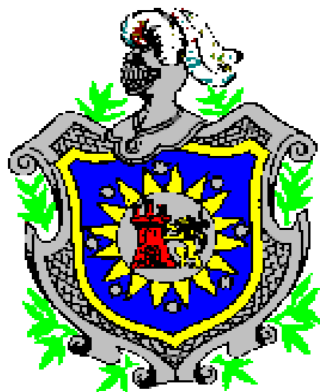


**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
UNAN MANAGUA
HOSPITAL BERTHA CALDERÓN ROQUE.**



**TESIS MONOGRÁFICA PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

**USO DE ANTICONCEPTIVOS PARA LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO
SUBSECUENTE EN ADOLESCENTES QUE ACUDIERON AL HOSPITAL
BERTHA CALDERON ROQUE DURANTE EL AÑO 2014.**

AUTOR:

Dra. Leticia Leonor Cisnero Cerda.

Residente de IV año de Ginecoobstetricia.

TUTOR:

Dr. Carlos Dinarte.

Especialista en Ginecología Infantojuvenil

Máster en Salud Pública

. ASESOR:

Dr. Steven Cuadra, MD., Msc., LicMed., PhD.

Febrero 2016

DEDICATORIA

Quiero dedicarle este trabajo

A Dios Padre todopoderoso creador del cielo y la tierra, él es el pilar fundamental de nuestra causa existencial, somos consecuencia de DIOS, el quien me ha dado la vida, fortaleza, perseverancia para terminar este proyecto y está entre nosotros es por ello que le doy infinitas gracias.

A mi madrecita por estar ahí cuando más los necesité; por su ayuda invaluable y constante cooperación.

A mis hijos Eleazar Rodolfo, Mijaíl Alejandro por acompañarme, esperarme pacientemente cuando estuve ausente y tolerarme en los momentos más difíciles.

A mi esposo por ser mi apoyo en todo momento.

A todas las pacientes adolescentes que brindaron parte de su tiempo para la realización de este proyecto.

AGRADECIMIENTOS

Se expresa el agradecimiento a:

A todas y cada una de las personas que colaboraron para la realización de este estudio:

Al departamento de estadística y archivo.

Al Dr. Serge Amador, Dr. Leiva, a Dra. Juárez, a Lic. Rosa Julia.

Agradezco especialmente a mi tutor Dr. Carlos Dinarte por su valioso tiempo brindado.

OPINIÓN DEL TUTOR

Siendo nuestra sociedad vulnerable , falta de un nivel cultural que forje los conocimientos esenciales a nuestros adolescentes , que enseñe sobre los riesgos que corren ,donde la opinión no va mas allá de ver las necesidades básicas de alimentación, educación, donde predomina el conformismo , donde no se lucha por los sueños, los ideales , donde se enseña a estigmatizar y culpar a los adolescentes de los errores de los padres , la sociedad , la familia y él conglomerado social . Por ser nosotros quienes interactuamos con todas y cada una de las patologías medicas que derivan en; enfermedad, desnutrición , pobreza y muerte , por conocer a fondo nuestras carencias sociales el sentir de la población en uno de los extremos tan importantes de la vida, ya que de los adolescentes depende el futuro y porvenir de la población, es que necesitamos educar , corregir , ayudar y brindar la herramienta fundamental en el área preventiva y educativa así como de consejería de salud sexual y reproductiva , enseñando sobre los métodos de anticoncepción y su uso adecuado para así disminuir la frecuencia de embarazos no deseados , abortos provocados , así como los nacimientos bajo peso , pre términos, muertes fetales y muertes maternas secundarias a la falta de información y consejería.

Por todo lo anteriormente expuesto considero esta será una pieza importante para el devenir de futuros estudios en pro de mejorar la información, estrategias a tomar en consideración para mejorar la atención de nuestra población adolescente y mejorar su calidad de vida.

RESUMEN

Con el objetivo de conocer el uso de anticonceptivos para la prevención del embarazo subsecuente en adolescentes cuyo parto o cesárea fue atendido en el Hospital Bertha Calderón Roque, durante el año 2014, se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo, longitudinal, retrospectivo. Se estudiaron 159 adolescentes a través de la revisión de su expediente clínico para identificar el anticonceptivo prescrito al alta hospitalaria y a través de entrevistas (cara a cara o vía telefónica) para conocer el uso posterior de anticonceptivo y la ocurrencia de un embarazo. Entre los principales resultados se encontró que la tasa de anticonceptivo prescrito al alta fue del 85.5%, y la tasa de persistencia de uso del anticonceptivo prescrito fue de 25%. La tasa de prevención del embarazo subsecuente en este grupo de pacientes fue de 94.8%. El tipo de anticonceptivo prescrito con mayor frecuencia en las adolescentes fue el inyectable trimestral, el cual es categoría III según los criterios de elegibilidad de la OMS.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	2
ANTECEDENTES.....	4
Estudios en Nicaragua.....	6
JUSTIFICACION.....	11
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
OBJETIVOS.....	14
MARCO TEORICO.....	15
MATERIAL Y METODO.....	27
RESULTADOS.....	34
DISCUSIÓN.....	38
CONCLUSIONES.....	41
RECOMENDACIONES.....	42
BIBLIOGRAFIA.....	44
ANEXOS.....	46
ANEXOS.....	50

INTRODUCCIÓN

El embarazo durante la adolescencia representa un problema de salud pública prevalente en los países en vías de desarrollo (Vignoli & Cobos, 2014). Su asociación con mayores tasas de morbilidad materna y perinatal explican el impacto que este evento representa en indicadores sociales y de salud a nivel materno infantil, familiar y de la sociedad en general. Además de las complicaciones clínicas que pueden existir están las de tipo psico-sociales, que implican no solamente a la madre sino a su hijo/a, su pareja y su familia. Esto potencialmente se magnifica en el caso de embarazos subsecuentes. (Alarcón Argota, Coello Larrea, Cabrera García, & Monier Despeine, 2009; Escobar Castro, Velástegui Moya, Guijarro Paredes, & Ortiz Solórzano, 2008; Ulanowicz, Parra, Wendler, & Monzón, 2006).

Si bien es cierto para poder prevenir el primer embarazo en la adolescencia, nuestro papel es muy importante, lo es más en el caso del embarazo subsecuente. Es por esto que la aparición de un nuevo embarazo en una madre adolescente, debe considerarse como un fracaso del sistema de salud en el que ha estado inmersa.(Andrade Valencia, 2009b; Ávila, 2009; Gaviria, Lucía, & Chaskel, 2013; Rodríguez Vignoli, 2014).

La alta incidencia de embarazos en adolescentes en Latinoamérica, solo superada por África, no solo persiste sino que va en aumento, lo que supone un freno para el desarrollo de la región(CEPAL, 2011).La mayor proporción de embarazos adolescentes de la región se registra en varios países de Centroamérica como Nicaragua, Honduras y Guatemala, una de las regiones más afectadas por este problema es Centroamérica, donde Nicaragua encabeza la lista, ya que el 27% de

las nicaragüenses que tienen entre 15 y 19 años son madres o han estado embarazadas alguna vez. (INIDE-MINSA, 2012).

Este contexto revela un mayor riesgo de embarazo en las adolescentes que han tenido un embarazo previo y puede reflejar la ineficacia de estrategias de prevención de embarazos subsecuentes. Entre estas se destacan los servicios y programas de planificación familiar y anticoncepción siendo la anticoncepción post evento obstétrico uno de los componentes principales a nivel de atención secundaria. (Andrade Valencia, 2009b; Della Mora, 2014; Lugones Botell, 2014).

Las mujeres que son madres siendo adolescentes probablemente están ya en una condición de vulnerabilidad, y la maternidad puede acarrear más consecuencias adversas, tanto físicas como económicas y sociales. Todos estos riesgos se agravan en las madres adolescentes que son pobres, que tienen una nutrición inadecuada y un limitado acceso a la atención médica.

La naturaleza multicausal del embarazo en la adolescencia requiere de mayores esfuerzos para el abordaje integral. Es por ello que resulta una prioridad investigar el uso actual de los anticonceptivos en las adolescentes embarazadas que acuden a este centro, como una medida de prevención para el embarazo subsecuente en madres adolescentes y de esta forma valorar la eficacia del programa o servicio de anticoncepción post evento obstétrico.

ANTECEDENTES

Escobar y colaboradores publicaron en el 2008 un estudio cuyo objetivo fue determinar los factores de riesgo socios demográficos, familiares y de anticoncepción asociados con el embarazo subsecuente en adolescentes. Los autores llevaron a cabo un estudio transversal realizado en el Servicio de Adolescentes del Hospital Gineco-Obstétrico ôlsidro Ayoraö entre mayo y junio del 2006. La muestra fue de 150 adolescentes, dividida en dos grupos. El Grupo A, conformado por adolescentes con embarazo subsecuente y el B, por adolescentes cursando su primer embarazo. La información se recolectó a través de una encuesta dirigida, una escala para estratificación social y el APGAR familiar. Entre los principales hallazgos los autores reportan que es cuatro veces más probable que una pareja estable tenga un embarazo subsecuente ($p=0,0014$), y este ocurre 2.3 veces más si pertenecen al estrato social bajo ($p=0,0205$). El primer embarazo se produce en promedio a los 15,4 años, y el subsecuente entre los 17 y 18 años. Pocas adolescentes retornan al colegio. El 75 por ciento de jóvenes con embarazo subsecuente no lo planificaron y éste ocurrió por falla o ausencia del método anticonceptivo. La conformidad con el método anticonceptivo fue un factor protector, aunque las adolescentes tuvieron importantes dudas acerca de su uso. Los autores concluyeron que las adolescentes con embarazo más temprano tienen mayor riesgo de embarazo subsecuente. Aproximadamente el 80 por ciento de madres adolescentes no continúa estudiando y en su mayoría siguen viviendo con su familia nuclear. Las adolescentes con embarazo subsecuente mayoritariamente refieren inconformidad con el método anticonceptivo que utilizan. El recibir explicación adecuada acerca de los métodos anticonceptivos es un importante factor protector contra un embarazo subsecuente.(Escobar Castro et al., 2008)

Andrade y colaboradores publicaron en el 2009 los resultados de una tesis monográfica, en la que investigaron pacientes adolescentes con embarazos subsecuentes, en edades de 15 a 19 años, que acudieron a control prenatal

mensual al subcentro de salud Puengasí , ubicado en la segunda etapa de la Cooperativa Obrero Independiente, sector urbano marginal de la ciudad de Quito, con el objetivo de analizar las experiencias de las adolescentes en relación a su primer embarazo y embarazo subsecuente, sus factores condicionantes y sus consecuencias, en el año 2009. La muestra fue de 10 adolescentes embarazadas por segunda y tercera vez captadas en la consulta médica diaria, a quienes se les aplicó una entrevista semi estructurada. Se encontró adolescentes con embarazos subsecuentes en edades: 3 de 16 años, 1 de 17 años, 3 de 18 años y 3 de 19 años, el estado civil es en su mayoría unión libre, la escolaridad en su mayoría con secundaria incompleta, desempleadas, dedicadas a los quehaceres del hogar y dependientes económicamente de sus familiares, por ser su pareja también adolescente o por tener trabajos ocasionales. Muy pocas usaban métodos anticonceptivos por el temor a ser agredidas en su salud y las que lo utilizaban lo hacían en forma inadecuada teniendo como consecuencia el embarazo. (Andrade Valencia, 2009a)

Loaiza y Blake publicaron en el 2010 los resultados de una revisión encomendada por el Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas sobre el uso y acceso a los anticonceptivos en adolescentes. Los autores indican que las adolescentes sexualmente activas son menos propensas a utilizar anticonceptivos que las mujeres adultas, aún en aquellos lugares en los cuales los anticonceptivos son fáciles de obtener. Los autores indican que las recomendaciones de la OMS para aumentar el uso de anticonceptivos se basan en 7 estudios usando el método GRADE y 26 sin usar el método GRADE en 17 países, así como en las conclusiones elaboradas por un panel de expertos. Los estudios fueron realizados en Bahamas, Belice, Brasil, Camerún, Chile, China, India, Kenia, Madagascar, Mali, México, Nepal, Nicaragua, Sierra Leona, Sudáfrica, Tanzania y Tailandia. Algunos se concentraron exclusivamente en aumentar el uso del preservativo, mientras que otros examinaron el uso creciente de los anticonceptivos hormonales y de emergencia. En algunos, el aumento de la anticoncepción fue un resultado primario, mientras que en otros fue secundario. Algunos estudios se concentraron exclusivamente en acciones dentro del sistema de salud (tales como la entrega de

anticonceptivos sin receta o en clínicas) mientras que otros se concentraron en el compromiso de la comunidad y los interesados directos con el aumento del uso de anticoncepción. En su conjunto, estos estudios demuestran que el uso de anticonceptivos puede aumentarse como resultado de acciones en múltiples niveles – a nivel de políticas, individuos, familias, comunidades y sistemas de salud.(Loaiza & Blake, 2010)

Idrobo y colaboradores publicaron un estudio en el 2011 titulado “Prevención del embarazo subsecuente en adolescentes, en el Centro de Salud de Catamayo Ecuador” en el 2010. El objetivo central del estudio fue explorar los factores que condicionan la prevalencia de embarazos subsecuentes en adolescentes y el uso de anticoncepción. Se realizó un estudio descriptivo transversal utilizando cuestionario y entrevista individual a fondo para la recolección de la información. Los resultados obtenidos indicaron que el 27,43% de los embarazos que se presentaron en el área de Catamayo durante el 2010 fueron en adolescentes, de éstos el 37,86% fueron embarazos subsecuentes y el 62,14% fueron embarazos adolescentes por primera vez. La mayoría de los embarazos subsecuentes se presentaron luego de los 16 años. Solamente el 11% de la población adolescente con embarazo subsecuente tenía algún conocimiento sobre los métodos anticonceptivos y los usaron alguna vez. El 74% de la población dejó sus estudios, solamente el 10% continúa estudiando y el 12% se encuentran trabajando.(Idrobo Luzuriaga, 2011).

Estudios en Nicaragua

A la fecha en Nicaragua no hay estudios publicados sobre el uso de métodos anticonceptivos en adolescentes posterior a eventos obstétricos (parto / cesárea) ni tampoco se cuenta con información sobre el nivel de satisfacción con respecto a dichos métodos. Sin embargo si existen numerosas investigaciones sobre conocimientos, actitudes y prácticas de los adolescentes respecto al uso de

anticonceptivos. A continuación describimos algunas de las investigaciones publicadas.

El instituto Guttmacher en el 2006 realizó un estudio en el cual los niveles de conocimiento sobre la anticoncepción son consistentemente altos en Nicaragua. El reporte indica que entre el 80 y el 90% de las mujeres de 15 a 19 años tenían conocimiento sobre uno o más métodos anticonceptivos modernos. En general, el 46% de las mujeres sexualmente activas de 15 a 19 años indicó que estaban usando un método moderno en ese momento. Sin embargo, el nivel de uso era casi el doble entre las adolescentes en unión (50%) que entre sus contrapartes no en unión. (El uso más alto se registró entre las adolescentes en unión que vivían en áreas urbanas o que tenían siete o más años de escolaridad: 55–56%).(Remez L et al., 2008)

ENDESA 2006/2007 reporta un porcentaje de las mujeres unidas y las no unidas sexualmente activas que actualmente usan anticoncepción, por método usado según edad, siendo el 18.1% de mujeres de 15-19 años quienes manifiestan utilizar cualquier tipo de método en comparación al resto de mujeres entre 20- 49 años quienes oscilan en un rango de 45-54.1%. (ENDESA, 2006/07). Según Endesa 2006-2007 la edad mediana en la área urbana del inicio de vida sexual activa fue de 17.0, la edad de unión estable 19.2, del nacimiento del primer bebe fue de 20.6, En el sector rural el IVSA fue a los 16.6, unión estable a los 17.2 y el nacimiento del primer bebe a los 18.9.(INIDE-MINSA, 2012)

López y colaboradores publicados en el 2009 una tesis monográfica sobre actitudes, conocimientos y prácticas en adolescente del centro de salud Edgar Lang del año 2009, refleja los siguientes resultados: de la población estudiada representan un conocimiento regular el 59%, 23% bueno, y malo el 7 %, una actitud favorable del 77% , con lamentablemente una práctica incorrecta del 39%.(López, 2009)

En el 2010 en Jinotepe Carazo se realizó un estudio de métodos anticonceptivo en estudiantes de 5to año de secundaria en donde 40% presentaban un buen

conocimiento del tema, con una actitud desfavorable representada por el 60%, y una práctica del sexo masculino del 35% utilizan método anticonceptivo; 27% no lo utilizan, sin embargo en el sexo femenino 24.3% si utilizan métodos anticonceptivos, 13.5% no utilizan. (Artola, 2010)

En la ciudad de Managua en marzo 2010 en el colegio público República de Argentina se realiza un estudio CAP de métodos anticonceptivo a 92 estudiantes de 109 que representa el universo en donde 65.6% eran menor de 15 años de los cuales presentan un conocimiento regular 53.3% y una actitud adecuada de 75% pero la practica era mala en un 48.5% donde 72.7% ya tenían una vida sexual activa. (Muñoz, 2010)

El Ministerio de Salud de Nicaragua (2010), a través de su Dirección General de Planificación y Desarrollo y de la Oficina Nacional de Estadísticas (ONE), para el 2010 reporta que el número de nacimientos en adolescentes de 10 – 14 años se ha incrementado en un 47.9% entre el año 2000 y 2009, pasando de 1,066 (0.33% del total de adolescentes de esa edad) a 1,577 (0.47% del total de adolescentes de esa edad).(MINSAL, 2010)

Martínez y colaboradores, publicaron otro estudio CAP de métodos anticonceptivo en adolescente del colegio Señora Asunción del municipio de Juigalpa del año 2011, en cual se tomó una muestra de 236 estudiantes de un universo de 318 estudiantes se concluyo que el conocimiento de métodos anticonceptivo era bueno representado por 77.2%, donde una actitud favorable la presentaba un 81.3% sin embargo solo 43% indicaba utilizar algún método anticonceptivo.(Martínez, 2011)

Castro y colaboradores publicaron una tesis a partir de un estudio CAP de métodos anticonceptivo realizado en el colegio Benjamín Zeledón en el año 2011, el cual arrojó los siguientes resultados: porcentaje de buen conocimiento de 77.8% de los encuestados tenía buen conocimiento, el 40.3% refirió haber iniciado vida sexual a partir de 13-15 año, de los que tenía vida sexual activa el 62.8% no utilizan métodos anticonceptivos. (Castro, 2011)

Según los datos de ENDESA 2011/2012 casi 1 de cada 4 adolescentes entre 15 y 19 años, ya eran madres o estaban embarazadas con su primer hijo (23.3%). (INIDE-MINSA, 2012)

En la población adolescente, lo que se pone de manifiesto por tasas de fecundidad relativamente altas (92 por mil según ENDESA 2011/2012). Por otro lado, se encontraron tasa de prevalencia de uso de 3.5% para el DIU t de cobre a nivel nacional, además esta investigación revelo que casi el 50% de las usuarias de métodos anticonceptivos en Nicaragua no recibieron consejería en planificación familiar.

En 2006, casi la mitad de las mujeres jóvenes sexualmente activas en Managua que no estaban embarazadas y que no tenían hijos, nunca habían utilizado un método anticonceptivo.

El embarazo en la adolescencia es la principal causa de muerte en las mujeres que tienen edades comprendidas entre 15 y 19 años. Estudios de la UNICEF revelan que cada año 15 millones de adolescentes dan a luz lo que representa el 10% de los nacimientos registrados anualmente en el mundo. Uno de los países de América Latina y el Caribe que presenta mayor porcentaje de madres adolescentes es Nicaragua, con una tasa de 24% según datos de la Organización Panamericana de la Salud, (OPS). Los registros del centro de Salud de la ciudad de Somoto y del Sistema Local de Atención Integral de Salud (SILAIS–Madriz), muestran un porcentaje de embarazo en adolescentes de 19% en el año 2010, muy por encima de la media mundial que es de 10% según UNICEF.

Latinoamérica es la segunda región del mundo con mayor tasa de embarazo en adolescentes, solo superada por África. En la década de los 90, los países latinoamericanos reportaron una disminución de un 20% en la tasa global de fecundidad, sin embargo, no se produjo una reducción proporcional en la tasa de fecundidad adolescente, la que más bien se incrementó. Similar al resto de países de la región, de acuerdo a la Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud (ENDESA) de 2006, Nicaragua disminuyó en un 25% de su tasa global de

fecundidad en la década anterior (de 5.1 a 3.7 nacidas/os vivas/os por mujer en edad fértil), no así la tasa de fecundidad adolescente, para la que se reportó en el mismo período un descenso únicamente del 11%. La misma encuesta reveló que un 40% de las adolescentes en el país ya son madres o están embarazadas por primera vez al cumplir los 18 años.

En el Hospital Bertha Calderón Roque, el total de partos durante el año 2014 fue de 11,394 de estos 1889 correspondían a pacientes entre 10-14 años y 1353 a pacientes entre 15-19 años o sea que el total de embarazadas adolescentes fue de 3242 lo que representa un 28% de la población que acude por atención del parto lo que en comparación con estadísticas de hace 5 años refleja un aumento, que continua con los años subsecuentes ya que para este año 2015 durante el nonestre pese a que llevamos 8078 partos entre vaginales y cesáreas 2351 o sea un 29% corresponden a adolescentes entre 10 -19 años.

JUSTIFICACION

Determinar el uso de anticonceptivos posterior a un evento reproductivo (parto /cesárea) en adolescente y la tasa de persistencia de uso de dichos anticonceptivos a lo largo del tiempo, permite la obtención de valiosos insumos para valorar la necesidad de implementar medidas para mejorar la calidad del servicio de planificación familiar y fundamentalmente el componente de consejería y seguimiento post evento reproductivo. Si bien es cierto para poder prevenir el primer embarazo en la adolescencia, el papel del trabajador de la salud es muy importante, lo es más en el caso del embarazo subsecuente, ya que se tiene una mayor oportunidad de aportar. Es por esto que la aparición de un nuevo embarazo en una madre adolescente, debe considerarse como un fracaso del sistema de salud.(Escobar; Rodríguez Vignoli, 2014)

La información sobre cómo se está indicando los anticonceptivos en medios hospitalarios posterior a eventos reproductivos en adolescentes es bien limitada por no decir ausente en muchos ambientes hospitalario.

Incorporar o fortalecer componente de planificación familiar y anticoncepción en la atención prenatal. Generar y /o desarrollar mayor conciencia en el personal de salud, sobre la importancia de proveer servicios en planificación familiar y anticoncepción, acorde a las condiciones y necesidades de la población adolescente que acude a este centro asistencial

Contribuir al fortalecimiento personal de las adolescentes favoreciendo una participación más activa en la planeación de sus embarazos y el mejoramiento de sus condiciones de vida y de su entorno.

Debido a que el embarazo en adolescentes es un problema de salud pública multicausal, requiere de mayores esfuerzos de abordaje integral para fortalecer las estrategias de prevención. En Este sentido es necesario primero conocer como los adolescentes están usando los métodos anticonceptivos que se les prescriben en las unidades de salud.

Por lo cual pretendemos que la información generada por este estudio sea de utilidad al momento de diseñar e implementar estrategias y herramienta dirigidas a disminuir la incidencia de embarazos en la adolescencia.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Dado que el embarazo subsecuente en la adolescencia, constituye un factor determinante para la configuración de un escenario socioeconómico y de salud desfavorable. La mayoría de los embarazos durante la adolescencia no son planeados y por ende, reflejan la ineficacia de las estrategias de prevención primaria. La anticoncepción post evento obstétrico a nivel secundario representa un subcomponente esencial en programas y servicios dirigidos a reducir la incidencia de embarazos subsecuentes en la adolescencia, considerando que este acontecimiento constituye una oportunidad para los proveedores de servicios de salud, lo que se ve favorecido por una actitud positiva de las adolescentes hacia el uso de anticonceptivos con el propósito de espaciar los embarazos. Se requiere la organización y articulación de acciones en los diferentes niveles de atención para garantizar el éxito de esta estrategia. Por lo que consideramos imperante conocer el uso y nivel de satisfacción de los métodos de planificación familiar en las adolescentes posteriores a un evento reproductivo de las adolescentes que acudieron al Hospital Bertha Calderón Roque, nos permite valorar subjetivamente el nivel de cumplimiento de normas y protocolos establecidos para este propósito. En este contexto nos planteamos el siguiente problema de investigación:

¿Cómo fue el uso del método anticonceptivos prescrito post evento obstétricos y su relación con la prevención del embarazo subsecuente, en adolescentes cuyo parto o cesárea fue atendido en el Hospital Bertha Calderón Roque durante el año 2014?

OBJETIVOS

Objetivo general

Conocer el uso del método anticonceptivos prescrito post evento obstétricos y su relación con la prevención del embarazo subsecuente, en adolescentes cuyo parto o cesárea fue atendido en el Hospital Bertha Calderón Roque durante el año 2014.

Objetivos específicos

1. Describir las características socios demográficos y gineco-obstétricas de las adolescentes en estudio.
2. Determinar el tipo de anticoncepción prescrita a la adolescente al momento del alta hospitalaria posterior al evento obstétrico según criterios de elegibilidad.
3. Conocer la continuidad de uso de los métodos anticonceptivo prescrito post evento obstétrico
4. Identificar la frecuencia de embarazos, según tipo de anticonceptivo prescrito, en las adolescentes en estudio.

MARCO TEORICO

Generalidades

La adolescencia ha sido tradicionalmente considerada como un periodo libre de problemas de salud, sin embargo las características psicológicas, biológicas y de comportamiento de los adolescentes y su actitud reticente ante los servicios sanitarios, hacen necesarias y pertinentes actividades de salud preventivas, educativas y asistenciales específicamente diseñadas para jóvenes y adolescentes en términos de cuidados de salud sexual y reproductiva adecuadas a sus expectativas y necesidades. Aunque los adolescentes y jóvenes no constituyen grupos homogéneos ni uniformes, su comportamiento sexual y reproductivo está influido, en mayor o menor medida, por una serie de factores entre los que cabe mencionar:

- Disminución de la edad de la menarquía.
- Inicio temprano de la actividad sexual coital.
- Cambios frecuentes de pareja.
- Sentimiento de invulnerabilidad por no tener integrada la noción de riesgo.
- Miedo a delatarse.

Definición de anticoncepción

Podemos definir la anticoncepción en la adolescencia como la prestación de un servicio de salud integral, ante la solicitud espontánea de anticoncepción por un o una adolescente de 19 años o menos, o pareja de adolescentes, con vida sexual activa, permanente o esporádica o en riesgo de iniciarla. En general, la información disponible sobre el uso de anticonceptivos en adolescentes muestra que existen mayores tasas de fracaso, menores tasas de continuidad y un menor cumplimiento en comparación con los adultos

La indicación de un método anticonceptivo a una adolescente o pareja de adolescentes no es igual que en los adultos, sino por el contrario, no todos serán adecuados en la adolescencia, principalmente debido a las mayores tasas de fracaso, menor aceptabilidad y mayores tasas de discontinuación, siendo prioritario frente a la indicación de anticoncepción evaluar los aspectos biopsicosociales involucrados.

Perfil de uso de anticoncepción en adolescentes.

Las adolescentes son elegibles para usar cualquier método de anticoncepción y deben tener acceso a una variedad de opciones anticonceptivas. La edad en sí, no constituye una razón médica para negar cualquier método a las adolescentes. Los métodos LARC actualmente son una opción de primera línea en la adolescencia. Los factores socioculturales, familiares e individuales son determinantes para la elección de MAC. Dificultades de acceso, falta de conocimiento o conceptos erróneos limitan el uso de MAC. Variedad de opciones anticonceptivas, no todos serán adecuados, su efectividad, su uso correcto, la libre elección informada y la posibilidad de obtenerlos en forma oportuna y continua deberían contribuir al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos

Los factores más importantes asociados al perfil de uso de anticonceptivos en adolescentes son de índole biopsicosocial, relacionados con las fases del desarrollo de la adolescencia y con el entorno psicosocial. En general, respecto a la elección del método debemos elegir el o los métodos anticonceptivos que puedan prevenir las principales consecuencias de la actividad sexual no protegida, como embarazo e ITS/VIH. En la gran mayoría de los casos se trata de adolescentes sin ninguna patología, por lo que la indicación anticonceptiva puede realizarse por cualquier profesional de la atención primaria debidamente capacitado, resultando la referencia a nivel secundario en situaciones muy particulares. Es crucial entender que las principales limitaciones en la indicación y continuidad de la anticoncepción tiene relación con los condicionantes de la conducta de los/las adolescentes, con los mitos y creencias existentes y con el acceso a la atención en salud.

En los adolescentes, los embarazos corren mayor riesgo de malos resultados. La educación sexual integral y el acceso a métodos anticonceptivos disminuyen la tasa de embarazos no deseados en este grupo etario. Si bien los jóvenes pueden utilizar todas las formas de control de la natalidad, aquellas de acción prolongada y reversible como los implantes, DIU o anillos vaginales son de particular beneficio en la reducción de las tasas de embarazo adolescente. Después del parto, una mujer que no amamanta exclusivamente puede embarazarse nuevamente tan luego como cuatro a seis semanas.

Algunos métodos anticonceptivos pueden iniciarse inmediatamente después del nacimiento, mientras que otros requieren una demora de hasta seis meses. En las mujeres que están amamantando, los métodos de únicamente progestina son preferibles a los anticonceptivos orales combinados.

La **planificación familiar** permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos. Se logra mediante la aplicación de métodos anticonceptivos y el tratamiento de la esterilidad.

Beneficios de la planificación familiar y de la anticoncepción

La promoción de la planificación familiar y el acceso a los métodos anticonceptivos preferidos para las mujeres y las parejas resulta esencial para lograr el bienestar y la autonomía de las mujeres y, al mismo tiempo, apoyar la salud y el desarrollo de las comunidades.

Prevención de los riesgos para la salud relacionados con el embarazo en las mujeres

La capacidad de la mujer para decidir si quiere embarazarse y en qué momento tiene una repercusión directa en su salud y bienestar. La planificación familiar permite espaciar los embarazos y puede posponerlos en las jóvenes que tienen mayor riesgo de morir por causa de la procreación prematura, lo cual disminuye la mortalidad materna. Evita los embarazos no deseados, incluidos los de mujeres de

más edad, para quienes los riesgos ligados al embarazo son mayores. Permite además que las mujeres decidan el número de hijos que desean tener. Se ha comprobado que las mujeres que tienen más de cuatro hijos se enfrentan con un riesgo mayor de muerte materna.

Al reducir la tasa de embarazos no deseados, la planificación familiar también disminuye la necesidad de efectuar abortos peligrosos.

Reducción de la mortalidad infantil

La planificación familiar puede evitar los embarazos muy cercanos entre sí y en un momento inoportuno, que contribuyen a causar algunas de las tasas de mortalidad infantil más elevadas del mundo. Las criaturas cuya madre muere a causa del parto también tienen un riesgo mayor de morir o enfermar.

Prevención de la infección por el VIH y el SIDA

La planificación familiar disminuye el riesgo de que las mujeres infectadas por el VIH se embaracen sin desearlo, lo que da como resultado una disminución del número de criaturas infectadas y huérfanas. Además, los condones masculinos y femeninos brindan una protección doble: contra el embarazo no deseado y contra las infecciones de transmisión sexual, en especial la causada por el VIH.

Poder de decisión y una mejor educación

La planificación familiar permite que las personas tomen decisiones bien fundamentadas con relación a su salud sexual y reproductiva. Brinda además la oportunidad de que las mujeres mejoren su educación y puedan participar más en la vida pública, en especial bajo la forma de empleo remunerado en empresas que no sean de carácter familiar. Tener una familia pequeña propicia que los padres dediquen más tiempo a cada hijo. Los niños que tienen pocos hermanos tienden a permanecer más años en la escuela que los que tienen muchos.

Disminución del embarazo de adolescentes

Las adolescentes que se embarazan tienen más probabilidades de dar a luz un niño de pre término o con peso bajo al nacer. Los hijos de las adolescentes presentan tasas más elevadas de mortalidad neonatal. Muchas adolescentes que se embarazan tienen que dejar la escuela, lo cual tiene consecuencias a largo plazo para ellas personalmente, para sus familias y para la comunidad.

Menor crecimiento de la población

La planificación familiar es la clave para aminorar el crecimiento insostenible de la población y los efectos negativos que este acarrea sobre la economía, el medio ambiente y los esfuerzos nacionales y regionales por alcanzar el desarrollo.

Es importante que los servicios de planificación familiar estén ampliamente disponibles y sean de fácil acceso, por medio de parteras y otros agentes de salud capacitados, para toda persona sexualmente activa, en particular los adolescentes. Las parteras están capacitadas para facilitar en los lugares en que estén autorizados los métodos anticonceptivos localmente disponibles y culturalmente aceptables.

Otros agentes de salud calificados, por ejemplo, los agentes de salud comunitarios, también pueden facilitar asesoramiento y algunos métodos de planificación familiar, entre ellos píldoras y preservativos. Para métodos tales como la esterilización, tanto los hombres como las mujeres deben ser remitidos a un médico

A pesar de los progresos en la tecnología contraceptiva y de que se dispone cada vez de más medidas para el control de la natalidad, muchas adolescentes quedan embarazadas sin una planificación previa y sin haber usado nunca antes anticonceptivo alguno. En Estados Unidos, se reporta que solo aproximadamente 66 % de las adolescentes sexualmente activas utilizan algún método anticonceptivo.

Anticoncepción post evento obstétrico

Dentro del subcomponente de tecnología anticonceptiva, la anticoncepción posparto, trans cesárea, pos cesárea y postaborto, es un aspecto sustantivo que contribuye a disminuir la incidencia de embarazos de alto riesgo, promover un espaciamiento intergenésico de al menos dos años, favorecer una paridad planeada, contribuir a la disminución de la morbilidad y mortalidad materna e infantil.

- En el contexto demográfico general. se ha constatado que más de la mitad de las mujeres no desean un embarazo en los 24 meses siguientes al parto o no desean más embarazos.
- La mayoría de las mujeres que egresan de las unidades de salud después de un parto han planeado utilizar un método anticonceptivo en los siguientes 6 meses.
- A pesar que se ha documentado la demanda de información o servicios de planificación familiar en muchas mujeres, con el fin de espaciar o prevenir embarazos subsecuentes, cerca de la mitad de mujeres que deseaban usar algún método de planificación familiar en el periodo postparto no lograron obtener estos servicios durante el primer año después del parto
- Las mujeres que no desean quedar embarazadas al poco tiempo de un aborto o que, por razones de salud, deben aplazar el embarazo, tienen necesidad de un buen método anticonceptivo de forma inmediata, ya que la ovulación sobreviene normalmente a las dos-cuatro semanas del final del embarazo y el 75% de las mujeres ovulan en un plazo de seis semanas (Lahteenmaki, 1993; Lahteenmaki, 1980; Vorherr, 1973; Boyd y Holmstrom, 1972) la mujer puede estar de nuevo expuesta a un embarazo no deseado a las pocas semanas de un aborto, incluso antes de que reaparezca la menstruación.

MOMENTO PARA PRESCRIBIR LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS POSPARTO	
Madres lactantes	Madres en el posaborto
Antes del egreso hospitalario	Antes del egreso hospitalario
<ul style="list-style-type: none"> • Inserción del DIU, transcesárea, poscesárea y posparto • Oclusión Tubaria Bilateral 	Todos los métodos: <ul style="list-style-type: none"> • Inserción del DIU • Condones (masculino o femenino) • Espermicidas • Métodos sólo de progestina (PSP, DMPA) • Anticonceptivos hormonales combinados (orales o inyectables) • Oclusión Tubaria Bilateral
Después del egreso hospitalario	
<ul style="list-style-type: none"> • MELA (protección hasta seis meses) • Espermicidas • Condón femenino • Anticonceptivos hormonales combinados: orales o inyectables (iniciar después del sexto mes en caso de lactancia exclusiva; si no está lactando se pueden usar después de la tercera semana posparto). 	
Hombres	
En cualquier momento que el decida adoptar el uso de estos métodos anticonceptivos	
<ul style="list-style-type: none"> • Condón masculino • Vasectomía sin bisturí 	

Factores que favorecen la utilización de anticonceptivos Post evento obstétrico

- Alta motivación de la mujer para espaciar o limitar embarazos
- Buenas condiciones para la inserción del DIU en la sala de partos o atención de aborto
- Menores molestias durante la inserción.
- Mayor dilatación cervical.

- Una de las pocas oportunidades que tienen los proveedores de establecer contacto con la mujer para ofertar y brindar el servicio de planificación familiar

No interfiere con la lactancia en casos de DIU post parto. Durante el periodo postparto la combinación de abstinencia sexual y/o amenorrea por lactancia materna exclusiva pueden prevenir un embarazo.

DIU post parto

Reacciones secundarias a el DIU post Parto.

- La tasa de perforación e infección parece ser similar a la del DIU de intervalo
- La tasa de expulsión es mayor que la de DIU de intervalo, pero los beneficios de utilizar el DIU post parto sobrepasan los riesgos.
- La tolerancia del sangrado en usuarias de DIU post parto es mayor que para DIU de intervalo.

Elementos necesarios para el funcionamiento de inserción de DIU post evento obstétrico.

Los servicios de DIU post parto deben ser adecuadamente estructurados y organizados para que sean efectivos (por ejemplo, consejería prenatal es necesaria para mujeres que recibirán el servicio de inserción de DIU post placenta y transcesarea.

El numero de proveedores de este servicio, la naturaleza impredecible de los eventos obstétricos y la importancia del momento para la inserción del DIU. Todo ello configura un escenario relativamente complejo para estructurar un programa de DIU post parto y post aborto. La consulta prenatal, la sala de labor y parto, de complicaciones, servicios postnatales y las clínicas de planificación familiar deben brindar las condiciones para implantar el programa de DIU post evento obstétrico. Con el propósito de maximizar las oportunidades de asesoramiento en

planificación familiar antes del parto y/o la derivación oportuna de la usuaria o antes del egreso de la unidad de salud y de tal manera motivar a la usuaria a asistir a la visita de seguimiento, es importante el involucramiento del personal de salud de diferentes servicios tales como: atención prenatal, obstetricia, maternidad, complicaciones del embarazo y planificación familiar.

Consejería para la inserción del DIU post evento obstétrico

Momento para la consejería.

Las condiciones apropiadas para la consejería a las potenciales usuarias del DIU post evento obstétrico constituyen un factor clave en la decisión de usar. Este método de planificación familiar. Se recomienda seguir las guías o protocolos para consejería general en DIU de intervalo y considerar los siguientes elementos particulares:

Condiciones de estrés físico o emocional de la mujer en caso de aborto o parto.

Ambiente físico en ocasiones inadecuado para brindar la consejería, en la sala de emergencia, labor y parto y maternidad.

Falta de asesoramiento previo al evento obstétrico.

La elección del momento más adecuado para el asesoramiento y los servicios de planificación familiar post parto y postaborto exige una cuidadosa evaluación de las tres condiciones siguientes:

Asesoramiento satisfactorio que ayude a la mujer y su pareja a tomar sus propias decisiones sobre planificación familiar y a elegir un método eficaz mientras persevere en su decisión de evitar el embarazo.

Protección anticonceptiva frente a la posibilidad inmediata de un embarazo no deseado.

Posibilidad de aprovechar la ocasión disponible para ofertar y brindar este servicio.

El mejor momento para brindar asesoramiento y servicios en materia de planificación familiar depende de las características de cada mujer y de las posibilidades del centro de salud.

Para el DIU Post parto, transcesarea y post cesárea:

- La consejería debe brindarse idealmente durante la atención prenatal para la inserción de DIU post placenta y transcesarea.
- Al inicio del trabajo de parto desde el ingreso de la mujer a la unidad de salud
- Durante la etapa activa del trabajo de parto solo debe confirmarse la decisión de usar el método en casos necesarios.
- Durante el puerperio inmediato para realizar la inserción antes de 48 horas post parto o post cesárea.

Criterios de elegibilidad médica

Los criterios de elegibilidad recomendados por la OMS proporcionan un adecuado margen de seguridad para proteger a las mujeres de los potenciales efectos adversos de los anticonceptivos.

Ha sido elaborada para proporcionar una guía basada en evidencia, se han clasificado en categorías de elegibilidad.

Criterios de elegibilidad medica recomendados por la OMS

Categoría de la OMS	Con decisión clínica	Con decisión clínica limitada
1	Se puede usar el método en cualquier circunstancia.	Se puede usar el método
2	Generalmente se puede usar el método	
3	Generalmente no se recomienda el uso del método a menos que no se disponga de otros métodos más apropiados o que los métodos disponibles no sean aceptables.	No se debe usar el método
4	No se debe usar el método	

Categoría de la OMS 2015	
1	Una condición para la cual no hay restricción para el uso de los métodos anticonceptivo.
2	Una condición donde las ventajas de usar el método generalmente sobrepasan el riesgo teórico o real del uso del método.
3	Una condición donde el riesgo teórico o real del uso del método usualmente sobrepasa las ventajas de usar el método.
4	Una condición la cual representa un riesgo para la salud inaceptable si se usa el método anticonceptivo.

La OMS está trabajando para promover la planificación familiar mediante la preparación de directrices basadas en datos científicos sobre la seguridad de los métodos anticonceptivos y los servicios mediante los cuales se ofrecen; la preparación de normas de calidad y la precalificación de los productos anticonceptivos; y la ayuda a los países para que introduzcan, adapten y apliquen estos instrumentos para satisfacer sus necesidades. La OMS también está

elaborando nuevos métodos para ampliar el espectro de los métodos anticonceptivos femeninos y masculinos.

Barreras para la anticoncepción pos evento obstétrico.

Dos años después del parto en entrevistas realizadas a usuarias de anticoncepción post evento obstétrico de Austin Texas, manifestaron que deseaban retrasar el siguiente embarazo al menos 2 años. Se les realizaron entrevistas a los 6, 12 y 24 meses. A los 6 meses dos tercios de las usuarias expresaron insatisfacción por no acceder al método de larga duración de su preferencia y entre 6 y 24 meses el 20.4% tuvieron un embarazo no deseado.

Problemas éticos y legales en anticoncepción en la adolescencia.

Los/las profesionales que trabajan con adolescentes se ven enfrentados en más de una oportunidad con aspectos éticos y legales involucrados en la atención. Un ejemplo patente y actual es la adolescente menor de 14 años que ha iniciado actividad sexual voluntaria y consulta espontáneamente para iniciar anticoncepción. El cambio en la ley de delitos sexuales aumentó la edad de consentimiento de 12 a 14 años para la actividad sexual, es decir una menor de 14 años con actividad sexual estaría siendo sujeto de abuso sexual, específicamente de una violación, aún cuando su pareja también sea un menor de edad. En la práctica, una ley que debería proteger a las adolescentes está ejerciendo el efecto contrario, sobre todo en el sector público, toda vez que para no tener que denunciarlas a las autoridades se les niega el acceso a la atención en SSR. Como profesionales debemos tener presente los principios del derecho del paciente a la confidencialidad.

Sin que se postule una revolución sexual vigorosa, existen diversos factores que explicarían la gran fecundidad de las adolescentes. Ha disminuido gradualmente la edad de la menarquía durante el último siglo, de modo que ahora sobreviene después de los 12 años; al llegar a la edad de 17,5 años, el 94 % de todas las

chicas son totalmente fecundas, lo que parece estar relacionado con una mejor nutrición. Además, el mundo actual ofrece menos restricciones a la mezcla de los sexos a edades muy tempranas, lo que incrementa el riesgo de actividad sexual precoz. Por otra parte, se ha producido una prolongación simultánea del período de la adolescencia por la tendencia a seguir dependiendo, desde el punto de vista económico, de los padres, mientras se prosigue con la educación, lo mismo que por la tendencia a contraer nupcias más tarde.

Es utópico pensar que la adolescente que ha experimentado un embarazo indeseado ha aprendido la lección. En general, la adolescencia es un período de incertidumbre, en el que la proyección o entendimiento de lo futuro es aún incipiente, lo que impide la posibilidad de anticipar consecuencias. El desarrollo emocional es todavía incompleto, y existe un escaso desarrollo de las habilidades de comunicación interpersonal, lo que dificulta, en cierta forma, el negociar con la pareja situaciones vinculadas con las relaciones sexuales y el uso de métodos anticonceptivos. La adolescencia es también una etapa de transición de la dependencia hacia la independencia, y el embarazo puede aparentar ser una manera de alcanzar esta independencia.

Por todo ello, la anticoncepción ha devenido como una necesidad de salud en los adolescentes, y los médicos que se encargan de atender a este grupo deben estar familiarizados con las diversas medidas contraceptivas y lo adecuadas que estas pueden ser para las personas de este grupo de edad. El profesional de salud debe estar preparado también para participar en su educación sexual y ofrecer consejos, o enviar a los adolescentes al lugar adecuado donde puedan recibirlos, cuando estos presenten problemas sexuales.

MATERIAL Y METODO

Tipo de estudio

Es un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, longitudinal

Área y período de estudio

La unidad de salud donde se llevó cabo el estudio, fue el Hospital Bertha Calderón Roque, recolectándose información de pacientes atendidas de enero a diciembre del 2014. Se evaluó el uso de métodos anticonceptivos hasta en el mes de enero del 2016 (este punto representó el final del período de evaluación).

Universo de estudio

El universo corresponde al total de mujeres adolescentes cuyo parto o cesárea fue atendido en el Hospital Bertha Calderón durante el 2014, correspondiendo a 3242 distribuidas en parto o cesáreas.

Muestra

Tamaño de muestra

Se estimó un tamaño de muestra requerida de 152 pacientes. El cálculo de la muestra se realizó mediante la siguiente fórmula

$$n = \frac{N \cdot Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot (1-p)}{e^2 \cdot (N-1) + Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot (1-p)}$$

Donde:

$Z_{\alpha/2} = 1.962$ (si la seguridad es del 95%)

$p =$ proporción esperada (en este caso $18\% = 0.18$)

$q = 1 - p$ (en este caso $1-0.18 = 0.82$)

e = precisión (en este caso deseamos un 5%).

Total de la población (N)	3242
Nivel de confianza o seguridad (1- α)	90%
Precisión (d)	5%
Proporción (valor aproximado del parámetro que queremos)	18%
TAMAÑO MUESTRAL (n)	152
Proporción esperada de pérdidas (R)	15%
MUESTRA AJUSTADA A LAS PÉRDIDAS	250

En este sentido se buscaron 250 expedientes de adolescente las cuales fueron invitadas a participar en el estudio. De las 250 invitadas 71 no pudieron ser contactadas y 20 rechazaron participar en el estudio, por lo que la muestra final fue de 159. Este número fue superior a la muestra mínima requerida que era de 152, por lo que se garantiza la representatividad estadística.

Tipo de muestreo

El tipo de muestreo que se utilizó fue probabilístico aleatorio simple. En primer lugar se elaboró un listado con el número de expedientes de total casos identificados. Posteriormente se introdujo el número de expediente de los casos en una base de datos de SPSS, y se aplicó un comando de selección aleatoria de 250 casos a partir de los casos que fueron introducidos en la base. Es decir que el programa arrojó un listado de 250 casos seleccionados de forma aleatoria. Posteriormente se procedió a solicitar al departamento de estadística los expedientes de los 250 casos seleccionados. Si por alguna razón algún expediente no estuvo disponible o no fue entregado, se hizo una sustitución haciendo la selección de un nuevo caso a partir de aquellos que inicialmente no fueron seleccionados. Posterior a la revisión de los expediente se procedió a hacer contacto para invitar a las pacientes a participar en el estudio. De las que se logro una muestra total de 159 pacientes de estas 91 o sea el 58% fueron entrevistas

directas y 68 o sea 42% fueron llamadas telefónicas, entrevista que se logro realizar al contactar a las pacientes citándolas al centro de adolescentes donde fue llevada a cabo la entrevista.

Criterios de selección

Criterios de inclusión:

- Mujeres entre 13 y 19 años
- Cuyo parto o cesárea fue atendido en el HBCR durante el 2014
- Que en el expediente se encuentren datos de contacto
- Que haya sido posible contactar a la paciente.

Criterios de exclusión:

- Se excluye a las mujeres QUE NO ACEPTARON participar en el estudio.
- Se excluyen aquellas pacientes a las que no se les pudo entrevistar para recolectar la información, vía telefónica.
- Paciente cuyo expediente no estaba disponible al momento del estudio y/o completo.

Técnicas y procedimientos para recolectar la información.

Prueba piloto

Previo a la ejecución de la recolección principal se realizó una carta de solicitud a las autoridades correspondientes para la autorización del inicio del estudio, se hizo una prueba piloto donde se investigó una muestra de cinco pacientes atendidos en el Hospital Bertha Calderón durante el periodo en estudio. Durante esta prueba piloto se aplico un instrumento de recolección para revisión de expediente y un

segundo instrumento para entrevista de las pacientes durante su seguimiento. Esta prueba piloto permitió evaluar su validez tomando como fuente de información tanto a los expediente como a las pacientes mismas. Posterior al análisis de la prueba piloto se diseñó el instrumento final.

Instrumentos de recolección de la información

Para llevar a cabo este estudio se elaboraron dos instrumentos de recolección: 1) Ficha de revisión de expedientes; 2) Guía de entrevistas a pacientes.

Los instrumentos de recolección de la información se aplicaron en dos momentos diferentes, la ficha del expediente clínico se lleno al finalizar el evento obstétrico, y la recolección de los datos vía telefónica se realizó en enero del 2016 a todas aquellas pacientes que si contestaron la llamada telefónica.

La ficha de revisión de expedientes estuvo conformada por los siguientes ítems:

Datos socio demográfico: Edad, escolaridad, estado civil, ocupación, procedencia

Antecedentes gineco-obstétricos: Gesta, para, aborto, cesárea, legrado, menarquía, IVSA, número de compañeros sexuales, planificación familiar.

Método anticonceptivo prescrito al alta de la paciente (al momento del alta hospitalaria).

Categorías de criterios de elegibilidad para anticoncepción.

- Categoría 1: Usar el método en cualquier circunstancia. No hay riesgo con el uso de este método.
- Categoría 2: Generalmente usar el método Puede usarse el método aunque no debe considerarse de primera elección.
- Categoría 3: Usualmente no se recomienda usar el método a menos que no haya otros métodos disponibles o aceptables. El método no es usualmente recomendado.

- Categoría 4: No debe usarse el método. Este método no debe ser usado en los siguientes casos

La guía de entrevista a las pacientes durante el seguimiento (un año posterior al alta):

- Datos de identificación
- Estatus de gestación (actual)
- Uso de métodos anticonceptivos
- Nivel de satisfacción con el uso de método anticonceptivo
- Tipo método anticonceptivo que usa actualmente la paciente

Técnicas de procesamiento y análisis de la información

Creación de base de datos

La información obtenida a través de la aplicación del instrumento fue introducida en una base de datos utilizando el programa SPSS 20.0 versión para Windows (SPSS Inc. 2011)

Estadística descriptiva

Las variables categóricas (conocidas como cualitativas) se describen en términos de frecuencias absolutas (número de casos observados) y frecuencias relativas (porcentajes). Los datos son mostrados en tablas de distribución de frecuencia y tablas de contingencia. Las variables cuantitativas fueron descritas en términos de medidas de resumen de tendencia central (media y mediana) y medidas de variabilidad (desviación estándar y rango). Todos el procedimiento se realizo con el programa estadístico SPSS versión 20.0.

Estadística inferencial

Para explorar la asociación entre dos variables categóricas se utilizó la prueba de Chi-Cuadrado (χ^2). Se consideró que una asociación o diferencia fue estadísticamente significativa, cuando el valor de p fuese <0.05 . Las pruebas estadísticas se llevaron a cabo a través del programa SPSS 20.0.

Estrategias para el control del sesgo y factores de confusión.

El sesgo de información fue reducido a través de la estandarización de los procedimientos de llenado de la ficha de recolección de la información. Previo a la recolección se realizó una prueba piloto para validar el instrumento y posteriormente se realizó un entrenamiento con las dos personas que llenaron todas las fichas de revisión de expediente y la guía de entrevistas a las pacientes.

Consideraciones éticas.

El estudio recibió la autorización del Jefe de Servicio, del Director Médico del Hospital para su realización. Se garantizó la privacidad y confidencialidad suprimiendo el nombre de la entrevistada. La información obtenida es única y exclusivamente para fines de investigación. Al finalizar el estudio y después haber presentado resultados, se procederá a la preparación final de un reporte, que será entregado a las instituciones colaboradoras. Dicha información será presentada en los diversos foros o espacios que las instituciones involucradas estimen conveniente. No se presentará información individual y toda la información es confidencial, y en la base de datos no se registran nombres. Solo el equipo investigador tendrá acceso a la base de datos original.

RESULTADOS.

Resultados del objetivo #1

- Respecto a edad de las adolescentes atendidas posterior al evento obstétrico en el hospital Bertha calderón Roque durante el año 2014 se encontró que el grupo de edad predominante fue de 15-17 años con un total de 87 pacientes para un 54.7%, seguido de un 37.7% (60) de pacientes de 18 años a mas. La media de la edad encontrada en las adolescentes en estudio es de 16.8 años, con una edad mínima de 13 y una edad máxima de 21. (Ver cuadro 1)
- En relación al último grado aprobado el 47.2% tiene secundaria incompleta, seguido de un 18.9% primaria completa y en menor porcentaje un 7.5% primaria incompleta. (Ver cuadro 2)
- En cuanto al estado civil un 64.2% acompañada y un 17% soltera. (Ver cuadro 3)
- Respecto a la ocupación un 75.5% son ama de casa y un 7.5% estudiantes e igual porcentaje de comerciantes. (Ver cuadro 4).
- Con respecto a los antecedentes gineco-obstétricos, de las adolescentes atendidas posterior al evento obstétrico en el hospital Bertha Calderón Roque durante el año 2014, se encontró que 106/159 para un 67% de pacientes tenían una gesta previa, en relación al número de partos 85/159 para un 53% tenía un parto previo, referente a los abortos se encontró que 140/159 para un 88% no tenían abortos previos, en cuanto a las cesáreas se encontró que 83/159 para un 52% no tenían antecedentes de cesárea previa y 55/159 para un 35% tenían el antecedente de una cesárea previa, con respecto a los legrados se encontró que 132/159 para un 83% no tenían antecedentes de legrados previos. Referente a los antecedentes

gineco-obstétricos como menarquía , IVSA y numero de compañeros sexuales de las adolescentes atendidas posterior al evento obstétrico en el hospital Bertha calderón Roque durante el periodo de estudio, predomino la menarquía temprana a los 12 años con 34% (54/159) seguido de la menarquía a los 10 años o sea 33/159 para un 21%, la edad que predomino para el inicio de vida sexual activa fue a los 15 años con 51/159 para un 32.1% , seguido del inicio de vida sexual a los 13 años (42/159) para un 26.4%, en relación al número de compañeros sexuales 90/159 para un 56.6% tuvieron al menos dos compañeros.

- Encontramos que la media de las gestas es de 1.37, con una gesta máxima de 3 y un valor de gesta mínima de 1. (Ver cuadro 5A)
- Respecto al número de partos la media es de 0.66, con un valor máximo de 2 y un valor mínimo de 0. (Ver cuadro 5A)
- En cuanto a los abortos la media es de 0.12 con un valor máximo de 1 y un valor mínimo de 0. (Ver cuadro 5A)
- La media de las cesáreas es de 0.61 con un valor máximo de 2 y un valor mínimo de 0. (Ver cuadro 5A)
- En cuanto el número de abortos la media es de 0.17 con un valor máximo de 1 y un valor mínimo de 0. (Ver cuadro 5A)
- En relación a la menarquía la media es de 11.7 con un valor máximo de menarquía de 15 años y un valor mínimo de 9 años. (Ver cuadro 5B)
- Respecto al inicio de vida sexual activa la media es de 14 años con una edad máximo de 17 años y una edad mínimo de 8 años. (Ver cuadro 5B)
- Con respecto al número de compañeros sexuales se encontró una media de 1.87, con un valor máximo de compañeros sexuales de 5 y un valor mínimo de 1. (Ver cuadro 5B)
- En relación al número de hijos vivos se encontró que un 49.7% no tenían hijos previos y un 38.4% tenía 1 hijo previo. (Ver cuadro 6)
- Respecto al antecedente de planificación familiar el estudio reveló que un 90.6 % de pacientes sometidas al estudio no utilizaba ningún método de

planificación familiar previo a su embarazo y un 9.4% si usaba algún método de planificación familiar. (Ver cuadro 7)

Resultados del objetivo #2

En cuanto al método de planificación prescrito al alta de la paciente se encontró que el 85.5 si se le prescribió un método y un 14.5% no se le prescribió ningún método de planificación. (Ver cuadro 8)

En relación al tipo de método de anticoncepción posterior al evento obstétrico prescrito al alta de las adolescentes atendidas en el hospital Bertha calderón Roque se encontró que el 52.9 % correspondió a inyectables trimestrales, un 19.9% a condones, y un 17.6% a DIU TCU380A. Con predominio de la categoría III según criterios de elegibilidad posterior al evento obstétrico, seguido de la categoría I. (Ver cuadro 9)

Resultado del objetivo #3

Respecto a uso del anticonceptivo prescrito en adolescentes atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque posterior al evento obstétrico se reveló un 61 % no utilizo el método y solo un 39% si lo utilizo. (Ver cuadro 10)

Al evaluar la continuidad de uso de anticoncepción indicado posterior al evento obstétrico se encontró que 83 pacientes del total de 136 pacientes que si utilizaron el método prescrito al alta, no lo utilizaron posteriormente y no usa ningún método actualmente para un 73.5%, y un 26.5% no lo uso y lo cambio de inmediato por otro método. Y de las 53 pacientes que si utilizaron el método indicado al alta hospitalaria 64% lo continúa usando y 28% lo uso por un tiempo y luego lo cambio por otro método. (Ver cuadro 11)

Al investigar el comportamiento del uso de anticoncepción prescrito posterior al evento obstétrico al egreso hospitalario y tipo de anticoncepción en las

adolescentes, atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque durante el año 2014, se encontró que 53 pacientes que si utilizaron el método de planificación prescrito en el hospital, 14 de las pacientes que se le indico DIU T de cobre aun lo continúan usando o sea el 100% continua usando la T de cobre, 5de las 8 pacientes que se les prescribió condones un 62.5 % lo continua usando el restante 37.5% lo uso por algún tiempo pero lo cambio por otro método, referente a los métodos inyectables 12/24 lo que representa un 50% lo uso por un tiempo pero lo cambio por otro, 8/24 para un 33.3% lo continua usando y 4/24 para un 16.7% lo uso por un tiempo lo abandono y no usa ningún otro método. (Ver cuadro 12)

Respecto a las 83 pacientes que no utilizaron el método anticonceptivo indicado al egreso posterior evento obstétrico 7/10 (70%) a las que se les indico DIU T de cobre lo rechazo no lo uso y no usa ningún método actualmente, 13/19 pacientes para un 68.4% a las que se les prescribió condones no lo uso y no usa ningún método actualmente, 35/48 pacientes para un 72.9% a las que se les prescribió método inyectable no lo uso y no usa ningún método actualmente y 6/6 pacientes o sea el 100% de las que se les indico esterilización quirúrgica lo rehusaron y cambiaron por otro método. (Ver cuadro 13)

Resultados del objetivo #4

En el estudio del total de pacientes (n=159) en período de hasta 18 meses posterior al evento obstétrico, 7 pacientes (5.14) estaban embarazadas al momento de la entrevista o habían estado embarazada en algún momento posterior al evento obstétrico. (Ver cuadro 14)

Al correlacionar entre el uso de método prescrito en el hospital pos egresó y frecuencia de embarazo al año de seguimiento se encontró que 3 tuvieron un embarazo de 83 que no usaron el método prescrito al alta y 2 pacientes tuvieron un embarazo de 53 que había usado el método prescrito al alta y 2 pacientes

tuvieron embarazo de 23 no se les prescribió ningún método al alta. (Ver cuadro 15)

DISCUSIÓN

En nuestro estudio el objetivo primario fue determinar cómo las adolescentes usaban el anticonceptivo que se les indicó al alta posterior al evento obstétrico y si este uso se relacionaba con la prevención de un embarazo subsecuente. Nuestro estudio revela una continuidad de uso consistente al método en solo una cuarta parte de los adolescentes y que aproximadamente 1 de cada 20 adolescentes repiten el evento (embarazo). Según los datos de ENDESA 2011/2012 casi 1 de cada 4 adolescentes entre 15 y 19 años, ya eran madres o estaban embarazadas con su primer hijo (23.3%). (INIDE-MINSA, 2012)

En nuestro estudio la edad promedio de las madres fue de 17 años, y el inicio de vida sexual fue alrededor de los 14 años. Esta edad es inferior a la edad promedio de inicio de vida sexual a nivel nacional de 16 años ENDESA 2012. Lo que a su vez puede condicionar un adelanto en la edad del primer embarazo. La mayoría con secundaria incompleta, acompañada y ama de casa. Lo que evidencia que el hecho de asumir su rol de madre no era compatible con el de estudiante por lo que imperaba la ocupación de ama de casa. Estos resultados se corresponden con los encontrados en estudios de referencia (Andrade Valencia 2009). Así como se encontró que la edad promedio del primer embarazo de 15.4 años y el subsecuente de 17-18 años, por lo que concluyen que las adolescentes con embarazo más temprano, tienen mayor riesgo de embarazo subsecuente. Esto confirma que el embarazo temprano incrementa la probabilidad de repetir el evento durante la adolescencia y es coherente con estudios de referencia (Escobar y colaboradores en 2008)

En relación al tipo de anticoncepción indicado posterior al evento obstétrico al egreso hospitalario: se encontró que el mayor uso de métodos anticonceptivos correspondió a inyectables trimestrales (53%), seguido del condón (20%) y por último el DIU (17%). Este patrón de uso se corresponde con resultados

encontrados en encuesta ENDESA donde los mas frecuentes son los inyectables , condones y T de Cobre, no obstante, la frecuencia de uso del DIU en este estudio es superior al promedio nacional(3.5%)

Con respecto a los criterios de uso de anticonceptivos se constato que la mitad de las pacientes a las que se les indico un método anticonceptivo pos evento obstétrico fueron clasificadas dentro de la categoría III según criterios de elegibilidad y la mitad restante de las pacientes se clasificaron entre la categoría I y II según OMS. Estos resultados pueden atribuirse a que los criterios para el uso de anticoncepción post evento obstétrico se relacionan con la disponibilidad, el acceso de los métodos y no absolutamente a los criterios médicos de elegibilidad. Por otra parte el proceso de inserción del DIU va acompañado de inadecuado asesoramiento y consejería. Esto difiere de la referencia bibliográfica que cita a los métodos anticonceptivos de larga duración como una opción de primera línea en la adolescencia, por su eficacia, conveniencia, duración y aceptabilidad, en este contexto se corresponde a una adecuada prescripción de anticoncepción posterior al evento obstétrico según criterios de elegibilidad recomendados por la OMS, 2009.

En relación a los antecedentes de uso de anticonceptivos se encontró que nueve de cada 10 pacientes no habían utilizado ningún método anticonceptivo. Por otro lado, 6 de cada 10 pacientes no utilizaron el método anticonceptivo prescrito posterior al evento obstétrico y de las 136 pacientes a las que si se les indico el método anticonceptivo a penas 34 pacientes o sea el 25% lo continuó usando. Es decir que para finalizar el periodo de estudio se comprobó que apenas 1 de cuatro pacientes continuo utilizando el método de forma correcta, lo que denota que el gran porcentaje de abandono puede atribuirse un proceso inadecuado de consejería antes del uso como posterior al uso, lo que se relaciona con la literatura de referencia (Loaiza y Blake 2010), revelando que las adolescentes sexualmente activas son menos propensas a utilizar anticonceptivos que las mujeres adultas aun en aquellos lugares en los cuales los anticonceptivos son fáciles de obtener. Un estudio CAP de Managua en Marzo 2010 sobre uso de métodos

anticonceptivos, constato que un 65 % de las usuarias eran menor de 15 años un 53% tenía un conocimiento regular pero un 49% tenía mala práctica en el uso de anticonceptivos.

Al relacionar el uso o no uso de método anticonceptivo prescrito con la repetición del evento obstétrico; se encontró que 3 de las 83 pacientes que no usaron el método salieron embarazadas para un 3.6%, 2 de las 53 pacientes que si usaron el método indicado repitieron el evento obstétrico para un 3.8% y 2 de las 23 a las que no se les prescribió el anticonceptivo se embarazaron con una mayor frecuencia en relación a aquellas que sin continuaron usando el método o lo abandonaron y lo cambiaron por otro método. De lo que podemos deducir que tan ineficaz es el no uso de anticoncepción como lo es, el uso incorrecto y de las que lo usaron y lo abandonaron fue un grupo minoritario de mujeres que abandonaron el método por que deseaban salir embarazadas. O sea que tanto riesgo sufren las pacientes que lo usan de manera incorrecta como las que no lo usan. No contamos con un antecedentes de este dato en estudios previos.

El 5 % de las adolescentes estudiadas repitieron el evento obstétrico (embarazo). El embarazo en la adolescencia es la principal causa de muerte en las mujeres que tienen edades comprendidas entre 15 y 19 años. Estudios de la UNICEF revelan que cada año 15 millones de adolescentes dan a luz lo que representa el 10% de los nacimientos registrados anualmente en el mundo. Uno de los países de América Latina y el Caribe que presenta mayor porcentaje de madres adolescentes es Nicaragua, con una tasa de 24% según datos de la Organización Panamericana de la Salud, (OPS). Lo que se relaciona con la tasa global de embarazos encontrada en nuestro estudio la que fue de 5%.

Es importante destacar las limitaciones del estudio en cuestión; ya que se encontraron debilidades en el área estadística, de información y archivo, para estructurar desde un principio la búsqueda de los expedientes, por falta de disponibilidad de registros, de expedientes completos así como la disponibilidad de pacientes.

CONCLUSIONES

1. Las pacientes se caracterizaron por ser procedentes del área urbana, escolaridad media (principalmente secundaria incompleta), en unión estable, ama de casa, con predominio del grupo entre 16 y 19 años.
2. La mediana de embarazos en las pacientes estudiadas fue de 1, la menarquía fue a los 11 años, el inicio de vida sexual a los 14 años y en promedio habían tenido 2 compañeros sexuales, sin antecedente de uso de métodos anticonceptivos previo a último embarazo.
3. Se encontró que 8 de cada 10 de las adolescentes atendidas posterior al evento obstétrico, se les indicó en el hospital algún método anticonceptivo al momento del alta. A la mitad de las pacientes se les prescribió la inyección hormonal trimestral (categoría 3) y la mitad restante, lo ocupó la indicación de condones, T de cobre categorías I y II respectivamente.
4. En cuanto a la adherencia al método prescrito al alta, 4 de cada 10 pacientes usaron o aceptaron el método prescrito. De este grupo únicamente un cuarto lo continúa hasta la fecha. Para una tasa de adherencia global de una cuarta parte del total de la población en estudio.
5. La tasa global de prevención de embarazo subsecuente fue 9 de cada 10 pacientes (152/159). En el grupo que se prescribió y usó el anticonceptivo fue similar (51/53).

RECOMENDACIONES

Al personal médico

1. Recomendamos tomar conciencia de la importancia de la consejería a las adolescentes al momento de prescribir un método anticonceptivo. En nuestro estudio una de cada cuatro adolescentes presento adherencia al método prescrito.
2. Actualización o fortalecimiento de conocimientos sobre técnicas de asesoramiento y consejería de métodos anticonceptivos post evento obstétrico según criterios médicos de elegibilidad para el adecuado uso de estos métodos.

A las autoridades hospitalarias

3. Velar por el cumplimiento de las normas y estándares de calidad de la consejería a adolescentes, especialmente en el tema de la anticoncepción y la prevención del el embarazo en la adolescencia (tanto el primer embarazo como el embarazo subsecuente).

A las autoridades del MINSA

4. Recomendamos que el MINSA revise sus estrategias actuales con respecto a la prevención del embarazo en la adolescencia. Es necesario identificar estrategias efectivas que vayan encaminadas a la reducción del embarazo en la adolescencia, incluyendo el embarazo subsecuente.
5. Así como también recomendamos el cumplimiento atreves de la revisión periódica de las normas y protocolos de anticoncepción dirigida a este grupo de población.

A las Instituciones Educativas

6. En principio y por norma educativa sugerimos a esta institución formadora la implementación de una área o materia que enseñe a los y las adolescentes desde un enfoque de género equitativo el derecho a una salud sexual y reproductiva asumiendo como tal todas las responsabilidades y riesgo que de esta deriven así como una información veraz, elocuente y sencilla al alcance de todos y todas las adolescentes de los métodos de planificación familiar , su uso adecuado y correcto para evitar embarazos no deseado en esta población en riesgo. Y así evitar esas barreras y estigmas que tanto daño hacen a nuestra sociedad, recordemos que la falta de cultura y educación se traduce en pobreza, hambre y muerte.
7. Ya en nuestro contexto actual, recomendamos fomentar condiciones y espacios para las madres adolescentes, para que estas puedan continuar sus estudios posterior al evento y no se vean truncados sus sueños, en aras de un desarrollo personal y familiar.

A las ONG

8. Por ser el embarazo durante la adolescencia una responsabilidad compartida a causa de fenómenos multifactoriales tanto propios de la familia, sociedad e instituciones, se recomienda a las ONG la realización de proyectos campañas educativas y de consejería con la interacción directa de los y las jóvenes adolescentes ya que todos somos responsables de una sociedad sana con un mejor nivel cultural para tener mejor expectativa de vida.
9. Recomendamos promover la articulación de acciones estratégicas con los diferentes organismos y actores sociales que trabajen el tema de la prevención del embarazo subsecuente en la adolescencia.

BIBLIOGRAFIA

- Alarcón Argota, R., Coello Larrea, J., Cabrera García, J., & Monier Despeine, G. (2009). Factores que influyen en el embarazo en la adolescencia. *Revista Cubana de Enfermería*, 25(1-2), 0-0.
- Andrade Valencia, M. I. (2009a). *Experiencias de las adolescentes en relación a su primer embarazo y embarazo subsecuente; factores condicionantes y sus consecuencias en mujeres de 15 a 19 años que son atendidas en el S.C.S PUENGASÌ/1 en el año 2009*. (Tesis para optar al título de Maestría en Adolescencia), Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador, Quito Ecuador.
- Andrade Valencia, M. I. (2009b). Experiencias de las adolescentes en relación a su primer embarazo y embarazo subsecuente; factores condicionantes y sus consecuencias en mujeres de 15 a 19 años que son atendidas en el SCS PUENGASÌ/1 en el año 2009.
- Artola, C. (2010). *Conocimientos, actitudes y prácticas sobre anticonceptivos en estudiantes de 5to año de Jinotepe Carazo. Tesis Monográfica para Optar al Título de Doctor en Medicina y Cirugía.*, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN Managua), Managua.
- Ávila, G. (2009). Embarazo subsecuente en adolescentes solteras Incidencias que tiene en la adolescente y su familia.: Estudio realizado en la Maternidad Isidro Ayora de la ciudad de Quito con adolescentes atendidas en el periodo de Enero a Mayo de 2009.
- Castro, F. (2011). *Conocimientos, actitudes y prácticas sobre anticonceptivos en estudiantes del colegio público Benjamín Zeledón de la Ciudad de Managua. Tesis Monográfica para Optar al Título de Doctor en Medicina y Cirugía.*, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN Managua), Managua.
- CEPAL. (2011). Embarazo en adolescentes de America Latina (pp. 205): Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Della Mora, M. (2014). Uso de métodos anticonceptivos en relación con la información sexual en una muestra de adolescentes embarazadas. *Psicología y Salud*, 15(1), 45-56.
- Escobar Castro, D., Velástegui Moya, D., Guijarro Paredes, S., & Ortiz Solórzano, P. (2008). Factores de riesgo relacionados con embarazo subsecuente en adolescentes. *Rev. ecuat. pediatr*, 9(1), 20-25.
- Escobar, J. L. CONFERENCIA 4 PREVENCIÓN DEL EMBARAZO SUBSECUENTE, “Una tarea impostergable”.
- Gaviria, A., Lucía, S., & Chaskel, R. (2013). Embarazo en adolescentes de América Latina y el Caribe: impacto psicosocial. *Precop SCP*, 12(3), 5-16.

- Idrobo Luzuriaga, I. M. (2011). Prevención del embarazo subsecuente en adolescentes, Centro de Salud de Catamayo 2010.
- INIDE-MINSA. (2012). Encuesta Nicaraguense de Demografía y Salud ENDESA 2011/2012 (Informe preliminar). Managua: Instituto Nicaraguense de Información y Desarrollo (INIDE), Ministerio de Salud (MINSA, Nicaragua).
- Loaiza, E., & Blake, S. (2010). How universal is access to reproductive health? A review of the evidence (pp. 52). New York, New York, : United Nations Population Fund [UNFPA].
- López, A. (2009). *Conocimientos, actitudes y prácticas en adolescente del centro de salud Edgar Lang del año 2009, Tesis Monográfica para Optar al Título de Doctor en Medicina y Cirugía.*, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN Managua), Managua.
- Lugones Botell, M. (2014). Embarazo en la adolescencia, importancia de su prevención en la Atención Primaria de Salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 30(1), 1-2.
- Martínez, A. (2011). *Conocimientos, actitudes y prácticas sobre anticonceptivos en estudiantes del colegio Señora Asunción del municipio de Juigalpa. Tesis Monográfica para Optar al Título de Doctor en Medicina y Cirugía.*, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN Managua), Managua.
- MINSA. (2010). Estadísticas sobre embarazo en la adolescencia en Nicaragua. Managua: Dirección General de Planificación y Desarrollo, Oficina Nacional de Estadísticas (ONE), Ministerio de Salud (MINSA-Nicaragua).
- Muñoz, L. (2010). *Conocimientos, actitudes y prácticas sobre anticonceptivos en estudiantes del colegio público República de Argentina de la Ciudad de Managua. Tesis Monográfica para Optar al Título de Doctor en Medicina y Cirugía.*, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN Managua), Managua.
- Remez L et al. (2008). Ensuring a Healthier Tomorrow in Central America: Protecting the Sexual and Reproductive Health of Today's Youth. Nueva York:: Guttmacher Institute.
- Rodríguez Vignoli, J. (2014). La reproducción en la adolescencia y sus desigualdades en América Latina. Introducción al análisis demográfico, con énfasis en el uso de microdatos censales de la ronda de 2010.
- Ulanowicz, M. G., Parra, K. E., Wendler, G. E., & Monzón, L. T. (2006). Riesgos en el embarazo adolescente. *Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina*, 153(4), 13-17.

ANEXOS

HOSPITAL BERTHA CALDERON ROQUE “

ESTUDIO SOBRE ANTICONCEPCIÓN EN ADOLESCENTES, 2014-2015. FICHA PARA REVISION DEL EXPEDIENTE/ ENTREVISTA

Instrumento. Hospital Bertha Calderón Roque.

Nombre

Edad

Procedencia

Religión

Expediente

teléfono

Fecha de la encuesta__

1. Fecha de nacimiento __/__/__

2. Ultimo grado aprobado: Analfabeta__

Preescolar ____

Primaria incompleta__

Primaria completa__

Secundaria incompleta__

Secundaria completa__

Universitario__

Alfabetizado__

3. Relación de pareja actual : Casada__

Acompañada__

Soltera__

Tiene pareja pero no viven juntos__

4. Ocupación: Ama de casa__

Estudiante__

Comerciante___

Domestica___

Labores agrícolas___

Otro___

5. Antecedentes G: P: A: C: L:

Menarquía IVSA # compañeros sexuales ITS P/F PAPS

FUR

FUP

6. ¿Cuántos hijos vivos tiene?

7. Método de planificación prescrito al alta hospitalaria.

Pastilla anticonceptiva SI__NO__

T de cobre o aparato SI__NO__

Condomes SI__NO__

Inyecciones SI__NO

Operación femenina o ligadura SI__NO__

Método de amenorrea por lactancia (MELA) SI__ NO__

Ritmo, calendario o del moco cervical SI__NO__

Coito interrumpido SI__NO__

Ninguno ___

Criterios de elegibilidad medica para el uso de anticonceptivos en adolescentes recomendados por la OMS

Categoría de la OMS	
1	Si _____ No_____
2	Si _____ No_____
3	Si _____ No_____
4	Si _____ No_____

ESTUDIO SOBRE ANTICONCEPCIÓN EN ADOLESCENTES, 2014-2015.

GUÍA DE ENTREVISTA A LAS PACIENTES

A. DATOS DE IDENTIFICACIÓN	
1. Número de Ficha: _____	2. Número de Expediente: _____
1. Nombre de la paciente: _____	
2. Fecha de seguimiento (llamada telefónica / revisión de expediente de última consulta): _____	

B ESTATUS DE GESTACIÓN	
1 ESTÁ USTED ACTUALMENTE EMBARAZADA	0.NO__ 1.SI__
3 SI NO ESTÁ EMBARAZADA ACTUALMENTE, HA ESTADO EMBARAZADA POSTERIOR A LA FINALIZACIÓN DE SU ÚLTIMO EMBARAZO	0.NO__ 1.SI__
5 SI ESTÁ O HA ESTADO EMBARAZADA DESPUÉS DEL ALTA HOSPITALARIA ¿CUÁNTO TIEMPO HUBO ENTRE EL NACIMIENTO ANTERIOR Y EL INICIO DEL EMBARAZO MÁS RECIENTE	_____ (SEMANAS)

C USO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO	
1. USÓ EL MÉTODO PRESCRITO EN EL HOSPITAL	0. NO__ 1. SI__
2. SI USÓ EL MÉTODO PRESCRITO EN EL HOSPITAL, ¿CUAL FUE SU USO POSTERIORMENTE?	1. LO CONTINUA USANDO
	2. LO CAMBIÓ POR OTRO MÉTODO
	3. LO ABANDONÓ Y NO USA NINGUN MÉTODO ACTUALMENTE

H. MÉTODO ANTICONCEPTIVO QUE USA ACTUALMENTE LA PACIENTE		
1.	SE PRESCRIBIÓ ALGÚNMÉTODO ANTICONCEPTIVO	0. NO__ 1.SI —
2.	TIPO DE MÉTODO	
2.1.	MÉTODOS HORMONALES	0. NO__ 1.SI
2.1.1.	ANTICONCEPTIVOS ORALES COMBINADOS	0. NO__ 1.SI
2.1.1.	ANTICONCEPTIVOS ORALES (PÍLDORA) GESTÁGENOS	0. NO__ 1.SI
2.1.2.	INYECTABLE 3º MES	0. NO__ 1.SI
2.1.3.	INYECTABLE 1º MES	0. NO__ 1.SI
2.1.4.	ANILLO VAGINAL	0. NO__ 1.SI
2.1.5.	PARCHE TRANSDÉRMICO	0. NO__ 1.SI
2.1.6.	IMPLANTES SUBCUTÁNEOS	0. NO__ 1.SI
2.2.	DISPOSITIVO INTRAUTERINO	0. NO__ 1.SI
2.2.1.	DIU CU 380 T	0. NO__ 1.SI
2.2.2.	DIU-LNG	0. NO__ 1.SI
2.3.	MÉTODOS VAGINALES Y DE BARRERA	0. NO__ 1.SI
2.3.1.	PRESERVATIVO MASCULINO	0. NO__ 1.SI
2.3.2.	PRESERVATIVO FEMENINO,	0. NO__ 1.SI
2.3.3.	DIAFRAGMA	0. NO__ 1.SI
2.3.4.	ESPERMICIDAS	0. NO__ 1.SI
2.3.5.	ESPONJA VAGINAL	0. NO__ 1.SI
2.4.	ESTERILIZACIÓN QUIRÚRGICA FEMENINA	0. NO__ 1.SI
2.5.	MÉTODOS NATURALES	0. NO__ 1.SI
2.5.1.	MÉTODO DE BILLINGS O DEL MOCO CERVICAL	0. NO__ 1.SI
2.5.2.	MÉTODO BASADO EN LA TEMPERATURA BASAL	0. NO__ 1.SI
2.5.3.	MÉTODO DEL RITMO, CALENDARIO U OGINO KAUS	0. NO__ 1.SI
2.5.4.	MÉTODO DURANTE LA LACTANCIA MATERNA	0. NO__ 1.SI
2.5.5.	MÉTODO SINTOTÉRMICO	0. NO__ 1.SI
2.6.	OTRO MÉTODO (ESPECIFIQUE)	0. NO__ 1.SI —

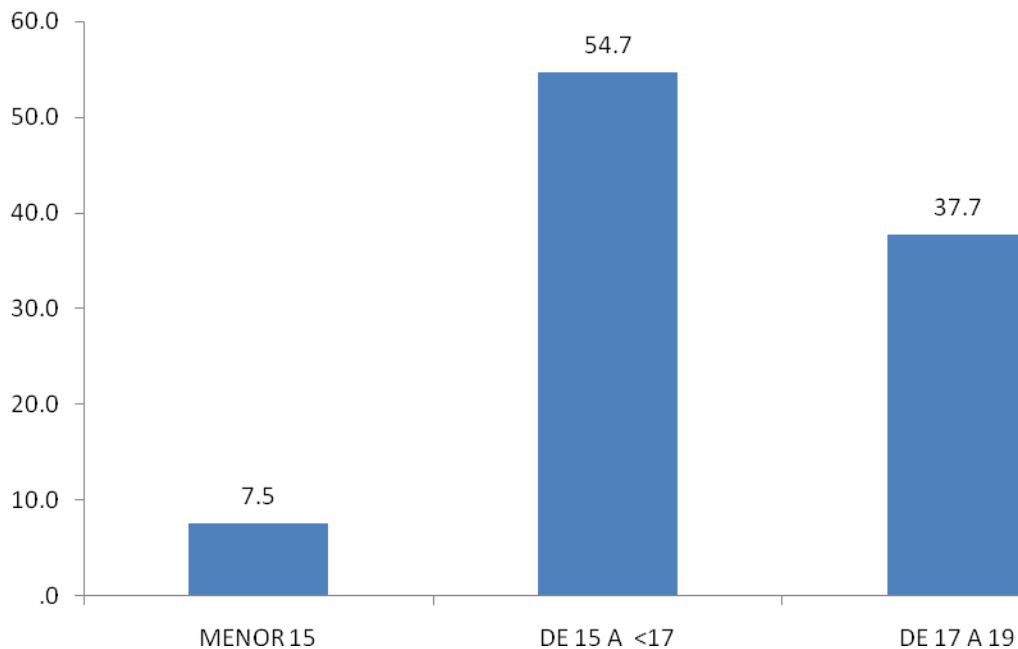
ANEXOS

CUADRO #1: EDAD DE LAS ADOLESCENTES ATENDIDAS POST EVENTO OBSTETRICO EN EL HOSPITAL BERTHA CALDERÓN ROQUE DURANTE EL AÑO 2014.

GRUPO DE EDAD	Frecuencia	Porcentaje
MENOR 15	12	7.5
DE 15 A 17	87	54.7
DE 18 O MÁS	60	37.7
Total	159	100.0

FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO

GRÁFICO #1: EDAD DE LAS ADOLESCENTES ATENDIDAS POST EVENTO OBSTETRICO EN EL HOSPITAL BERTHA CALDERÓN ROQUE DURANTE EL AÑO 2014.



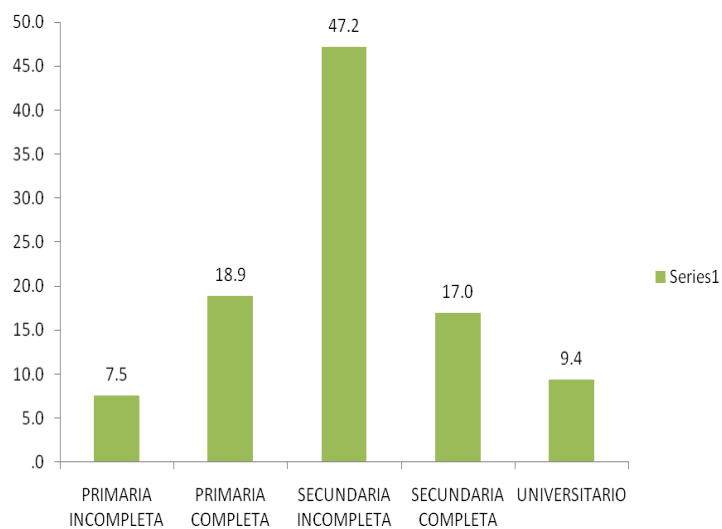
FUENTE: CUADRO 1

CUADRO #2: ÚLTIMO GRADO APROBADO DE LAS ADOLESCENTES ATENDIDAS POST EVENTO OBSTETRICO EN EL HOSPITAL BERTHA CALDERÓN ROQUE DURANTE EL AÑO 2014.

ULTIMO GRADO APROBADO	Frecuencia	Porcentaje
PRIMARIA INCOMPLETA	12	7.5
PRIMARIA COMPLETA	30	18.9
SECUNDARIA INCOMPLETA	75	47.2
SECUNDARIA COMPLETA	27	17.0
UNIVERSITARIO	15	9.4
TOTAL	159	100

FUENTE: EXPEDIENTE CLÍNICO

GRÁFICO #2: ÚLTIMO GRADO APROBADO DE LAS ADOLESCENTES ATENDIDAS POST EVENTO OBSTETRICO EN EL HOSPITAL BERTHA CALDERÓN ROQUE DURANTE EL AÑO 2014.



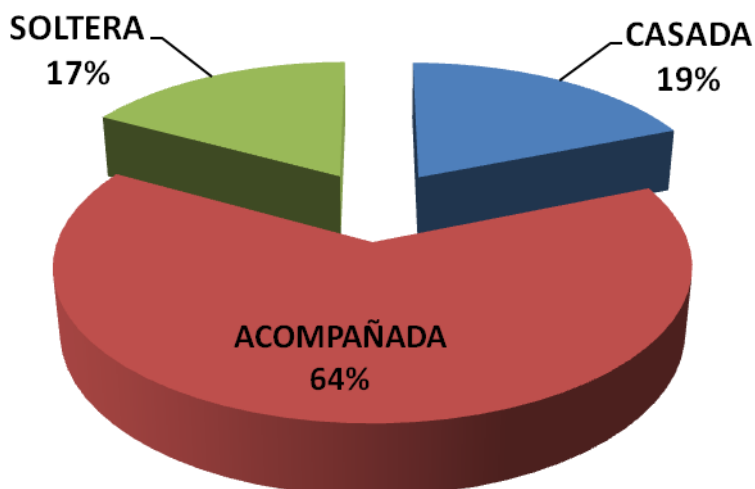
FUENTE: GRÁFICO 2

CUADRO #3: ESTADO DE RELACIÓN DE PAREJA ACTUAL, DE LAS ADOLESCENTES ATENDIDAS POST EVENTO OBSTETRICO EN EL HOSPITAL BERTHA CALDERÓN ROQUE DURANTE EL AÑO 2014.

RELACION DE PAREJA ACTUAL	Frecuencia	Porcentaje
CASADA	30	18.9
ACOMPAÑADA	102	64.2
SOLTERA	27	17.0
TOTAL	159	100%

FUENTE: EXPEDIENTE CLÍNICO

GRÁFICO #3: ESTADO DE RELACIÓN DE PAREJA ACTUAL, DE LAS ADOLESCENTES ATENDIDAS POST EVENTO OBSTETRICO EN EL HOSPITAL BERTHA CALDERÓN ROQUE DURANTE EL AÑO 2014.



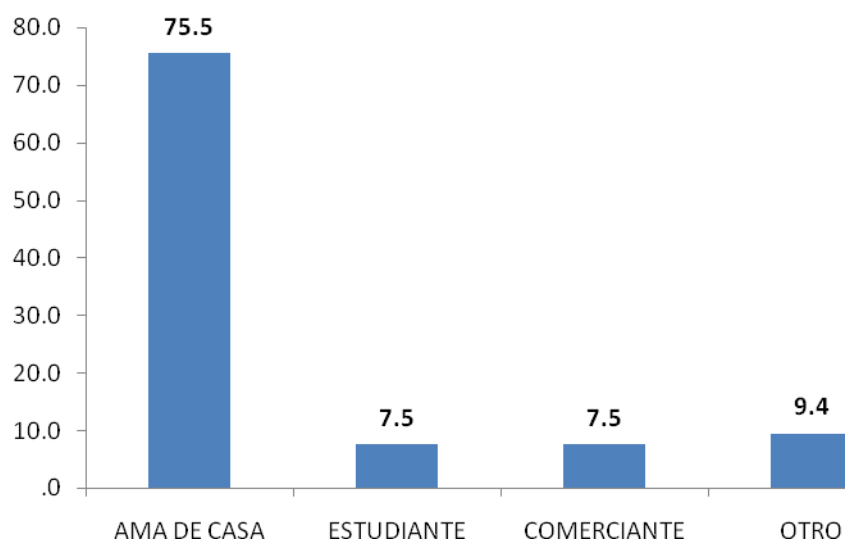
FUENTE: CUADRO 2

CUADRO #4: OCUPACIÓN DE LAS ADOLESCENTES ATENDIDAS POST EVENTO OBSTETRICO EN EL HOSPITAL BERTHA CALDERÓN ROQUE DURANTE EL AÑO 2014.

OCUPACION	Frecuencia	Porcentaje
AMA DE CASA	120	75.5
ESTUDIANTE	12	7.5
COMERCIANTE	12	7.5
OTRO	15	9.4
TOTAL	159	100

FUENTE EXPEDIENTE CLINICO

CUADRO #4: OCUPACION DE LAS DE LAS ADOLESCENTES ATENDIDAS POST EVENTO OBSTERICO EN EL HOSPITAL BERTHA CALDERÓN ROQUE DURANTE EL AÑO 2014.



FUENTE: CUADRO 4

CUADRO #5A: ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS, DE LAS ADOLESCENTES ATENDIDAS POST EVENTO OBSTETRICO EN EL HOSPITAL BERTHA CALDERÓN ROQUE DURANTE EL AÑO 2014.

ANTECEDENTES GO	0		1		2		3		TOTAL	
	n	%	N	%	n	%	N	%	N	%
GESTAS	0	0%	106	67%	47	30%	6	4%	159	100%
PARAS	64	40%	85	53%	10	6%	0	0%	159	100%
ABORTOS	140	88%	19	12%	0	0%	0	0%	159	100%
CESAREAS	83	52%	55	35%	21	13%	0	0%	159	100%
LEGRADOS	132	83%	27	17%	0	0%	0	0%	159	100%

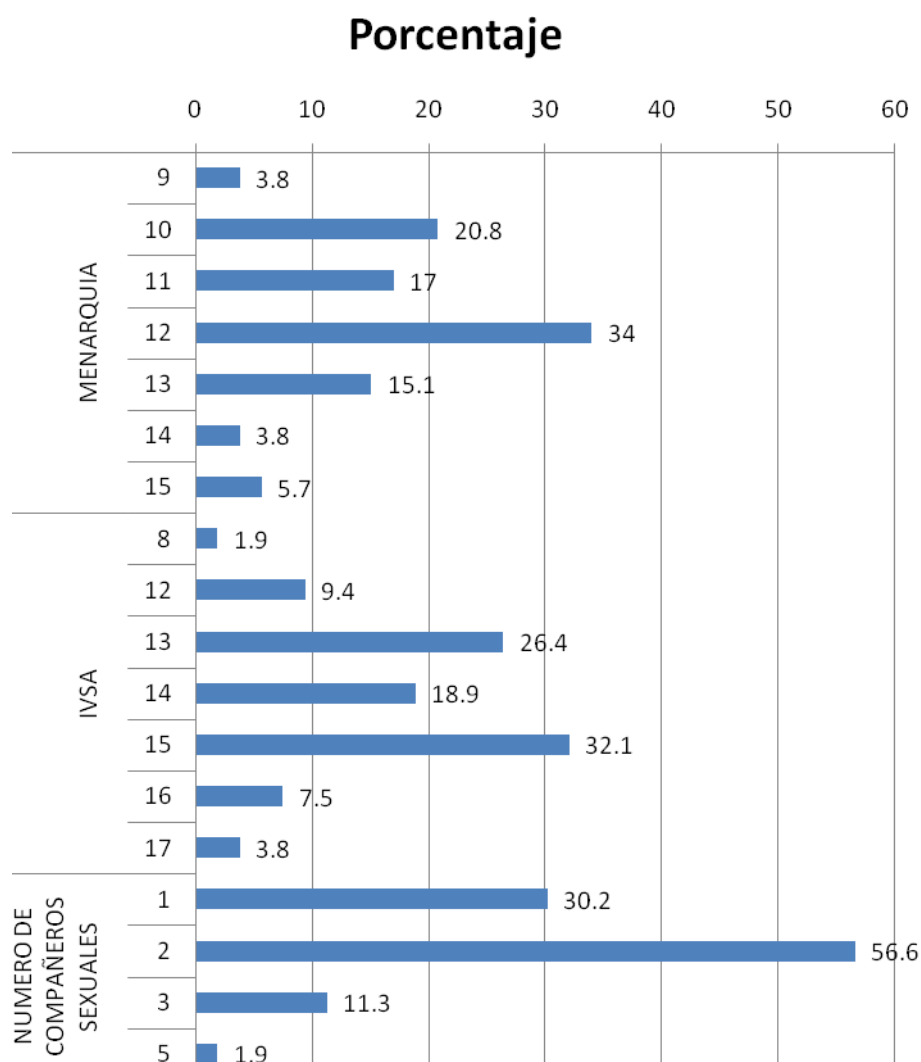
FUENTE: EXPEDIENTE CLÍNICO

CUADRO #5B: ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS, DE LAS ADOLESCENTES ATENDIDAS POST EVENTO OBSTETRICO EN EL HOSPITAL BERTHA CALDERÓN ROQUE DURANTE EL AÑO 2014.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
MENARQUIA	9	6	3.8	3.8
	10	33	20.8	24.5
	11	27	17.0	41.5
	12	54	34.0	75.5
	13	24	15.1	90.6
	14	6	3.8	94.3
	15	9	5.7	100.0
	Total	159	100.0	
IVSA	8	3	1.9	1.9
	12	15	9.4	11.3
	13	42	26.4	37.7
	14	30	18.9	56.6
	15	51	32.1	88.7
	16	12	7.5	96.2
	17	6	3.8	100.0
	Total	159	100.0	
NUMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES	1	48	30.2	30.2
	2	90	56.6	86.8
	3	18	11.3	98.1
	5	3	1.9	100.0
	Total	159	100.0	

FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO

CUADRO #5B: ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS, DE LAS ADOLESCENTES ATENDIDAS POST EVENTO OBSTETRICO EN EL HOSPITAL BERTHA CALDERÓN ROQUE DURANTE EL AÑO 2014.



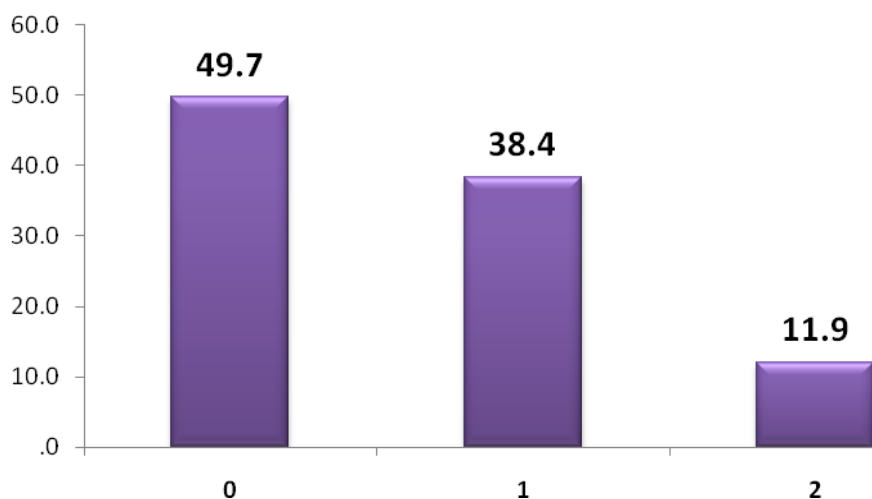
FUENTE: CUADRO 5B

CUADRO #6: NÚMERO DE HIJOS VIVOS, DE LAS ADOLESCENTES ATENDIDAS POST EVENTO OBSTETRICO EN EL HOSPITAL BERTHA CALDERÓN ROQUE DURANTE EL AÑO 2014.

CUANTOS HIJOS VIVOS TIENE	Frecuencia	Porcentaje
0	79	49.7
1	61	38.4
2	19	11.9
Total	159	100.0

FUENTE: EXPEDIENTE CLÍNICO

GRÁFICO #6: NÚMERO DE HIJOS VIVOS, DE LAS ADOLESCENTES ATENDIDAS POST EVENTO OBSTETRICO EN EL HOSPITAL BERTHA CALDERÓN ROQUE DURANTE EL AÑO 2014.



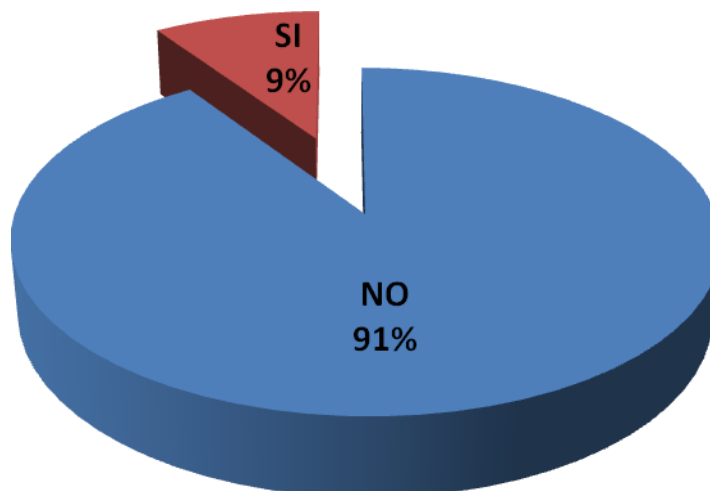
FUENTE: CUADRO NUMERO 6.

CUADRO #7: ANTECEDENTES DE USO DE ANTICONCEPTIVOS DE LAS ADOLESCENTES ATENDIDAS POST EVENTO OBSTETRICO EN EL HOSPITAL BERTHA CALDERÓN ROQUE DURANTE EL AÑO 2014.

ANTECEDENTES DE AC	Frecuencia	Porcentaje
NO	144	90.6
SI	15	9.4
Total	159	100.0

FUENTE: EXPEDIENTE CLÍNICO

GRÁFICO #7: ANTECEDENTES DE USO DE ANTICONCEPTIVOS EN LAS ADOLESCENTES ATENDIDAS POSTEVENTO OBSTETRICO EN EL HOSPITAL BERTHA CALDERÓN ROQUE DURANTE EL AÑO 2014.



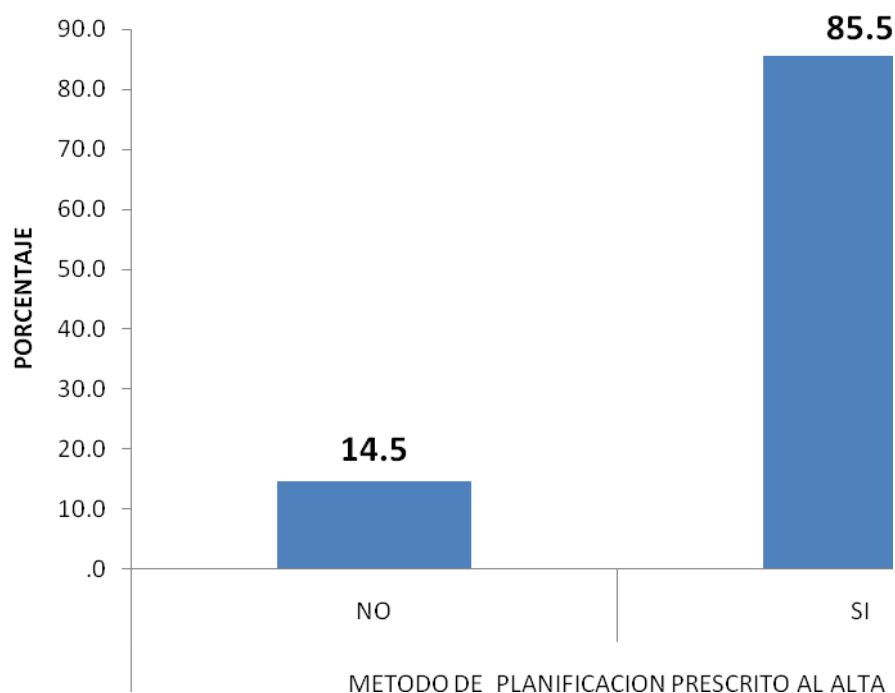
FUENTE: CUADRO 7

CUADRO #8: ANTICONCEPCION POSTEVENTO OBSTETRICO PRESCRITO AL ALTA DE LAS ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL BERTHA CALDERÓN ROQUE DURANTE EL AÑO 2014.

METODO DE PLANIFICACION PRESCRITO AL ALTA	Frecuencia	Porcentaje
NO	23	14.5
SI	136	85.5
Total	159	100.0

FUENTE EXPEDIENTE CLINICO

GRÁFICO #8: ANTICONCEPCION POSEVENTO OBSTETRICO PRESCRITO AL ALTA DE LAS ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL BERTHA CALDERÓN ROQUE DURANTE EL AÑO 2014.



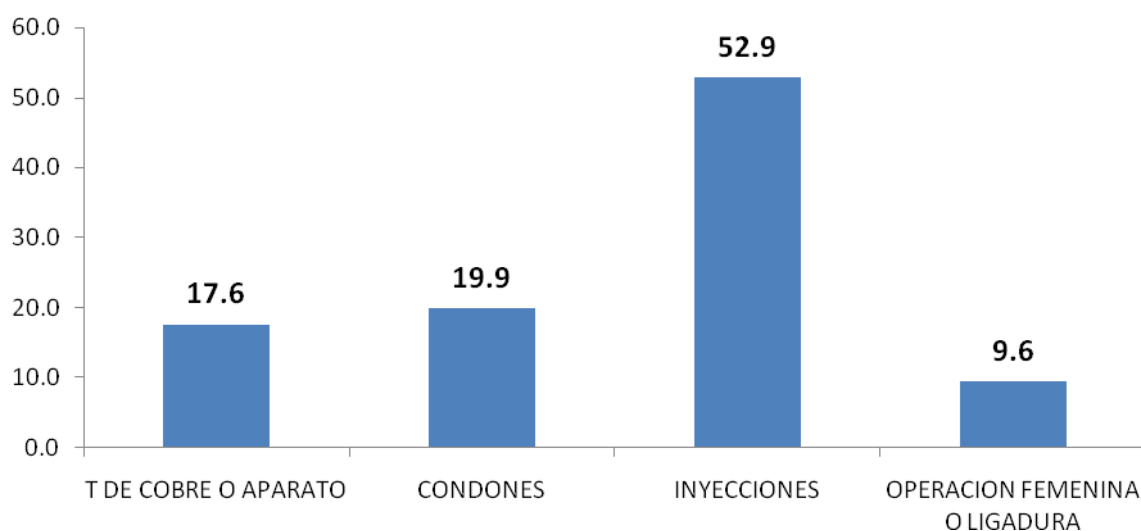
FUENTE CUADRO #8.

CUADRO #9: TIPO DE ANTICONCEPTIVO POST EVENTO OBSTETRICO PRESCRITO AL ALTA DE LAS ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL BERTHA CALDERÓN ROQUE SEGÚN CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD DURANTE EL AÑO 2104.

TIPO DE ANTICONCEPCIÓN PRESCRITA AL ALTA	N	%	Criterios de elegibilidad
DIU T DE COBRE	24	17.6	II
CONDONES	27	19.9	I
INYECCIONES	72	52.9	III
OPERACION FEMENINA O LIGADURA	13	9.6	II
Total	136	100.0	

FUENTE: EXPEDIENTE CLÍNICO

GRÁFICO #9: TIPO DE ANTICONCEPCION POST EVENTO OBSTETRICO PRESCRITO AL ALTA DE LAS ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL BERTHA CALDERÓN ROQUE DURANTE EL AÑO 2014.



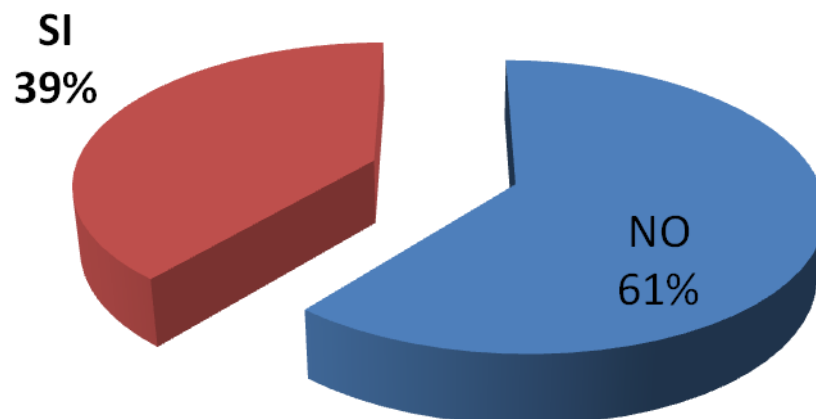
FUENTE: CUADRO 9

CUADRO# 10: USO DE ANTICONCEPCION POS EVENTO OBSTETRICO PRESCRITO EN LAS ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL BERTHA CALDERÓN ROQUE DURANTE EL AÑO 2014.

		Frecuencia	Porcentaje
¿USÓ EL METODO PRESCRITO EN EL HOSPITAL?	NO	83	61.0
	SI	53	39.0
	Total	136	100.0

FUENTE: ENTREVISTA

GRÁFICO # 10: USO DE ANTICONCEPCION POS EVENTO OBSTETRICO PRESCRITO EN LAS ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL BERTHA CALDERÓN ROQUE DURANTE EL AÑO 2014.



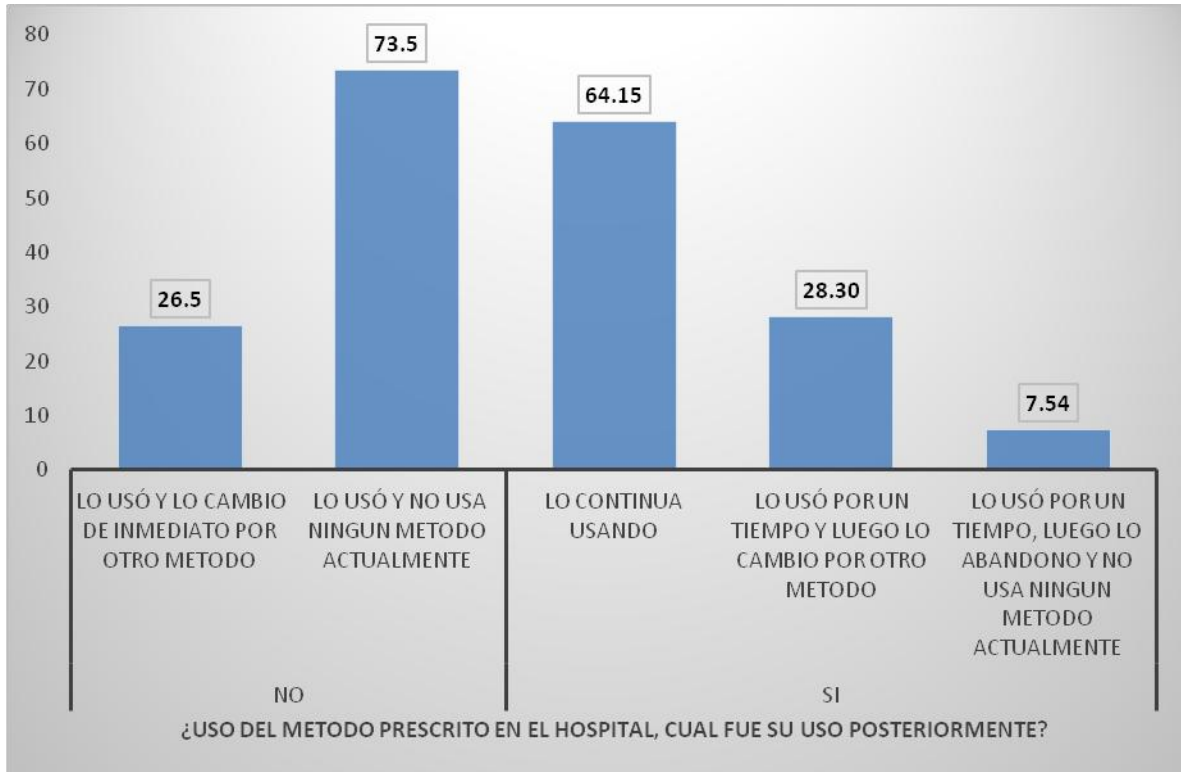
FUENTE. CUADRO 10

CUADRO # 11: COMPORTAMIENTO DEL USO DE ANTICONCEPCION POS EVENTO OBSTETRICO PRESCRITO EN LAS ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL BERTHA CALDERÓN ROQUE DURANTE EL AÑO 2014.

¿USO EL METODO PRESCRITO EN EL HOSPITAL, CUAL FUE SU USO POSTERIORMENTE?		Frecuencia	Porcentaje
NO	NO LO USÓ Y LO CAMBIO DE INMEDIATO POR OTRO METODO	22	26.5
	NO LO USÓ Y NO USA NINGUN METODO ACTUALMENTE	61	73.5
	TOTAL	83	100.0
SI	LO CONTINUA USANDO	34	64.15
	LO USÓ POR UN TIEMPO Y LUEGO LO CAMBIO POR OTRO METODO	15	28.3
	LO USÓ POR UN TIEMPO, LUEGO LO ABANDONO Y NO USA NINGUN METODO ACTUALMENTE	4	7.54
	Total	53	100.0

FUENTE: ENTREVISTA

GRÁFICO # 11: COMPORTAMIENTO DEL USO DE ANTICONCEPCION POSEVENTO OBSTETRICO PRESCRITO EN LAS ADOLESCENTES, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL BERTHA CALDERÓN ROQUE DURANTE EL AÑO 2014.



FUENTE: CUADRO 11

CUADRO #12: COMPORTAMIENTO DEL USO DE ANTICONCEPCION PRESCRITO AL EGRESO HOSPITALARIO Y TIPO DE ANTICONCEPCIÓN PRESCRITA POSEVENTO OBSTETRICO, EN LAS ADOLESCENTES, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL BERTHA CALDERÓN ROQUE DURANTE EL AÑO 2014.

USO EL METODO PRESCRITO EN EL HOSPITAL		TIPO DE METODO								Total	
		T DE COBRE		CONDONES		INYECCIONES		ESTERILIZACIÓN QUIRÚRGICA			
		n	%	N	%	N	%	N	%		
SI	LO CONTINUA USANDO	14	100.0%	5	62.5%	8	33.3%	7	100%	34	64.15
	LO USÓ POR UN TIEMPO PERO LO CAMBIO POR OTRO METODO	0	.0%	3	37.5%	12	50.0%	0	0%	15	28.3
	LO USÓ POR UN TIEMPO, LO ABANDONO Y NO USA NINGUN METODO ACTUALMENTE	0	.0%	0	.0%	4	16.7%	0	.0%	4	7.54
		14	100.0%	8	100.0%	24	100.0%	7	100.0%	53	100.0%

FUENTE: ENTREVISTA

CUADRO # 13: COMPORTAMIENTO DEL NO USO DE ANTICONCEPCION PRESCRITO AL EGRESO HOSPITALARIO Y EL TIPO DE METODO DE LAS ADOLESCENTES ATENDIDAS POST EVENTO OBSTETRICO DURANTE EL AÑO 2014..

¿USÓ EL METODO PRESCRITO EN EL HOSPITAL?		TIPO DE METODO PRESCRITO AL ALTA								Total	
		T DE COBRE		CONDONES		INYECCIONES		ESTERILIZACIÓN QUIRÚRGICA			
		N	%	N	%	N	%	n	%		
NO	LO CAMBIO POR OTRO METODO Y LO USA ACTUALMENTE	3	30.0%	6	31.6%	13	27.1%	0	0%	22	26.5%
	NO LO USÓ Y NO USA NINGUN METODO ACTUALMENTE	7	70.0%	13	68.4%	35	72.9%	6	100%	61	73.5%
		10	100.0%	19	100.0%	48	100.0%	6	100.0%	83	100.0%

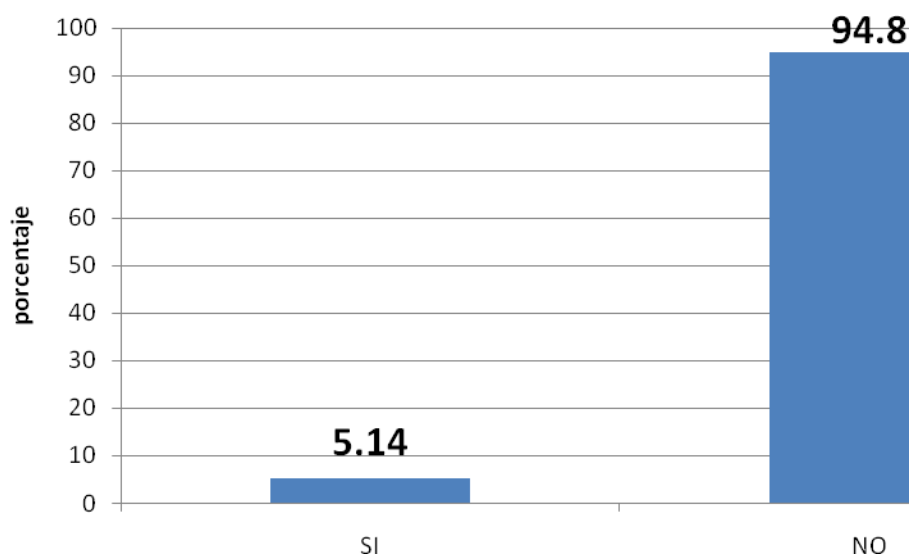
FUENTE: ENTREVISTA

CUADRO # 14: PORCENTAJE DE PACIENTES ADOLESCENTES ATENDIDAS POST EVENTO OBSTETRICO QUE ESTÁN EMBARAZADAS O HAN ESTADO EMBARAZADAS POSTERIOR AL ALTA HOSPITALARIA.

¿ESTÁ EMBARAZADA O HA ESTADO EMBARAZADA, POSTERIOR AL ALTA HOSPITALARIA?	Frecuencia	Porcentaje
SI	7	5.14
NO	129	94.8
Total	136	100.0

FUENTE: ENTREVISTA

GRÁFICO # 14: PORCENTAJE DE PACIENTES ADOLESCENTES ATENDIDAS POST EVENTO OBSTETRICO QUE ESTAN O HAN ESTADO EMBARAZADAS POSTERIOR AL ALTA HOSPITALARIA.



FUENTE: CUADRO 14

CUADRO # 15. CORRELACION ENTRE EL USO DE ANTICONCEPCION POST EVENTO OBSTETRICO PRESCRITO EN EL HOSPITAL AL EGRESO Y TASA DE EMBARAZO AL AÑO.

¿USÓ EL METODO PRESCRITO EN EL HOSPITAL?	EMBARAZO				Total	
	NO		SI			
	n	%	N	%	n	%
NO	80	96.4%	3	3.6%	83	100.0%
SI	51	96.2%	2	3.8%	53	100.0%
NO SE PRESCRIBIÓ NINGUNO	21	91.3%	2	8.7%	23	100.0%
Total	152	95.6%	7	4.4%	159	100.0%

FUENTE: ENTREVISTA