDE, 2014) y a nivel latinoamericano

confirman que las adolescentes al terminar su período de desarrollo ya son madres o se encuentran embarazadas (OPS, 2018).

La mayoría de las embarazadas fueron captadas en el periodo de 13 a 19 semanas de gestación, condición que brinda la oportunidad de identificar patologías que afectan el buen desarrollo del embarazo y así mismo realizar acciones de prevención de complicaciones que pueden desarrollarse posteriormente. Aunque la mayor parte de la población muestral solo asistieron a 2 controles prenatales, los datos no se relacionan con los de Ruiz García y colaboradores en estudio realizado en el centro de salud Carlos Rugama de Managua (Ruiz García , García Reyes, & Caldera Pacheco, 2019), donde la captación de las embarazadas tuvieron un tiempo más temprano y su número de controles fue mayor. Limitaciones geográficas, educativas y condiciones familiares son obstáculos muy importantes que provocan poca afluencia de las usuarias al programa de control prenatal de la unidad hospitalaria; lo que representa un reto para promover el fortalecimiento del proceso de promoción, educación y esfuerzo que deben realizarse en el futuro dentro de los programas de salud materna e infantil del Ministerio de Salud de Nicaragua como estrategias de prevención en el marco del modelo de salud comunitaria y familiar (MINSAL, 2016).

Durante el desarrollo del embarazo actual, no existieron en la mayoría de los casos hospitalizaciones, aproximadamente en la mitad de las embarazadas se presentaron complicaciones, siendo en frecuencia las infecciones urinarias y la enfermedad hipertensiva del embarazo como segunda complicación. Estos datos se encuentran relacionados a información de las Normativas del Ministerio de Salud del país que indica como principales complicaciones el mismo hecho de la inmadurez de la adolescente, que todavía no alcanzado la mayoría de su madurez funcional de su sistema reproductor y la presencia del embarazo altera sus componentes metabólicos y anatómicos que provocan estas alteraciones (MINSAL, 2018). La mayoría ocurre

asociada a una falta de detección temprana y/o por un manejo inadecuado de la patología (MINSA, 2016).

La mayoría de las jóvenes cursaba con su primer embarazo y así mismo dentro del grupo de adolescentes embarazadas con edades de 17 a 19 años, la mitad ya tenía un hijo al momento del estudio; así mismo se pudo identificar que conforme la adolescente va creciendo el número de parejas sexuales aumenta, manteniendo una relación inestable, con un ambiente de inseguridad emocional y afectiva de la adolescente. Los resultados señalados están relacionados a estudios nacionales (INIDE, 2014) e internacionales, que indican que las adolescentes al terminar su etapa adolescente ya son madres o se encuentran embarazadas. (OPS, 2018).

Cuando se produce este “accidente” 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 familia (OMS, 2018).

Los factores como religión y procedencia relacionados al antecedentes de uso de métodos anticonceptivos y deseo de estar embarazada al momento del estudio, las adolescentes católicas indicaron una posición de relación directa entre el uso de los métodos anticonceptivos y el rechazo hacia el desarrollo de un embarazo.

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.

La mayoría de complicaciones durante el desarrollo del embarazo se presentó con mayor frecuencia en adolescentes que habían asistido solamente a un control prenatal. Ya se ha establecido que el ambiente de limitaciones en educación sexual y reproductiva, el ambiente de violencia, las condiciones socioeconómicas de la población nicaragüense provoca la falta de acceso a los servicios de salud. Además, la inmadurez biológica y psicológica ante el hecho de estar embarazada condiciona una mayor vulnerabilidad para el desarrollo de complicaciones. (OMS, 2020) (OPS, 2018). Por ende las tasas de mortalidad materna son más altas en este grupo de edad y ocasiona cada vez más una mayor prevalencia de realización de Cesárea, este dato confirmado por los resultados obtenidos en el presente estudio.

El proceso de información y promoción de la salud por parte de los equipos de salud familiar y comunitario dirigido hacia la salud sexual y reproductiva de los adolescentes representan acciones de manera permanente y de calidad lo que garantiza un ambiente adecuado y óptimo 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 sociodemográficas fueron: La mayoría de las adolescentes embarazadas se encontraron en el grupo etáreo de 17 a 19 años, con nivel de escolaridad secundaria, se encontraban solteras, la mayoría profesaban la religión evangélica y de procedencia rural.

2. Los principales antecedentes ginecoobstétricos de las adolescentes embarazadas 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 de las embarazadas indicó tener antecedentes de ITS en el grupo de adolescentes; siendo la vaginosis bacteriana la de mayor frecuencia. En su mayoría se encontraban embarazadas por primera vez, la mayor parte de las adolescentes no utilizaban métodos anticonceptivos previos al embarazo actual.

3. La captación y evaluación por primera vez de la adolescente embarazada se realizó en su mayoría entre la 13 a 19 semana de embarazo, realizando la mayoría 2 consultas de controles prenatales. La mayor parte de las jóvenes no tenían el deseo de continuar con su embarazo. No existió antecedentes de hospitalizaciones durante el desarrollo del embarazo en la mayoría del grupo, se presentaron complicaciones en más de un tercio de las embarazadas, con una mayor prevalencia en infecciones urinarias, seguido de enfermedad hipertensiva del embarazo.

4. La vía de finalización del embarazo que se presentó mayormente fue la vía vaginal, en el abordaje hospitalario del embarazo adolescente.

3.4 Recomendaciones

Al Ministerio de Salud (MINS) SILAIS Las Minas

a) Consolidar acciones de información y educación actualizada en Salud Sexual y Reproductiva (SSR), acerca del tema del embarazo adolescente, promoviendo la asistencia desde las primeras semanas al control prenatal, motivando los beneficios y seguridad en la salud de la madre y el producto para el mejoramiento de la actitud de las usuarias.

b) Establecer programas de capacitación de los brigadistas de salud, en temas del campo de la salud sexual y reproductiva, mejorando una captación temprana de las embarazadas, identificando factores de riesgo de manera oportuna, estableciendo medidas de prevención sobre el embarazo adolescente, de forma integral.

c) Realizar capacitaciones dirigidas al personal médico y asistencial, dentro de un compromiso individual y social del conocimiento en salud sexual y reproductiva; para 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. Y con un seguimiento de calidad para el desarrollo del binomio madre-hijo.

d) Determinar estrategias entre los diferentes actores sociales mediante el impulso de intervenciones educativas en los diferentes ambientes que los adolescentes desarrollan, dándoles un seguimiento constante y con personal capacitado para la atención a los adolescentes.

Al Hospital Primario Carlos Centeno del municipio de Siuna

a) Promover información oportuna y adecuada en salud sexual y reproductiva, a las adolescentes que son atendidas en el Hospital Primario Carlos Centeno, procedentes de los diferentes sectores atendidos, 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) Desarrollar acciones informativas en los centros de educación del municipio de Siuna, temas dirigidos a una educación sexual oportuna y responsable; dirigido a jóvenes y adolescentes, mediante una estrategia de pares y coordinado con el personal de salud y profesores de las diferentes centros educativos y en cada uno de las diferentes modalidades de educación que en la actualidad se desarrolla.

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

- AAP. (2018). *Opciones para el asesoramiento de la paciente adolescente embarazada*. Chicago.
- Angulo, C. V., & Marín, E. V. (Julio de 2013). Embarazo adolescente, un cambio de hábitos y comportamientos? Medellín, Antioquia, Colombia.
- Asamblea Nacional de la República de Nicaragua. (2002). *Ley 423: "Ley General de Salud"*. Managua.
- Banco Mundial. (2013). *ALC: Pobreza, baja educación y falta de oportunidades aumentan riesgo de embarazo en adolescentes*. Guatemala.
- Bendezú Martínez, A. G., Espinoza, D., Bendezú Quispe, G., Torres Román, J. S., & Huamán Gutiérrez, R. M. (2016). Características y riesgos de gestantes adolescentes. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 13-18 pp.
- Cáliz González, G., & Castillo Flores, L. M. (2018). *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*. Managua.
- Carvajal Barona, R., Valencia Oliveros, H. L., & Rodríguez Amaya, R. M. (2017). Factores asociados al embarazo en adolescentes de 13 a 19 años en el municipio de Buenaventura, Colombia. *Revista de la Universidad Industrial de Santander*, 290-300 pp.
- CDC. (2016). *Las enfermedades de Transmisión Sexual durante el Embarazo*. Atlanta.
- CELADE/OIJ. (2000). *Adolescencia y juventud en América Latina y el Caribe: problemas, oportunidades y desafíos en el comienzo de un nuevo siglo*. Santiago de Chile.
- Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. (2018). *Embarazo en Adolescencia*. Habana.
-

- CEPAL/CELADE/FNUAP. (2007). *Fecundidad adolescente en Nicaragua: tendencias, rasgos emergentes y orientaciones de política*. Santiago de Chile.
- CODENI. (2017). *Embarazo en Adolescentes*. Managua.
- Di-Cesare, M. (2015). *Fecundidad adolescente en los países desarrollados: niveles, tendencias y políticas*. Santiago de Chile: Organización de Naciones Unidas, Santiago de Chile.
- Flores Valencia, M., Nava Chapa, G., & Arenas Monreal, L. (2017). Embarazo en la adolescencia en una región de México: un problema de Salud Pública. *Revista de salud pública*, 374-378.
- FNUAP. (2017). *Embarazo en la Adolescencia*. Washington D.C.
- FNUAP-Nicaragua. (2019). *Situación de las uniones a temprana edad en Nicaragua*. Managua.
- FUNIDES. (2016). *Causas y consecuencias económicas y sociales del embarazo adolescente en Nicaragua*. Managua.
- Gordillo Moscoso, A., & Medina Moreno, Ú. (2012). *Manual de investigación clínica*. México D.F.: El Manual Moderno.
- Hernández Valencia, M., & Mora Carcino, A. M. (2015). Embarazo en la adolescencia: cómo ocurre en la sociedad actual. *Perinatología Y Reproducción Humana*, 76-82.
- INIDE. (2014). *Encuesta nicaraguense de demografía y salud 2011/12. Informe final*. Managua.
- INIDE. (2018). *Anuario estadístico*. Managua.
- INIDE. (2019). *Anuario estadístico*. Managua.
- Loredo Abdalá, A., Vargas Campuzano, E., Casas Muñoz, A., González Corona, J., & Gutiérrez Leyvab, C. d. (2017). Embarazo adolescente: sus causas y repercusiones en la diada. *Rev Med Inst Mex Seguro Social*, 223-9 pp.
- 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, W., & Subiría, G. (2018). El embarazo adolescente en el Perú. Situación actual e implicancias para las políticas públicas. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 471-9 pp.
- Ministerio de la familia, niñez y adolescencia (MIFAM). (2014). *Código de la niñez y la adolescencia. Código de familia*. Managua.
- Ministerio de Salud. Nicaragua. (2012). *Normativa 095: Guía para la atención integral de las y los adolescentes*. Managua.
- MINSAL. (2016). *Normativa # 169: Protocolo para la atención de las adolescentes embarazadas*. Managua.
- MINSAL. (2016). *Normativa 139: Protocolo para la atención de las adolescentes embarazadas*. Managua.
- MINSAL. (2018). *Normativa # 109 Protocolo para la Atención de Complicaciones Obstétricas. 2a. Edición*. Managua.
- Mora-Cancino, A. M., & Hernández-Valencia, M. (2015). *Embarazo en la adolescencia*. México.
- Muñoz Robleto, H. G. (2018). *Factores asociados a embarazo adolescente en Nicaragua*. León.
- Nove, A., Matthews, Z., Neal, S., & Virgin, A. (21 de Enero de 2014). Maternal mortality in adolescents compared with women of other ages: evidence from 144 countries. *Lancet Glob Health*, 2. doi:[https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(13\)70179-7](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(13)70179-7)
- Oliveros, Y. C. (20 de Enero de 2017). Algunas consideraciones sobre el embarazo en la adolescencia. Guantánamo, Guantánamo, Cuba.
- OMS. (2018). *El embarazo en la adolescencia*. Ginebra.
- OMS. (2018). *La atención primaria en salud. Informe sobre la salud en el mundo*. Ginebra.
- OMS. (2018). *La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo*. Ginebra.
-

- OMS. (19 de Septiembre de 2019). *OMS*. Obtenido de OMS: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
- OMS. (2020). *El embarazo en la adolescencia*. Ginebra.
- OMS/Universidad de Chile. (2017). *Etapas de la adolescencia*. Santiago.
- OMS-GCO. (2018). *Estimated number of deaths in 2018, worldwide, all cancers, both sexes, all ages*. Obtenido de https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-pie?v=2018&mode=cancer&mode_population=continents&population=900&populations=900&key=total&sex=0&cancer=39&type=1&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&nb_items=7&group
- 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*. Washington D.C. USA.
- OPS/FNUAP/UNICEF. (2018). *América Latina y el Caribe la segunda tasa más alta de embarazo adolescente en el mundo*. Panamá.
- OPS/OMS. (2010). *Guía para escribir un protocolo de investigación*. Washington D.C.
- Rodríguez Jiménez, M. J. (2014). *Anticoncepción y prevención de infecciones de transmisión sexual en la adolescencia*. Madrid.
- 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.
-

- Sheffield, U. d. (04 de 2015). *SCIELO*. Recuperado el 05 de 02 de 2020, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342015000200008
- SOGIBA. (2019). *Embarazo Adolescente*. Buenos Aires.
- Tafur-Bonilla, Y. A., Barbosa Campos, O. L., & Méndez Ortiz, E. L. (2017). Determinantes del embarazo en adolescentes y su impacto en los ejes fundamentales de ingreso y nivel educativo. *Cooperativismo & Desarrollo*, 26(113), 1-22. doi:<https://doi.org/10.16925/co.v26i113.2191>
- UNFPA. (2014). *Salud Sexual y Reproductiva en los adolescentes*. New York.
- UNFPA. (28 de 02 de 2018). *UNFPA*. Recuperado el 05 de 02 de 2020, de <https://lac.unfpa.org/es/news/américa-latina-y-el-caribe-tienen-la-segunda-tasa-más-alta-de-embarazo-adolescente-en-el-mund-1>
- UNICEF. (2015). *Centro de investigaciones de la sociedad*. Washington D.C. USA.
- Urbina Reyes, S. d., & Vargas Ramos, M. M. (2016). *Complicaciones obstétricas en adolescentes en el Hospital Primario Jacinto Hernández, Nueva Guinea, Región Autónoma del Atlántico Sur, durante el periodo de enero-septiembre 2015*. Managua.
-

Capítulo V Anexos



5.1 Consentimiento informado

Objetivo: Determinar el comportamiento clínico y epidemiológico del embarazo en adolescentes de 15 a 19 años atendidas en el programa de control prenatal del Hospital Primario Carlos Centeno del municipio de Siuna, RAACN, durante el primer semestre de 2020.

Yo _____, certifico que me han informado con veracidad y claridad con respecto a la investigación académica en la que me han invitado a participar; de forma libre y espontánea. He tomado la decisión de colaborar de forma activa, así mismo he sido informada del derecho para decidir retirarme de la investigación cuando lo estime conveniente y sin necesidad de justificación alguna, además que se respetará la confiabilidad e intimidad de la información por mi suministrada.

Autorizo utilizar la información brindada por mí persona para los fines que se estima conveniente de acuerdo al desarrollo de la investigación.

Firma del participante. _____

Firma del investigador. _____

Fecha de realización. _____

5.2 Ficha de recolección de datos

La presente encuesta es para Determinar el comportamiento clínico y epidemiológico del embarazo en adolescentes de 15 a 19 años, atendidas en el programa de control prenatal del Hospital Primario Carlos Centeno del municipio de Siuna, RACCN, durante el primer semestre de 2020.

I. Características Sociodemográficas

1. Edad:

a) 15 a 16 años _____

c) 17 a 19 años _____

2. Nivel de escolaridad:

a) Analfabeta _____

b) Primaria _____

c) Secundaria _____

d) Universidad _____

3. Estado civil:

a) soltera _____

b) casada _____

c) unión de hecho estable _____

4. Religión

a) Católica _____

b) Evangélica _____

c) Testigo de Jehová _____

c) Otras _____

5. Procedencia:

a) urbana _____

b) rural _____

II. Antecedentes Ginecoobstétricos

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

1. 1 _____

2. 2 _____

3. 3 o más _____

4. Antecedentes de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)

a) Sí _____

b) No _____

5. Tipo de ITS

a) Gonorrea _____

b) Sífilis _____

- c) Vaginitis bacteriana _____
- d) Candidiasis vaginal _____
- e) Tricomoniasis _____
- f) Infección por virus del papiloma humano (VPH) _____

6. Número de embarazos anteriores

- a) Ninguno _____
- b) 1 _____
- c) 2 _____

7. Uso de métodos anticonceptivos

- a) Sí _____
- b) No _____

8. Tipo de método anticonceptivo utilizado

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

III. Características del embarazo actual

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

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

2. Número de CPN

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

3. El embarazo actual es deseado

- a) Sí _____
- b) No _____

4. Hospitalizaciones durante el embarazo

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

5. Complicaciones durante el embarazo actual

- a) Sí _____
- b) No _____

6. Tipo de complicaciones durante el embarazo actual

- a) Infección de Vías Urinarias (IVU) _____
- b) Estados Hipertensivos del Embarazo (EHE) _____
- c) Desproporción Cefalopélvica (DCP) _____
- d) Riesgo de pérdida de bienestar fetal (RPBF) _____

IV. Finalización del embarazo actual

- a) Parto vaginal _____
-

b) Cesárea _____

5.3 Tablas

Tabla 1: Características sociodemográficas en adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de control prenatal del Hospital Primario Carlos Centeno del municipio de Siuna, RAACN. Primer semestre de 2020.

Características sociodemográficas (n=244)	Número	%
Edad		
15-16 años	101	41.4
17-19 años	143	58.6
Nivel de escolaridad		
Analfabeta	27	11.1
Primaria	58	23.8
Secundaria	128	52.4
Universitaria	31	12.7
Estado civil		
Soltera	96	39.3
Casada	60	24.6
Unión de hecho estable	88	36.1
Religión		
Católica	85	34.8
Evangélica	114	46.7
Testigo de Jehová	20	8.2
Otras	25	10.3
Procedencia		
Urbano	38	15.6
Rural	206	84.4

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Tabla 2: Antecedentes Ginecoobstétricos de adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de control prenatal del Hospital Primario Carlos Centeno del municipio de Siuna, RAACN. Primer semestre de 2020.

Antecedentes Ginecoobstétricos	Número	%
Edad de Menarca (n=244)		
9 a 11 años	25	10.2
12 a 14 años	142	58.2
15 años o más	77	31.6
Edad de Inicio de Vida Sexual Activa (IVSA) (n=244)		
11 a 13 años	55	22.5
14 a 16 años	162	66.4
17 a 19 años	27	11.1
Número de parejas sexuales (n=244)		
1	175	71.7
2	39	16.0
3 o más	30	12.3
Antecedentes de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) (n=244)		
Sí	148	60.7
No	96	39.3
Tipos de ITS (n=148) *		
Gonorrea	78	52.7
Sífilis	11	7.4
Vaginitis Bacteriana	115	77.7
Candidiasis vaginal	86	58.1
Tricomoniasis	90	60.8
Infección por VPH	99	66.9
Antecedentes de uso de métodos anticonceptivos (MAC) (n=244)		
Sí	92	37.7
No	152	62.3
Tipo de método anticonceptivo utilizado (n=92)		
Condón	28	30.5
Anticonceptivos orales	14	15.2
Anticonceptivos inyectables	13	14.1
Dispositivo intrauterino (DIU)	7	7.6
PPMS	30	32.6
Número de embarazos anteriores (n=244)		
Ninguno	137	56.1
Uno	87	35.7
Dos	20	8.2

Fuente: Ficha de recolección de datos.

*Algunas adolescentes indicaron más de un tipo de ITS.

Tabla 3: Características del embarazo actual en adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de control prenatal del Hospital Primario Carlos Centeno del municipio de Siuna, RAACN. Primer semestre de 2020.

Características del embarazo actual	Número	%
Semanas de gestación al momento de captación al programa de CPN (n=244)		
< 12 semanas	67	27.4
13-19 semanas	149	61.1
20-26 semanas	14	5.7
27-33 semanas	6	2.5
34-40 semanas	8	3.3
Número de controles prenatales (n=244)		
1	63	25.8
2	99	40.6
3	67	27.5
4 o más	15	6.1
El actual embarazo es deseado (n=244)		
Sí	87	35.7
No	157	64.3
Hospitalizaciones durante el embarazo (n=244)		
Ninguna	197	80.7
Una	27	11.1
Dos	15	6.1
Más de dos	5	2.1
Complicaciones durante el desarrollo del embarazo actual (n=244)		
Sí	116	47.5
No	128	52.5
Tipos de complicaciones (n=116)		
Infecciones Vías Urinarias (IVU)	54	46.4
Enfermedad Hipertensiva del Embarazo (EHE)	37	32.2
Desproporción cefalopélvica (DCP)	12	10.2
Riesgo de pérdida de bienestar fetal (RPBF)	13	11.2

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Tabla 4: Edad vs. Número de embarazos anteriores en adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de control prenatal del Hospital Primario Carlos Centeno del municipio de Siuna, RAACN. Primer semestre de 2020.

Edad	Número de embarazos anteriores (n=244)						Total
	Ninguno		Uno		Dos		
	Número	%	Número	%	Número	%	
15-16 años	79	78.2	17	16.8	5	5.0	101
17-19 años	58	40.6	70	49.0	15	10.4	143
Total	137	56.1	87	35.7	20	8.2	244

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Tabla 5: Edad vs. Número de parejas sexuales en adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de control prenatal del Hospital Primario Carlos Centeno del municipio de Siuna, RAACN. Primer semestre de 2020.

Edad	Número de parejas sexuales (n=244)						Total
	Uno		Dos		Tres o más		
	Número	%	Número	%	Número	%	
15-16 años	64	63.4	26	25.7	11	10.9	101
17-19 años	111	77.6	13	9.1	19	13.3	143
Total	175	71.7	39	16.0	30	12.3	244

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Tabla 6: Nivel de escolaridad vs. Antecedentes de Uso de Métodos Anticonceptivos (MAC) en adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de control prenatal del Hospital Primario Carlos Centeno del municipio de Siuna, RAACN. Primer semestre de 2020.

Nivel de escolaridad		Antecedentes de Uso de Métodos Anticonceptivos (n=244)				Total
		Si	%	No	%	
		Analfabeta	5	18.5	22	
Primaria	Secundaria	19	32.8	39	67.2	58
	Universidad	51	39.8	77	60.2	128
	Total	17	54.8	14	45.2	31
Total		92	37.7	152	62.3	244

Fuente: Instrumento de recolección de la información.

Tabla 7: Edad vs. Tipo de Complicaciones en adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de control prenatal del Hospital Primario Carlos Centeno del municipio de Siuna, RAACN. Primer semestre de 2020.

Edad	Tipo de Complicaciones del embarazo (n=116)								Total
	IVU*		EHE**		DCP***		RPBF****		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
15-16 años	37	45.7	27	33.3	9	11.1	8	9.9	81
17-19 años	17	48.6	10	28.6	3	8.6	5	14.2	35
Total	54	46.6	37	31.9	12	10.3	13	11.2	116

Fuente: Ficha de recolección de datos. (*) Infección de Vías Urinarias. (**) Enfermedad Hipertensiva del Embarazo (***). Desproporción Cefalopélvica. (****) Riesgo de pérdida de bienestar fetal.

Tabla 8: Procedencia vs. Tipo de Complicaciones en adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de control prenatal del Hospital Primario Carlos Centeno del municipio de Siuna, RAACN. Primer semestre de 2020.

Procedencia	Tipo de Complicaciones del embarazo (n=116)								Total
	IVU*		EHE**		DCP***		RPBF****		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Urbana	15	45.5	12	36.4	4	12.1	2	6.0	33
Rural	39	47.0	25	30.1	8	9.6	11	13.3	83
Total	54	46.6	37	31.9	12	10.3	13	11.2	116

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Tabla 9: Religión vs. Número de embarazos anteriores en adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de control prenatal del Hospital Primario Carlos Centeno del municipio de Siuna, RAACN. Primer semestre de 2020.

Religión	Número de embarazos anteriores (n=244)						Total
	Ninguno		Uno		Dos		
	Número	%	Número	%	Número	%	
Católica	48	56.5	34	40.0	3	3.5	85
Evangélica	74	64.9	31	27.2	9	7.9	114
Testigo de Jehová	8	40.0	10	50.0	2	10.0	20
Otra	7	28.0	12	48.0	6	24.0	25
Total	137	56.1	87	35.7	20	8.2	244

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Tabla 10: Religión vs. Deseo de estar embarazada actualmente en adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de control prenatal del Hospital Primario Carlos Centeno del municipio de Siuna, RAACN. Primer semestre de 2020.

Religión	Embarazo actual es deseado (n=244)				Total
	Sí		No		
	Número	%	Número	%	
Católica	20	23.5	65	76.5	85
Evangélica	54	47.4	60	52.6	114
Testigo de Jehová	7	35.0	13	65.0	20
Otra	6	24.0	19	76.0	25
Total	87	35.7	157	64.3	244

Fuente: Expediente Clínico.

Tabla 11: Religión vs. Antecedentes de Uso de Métodos Anticonceptivos (MAC) en adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de control prenatal del Hospital Primario Carlos Centeno del municipio de Siuna, RAACN. Primer semestre de 2020.

Religión	Antecedentes de Uso de Métodos Anticonceptivos (n=244)				Total
	Sí		No		
	N°	%	N°	%	
Católica	38	44.7	47	55.3	85
Evangélica	33	28.9	81	71.1	114
Testigo de Jehová	8	40.0	12	60.0	20
Otra	13	52.0	12	48.0	25
Total	92	37.7	152	62.3	244

Fuente: Instrumento de recolección de la información.

Tabla 12: Inicio de vida sexual activa vs. Número de embarazos anteriores en adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de control prenatal del Hospital Primario Carlos Centeno del municipio de Siuna, RAACN. Primer semestre de 2020.

IVSA	Número de embarazos anteriores (n=244)						Total
	Ninguno		Uno		Dos		
	Número	%	Número	%	Número	%	
11 a 13 años	16	29.1	26	47.3	13	23.6	55
14 a 16 años	119	73.5	38	23.5	5	3.0	162
17 a 19 años	2	7.4	23	85.2	2	7.4	27
Total	137	56.1	87	35.7	20	8.2	244

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Tabla 13: Número de controles prenatales vs. Complicaciones en adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de control prenatal del Hospital Primario Carlos Centeno del municipio de Siuna, RAACN. Primer semestre de 2020.

# Controles Prenatales	Complicaciones (n=244)				Total
	Sí		No		
	N°	%	N°	%	
Uno	44	69.8	19	30.2	63
Dos	41	41.4	58	58.6	99
Tres	26	38.8	41	61.2	67
Cuatro o más	5	33.3	10	66.7	15
Total	116	47.5	128	52.5	244

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Tabla 14: Vías de finalización del embarazo actual en adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de control prenatal del Hospital Primario Carlos Centeno del municipio de Siuna, RAACN. Primer semestre de 2020.

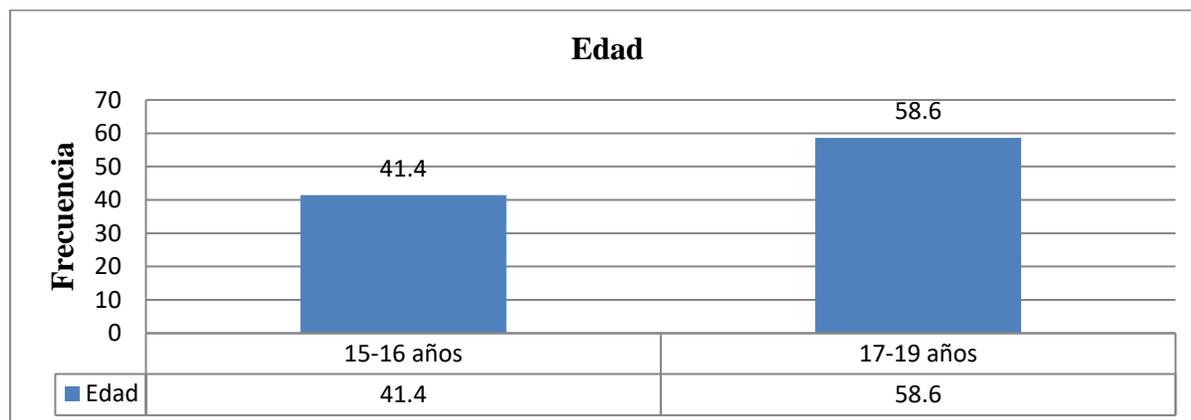
Vías de finalización del embarazo (n=244)	Número	%
Parto vaginal	141	57.8
Cesárea	103	42.2

Fuente: Ficha de recolección de datos.

5.4 Figuras

Figura 1

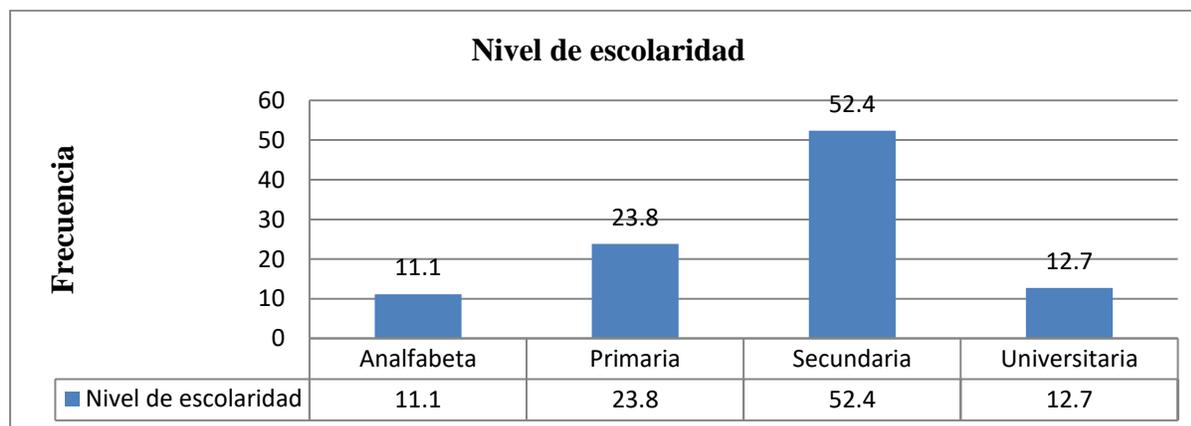
Edad de adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de control prenatal del Hospital Primario Carlos Centeno del municipio de Siuna, RAACN. Primer semestre de 2020.



Fuente: Tabla 1.

Figura 2

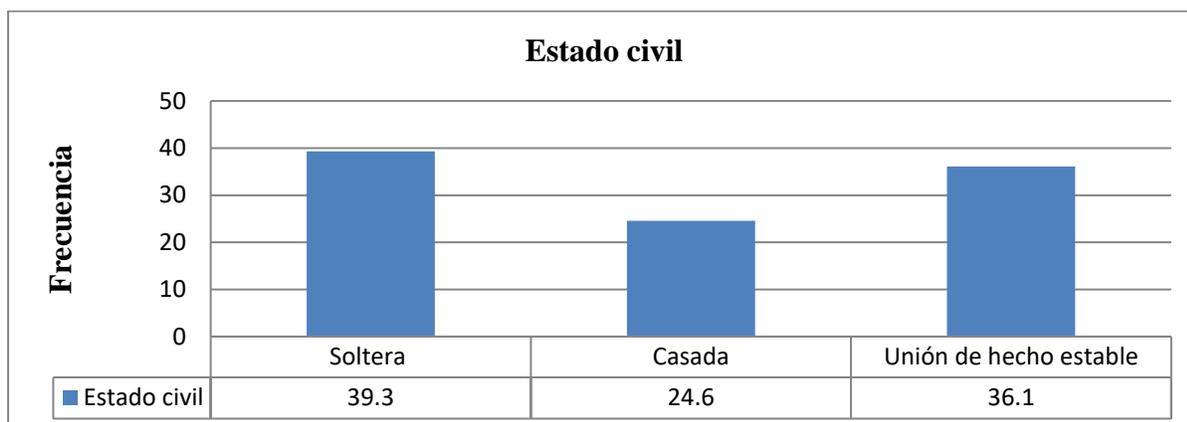
Nivel de escolaridad de adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de control prenatal del Hospital Primario Carlos Centeno del municipio de Siuna, RAACN. Primer semestre de 2020.



Fuente: Tabla 1.

Figura 3

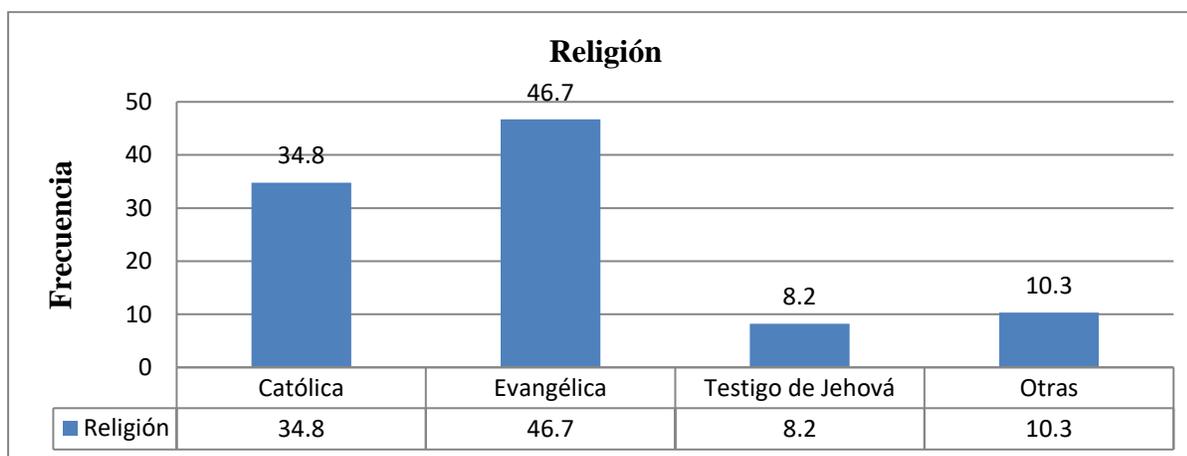
Estado civil de adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de control prenatal del Hospital Primario Carlos Centeno del municipio de Siuna, RAACN. Primer semestre de 2020.



Fuente: Tabla 1.

Figura 4

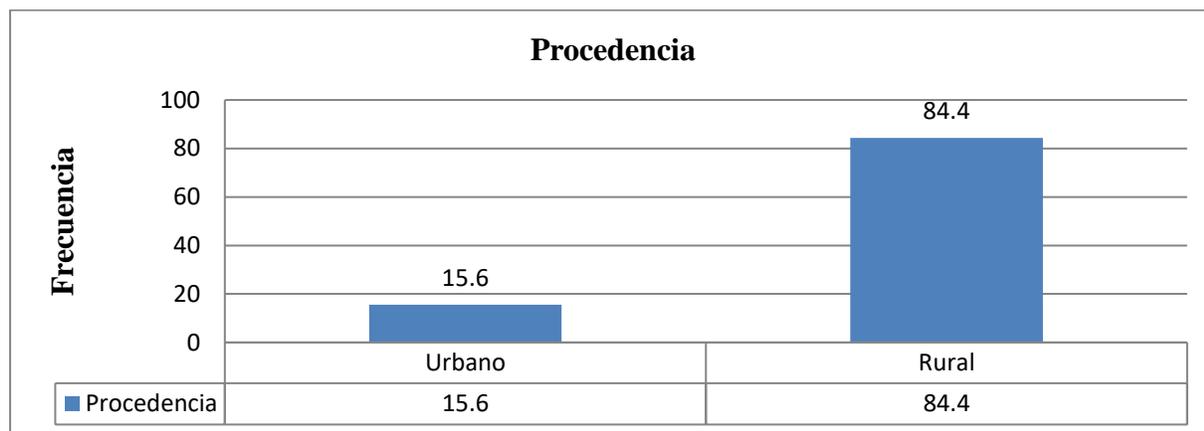
Religión de adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de control prenatal del Hospital Primario Carlos Centeno del municipio de Siuna, RAACN. Primer semestre de 2020.



Fuente: Tabla 1.

Figura 5

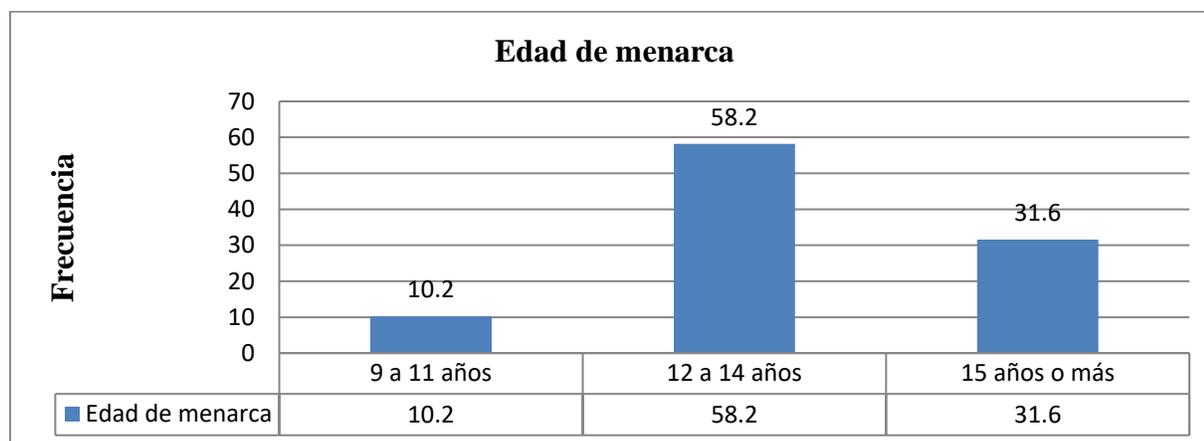
Procedencia de adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de control prenatal del Hospital Primario Carlos Centeno del municipio de Siuna, RAACN. Primer semestre de 2020.



Fuente: Tabla 1.

Figura 6

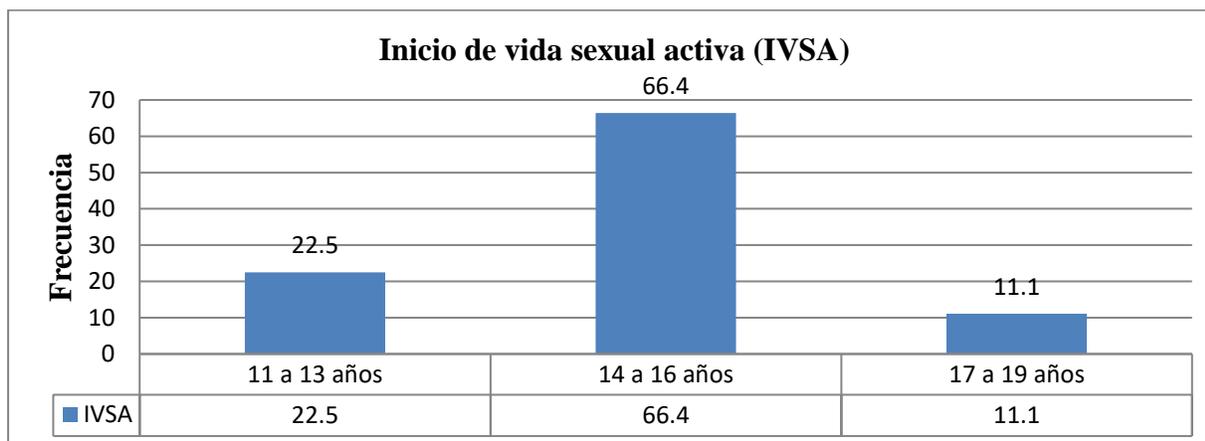
Edad de menarca de adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de control prenatal del Hospital Primario Carlos Centeno del municipio de Siuna, RAACN. Primer semestre de 2020.



Fuente: Tabla 2.

Figura 7

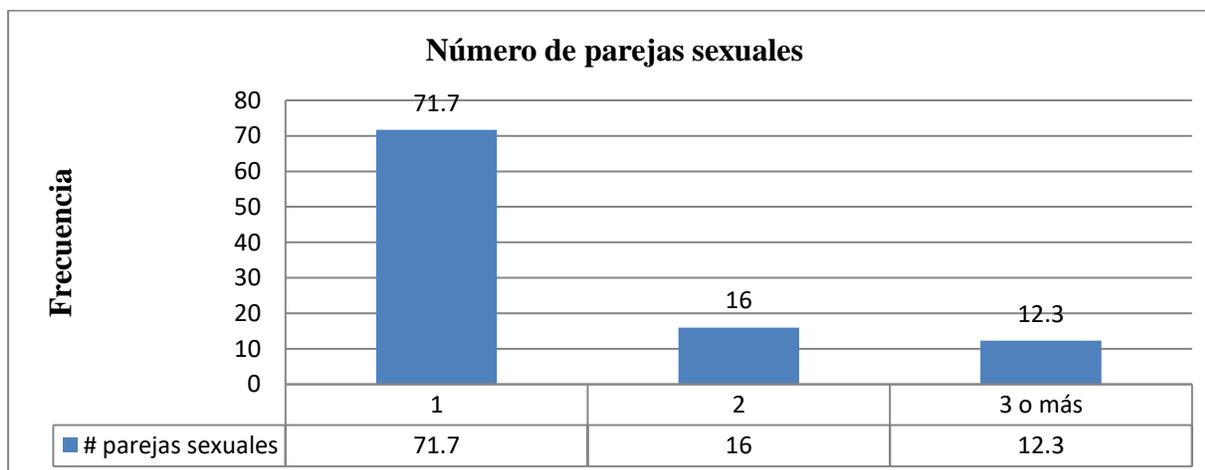
Edad de inicio de vida sexual activa (IVSA) de adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de control prenatal del Hospital Primario Carlos Centeno del municipio de Siuna, RAACN. Primer semestre de 2020.



Fuente: Tabla 2.

Figura 8

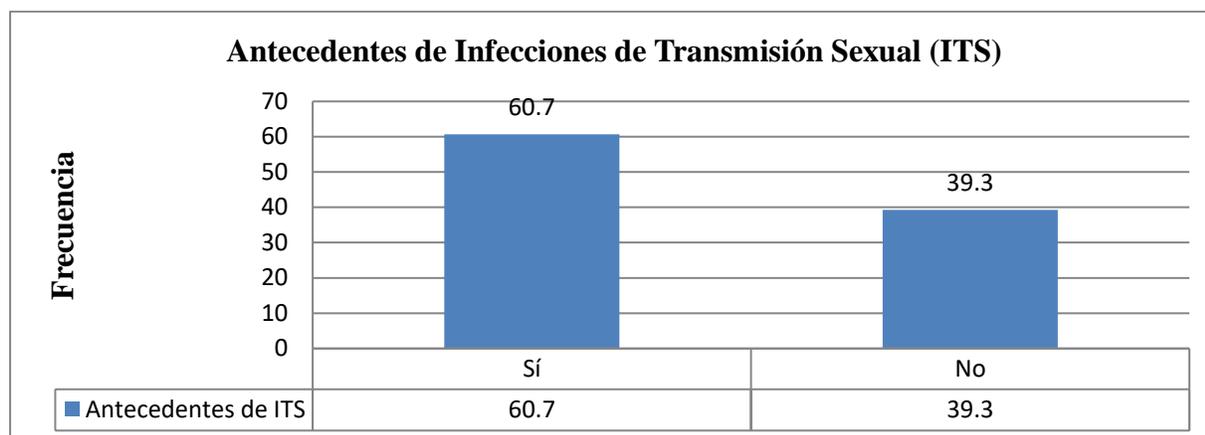
Número de parejas sexuales de adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de control prenatal del Hospital Primario Carlos Centeno del municipio de Siuna, RAACN. Primer semestre de 2020.



Fuente: Tabla 2.

Figura 9

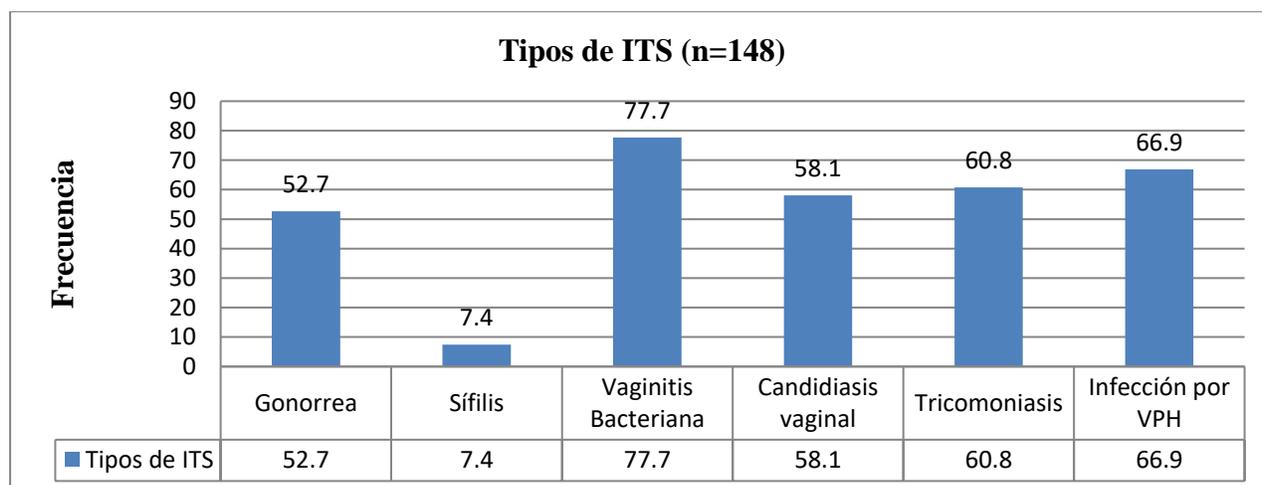
Antecedentes de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de control prenatal del Hospital Primario Carlos Centeno del municipio de Siuna, RAACN. Primer semestre de 2020.



Fuente: Tabla 2.

Figura 10

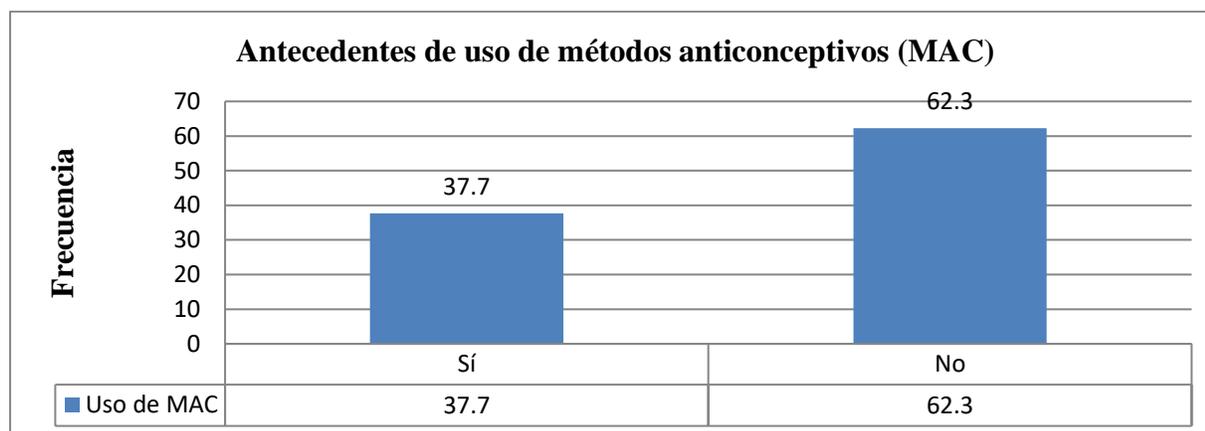
Tipo de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) presentes en adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de control prenatal del Hospital Primario Carlos Centeno del municipio de Siuna, RAACN. Primer semestre de 2020.



Fuente: Tabla 2.

Figura 11

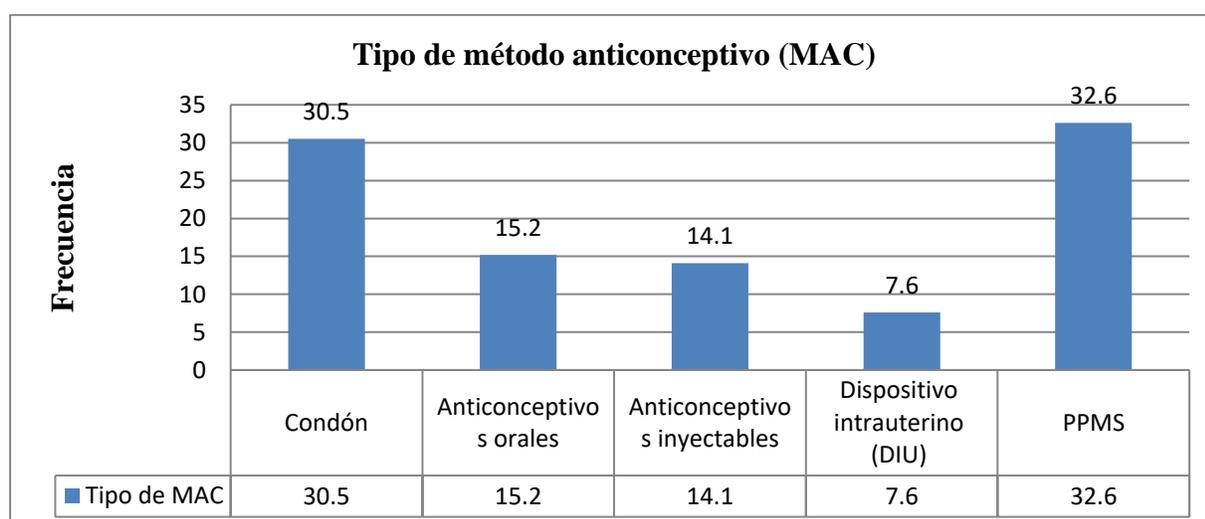
Antecedentes de uso de Métodos Anticonceptivos (MAC) en adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de control prenatal del Hospital Primario Carlos Centeno del municipio de Siuna, RAACN. Primer semestre de 2020.



Fuente: Tabla 2.

Figura 12

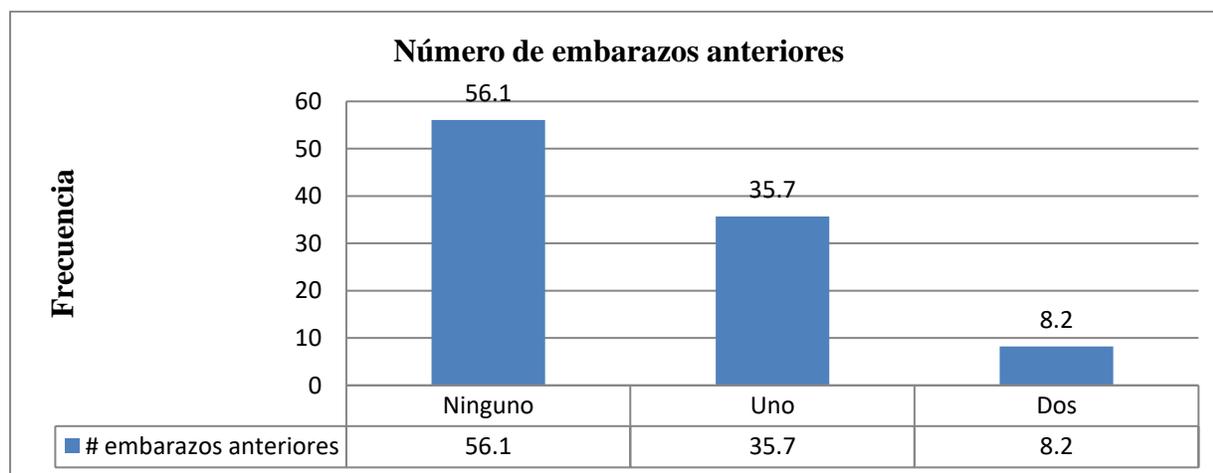
Tipo de Método Anticonceptivo (MAC) utilizado por adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de control prenatal del Hospital Primario Carlos Centeno del municipio de Siuna, RAACN. Primer semestre de 2020.



Fuente: Tabla 2.

Figura 13

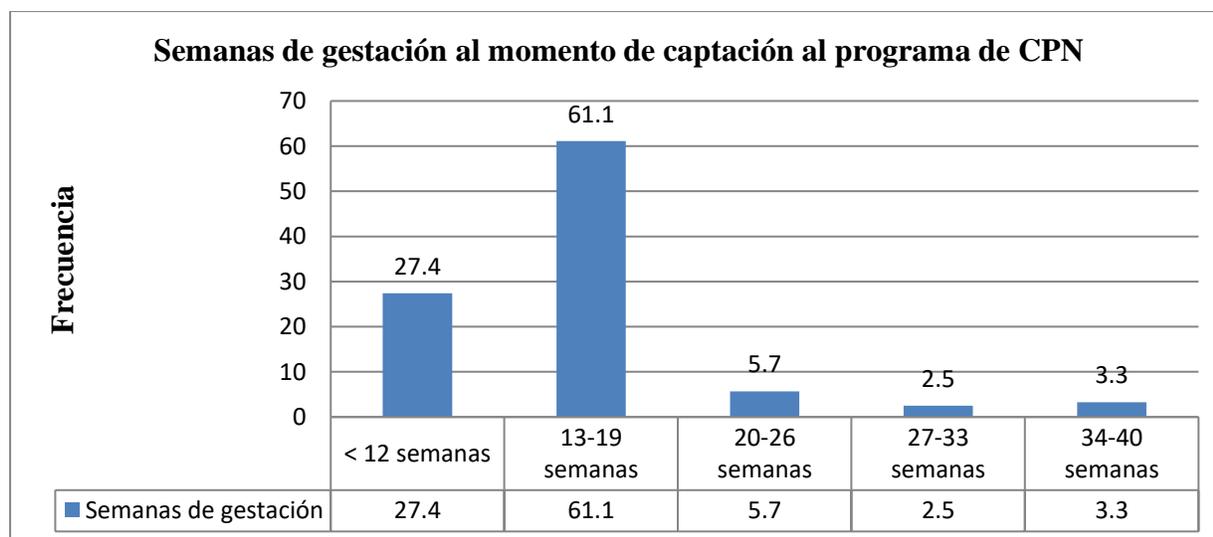
Número de embarazos anteriores en adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de control prenatal del Hospital Primario Carlos Centeno del municipio de Siuna, RAACN. Primer semestre de 2020.



Fuente: Tabla 2.

Figura 14

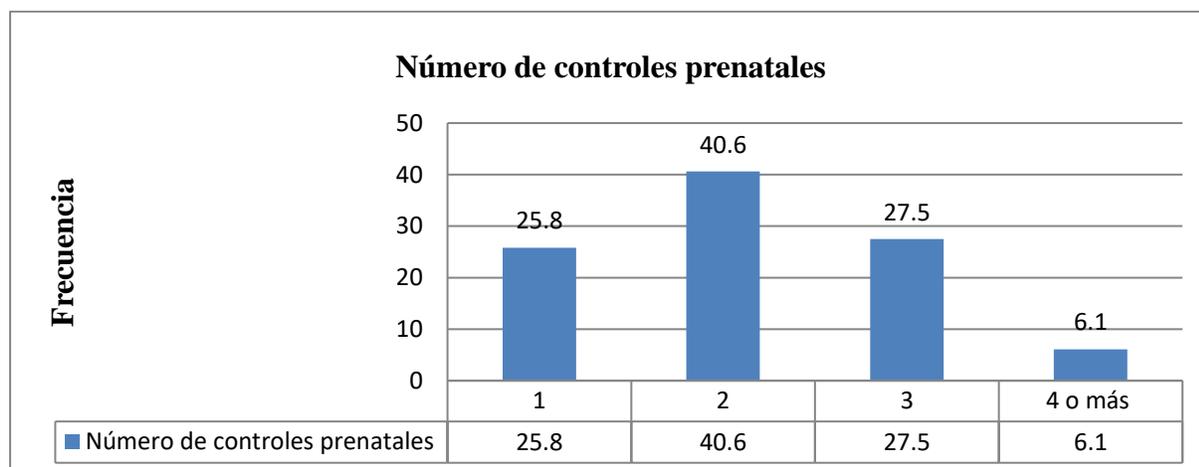
Semanas de gestación al momento de la captación en adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de control prenatal del Hospital Primario Carlos Centeno del municipio de Siuna, RAACN. Primer semestre de 2020.



Fuente: Tabla 3.

Figura 15

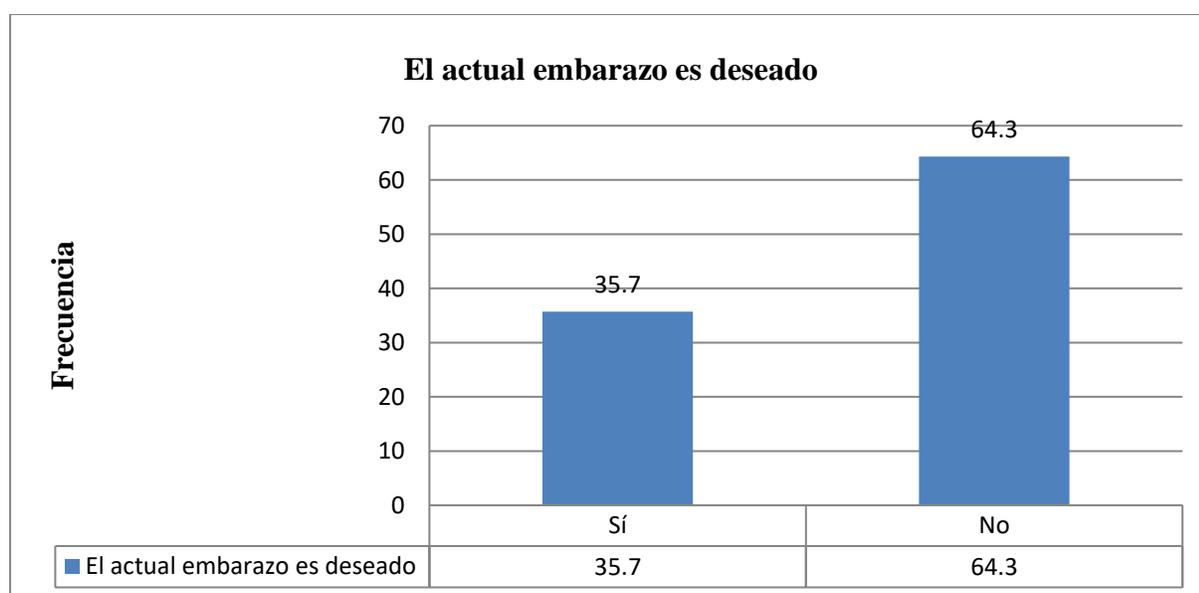
Número de controles prenatales en adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de control prenatal del Hospital Primario Carlos Centeno del municipio de Siuna, RAACN. Primer semestre de 2020.



Fuente: Tabla 3.

Figura 16

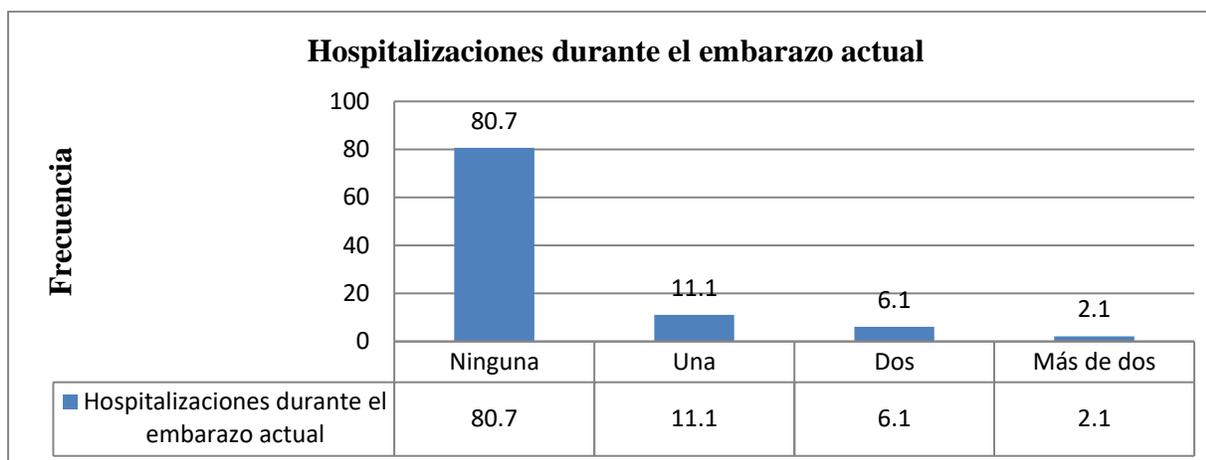
Deseo de estar embarazada según referencia de adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de control prenatal del Hospital Primario Carlos Centeno del municipio de Siuna, RAACN. Primer semestre de 2020.



Fuente: Tabla 3.

Figura 17

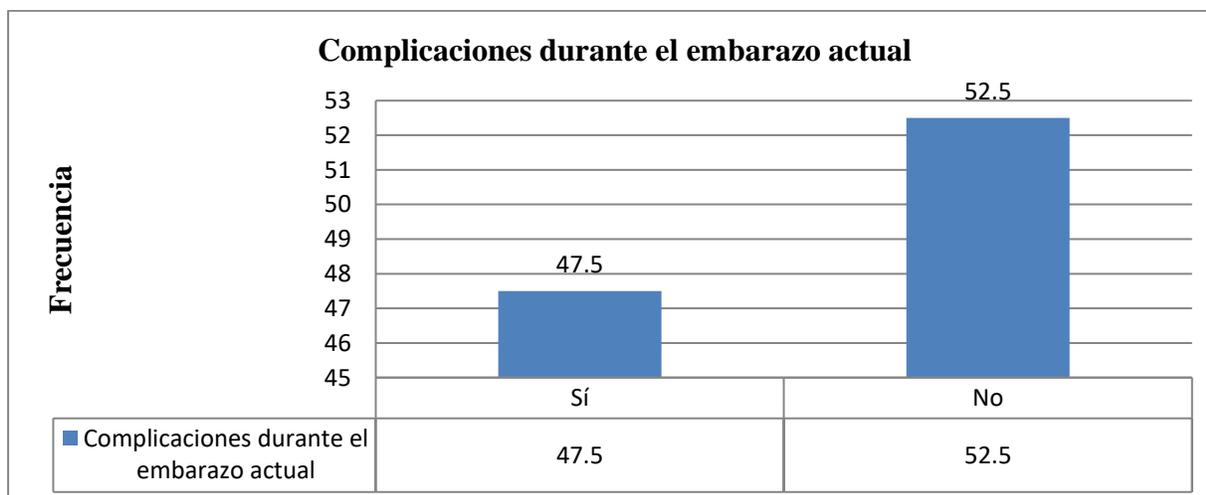
Hospitalizaciones durante el embarazo actual en adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de control prenatal del Hospital Primario Carlos Centeno del municipio de Siuna, RAACN. Primer semestre de 2020.



Fuente: Tabla 3.

Figura 18

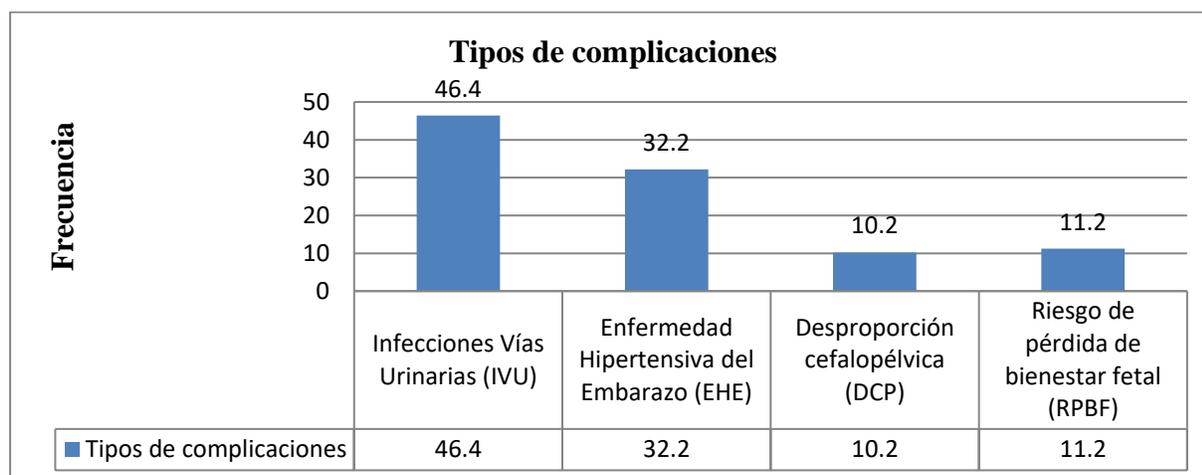
Complicaciones durante el embarazo actual en adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de control prenatal del Hospital Primario Carlos Centeno del municipio de Siuna, RAACN. Primer semestre de 2020.



Fuente: Tabla 3.

Figura 19

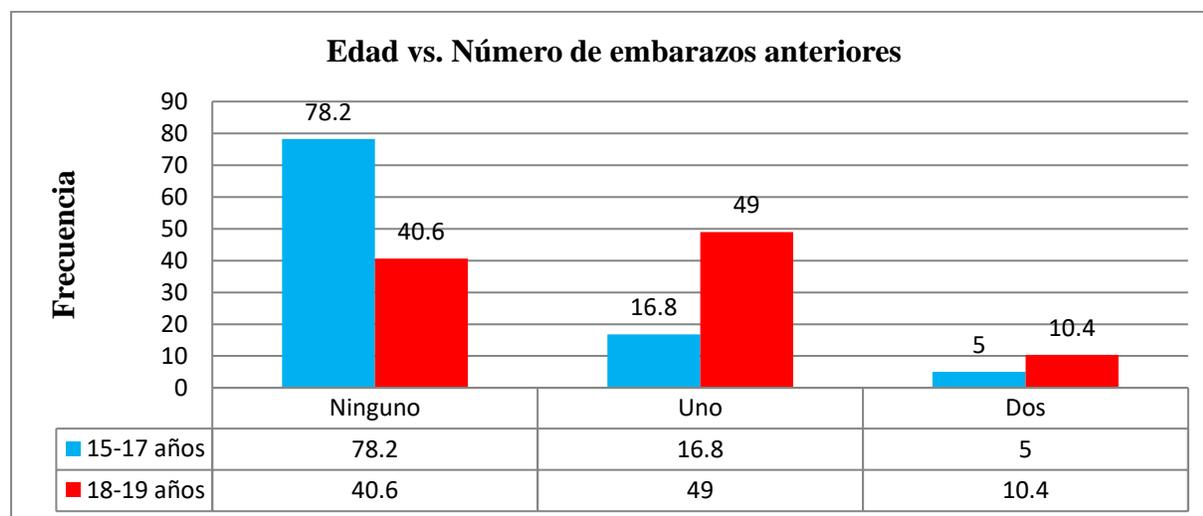
Tipos de complicaciones durante el embarazo actual en adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de control prenatal del Hospital Primario Carlos Centeno del municipio de Siuna, RAACN. Primer semestre de 2020.



Fuente: Tabla 3.

Figura 20

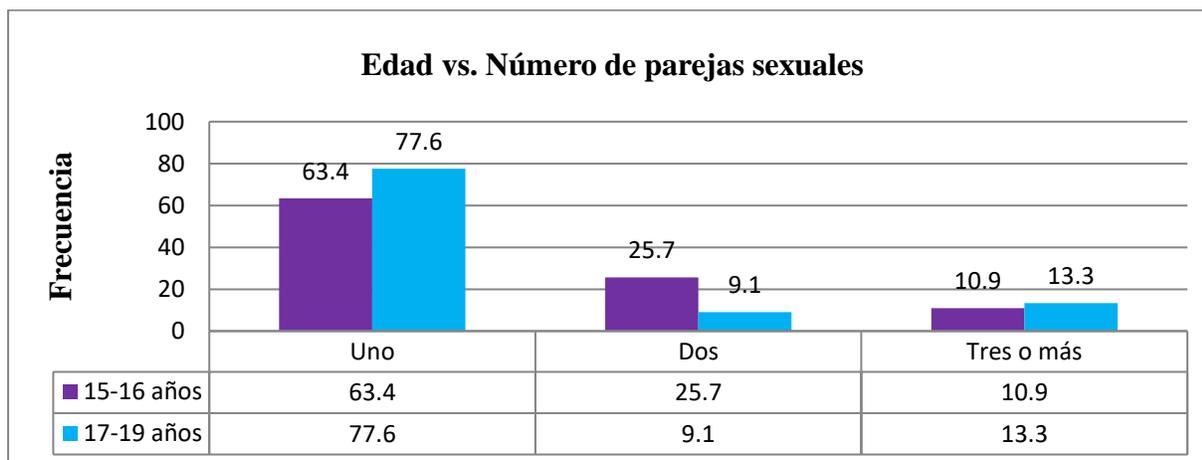
Edad vs. Número de embarazos anteriores en adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de control prenatal del Hospital Primario Carlos Centeno del municipio de Siuna, RAACN. Primer semestre de 2020.



Fuente: Tabla 4.

Figura 21

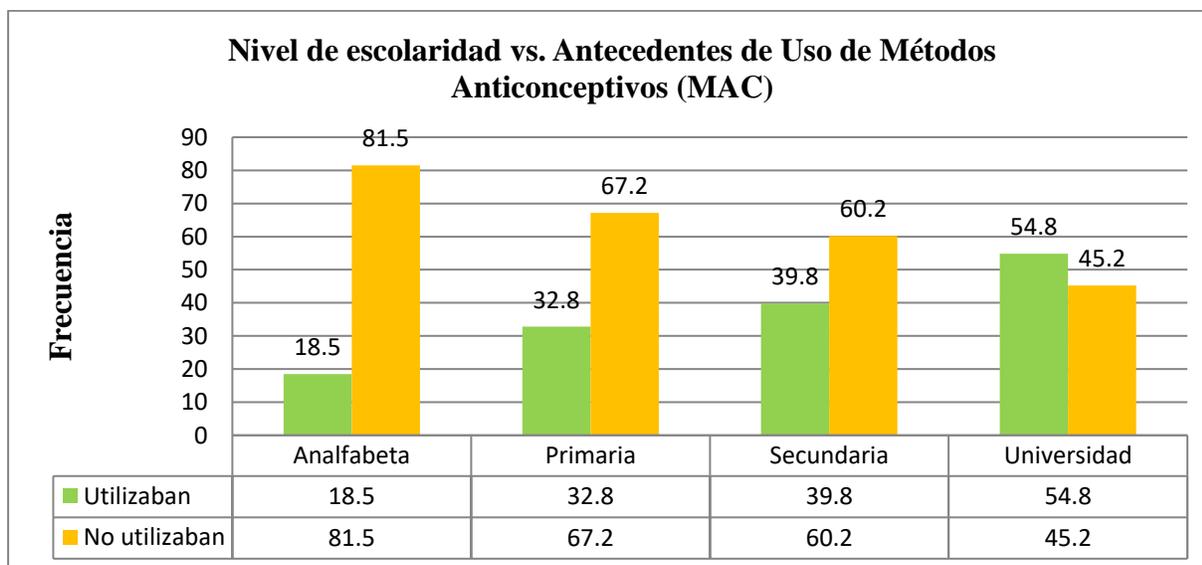
Edad vs. Número de parejas sexuales en adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de control prenatal del Hospital Primario Carlos Centeno del municipio de Siuna, RAACN. Primer semestre de 2020.



Fuente: Tabla 5.

Figura 22

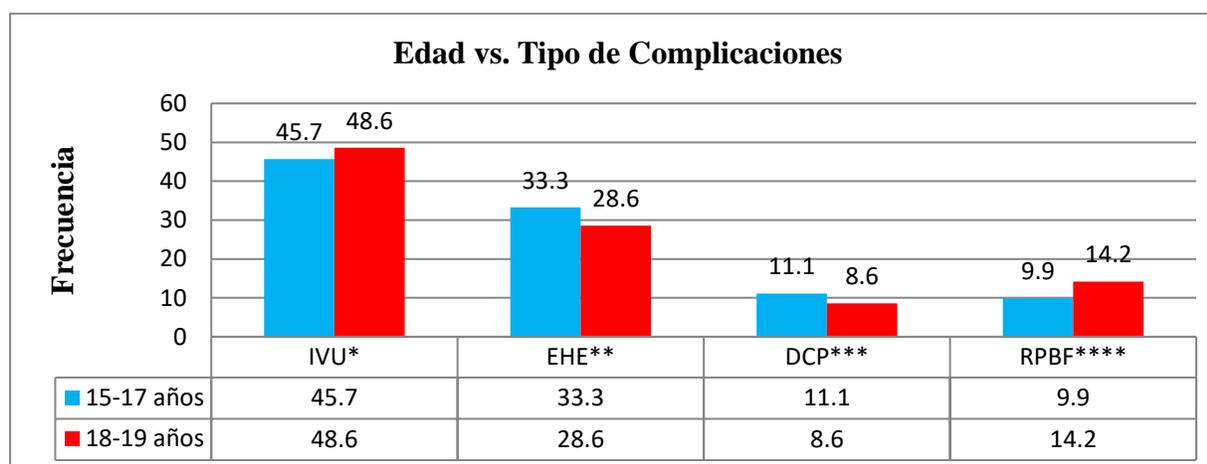
Nivel de escolaridad vs. Antecedentes de uso de métodos anticonceptivos en adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de control prenatal del Hospital Primario Carlos Centeno del municipio de Siuna, RAACN. Primer semestre de 2020.



Fuente: Tabla 6.

Figura 23

Edad vs. Tipo de complicaciones en el embarazo actual en adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de control prenatal del Hospital Primario Carlos Centeno del municipio de Siuna, RAACN. Primer semestre de 2020.

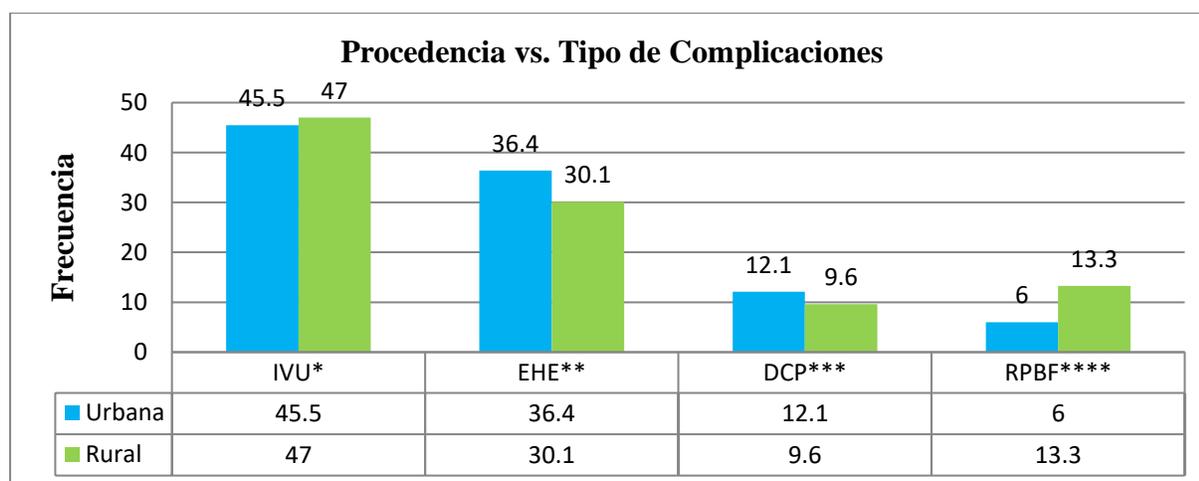


Fuente: Tabla 7.

(*) Infección de Vías Urinarias. (**) Enfermedad Hipertensiva del Embarazo (***) Desproporción Cefalopélvica. (****) Retraso de pérdida de bienestar fetal.

Figura 24

Procedencia vs. Tipo de Complicaciones en adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de control prenatal del Hospital Primario Carlos Centeno del municipio de Siuna, RAACN. Primer semestre de 2020.

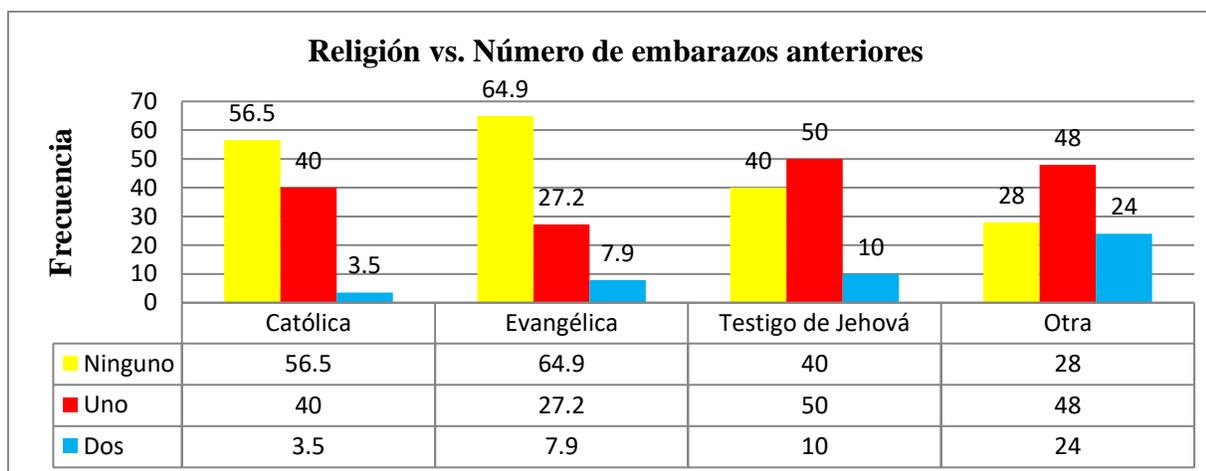


Fuente: Tabla 8.

(*) Infección de Vías Urinarias. (**) Enfermedad Hipertensiva del Embarazo (***) Desproporción Cefalopélvica. (****) Retraso de pérdida de bienestar fetal.

Figura 25

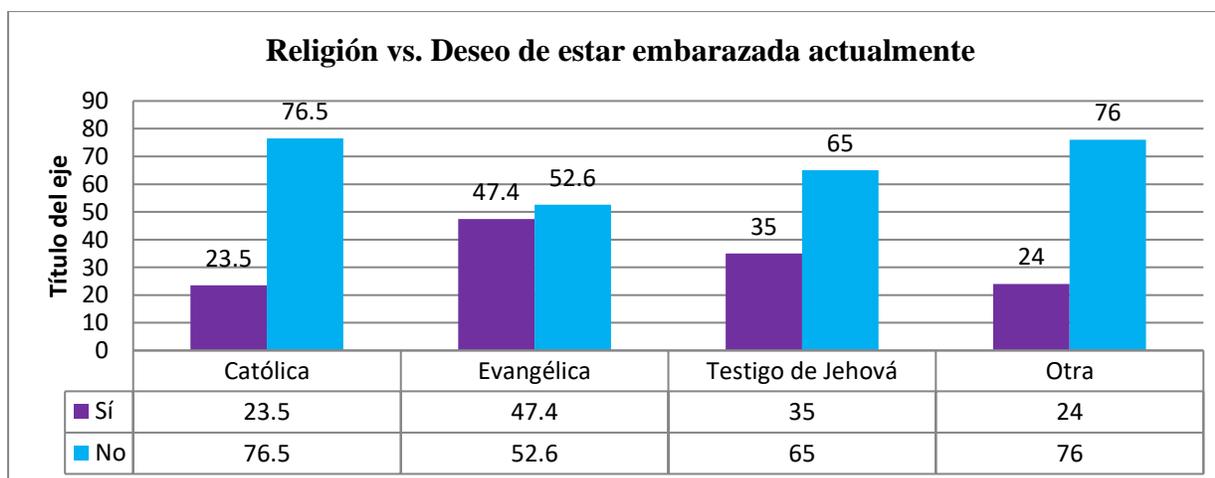
Religión vs. Número de embarazos anteriores en adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de control prenatal del Hospital Primario Carlos Centeno del municipio de Siuna, RAACN. Primer semestre de 2020.



Fuente: Tabla 9.

Figura 26

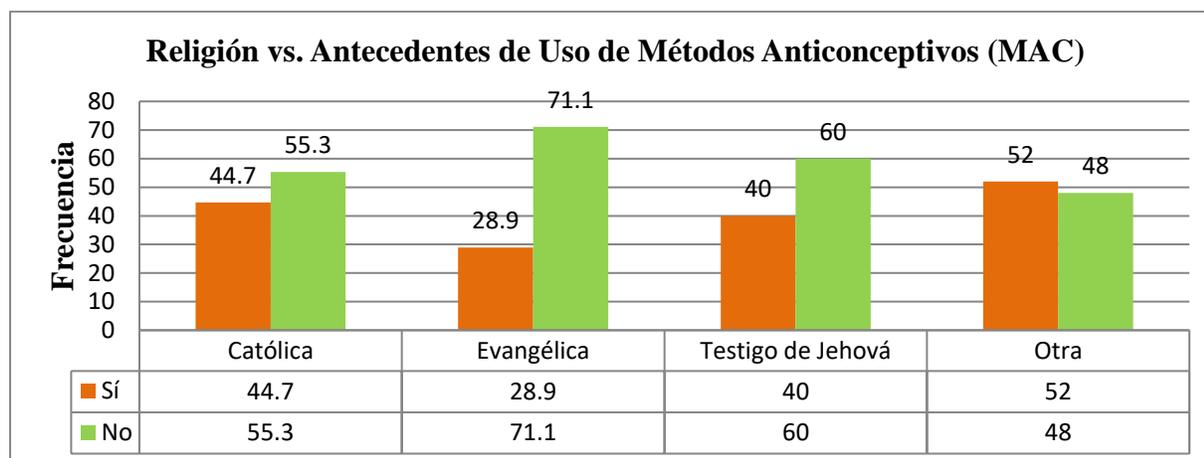
Religión vs. Deseo de estar embarazada según referencia de adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de control prenatal del Hospital Primario Carlos Centeno del municipio de Siuna, RAACN. Primer semestre de 2020.



Fuente: Tabla 10.

Figura 27

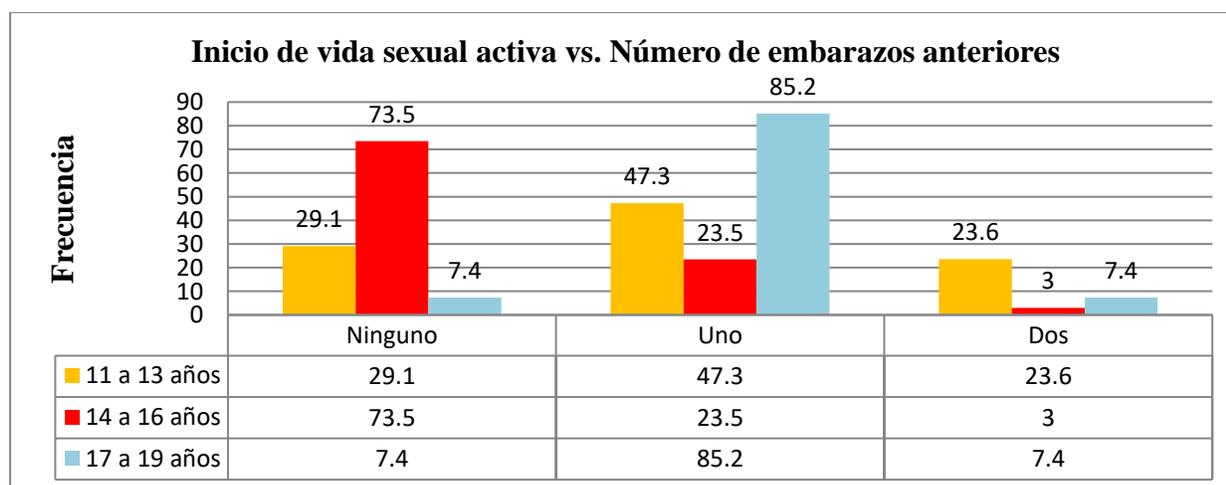
Religión vs. Antecedentes de uso de métodos anticonceptivos (MAC) en adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de control prenatal del Hospital Primario Carlos Centeno del municipio de Siuna, RAACN. Primer semestre de 2020.



Fuente: Tabla 11.

Figura 28

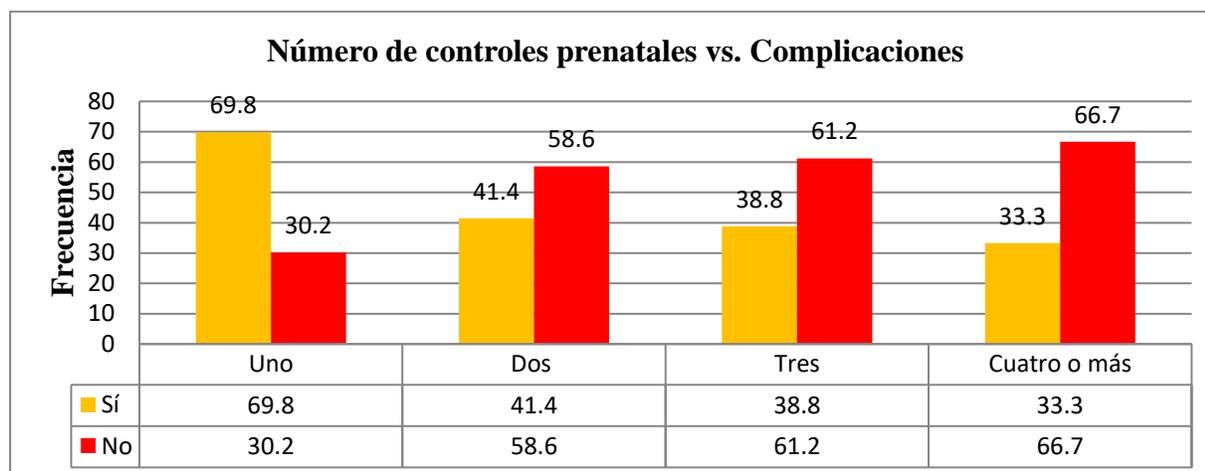
Inicio de vida sexual activa vs. Número de embarazos anteriores en adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de control prenatal del Hospital Primario Carlos Centeno del municipio de Siuna, RAACN. Primer semestre de 2020.



Fuente: Tabla 12.

Figura 29

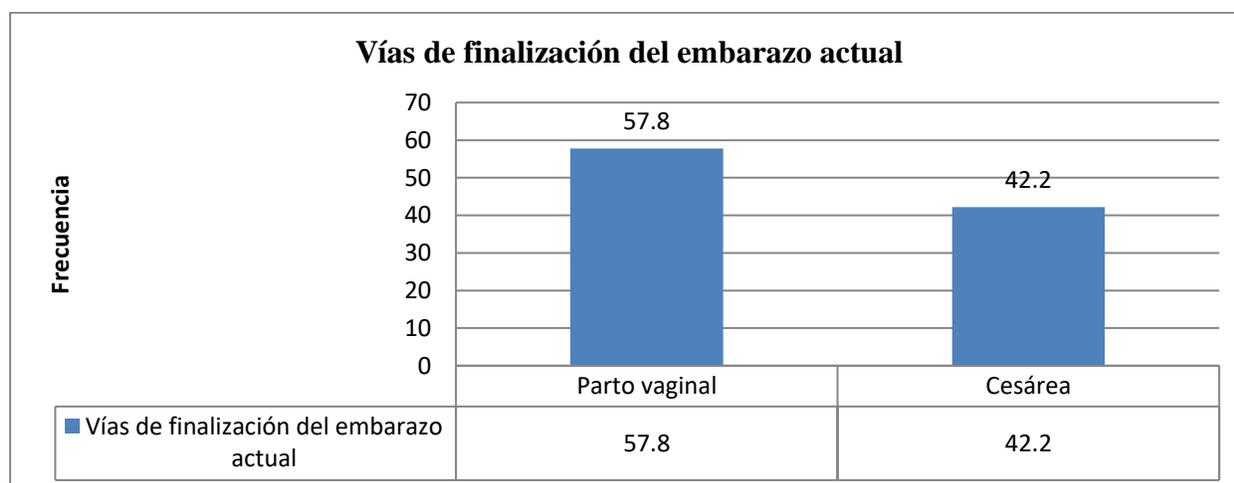
Número de controles prenatales vs. Complicaciones en adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de control prenatal del Hospital Primario Carlos Centeno del municipio de Siuna, RAACN. Primer semestre de 2020.



Fuente: Tabla 13.

Figura 30

Vías de finalización del embarazo actual en adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de control prenatal del Hospital Primario Carlos Centeno del municipio de Siuna, RAACN. Primer semestre de 2020.



Fuente: Tabla 14.

5.5 Fotografías

