



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

**TRABAJO MONOGRÁFICO PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN
MEDICINA Y CIRUGÍA**

TEMA

**COMPORTAMIENTO CLÍNICO DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES
DE 15 A 19 AÑOS ATENDIDAS EN EL PROGRAMA DE CONTROL PRENATAL
DEL PUESTO DE SALUD CHUSLÍ, JALAPA, NUEVA SEGOVIA. PRIMER
SEMESTRE 2021.**

AUTORES

BR. ROMMEL EMIR MARTÍNEZ RAMÍREZ. CARNET: 12033000

BR. NEISROC ULISES SAÚL ARAUZ MIRANDA. CARNET: 13030239

TUTOR METODOLÓGICO

DR. JOSÉ FRANCISCO REYES RAMÍREZ

PROFESOR TITULAR. FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS. UNAN-
MANAGUA

MANAGUA, OCTUBRE 2021

Dedicatoria

A nuestros padres quienes nos han acompañado en cada momento durante este largo camino, quienes continúan siendo pilares fundamentales en nuestras vidas y fuente de inspiración para ser cada día mejores personas y profesionales.

Agradecimiento

Agradecemos a DIOS nuestro señor por habernos iluminado, por darnos la fortaleza y sabiduría para enfrentar exitosamente esta nueva etapa de formación académica realizando con mucho esfuerzo y dedicación esta monografía y a nuestros padres que en todo momento nos dieron de manera cálida y cariñosa su apoyo incondicional en todo este sueño llamado medicina que hoy es una realidad y un camino que apenas comienza.

Agradecemos a los maestros que siempre fueron pilares en la enseñanza y en nuestra formación profesional ya que ellos con su paciencia y dedicación lograron transmitirnos los conocimientos que tenemos el día de hoy para ser buenos profesionales y seguir adelante aprendiendo de ellos ya que en este camino nunca se termina de aprender.

Tenemos la confianza en Dios en que las metas que nos hemos propuesto serán alcanzadas con mucho esfuerzo y estudio junto al apoyo de las personas que son importantes para nosotros.

Rommel Emir Martínez Ramírez

Neisroc Ulises Saúl Arauz Miranda

Opinión del Tutor

El presente estudio monográfico sobre Comportamiento clínico del embarazo en adolescentes de 15 a 19 años atendidas en el programa de control prenatal del puesto de salud Chuslí, Jalapa, Nueva Segovia. Primer semestre 2021, realizado por los bachilleres Rommel Emir Martínez Ramírez y Neisroc Ulises Saúl Arauz Miranda, es un tema de mucho interés y mucha importancia para la salud sexual y reproductiva de las adolescentes que viven en zonas rurales, así mismo aborda el comportamiento de uno de los principales problemas de salud pública como es el embarazo en la adolescencia.

El embarazo adolescente representa un reto en el sistema de salud de la mayoría de países de América Latina, la información oportuna y el conocimiento objetivo sobre esta temática contribuiría a desarrollar estrategias en cuanto a coberturas, abordaje temprano a sus complicaciones y un seguimiento estrecho en todo el desarrollo del embarazo y el control subsecuente con manejo multidisciplinario, brindando una calidad de vida más saludable a las adolescentes.

Los resultados alcanzados en el estudio han sido posible por la dedicación, interés, responsabilidad e iniciativa demostrada por los bachilleres Rommel Emir Martínez Ramírez y Neisroc Ulises Saúl Arauz Miranda, durante todo el proceso de la investigación lo cual permitió haber logrado la aplicación de una metodología rigurosa en todo momento por un alto nivel científico.

Por lo anterior expuesto felicito a los bachilleres Rommel Emir Martínez Ramírez y Neisroc Ulises Saúl Arauz Miranda, por los alcances logrados y extendiendo mi motivación a que continúen profundizando y desarrollando este campo investigativo.

Dr. José Francisco Reyes Ramírez

Tutor Metodológico

Resumen

Introducción: En Latinoamérica y el Caribe, las tasas de embarazo adolescente representan las segundas más altas en el mundo, Nicaragua es el país con mayor cantidad de embarazo en adolescentes en Latinoamérica con 109/1000 embarazos (UNICEF, 2015)

Objetivo: Determinar el comportamiento clínico del embarazo en adolescentes de 15 a 19 años atendidas en el Programa de Control Prenatal del puesto de salud Chuslí del municipio de Jalapa, Nueva Segovia, en el I semestre de 2021.

Metodología: Estudio de tipo observacional, descriptivo de corte transversal, con una muestra de 71 adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de control prenatal, durante el primer semestre de 2021, el tipo de muestreo fue probabilístico, aleatorio simple. Se realizó un cuestionario semiestructurado auto administrado a las adolescentes en estudio, siendo procesados por el programa SPSS 20.0v

Resultados: El grupo etario predominante fue el de 17-19 años con 52%. un 53.5% están en secundaria, la mayoría de las adolescentes se encuentra en unión libre con un 70.4%. el 40.8% de ellas refirieron ser evangélicas, la totalidad pertenece a zona rural, un 66.2% indicaron haber iniciado vida sexual a los 14-16 años de edad. el 80% de las adolescentes embarazadas en estudio indicaron la aparición de la primera menstruación entre el rango de edad de 12 a 14 años, el 70.4% de las adolescentes embarazadas en estudio cursan su primer embarazo, Un 51% de las adolescentes en estudio indicaron la utilización de métodos anticonceptivos como medida para evitar el embarazo, el 56.3% de las adolescentes embarazadas fueron captadas antes de las 12 semanas de gestación. el 66% de los embarazos en las adolescentes no fue deseado contra un 34% que afirmaron si desear el embarazo, el 100% de ellas no tiene ningún padecimiento patológico personal. Con

respecto a complicaciones durante el embarazo actual se encontró que el 90.1% de las adolescentes embarazadas en estudio no han presentado ninguna complicación en el embarazo actual, la mayoría con 73.2% finalizarían su embarazo por vía vaginal

Conclusiones: La mayoría de las adolescentes embarazadas tenían edades entre 17-19 años en su mayoría estudiantes con nivel de secundaria, en unión libre, la mayoría presento la menarquia a la edad 12-14 años, con un inicio de vida sexual activa a las edades entre 14-16 años, la mayor parte sin antecedentes de embarazos anteriores, estudio prevaleció la captación temprana antes de las 12 semanas de gestación, la mayoría de los embarazos no fueron deseados y la vía de finalización del embarazo que predomino fue el parto vaginal

Tabla de contenido

Dedicatoria	
Agradecimiento	
Opinión del Tutor	
Capítulo I: generalidades	
1.1 Introducción	1
1.2 Antecedentes	3
1.3 Justificación	13
1.4 Planteamiento del problema	14
1.5 Objetivos	16
<i>Generales:</i>	<i>16</i>
<i>Específicos:</i>	<i>16</i>
1.6 Marco Teórico	17
1.6.5 <i>Características sociodemográficas de las adolescentes embarazadas</i> 20	
Fecundidad en las adolescentes	21
Nivel de escolaridad en las adolescentes	21
Estado civil	22
Situación socio-económica	23
Mortalidad de las adolescentes embarazadas	23
Causas de mortalidad materna	23
Capítulo II: Diseño metodológico	36
2.1 <i>Tipo de Estudio</i>	37
2.2 <i>Área de estudio</i>	37
2.3 <i>Universo</i>	37
2.4 <i>Muestra/Criterios de inclusión y exclusión</i>	37
<i>Criterios de inclusión:</i>	38
<i>Criterios de Exclusión:</i>	38
2.5 <i>Técnicas y procedimientos</i>	38
2.8 <i>Operacionalización de Variables</i>	43
2.9 <i>Aspectos Éticos</i>	46

CAPITULO III: Desarrollo	47
Resultados	48
Análisis y discusión.....	51
Conclusiones.....	58
Recomendaciones.....	59
Capítulo IV: Bibliografía	61
3.1 Bibliografía.....	62
Capítulo IV: Anexos	65
4.1 <i>Consentimiento informado</i>.....	66
4.2 <i>Ficha de recolección de datos</i>	67
4.3 <i>Figuras</i>	69
4.4 <i>Tablas</i>.....	79

Capítulo I: generalidades

1.1 Introducción

De acuerdo a un informe de la Organización de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en el año 2015, la tasa mundial de embarazo adolescente se estima en 46 nacimientos por cada 1.000 niñas. En Latinoamérica y el Caribe, las tasas de embarazo adolescente representan las segundas más altas en el mundo, estimadas en 66.5 nacimientos por cada 1,000 niñas entre 15 y 19 años, sólo superadas por las de África subsahariana. El 95% de los embarazos adolescentes ocurren en países pobres, donde los niños nacidos producto de un embarazo adolescente en edades de 15 a 19 años, se asocian a un riesgo 50% superior de mortalidad prenatal o de morir en las primeras semanas de vida que los bebés de mujeres de 20 a 29 años (UNICEF, 2015).

La Organización Panamericana de la Salud (2018), ha establecido que conforme la edad de la madre es menor, mayor el riesgo para el bebé. Los recién nacidos de madres adolescentes tienen mayor probabilidad de registrar bajo peso al nacer, y el aumento del riesgo de complicaciones a largo plazo. (OPS/OMS, 2018). Nicaragua es el país con mayor cantidad de embarazo en adolescentes en Latinoamérica con 109/1000 embarazos (UNICEF, 2015).

En un informe desarrollado por el Banco Mundial (2013) señalaron que la pobreza, una baja calidad escolar, la desigualdad y la poca capacidad de decisión y control sobre sus propios planes de vida ponen a las niñas en América Latina y el Caribe (ALC) en mayor riesgo ante el embarazo adolescente y la maternidad temprana. Eso, a su vez, se asocia con menores oportunidades educativas, económicas y laborales. El embarazo adolescente y la maternidad temprana continúan siendo un gran desafío para la región, a pesar de los avances registrados en los indicadores de educación y salud de las mujeres en la última década y la creciente participación femenina en el mercado laboral (Banco Mundial, 2013).

De acuerdo al anuario estadístico del Instituto Nacional de Información de Desarrollo (2018), los embarazos en edades de 15 a 19 años en Nicaragua, representaron el 23.7%, en el 84.5% del grupo de adolescentes tenían el antecedente de un hijo vivo. El nivel de escolaridad de secundaria representó el 42.1%. En el Departamento de Nueva Segovia ocurrieron 5,666 nacimientos, donde el 78.4% presentaban un estado civil de acompañamiento o unión de hecho, y de los cuales 1,572 ocurrieron en el municipio de Jalapa, representando el 27.7% del total de nacimientos. (INIDE, 2018).

Por lo tanto, el presente estudio indica los resultados más importantes encontrados en relación al comportamiento del embarazo adolescente en el puesto de salud de Chuslí, del municipio de Jalapa, Nueva Segovia, teniendo una evaluación sobre sus principales características. Esto promoverá acciones de parte del personal de salud dirigidas a la población de adolescentes con un alto nivel de educación sexual y reproductiva desde etapas tempranas en su desarrollo, con la participación de otras instituciones. De esta manera lograr un mejoramiento constante en cuanto a coberturas, abordaje temprano a sus complicaciones y un seguimiento estrecho en todo el desarrollo del embarazo y el control subsecuente con manejo multidisciplinario, manteniendo una información continua hacia la futura madre, la familia y la propia comunidad.

1.2 Antecedentes

1.2.1 Internacionales

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en enero de 2020 señala en su informe acerca del embarazo adolescente los siguientes datos:

- Unos 16 millones de muchachas de 15 a 19 años y aproximadamente 1 millón de niñas menores de 15 años dan a luz cada año, la mayoría en países de ingresos bajos y medianos.
- Las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las muchachas de 15 a 19 años en todo el mundo
- Los bebés de madres adolescentes se enfrentan a un riesgo considerablemente superior de morir que los nacidos de mujeres de 20 a 24 años (Organización Mundial de la Salud, 2020).

En el año 2018 el Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas de la ciudad de la Habana, Cuba presentó una revisión bibliográfica acerca del tema: “Embarazo en Adolescencia”, en donde presentaron los siguientes resultados:

- Las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las adolescentes de 15 a 19 años en todo el mundo.
- Los embarazos en la adolescencia constituyen uno de los riesgos principales de parto pretérmino, bajo peso al nacer, enfermedad hipertensiva del embarazo, muertes materno-fetales, aborto espontáneo, hemorragia genital, infecciones urinarias o vaginales, entre otros.

- El embarazo en la adolescencia provoca y desarrolla un impacto negativo sobre la educación, y el desarrollo económico y social de las adolescentes (Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas, 2018).

Oliveros Catá et al. (2017) realizaron una investigación acerca de “Algunas consideraciones sobre el embarazo en la adolescencia” mediante un proceso de revisión bibliográfica relacionada con el embarazo en adolescentes y su comportamiento, las condiciones sociales que lo determinan y su repercusión en la morbilidad materno infantil, encontrándose los siguientes datos:

- Hay más de mil millones de adolescentes, 85% de ellos en países en desarrollo
- El 50.0% han tenido relaciones sexuales antes de los 16 años
- El 10.0% de los partos atendidos se producen en adolescentes
- El caso de violación e incesto ocurren en el 7-34% de las niñas
- La mortalidad materna es de 2-5 veces más alta en mujeres menores de 18 años
- En las Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014 la tasa media de natalidad entre las adolescentes de 15 a 19 años es de 49 por 1,000 muchachas.
- La sociedad con patrones culturales tradicionales, como la latinoamericana, ni la familia, ni la escuela, ni la sociedad en general acepta fácilmente la idea de la sexualidad en la adolescencia.
- La educación sexual recibida por los adolescentes resulta insuficiente

(Oliveros Catá, Díaz Bess, Peña Novellas, & Oliveros Catá, 2017).

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

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

Flores Valencia et al. (2017) realizaron un estudio bajo el título: “Embarazo en la adolescencia en una región de México: un problema de Salud Pública” en este estudio se analizaron factores demográficos como determinantes de embarazo en adolescentes aportando los siguientes datos:

- En América Latina y el Caribe los adolescentes conforman el 30 % de la población.
- El 20 % de los partos en la región correspondió a mujeres menores de 20 años y se estima que el 40 % de los embarazos no fue planificado.
- En México el 23 % de los adolescentes entre 12 y 19 años habían iniciado vida sexual activa (VSA) (hombres 25.5 % y mujeres 20.5 %) de éstos 14.7 % de hombres y 33.4 % de mujeres no utilizó métodos anticonceptivos.
- El 51.9 % de las adolescentes de 12 a 19 años con VSA mencionó que alguna vez estuvo embarazada y 10.7 % cursaba con embarazo al momento de la entrevista, es

decir en la medida que se inicia VSA se incrementa la posibilidad de un embarazo en un 62.6 %.

- Las principales preocupaciones de las adolescentes embarazadas: en el 41.7 % le inquieta su situación económica y al 7.8 % los problemas con la pareja y la familia.
- Hay poco dialogo entre el adolescente y su familia acerca de la sexualidad. El impacto social es el abandono de los estudios. La relación de pareja puede ser de menor duración e inestable ya que se formalizan de manera forzada (Flores Valencia, Nava Chapa, & Arenas Monreal , 2017).

Rodríguez & Sucño, (2016) realizaron un estudio bajo el título: “Factores que influyen en el embarazo en adolescentes en el centro de salud Pedro Sánchez Meza, Chupaca (Perú) de enero a marzo 2016”, realizaron un estudio observacional, cuantitativo, de corte transversal, encontrando los resultados siguientes:

- Se estudiaron 30 gestantes, que asisten a su control prenatal, la mayoría de 15 a 19 años (90%)
- Con grado de instrucción secundaria (47%) ocupación ama de casa (70%), estado civil convivientes (43%), el 57% vienen de familia monoparental (madre).
- El 67% iniciaron vida sexual activa entre las edades de 15 a 19 años, donde el 53% tuvieron una sola pareja sexual. El 57% de las adolescentes fueron primigestas, en el 63% indicaron que nunca habían utilizado métodos anticonceptivos (Rodríguez Marcelo & Sucño Espinoza, 2016).

Mora & Hernández (2015) realizaron un estudio titulado “Embarazo en la adolescencia: cómo ocurre en la sociedad actual” en donde se realizó un estudio de tipo descriptivo para la caracterización del embarazo en adolescentes de 15 a 19 años en la ciudad de México, donde sus principales resultados fueron:

- El 20% de los nacimientos se presentó en madres adolescentes.
- Existe un aumento de los riesgos para la salud de la madre y su hijo, los cuales son mayores a medida que la edad de la gestante es menor y en especial cuando las condiciones sociales y económicas son deficientes.
- Los jóvenes con baja escolaridad, con expectativas académicas y laborales deficientes, con menor autoestima y asertividad tienden a iniciar a más temprana edad su vida sexual activa.
- La frecuencia del uso y buen manejo de los métodos anticonceptivos es limitada, lo que provoca una mayor frecuencia de embarazo adolescente y en su mayoría no deseado.
- Es imprescindible tener en cuenta el contexto cultural y las características de la familia para entender de forma preventiva la situación de la adolescente con riesgo de embarazo (Mora Cancino & Hernández Valencia, 2015).

1.2.2 Nacionales

En el año 2019 el Fondo de las Naciones Unidas para la población (FNUAP) realizó una publicación bajo el título: “Situación de las uniones a temprana edad en Nicaragua” donde se analizaron los resultados más importantes relacionados con la Maternidad y embarazo en adolescentes indicados por los estudios de ENDESA 2001, 2006, y 2011:

- En las mujeres de 15 a 19 años es más frecuente la unión (el rol de esposa), que la maternidad.
- El grupo de mujeres de 15 a 19 años en un 82% no trabajan, y el 16% trabajan, pero sin seguro social lo que afecta de forma negativa al binomio madre-hijo en relación a la calidad en salud y bienestar social
- Se ha establecido que el embarazo adolescente está estrechamente ligado a este tipo de uniones, sin embargo no es la causa fundamental, al comparar datos sobre maternidad en la adolescencia y uniones tempranas, se encontró que la incidencia de uniones en edades tempranas tiene una incidencia mayor al 18% mientras que la maternidad no alcanza esa incidencia (Fondo de Naciones Unidas para la población, 2019)

Cáliz & Castillo (2018) realizaron una investigación bajo el título: “Factores asociados a embarazos en adolescentes atendidas en el Puesto de Salud Francisco Real de la comunidad Valle La Laguna - Masaya, enero a diciembre 2017”, en donde realizaron un estudio descriptivo observacional de corte transversal, donde encontraron los siguientes resultados:

- El 74% de embarazadas correspondieron a las edades de 17 a 19 años, seguido de 14 a 16 años con un 25%.
- El nivel de escolaridad primaria se presentó con el 69%, seguido de secundaria con un 27%, un 2% de las adolescentes embarazadas eran analfabetas.
- La procedencia rural representó el 99% de la población en estudio.
- El 81% de las adolescentes había iniciado vida sexual activa entre los 14 a 16 años, seguido de 17 a 19 años con un 10% (Cáliz González & Castillo Flores, 2018).

En el año 2017 se realizó el informe de la Federación de la coordinadora nicaragüense de ONG que trabajan con la niñez y la adolescencia (CODENI), donde indica los siguientes datos:

- A nivel latinoamericano, Nicaragua es el país con mayor proporción de embarazos en adolescentes, detallando que el 26.3% de embarazos en el país son adolescentes con mayor porcentaje en Jinotega (38%) y Costa Caribe (30%).
- Las adolescentes entre 14-19 años de edad tienen el doble de probabilidad de morir a causa de complicaciones durante el embarazo.
- Las adolescentes embarazadas tienen elevado riesgo de ser madres solteras, cambiando drásticamente su modo de vida y sus prioridades, lo cual no permite desarrollar su potencial tanto personalmente como en el ámbito profesional.
- El hijo (a) de la madre adolescente tiene mayor riesgo de bajo peso al nacer, mayor incidencia de muerte súbita, malformaciones, mortalidad perinatal. También corre un mayor riesgo de sufrir abuso físico, negligencia en sus cuidados, desnutrición y retardo del desarrollo físico y emocional (CODENI (Nicaragua), 2017).

El Ministerio de Salud (MINSAL) de Nicaragua (2016) en el documento “Normativa # 139: Protocolo para la atención de las adolescentes embarazadas” determinó los siguientes datos:

- El embarazo adolescente en el país la cual ha disminuido de 106 a 92 por 1000 nacimientos del 2006 al 2011 sin embargo sigue siendo una de las más altas a nivel de Latinoamérica

- El MINSA desarrolló la conformación de esta normativa a fin de garantizar los derechos sexuales y reproductivo de los adolescentes, detectar oportunamente factores de riesgo, factores protectores y situaciones que afecta la salud integral de los adolescentes, prevención del embarazo adolescente, mejorar la calidad de los servicios de salud y reducir los casos de mortalidad y morbilidad materna (MINSA, 2016).

Malta & Bolaños (2017) realizaron una investigación bajo el título: “ Factores psicológicos y sociales que inciden en el embarazo de adolescentes gestantes atendidas en el Programa Control Prenatal del puesto de salud Carlos Fonseca Amador, Chinandega, Mayo-Noviembre 2017” el estudio fue con un enfoque cuantitativo, tipo descriptivo de corte transversal, cuyos principales resultados fueron:

- El 45% tenían de 14 a 16 años, y 44% de 17 a 19 años.
- El 34% tenían de 1 a 3 meses de embarazo al momento del estudio, y el 38% entre 4 a 6 meses
- La escolaridad 22% son de secundaria completa, 30% son de secundaria incompleta, 10% son universitarias.
- El 46% son amas de casa, 33% son estudiantes.
- En relación a la religión, 53% son católicas, 19% son evangélicas, 23% no pertenecen a ninguna religión.
- El 67% de las adolescentes indicaron que el embarazo no fue deseado, así mismo el 75% señalaron que el embarazo no fue planificado. El 59% dijo que vivían con su pareja.

- El 59% de las adolescentes indicaron que conversaban sobre temas de sexualidad antes del embarazo con sus amigos, acerca del IVSA 21% fue entre los 10 a 13 años, 54% entre los 14 a 16 años, y 25% entre los 17-19 años
- El 70% respondieron que tenían conocimiento sobre métodos anticonceptivos.
- El 73% de las adolescentes embarazadas no utilizaron métodos anticonceptivos antes de su embarazo (Malta Tijerino & Bolaños Blanco, 2017)

De acuerdo al informe de la Fundación Nicaragüense para el Desarrollo Económico y Social (FUNIDES) en el año 2016 bajo el título: “Embarazo adolescente en Nicaragua” expresaron los siguientes datos:

- A nivel nacional, el porcentaje de adolescentes embarazadas era de 24.4% en 2011/12 (25.9% en 2006/07), siendo más alto en las zonas rurales (28.9%) en comparación a las urbanas (21.1%).
- Pese a que se redujo a nivel nacional la incidencia de embarazos en la adolescencia, las tasas aumentaron para algunos departamentos entre 2006/07 y 2011/12, siendo estos Madriz (17.7% vs. 20.5%), Chinandega (22.6% vs. 23.5%), Managua (20.2% vs. 25.2%), Carazo (17.0% vs. 21.5%), y RACS (30.6% vs. 31.5%). (FUNIDES, 2016).

En su informe del 2016 el MINSA indicó que según los datos del Instituto Nicaragüense de Datos y Estadísticas (INIDE):

- La tasa específica de fecundidad adolescente se ha reducido significativamente de 106 (ENDESA 2006/07) a 92 por 1,000 nacimientos (ENDESA 2011/12).

- Las y los adolescentes tienen menor acceso a métodos anticonceptivos modernos que las personas mayores.
- El porcentaje de adolescentes de 15 - 19 años que ya son madres es del 23.3 %, alguna vez han estado embarazadas el 24.4% y el 28.9% se concentra en el área rural.
- La edad mediana de la primera relación sexual es de 17 años, mientras que el primer nacimiento es a los 19 años de edad. Según nivel educativo, la edad mediana a la primera relación sexual se reduce a 15,1 años en mujeres sin educación y a 16,3 años en mujeres de la zona rural del país (MINSA, 2016).

Según el informe del FNUAP Nicaragua en el año 2013, en relación a los resultados de un estudio realizado en 43 municipios del país, para indicar las características de los adolescentes en Nicaragua, indicó:

- Los noviazgos se dan a edades muy tempranas y el inicio de la vida sexual activa es prematura (a los 12 o 13 años), sin tener la madurez y preparación suficiente.
- Además, se expresó que las adolescentes y jóvenes tienen múltiples parejas sexuales, poco uso del condón, las ITS/VIH y los embarazos en la adolescencia, son consecuencias de ello.
- Nicaragua es el país con mayor proporción de embarazos adolescentes de Latinoamérica. De cada 1000 mujeres adolescentes 110 son madres entre las edades de 15 a 19 años.
- Al analizar el total de embarazadas del país se observa que una de cada 4 mujeres embarazadas es adolescente (UNFPA, 2013).

1.3 Justificación

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

El embarazo adolescente es un fenómeno enmarcado dentro de la problemática de más alto impacto en la actualidad, con innumerables consecuencias para la salud sexual, reproductiva, económica y de ambiente familiar para la madre y para el hijo. La investigación permitirá identificar el comportamiento del embarazo adolescente en el puesto médico de Chuslí del municipio de Jalapa, Nueva Segovia, con el objetivo de promover cambios en el comportamiento e impulsar una mejor calidad en la atención de las adolescentes embarazadas.

La finalidad de este estudio es conocer el comportamiento clínico de los embarazos en adolescentes de 15 a 19 años atendidas en el puesto médico de Chuslí del municipio de Jalapa, Nueva Segovia, identificando sus características obstétricas y factores asociados con la maternidad adolescente y tomar como punto de partida para realizar estrategias para la prevención y reducción de ellas.

Brindará información actualizada acerca de la dinámica del comportamiento sexual de los adolescentes de la población atendida, logrando aportes científicos importantes, y desarrollando nuevos enfoques en la calidad de atención, con ambientes propicios y estrategias educativas de intervención continuos, impulsando un mejor abordaje multidisciplinario dentro de los programas de salud del MINSA.

1.4 Planteamiento del problema

De acuerdo al informe de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el año 2018, aproximadamente 16 millones de adolescentes de 15 a 19 años; y aproximadamente 1 millón de niñas menores de 15 años dan a luz cada año, la mayoría en países de ingresos bajos y medianos. Las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre adolescente de esta edad. Así mismo 3 jóvenes entre 15 a 19 años se someten a abortos en condiciones de riesgo para su salud. (Secretaría de Educación Pública, 2012) (OPS, 2018).

El embarazo adolescente se encuentra relacionado como uno de los principales factores que contribuyen a la mortalidad materna e infantil, a un mayor nivel de pobreza y mayor predisposición a enfermedades. En la actualidad esta situación es considerada como un problema de salud pública, debido al involucramiento de todos los sectores poblacionales. Se sabe que la mayoría de los adolescentes inicia relaciones sexuales entre los 15 a 16 años. La falta de información certificada acerca de la salud sexual y reproductiva al momento de su primera relación sexual provoca que la mayoría no teniendo una información científica oportuna, provoca hacerles correr riesgos de embarazos no planificados y de infecciones de transmisión sexual (OPS, 2018).

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

¿Cuál es el comportamiento clínico del embarazo en adolescentes de 15 a 19 años, atendidas en el programa de control prenatal del Puesto de Salud Chuslí del municipio de Jalapa, Nueva Segovia en el primer semestre del año 2021?

A continuación, se presentan las siguientes preguntas de investigación:

1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas de las adolescentes embarazadas de 15 a 19 años en el presente estudio?
2. ¿Cuáles son los antecedentes gineco-obstétricos de las adolescentes embarazadas evaluadas?
3. ¿Cuáles son las características más importantes del embarazo actual en la población adolescente?
4. ¿Cuál es la vía de finalización del embarazo en las adolescentes embarazadas atendidas de este sector?

1.5 Objetivos

General:

Determinar el comportamiento clínico del embarazo en adolescentes de 15 a 19 años atendidas en el programa de control prenatal del puesto de salud Chuslí del municipio de Jalapa, Nueva Segovia, durante el primer semestre de 2021.

Específicos:

1. Caracterizar sociodemográficamente a la población adolescente en estudio.
2. Identificar antecedentes gineco-obstétricos de las pacientes atendidas
3. Describir las características del embarazo actual en la población adolescente.
4. Determinar la vía de finalización del embarazo en las adolescentes embarazadas evaluadas.

1.6 Marco Teórico

1.6.1 Adolescencia:

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

- a) **Adolescencia Temprana:** de 10 a 13 años, se caracteriza por un desarrollo físico y crecimiento rápido iniciándose la afirmación de la independencia, surge el pensamiento correcto con cierto grado de esfuerzo.
- b) **Adolescencia mediana:** de los 14 a 16 años, se distingue por la capacidad para el pensamiento formal preocupación acerca de la explotación sexual y hay separación más formal de los padres.
- c) **Adolescencia tardía:** de los 17 a 19 años, se caracteriza porque se establece una imagen corporal segura de género.

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

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

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

1.6.2 Salud sexual y reproductiva

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

El adolescente debe saber que está preparado para tener relaciones sexuales, cuando este física y emocionalmente maduro, cuando conozca su cuerpo y el de su pareja en relación a su función y anatomía, cuando desarrolle una comunicación y un respeto profundo de él

mismo y de su pareja, cuando conozca las complicaciones que tiene y sepa cómo evitarlas (OMS, 2018).

1.6.3 Sexualidad y salud reproductiva en la adolescencia

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

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

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

1.6.4 Embarazo Adolescente

En su declaración la Academia Americana de Pediatría (AAP) acerca de "*Opciones para el asesoramiento de la paciente adolescente embarazada*". Han definido el término de "Embarazo Adolescente (embarazo no planeado ni planificado)", como: El embarazo que

ocurre en una adolescente (10 a 19 años) o en una pareja que está(n) económicamente dependiendo de otros, no tienen una relación estable, usualmente se ven forzados a interrumpir su proceso de desarrollo humano (escolarización, empleo, planes de vida), abandonada(os) por su pareja y/o familia y para el cual no han adquirido una madurez ni física ni psicológica (AAP, 2018)

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

La Organización Mundial de la Salud ha señalado al embarazo como una de las prioridades en la atención de las adolescentes porque repercute en la salud de la madre y en la del niño. La mortalidad de mujeres de 15 a 19 años de edad en los países en desarrollo se duplica en comparación con la tasa de mortalidad del grupo de 20 a 34 años. (Mora-Cancino & Hernández-Valencia, 2015).

1.6.5 Características sociodemográficas de las adolescentes embarazadas

Edad

La edad de la mujer al momento de la primera unión representa el comienzo de la exposición al riesgo de embarazo y al inicio de la vida reproductiva; por lo tanto, tiene un efecto significativo en la fecundidad, en el sentido de que mientras más joven forme pareja la mujer, mayor será su tiempo de exposición y mayor su potencial de tener hijos. La

prolongación de la soltería y el celibato reducen este potencial e influyen en la disminución de las cifras de fecundidad en la población (Mora-Cancino & Hernández-Valencia, 2015).

Fecundidad en las adolescentes

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

El embarazo en la adolescencia puede tener un profundo efecto en la salud de las niñas durante su curso de vida. “No sólo obstaculiza su desarrollo psicosocial, sino que se asocia con resultados deficientes en la salud y con un mayor riesgo de muerte materna. Además, sus hijos están en mayor riesgo de tener una salud más débil y caer en la pobreza (UNFPA, 2018).

Nivel de escolaridad en las adolescentes

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

El rezago educativo es el resultado de un proceso en el que pueden intervenir diversos eventos como la exclusión del sistema educacional (cuando niños y adolescentes se encuentran fuera del sistema escolar y que por su edad deberían estar inscritos en una

escuela), el aprovechamiento escolar inferior al mínimo aceptado (implica reprobar alguna o varias materias o, inclusive, el grado escolar), la extra edad (alumnos que cursan grados escolares inferiores a los que, en un sistema regularizado, corresponde con sus edades), y la deserción escolar (el abandono de los estudios emprendidos)

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

Estado civil

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

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

Situación socio-económica

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

Mortalidad de las adolescentes embarazadas

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

Causas de mortalidad materna

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

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

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

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

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

1.6.6 Causas del embarazo en la adolescencia

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

a) **El impulso sexual:** en la adolescencia el impulso sexual aparece con la influencia de muchos estímulos y no necesariamente eróticos. Los estímulos de tipo erótico producen la aparición de este impulso, para liberar la tensión sexual recurrirá a la masturbación o a practicar relaciones sexuales con penetración, este último puede conducir a enfrentar diferentes riesgos, entre ellos el embarazo en la adolescencia.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.6.7 Riesgos del embarazo en la adolescencia

1. Riesgos biológicos:

- Menor de 18 años.
- Tener una altura de 1.5 metros, Pesar menos de 88 libras o más de 176 libras antes del embarazo.

- Pelvis pequeña.
- Parto prematuro.
- Anemia.
- Parto prolongado.
- Abortos provocados.
- Hemorragias.
- Muerte materna.

2. Riesgos psicológicos:

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

3. Riesgos sociales:

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

4. **Riesgos para el hijo:**

- Peso bajo al nacer.
- Nacimiento prematuro.
- Muerte fetal.
- Lactancia materna con duración de las madres adultas

1.5.8 Condiciones sociales del embarazo adolescente

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

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

Es importante señalar la importancia de las condiciones sociales, culturales y económicas que se asocian con el embarazo en adolescentes tales como el matrimonio a edades

tempranas, la baja escolaridad de los padres y de la propia adolescente, la pobreza y el abuso sexual, que contribuyen a perpetuar el ciclo de la pobreza. Por otra parte, la falta de acceso a los servicios de salud, así como a los métodos de anticoncepción, resultan ser una barrera importante para evitar un embarazo entre las adolescentes (Medina & Ortiz, 2018).

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

1.6.9 Factores predisponentes y asociados al desarrollo del embarazo adolescente

Existen múltiples factores que pueden explicar el fenómeno del embarazo en la adolescencia, incluyendo aspectos demográficos y sociales, así como de oferta de servicios de salud y educación. Estos factores usualmente se agrupan en determinantes próximos (ej. edad de inicio de la vida sexual) y determinantes subyacentes (ej. nivel de riqueza del hogar). La mayoría de estudios sobre el embarazo adolescente en América Latina apuntan a factores próximos como los principales determinantes del embarazo adolescente. Para los países centroamericanos, se encuentra que, la falta de educación sexual, el nivel socioeconómico de la familia y la iniciación sexual precoz son los principales factores que explican el fenómeno (FUNIDES, 2016).

La mayoría de veces el embarazo adolescente ocurre como un evento no deseado o planificado. Habitualmente, es la consecuencia de una relación débil de pareja, lo que provoca en la futura madre una actitud inicial de rechazo y ocultamiento por temor a la

reacción del grupo familiar, escolar y social. Ello también se acompaña de un control prenatal tardío o insuficiente.

Dentro de las características principales de las jóvenes embarazadas destacan: una gran diversidad de adversidades sociales acumuladas, los aspectos biológicos (la maduración sexual temprana y la actividad sexual prematura), la región que habitan (rural o suburbana, principalmente), los usos y costumbres, la religión, y el bajo nivel educativo. (Loredo-Abdalá, 2016).

1.6.10 Factores asociados al embarazo adolescente

Factores Personales

- a) Menarca temprana.
- b) Inicio precoz de la actividad sexual.
- c) Pensamiento mágico.
- d) Fantasías de infertilidad.
- e) Mayor tolerancia al miedo a la maternidad adolescente.
- f) Abandono de escuela y/o bajo nivel educativo. (Loredo-Abdalá, 2016)

Factores Familiares

- a) Pertenecer a una familia disfuncional.
- b) La existencia marcada de violencia familiar.
- c) Controversias entre su sistema de valores y el de sus familias.
- d) Pérdida del vínculo familiar por migración constante (Loredo-Abdalá, 2016).

El lugar que ocupa la familia en el embarazo adolescente es de suma importancia pues se convierte en una fuente de información para la sexualidad responsable y la primera fuente

de apoyo para las dificultades de los jóvenes. Algunos estudios indican que hay aspectos de la dinámica familiar que pueden modular la percepción y las prácticas sexuales de los hijos contribuyendo así a prevenir el embarazo en la adolescencia.

Las adolescentes procedentes de familias disfuncionales, uniparental, con conductas promiscuas, donde se consume drogas o no existe un adecuado diálogo entre padres e hijas, generan carencias afectivas que buscan resolver en el grupo de amigos quienes probablemente tendrán su misma ignorancia, lo que hace más probable que inicien su vida sexual a una edad temprana y formen relaciones inestables que pueden culminar con un embarazo (Oliveros, 2017).

Factores Sociales

- a) Falta o distorsión de la información sexual.
- b) Aumento del número de adolescentes.
- c) Predominio de factores socioculturales adversos.
- d) No considerar el riesgo de infecciones de transmisión sexual

(Loredo-Abdalá, 2016).

En este sentido, generalmente estas adolescentes tienen una comunicación difícil con su entorno social y con su familia, en la mayoría poseen un nivel educativo bajo sobre educación sexual, que no le permita una correcta y adecuada toma de decisiones, para poder decir no al coito prematuro, y donde los factores sociales también juegan un papel primordial. (Oliveros, 2017).

Otros factores determinantes

- a) Relaciones sexuales sin protección anticonceptiva.
- b) Abuso Sexual
- c) Violación (Loredo-Abdalá, 2016)

Es frecuente que las adolescentes no se acerquen a los servicios de anticoncepción porque temen el estigma social o ser juzgadas por el personal de los centros de salud.

En muchos países las niñas son obligadas a tener relaciones sexuales, a menudo por parte de miembros de la familia. Más de un tercio de las niñas en algunos países declararon que su primera relación sexual fue bajo coacción. (Organización Mundial de la Salud, 2012).

El embarazo en adolescentes está relacionado con violencia sexual, en particular si se trata de adolescentes menores de 15 años. La preocupación crece al constatar que gran parte de estas víctimas transitan por diversos servicios de salud sin que los profesionales que interactúan con ellas cumplan con la debida notificación o reportes de oficio de estos casos ante las instancias responsables. Con ello se pierde la oportunidad de complementar su atención integral, incluyendo los recursos para garantizar todas las terapias que la condición de la adolescente embarazada menor de 15 años requiere, así como todas las medidas de protección y justicia. (MINSA, 2016).

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

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

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

Factores protectores durante el embarazo

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

1.6.11 Atención Prenatal

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

- a) Identificación tardía de su condición.
- b) Temor a que su estado sea revelado en su entorno familiar y social.
- c) Desconocimiento de a dónde o cómo acudir.
- d) Temor a que sus decisiones y conductas sean juzgadas.
- e) Ausencia de servicios de protección social.

- f) Poco entendimiento y conciencia para asumir la postura y cuidado que su condición requiere. (MINSA, 2016).

Clasificación del Riesgo

Todo embarazo en la adolescencia es considerado de riesgo.

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

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

1. Brindar atención integral (bio-psico-social) y diferenciada, con calidad y respeto a su discapacidad, si la tiene, con enfoque de género y pertinencia cultural.
2. Preparación psicológica y física de la adolescente para el nacimiento de la o el bebé.
3. Durante la atención a la embarazada debe tomarse en cuenta:
 - Factores de riesgo que predisponen al embarazo adolescentes (por ejemplo: analfabetismo, paridad, antecedentes de cesáreas, desnutrición, fumadora, hipertensión arterial, diabetes, otros).
 - Factores de riesgo protectores (por ejemplo: apoyo de la pareja y familia, presencia de un proyecto de vida, estudios, entre otros).
 - Actividades a desarrollar en cada atención prenatal, del parto institucional y del puerperio.

- Estado emocional y psicológico, violencia intrafamiliar, sexual, adicciones, depresión, ansiedad.
- Alimentación durante el embarazo
- Actividad física durante el embarazo, posparto inmediato y tardío

(MINSA, 2016).

Capítulo II: **Diseño metodológico**

2.1 Tipo de Estudio

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

2.2 Área de estudio

El estudio será realizado en Puesto de Salud de Chuslí, del municipio de Jalapa, departamento de Nueva Segovia, ubicado a 290 kilómetros de la capital Managua. El puesto médico se encuentra en una comunidad rural ubicada a 6 kilómetros al norte del caso urbano de Jalapa, cuenta con 4 comunidades rurales, de las cuales 3 de ellas se encuentran situadas en el borde de la carretera principal, y una comunidad a nivel de montaña. Atiende una población total de 2,441 habitantes. Existe una población de 880 mujeres en edad fértil (MEF).

2.3 Universo

El universo del estudio estará conformado por **71 adolescentes embarazadas** de 15 a 19 años atendidas en el programa de control prenatal, provenientes de los diferentes sectores atendidos por el puesto médico de Chuslí ubicado en el municipio de Jalapa, Nueva Segovia, durante el primer semestre de 2021.

2.4 Muestra/Criterios de inclusión y exclusión

Debido al número del universo de embarazadas adolescentes, el total de la muestra será la misma asignación de **71 adolescentes embarazadas** de 15 a 19 años atendidas en el programa de control prenatal, durante el primer semestre de 2021. El tipo de muestreo fue de tipo probabilístico, aleatorio simple.

Criterios de inclusión:

1. Adolescentes que asistieron al programa de CPN
2. Adolescentes Embarazadas que vivan en los sectores atendidos por el puesto de salud de Chuslí
3. Adolescentes que aceptaron participar en el estudio

Criterios de Exclusión:

1. Adolescentes que NO aceptaron participar en la realización de la entrevista
2. Adolescentes que asistieron al puesto médico con una complicación de salud no relacionada con el desarrollo del embarazo.

2.5 Técnicas y procedimientos

Para realizar el estudio, se solicitará el permiso por parte de las autoridades del SILAIS de Nueva Segovia, a los cuales se les informará y explicará el tema de investigación, indicando los objetivos del mismo, así mismo se realizaran visitas para establecer coordinaciones en los diferentes momentos del proceso de investigación.

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

La información será obtenida de fuente primaria, a través del llenado de un cuestionario auto administrado semiestructurado el cual será aplicado a las adolescentes embarazadas durante su visita a la unidad de salud durante el periodo de estudio.

Además, se realizará una revisión documental, a través de la revisión de expedientes clínicos (fuente secundaria) de adolescentes embarazadas de 15 a 19 años, atendidas en el programa de control prenatal (CPN).

Antes de iniciar el proceso de recolección de datos, se les explicará a las adolescentes embarazadas participantes en el estudio sobre el objetivo del mismo, orientándoles que deberían de participar solamente de forma voluntaria, y que en cualquier momento que no desearan continuar podían detener el proceso de llenado del cuestionario.

Se les informará que los datos proporcionados serán utilizados únicamente para fines académicos y que en todo momento se mantendría su privacidad, este proceso se ratificará con su autorización sustentada a través del llenado y firma de un documento de consentimiento informado.

Se creará un ambiente adecuado para la realización del llenado del cuestionario, el cual deberá ser ventilado, con buena iluminación y comodidad para que las embarazadas respondan las preguntas de forma adecuada.

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

La base del cuestionario se elaborará acorde al documento del Programa de Naciones para la población FNUAP bajo el título en el año 2018 (FNUAP, 2018) y a partir de datos revisados del informe final de la Encuesta de Demografía y Salud 2011/2012. Capítulo 12 pp. 425-456 (INIDE, 2014). El instrumento estuvo estructurado en 4 capítulos: el primero de ellos contendrá información general de las embarazadas adolescentes, el segundo capítulo presentará los antecedentes ginecoobstétricos de las pacientes evaluadas durante el periodo de estudio. El tercer capítulo evaluará las características más importantes del embarazo actual en las adolescentes atendidas en el programa de atención prenatal, el último capítulo determinará la vía de finalización del embarazo en las adolescentes embarazadas estudiantes en el periodo de la investigación.

La recolección de la información se realizará mediante la ejecución del llenado del cuestionario. Durante el proceso se aclararán las dudas expuestas por las participantes y facilitando el proceso de comprensión de las preguntas, tomando en cuenta el área de estudio y escolaridad de acuerdo a información suministrada por la delegación del MINED del municipio. De esa manera se garantiza un mayor nivel de confiabilidad con las respuestas encontradas durante el desarrollo de la investigación. Se promoverá que el cuestionario sea llenado de forma completa y ordenada.

2.6 Plan de tabulación y análisis

La información obtenida del cuestionario se procesará a través de la creación de una base de datos en el programa software SPSS 22.0. Posteriormente se analizará y organizará a través de tablas y gráficos en los que se aplicará frecuencias y porcentajes, considerando los objetivos del estudio, usando para ello el sistema Windows con el programa OFFICE 2015.

2.7 Enunciado de variables

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

- a) Edad
- b) Nivel de escolaridad
- c) Estado civil
- d) Religión
- e) Procedencia
- f) Número de visitas al programa de Atención Prenatal (APN)

Objetivo específico N° 2: Describir los antecedentes ginecoobstétricos de las adolescentes embarazadas atendidas.

- a) Menarca
- b) Edad de inicio de vida sexual activa (IVSA)
- c) Número de embarazos anteriores
- d) Número de hijos vivos
- e) Número de parejas sexuales
- f) Uso de métodos anticonceptivos (MAC)
- g) Tipo de MAC utilizados

Objetivo específico N° 3: Identificar las características clínicas del embarazo actual en adolescentes embarazadas

- a) Semanas de gestación al momento de la captación
- b) Número de controles prenatales
- c) Embarazo actual es deseado
- d) Patologías asociadas

- e) Hospitalizaciones
- f) Complicaciones del embarazo

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

- a) Parto vaginal
- b) Cesárea

2.8 Operacionalización de Variables

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

Objetivo Específico 2: Identificar antecedentes gineco-obstétricos de las pacientes atendidas			
Variable	Concepto	Indicador	Escala/valor
Menarca	Edad de aparición de la primera menstruación	Número de años que tiene la adolescente embarazada al momento de la primera menstruación.	9 a 11 años 12 a 14 años 15 años o más
Edad de inicio de vida sexual (IVSA)	Inicio temprano de la actividad sexual, que con lleva a la probabilidad de quedar embarazada a temprana edad.	Porcentaje de años en que las adolescentes tienen su primera relación sexual.	11 – 13 años 14 – 16 años 17 – 19 años
Número de embarazos anteriores	Antecedentes de embarazos anteriores de la adolescente en estudio	Número de embarazos anteriores de la adolescente	Ninguno 1 2 3
Número de hijos	Número de hijos de la adolescente embarazada al momento de la realización del cuestionario	Número de hijos que tiene la adolescente embarazada	Ninguno 1 2 3
Número de parejas sexuales	Será el número de compañeros sexuales que haya tenido la adolescente embarazada	Número de compañeros sexuales que ha tenido la adolescente embarazada	1 2 3 o más
Uso de métodos anticonceptivos (MAC)	Antecedente de uso de métodos anticonceptivo (MAC) por parte de la adolescente embarazada	Porcentaje de adolescente que realizan el uso de métodos anticonceptivos MAC.	Sí No
Tipo de MAC utilizado	Es el tipo de métodos anticonceptivos MAC utilizado por la adolescente embarazada	Tipo de método anticonceptivo utilizado por la adolescente embarazada.	Condón Anticonceptivos orales Inyectables Píldora para el día siguiente(PPMS)

Objetivo Específico 3: Describir las características del embarazo actual en la población adolescente.			
Variable	Concepto	Indicador	Escala/valor
Semanas de gestación a la captación	Número de semanas que tenía la adolescente embarazada al momento de la captación de la paciente	Porcentaje de semana gestacional que tiene la adolescente embarazada.	< 12 semanas 13-19 semanas 20-26 semanas 27-33 semanas 34-40 semanas
Número de controles prenatales a los que ha asistido	Número de controles prenatales realizados a las adolescentes embarazadas	Número de controles que tiene la adolescente embarazada	1 2 3 4 o más
Embarazo actual es deseado	Es el deseo de estar embarazada actualmente expresado por la adolescente	Porcentaje de percepción que tiene la adolescente embarazada de su embarazo.	Si No
Patologías asociadas	Son las patologías asociadas durante el desarrollo del embarazo actual	Tipo de patología	HTA Diabetes Cardiopatías Asma Bronquial Ninguna
Hospitalizaciones	Historia de ingreso a nivel hospitalario durante el desarrollo del presente embarazo	Numero de hospitalizaciones	Ninguna 1 2 Más de 2
Complicaciones Durante el embarazo	Presencia de complicaciones durante el desarrollo del embarazo actual	Porcentaje de complicaciones en las adolescentes embarazadas	Si No
Objetivo Específico 4: Determinar la finalización del embarazo en las adolescentes embarazadas evaluadas.			
Variable	Concepto	Indicador	Escala/valor
Termino del embarazo actual	Forma/vía de culminación del embarazo actual en adolescentes embarazadas	Vía de término del embarazo	Parto vaginal Cesárea

2.9 Aspectos Éticos

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

Se mantendrá en todo momento el anonimato de las pacientes en estudio, se les dará a conocer los objetivos y se resguardará la seguridad de los datos. A cada una de las embarazadas adolescentes atendidas en el puesto médico de Chuslí, del municipio de Jalapa, Nueva Segovia, en el periodo de estudio se les solicitará el llenado de un consentimiento informado. Se les informará antes de llevarse a cabo la realización del cuestionario, los beneficios y riesgos del estudio, como por ejemplo determinar los beneficios de asistir a sus controles prenatales. Se les indicó que deberían hacerlo por libre voluntad, y que podían dejar de participar en el cuestionario en cualquier momento del proceso, si así lo deseaban y que los datos obtenidos se utilizarían para el manejo de la información en el ámbito académico.

La información recopilada de cada uno de los expedientes clínicos de las embarazadas adolescentes atendidas en el programa de control prenatal (CPN) del puesto médico de Chuslí fueron mantenidos a resguardo por los investigadores y al finalizar el completamiento del llenado del instrumento los datos fueron utilizados para fines de la investigación en el ámbito académico.

CAPITULO III: Desarrollo

Resultados

Según los datos obtenidos sobre las características sociodemográficas de las adolescentes en estudio, reflejan que los que predominan en la edad son las adolescentes de 17-19 años con un 52%, seguido del rango de edad 15-16 años con 48%. La escolaridad de las adolescentes embarazadas en estudio refleja que un 53.5% están en secundaria seguidas de un 46.5% que se encuentran cursando la primaria, acerca del estado civil de las adolescentes embarazadas en estudio se encontró que solamente el 4.2% de estas estaban casadas, un 24.5% de las adolescentes embarazadas se encontraban solteras, mientras que la mayoría se encuentra en unión libre con un 70.4%

Con respecto a la religión de las embarazadas adolescentes en estudio el 40.8% de ellas refirieron ser evangélicas, mientras que un 32.4% indicaron ser católicas y un 26.8% indicaron otras creencias, en cuanto a la procedencia de las adolescentes embarazadas en estudio el 100% de ellas pertenece al área rural.

Sobre el inicio de la vida sexual activa en las adolescentes embarazadas en estudio, se obtuvo que un 14.1% inicio vida sexual en las edades comprendidas entre los 11-13 años, mientras que un 66.2% indicaron haber iniciado vida sexual a los 14-16 años de edad, el 19.7% refirieron iniciar vida sexual a la edad de 17-19 años de edad, por otra parte, el 80% de las adolescentes embarazadas en estudio indicaron la aparición de la primera menstruación entre el rango de edad de 12 a 14 años, mientras que el 11% tuvieron su primera menstruación a las edades de 9-11 años y un mínimo de 9% de las adolescentes embarazadas en estudio dijeron haber presentado su primera menstruación de 15 años a más.

Con lo que respecta a los antecedentes de embarazos anteriores de las adolescentes en estudio se obtuvieron los siguientes resultados en el cual un 29.6% de las embarazadas adolescentes en estudio tuvieron antecedentes de un embarazo anteriormente, mientras que un 70.4% de las

adolescentes embarazadas en estudio cursan su primer embarazo, negando antecedentes de embarazos anteriores, ninguna de las adolescentes embarazadas en estudio presento antecedentes de dos embarazos anteriores siendo el resultado de 0%.

Por otra parte, el 78.9% de las adolescentes en estudio indicaron no tener hijos al momento del llenado del cuestionario contra un 21.1% que indicaron tener un hijo. Con respecto al número de compañeros sexuales de las adolescentes embarazadas en estudio el 50.7% expresaron estar acompañadas por un compañero sexual, mientras que el 38.0% indicaron haber tenido 2 compañeros sexuales y un mínimo de 11.3% comunicaron haber tenido 3 o más compañeros sexuales al momento del estudio.

Un 51% de las adolescentes en estudio indicaron la utilización de métodos anticonceptivos como medida para evitar el embarazo seguido por un 49% de adolescentes embarazadas las cuales no utilizaban método anticonceptivo. Con respecto a las semanas de gestación en las que fueron captadas las embarazadas adolescentes se obtuvieron los siguientes resultados un 56.3% de las adolescentes embarazadas fueron captadas antes de las 12 semanas de gestación seguido de un 23.9% que fueron captadas entre las semanas 13-19 de gestación, mientras que el 15.5% de las adolescentes embarazadas en estudio fueron captadas en las 20-26 semanas de gestación y con un 2.8% se encuentran las adolescentes embarazadas que fueron captadas de manera tardía en las 27 y 33 semanas de gestación y con un mínimo de 1.4% se encuentran las embarazadas captadas entre las 34-40 semanas de gestación .

Por otra parte, el 66% de los embarazos en las adolescentes no fue deseado contra un 34% de embarazadas adolescentes que indicaron al momento del cuestionario que deseaban el embarazo. Con respecto a los antecedentes patológicos personales de las adolescentes embarazadas en estudio se encontró que el 100% de ellas no tiene ningún padecimiento patológico personal.

Según los datos obtenidos sobre antecedentes de ingreso hospitalario en las embarazadas adolescentes en estudio se refleja que el 15% de estas tuvieron ingreso hospitalario en el embarazo actual contra un 85% de embarazadas adolescentes que no tuvieron ingreso hospitalario en el embarazo actual. Con respecto a complicaciones durante el embarazo actual se encontró que el 90.1% de las adolescentes embarazadas en estudio no han presentado ninguna complicación en el embarazo actual mientras que un mínimo de 9.9% si tuvieron complicaciones durante el embarazo actual. En cuanto a la distribución de métodos anticonceptivos utilizados por las embarazadas adolescentes, se obtuvieron los siguientes resultados un 49.3% de estas indicaron no haber utilizado ningún método anticonceptivo, sin embargo 12.7% de las adolescentes embarazadas indicaron usaban el condón como método anticonceptivo, el 14.1% de las adolescentes embarazadas estaban utilizando anticonceptivos orales, al momento de salir embarazadas el 22.5% de las adolescentes comunicaron que usaban métodos hormonales inyectables y solo un mínimo de 1.4% indicaron haber utilizado la PPMS

En relación con el número de CPN al momento del estudio de las adolescentes embarazadas se encontró que el 70.4% de las embarazadas tenían asistencia de 4 o más CPN, mientras que un 5.6% tenían 3 CPN y un 16.9% de las embarazadas en estudio habían acudido a su segundo CPN al momento de la realización de la encuesta mientras que un 7.0% tenían solamente 1 CPN

Con respecto a la vía de finalización del embarazo en las adolescentes en estudio por medio de las encuestas se encontró que la mayoría con 73.2% finalizarían su embarazo por vía vaginal contra 26.8% que lo harían por cesárea.

Análisis y discusión

En cuanto a la edad de las adolescentes embarazadas en estudio estuvo representado en su mayoría por adolescentes entre las edades de 17-19 años con un 52%, las adolescentes embarazadas fueron divididas en 2 grupos de edades las de 15-16 años y las de 17-19 años, sobresaliendo este último rango de edad por muy poca diferencia, lo cual no es una sorpresa tomando en cuenta que Nicaragua se ha caracterizado por tener una población relativamente joven.

Cerca de dos terceras partes de las mujeres de 15 a 19 años de edad, probablemente tendrán un hijo antes de llegar a los 20 años de edad, A nivel latinoamericano, Nicaragua es el país con mayor proporción de embarazos en adolescentes. El 26.3% de los embarazos son de adolescentes, es decir, 110 de cada 1,000 mujeres adolescentes entre 15 y 19 años son madres. Los mayores porcentajes se presentan en Jinotega (38.0%) la Costa Caribe Norte y Sur (30.0%) y León (20.0%) Los embarazos en adolescentes es un problema de salud pública, sus principales causas son la falta de políticas que promuevan y garanticen su prevención, la violencia sexual a la que son sometidas muchas adolescentes, así como por la falta de acceso a información científica. (CODENI, 2017)

La distribución de las adolescentes embarazadas de acuerdo a sus niveles de escolaridad, determinó que en su mayoría se encuentran cursando los niveles de secundaria. Esto se correlaciona con el proceso de masificación y la gratuidad de la educación, lo que ha incorporado de forma más directa y continúa un mayor índice de matrícula, manteniéndose con un comportamiento similar en los últimos años, dándole a las adolescentes a nivel nacional, el derecho a la educación que juega también un importante rol en el proceso de fortalecimiento y de la apropiación de conocimientos sobre salud sexual y reproductiva. Organizaciones como OMS, (OMS, 2018) han señalado que la escolaridad es uno de los principales factores para dar a

conocer a los adolescentes los riesgos del embarazo a temprana edad, así como el uso de métodos anticonceptivos sin embargo se sabe también que el embarazo en la adolescencia es un fenómeno multifactorial que va desde falta de estrategias que promuevan su prevención, la falta de accesibilidad a información científica sobre métodos y opciones así como el tipo de crianza que se le da a las adolescentes en los hogares donde muchas veces hay un ciclo generacional de embarazos adolescentes. Muchas adolescentes que quedan embarazadas deben abandonar las escuelas por su embarazo, lo que tiene un impacto a largo plazo en sus oportunidades de educación y de empleo, así como en su seguridad financiera y su habilidad para participar en la vida pública y política. Como resultado, las madres adolescentes son más vulnerables a la pobreza y a la exclusión social.

La mayoría de las adolescentes indicaron estar en una unión libre o unión de hecho, lo cual era previsible puesto que el componente socio económico tradicional en Nicaragua, ha definido que el tipo de relación conyugal en los primeros momentos de los jóvenes nicaragüenses se realiza en unión libre o “unión de hecho”. Estudios revisados en el país, demuestran que este comportamiento es similar al realizado por Solari Acevedo & Santiago López en el año 2017 en dos institutos públicos ubicados en los municipios de Wiwilí-Nueva Segovia y de San Pedro del Norte RACCS, (Solari Acevedo & Tercero López, 2017)

Las uniones a temprana edad comprometen negativamente el ejercicio de libertades (derechos) y el desarrollo humano de niños, niñas y adolescentes. Constituyen tanto prácticas sociales como opciones personales de vida, que limitan el despliegue de capacidades y logro de funcionamientos efectivos que pueden potenciar el empoderamiento y capacidad de agencia en adolescentes y jóvenes (Ricardo López Máquez, 2019)

La religión que predominó en este caso fue la Evangélica, el componente sociocultural de nuestro país se caracteriza por un proceso de tradición bien marcado desde el núcleo familiar, y de esa

manera se le instruye a cada uno de los jóvenes desde etapas muy tempranas de su desarrollo ese elemento religioso que condiciona en muchos aspectos su desarrollo social, en las adolescentes embarazadas en estudio de esta zona rural se observó predominio de la religión evangélica la cual ha venido creciendo en Nicaragua, sin embargo datos facilitados por ENDESA 2011/12 han indicado que la religión católica, todavía permanece como el componente de fe que mayor cantidad de población mantiene.

la distribución por procedencia de las adolescentes embarazadas atendidas en el programa de control prenatal del puesto de salud Chuslí, Jalapa, Nueva Segovia fue del 100% rural debido a la zona en la cual se realizó y delimito el estudio.

La mayoría de las adolescentes embarazadas en estudio presentaron aparición de su primera menstruación en el rango de edad entre 12-14 años, lo cual no representa una sorpresa debido a que se sabe que la menarquia normal ocurre entre los 10 y los 16 años, siendo su edad media de aparición en nuestro país de 12,6 años, lo cual está íntimamente relacionado con la ocurrencia de embarazos adolescentes en el país ya que adolescentes con una edad más temprana de menarquia están más expuestas al riesgo de embarazo (Díaz, 2015)

El 62.2% de las adolescentes embarazadas en estudio habían tenido su primera relación sexual, siendo la edad más frecuente de inicio de vida sexual activa entre 14 y 16 años lo cual permite evidenciar una precocidad en el inicio de las relaciones sexuales sin el uso adecuado de los métodos anticonceptivos originando así uno de los mayores problemas en salud pública.

La mayor parte de las embarazadas adolescentes en estudio no tenían antecedentes de embarazos anteriores, lo que se debe al inicio de la menarquia en relación con el inicio temprano de experiencias sexuales en las adolescentes según el último reporte de ENDESA 2011/12 las mujeres de 20-24 años informan que un 40%, tuvo su primer hijo antes de los 20 años lo cual coincide con que la mayoría de adolescentes cursen con su primer embarazo en etapas tempranas

de la vida reproductiva. Correspondiéndose con el dato anterior se encontró que la mayoría de embarazadas en estudio no presentan antecedentes de hijos, cursando con su primera gestación la mayoría.

En relación a la distribución del número de compañeros sexuales de las adolescentes embarazadas la mayor parte de estas indicaron haber tenido solamente un compañero sexual en el momento del llenado del cuestionario lo cual coincide con la manera precoz en la cual las adolescentes inician relaciones sexuales, lo cual en la sociedad es visto como un ciclo normal de desarrollo en la comunidad y otros factores que influyen a que las adolescentes se refugien en una pareja ya sea en busca de afecto emocional o apoyo económico. La edición más reciente de la ENDESA también sugiere un rápido inicio de la actividad sexual y de nupcialidad a una edad temprana en Nicaragua. A partir de la encuesta se construye el porcentaje de mujeres de 20 a 24 años que declararon haber tenido su primera relación sexual o primera unión conyugal (casamiento o unión) o su primer embarazo entre los 14 y 20 años. Así, por ejemplo, se observa que el 63% de las mujeres de 20 a 24 años de edad declaró haber tenido su primera relación sexual antes de cumplir 18 años. Al mismo tiempo, antes de esa mayoría de edad, el 53% de las mujeres afirmaron haberse unido a una pareja, mientras el 46% ya había quedado embarazada por primera vez. (Alvaro Altamirano, 2016)

En lo referente a uso de métodos anticonceptivos en el embarazo, se halló que la mayoría de las adolescentes utilizaron algún tipo de método anticonceptivo, sin embargo, las adolescentes son condicionadas para que no puedan tener acceso al uso de métodos anticonceptivos, con limitación a la información científica sobre el empleo y correcto uso de los mismos lo que produce una maternidad en etapas tempranas y rápidamente se ha observado que las adolescentes antes de los 20 años ya tienen 3 a 4 hijos respectivamente. Se ha catalogado a nuestro país como el poseedor de la mayor tasa de fecundidad adolescente. Organizaciones como el fondo de las naciones

unidas para la infancia (UNICEF) y el fondo de naciones unidas para la población (UNFPA) han realizado en varias ocasiones este señalamiento.

La mayor parte de las embarazadas en estudio fueron captadas de forma temprana antes de las 12 semanas de gestación, esto debido a que poco a poco el Ministerio de salud ha brindado acompañamiento a las jóvenes a través de círculos de charlas lo que conlleva a tener un mejor y mayor acceso a los servicios y programas de salud, además de un alto componente de trabajo en la comunidad a través del modelo del MOSAF comunitario.

La mayoría de las adolescentes embarazadas en este estudio indicaron no desear el embarazo actual, lo cual coincide con nuestros resultados que reflejan que mayor parte de adolescentes utilizaron métodos anticonceptivos sin embargo no lograron evitar el embarazo, estos casos de maternidad no deseada es la realidad del más del 40% de las adolescentes embarazadas en el país sin embargo el embarazo no deseado entre las adolescentes de 15 a 19 años se ha reducido de forma continua en los últimos años, según la UNFPA una de cada cinco mujeres antes de cumplir los 20 años de edad ya tuvo el número de hijos/as que quería tener durante toda la vida. Por lo tanto, es muy probable que a lo largo de la vida termine teniendo más hijos/as de los que deseaba tener que representan embarazos no deseados (Ricardo López Máquez, 2019)

Las mujeres adolescentes embarazadas en estudio no presentaban ningún antecedente patológico lo cual se debe a la edad relativamente joven, dichas enfermedades generalmente crónicas se desarrollan en la edad adulta.

Sobre antecedentes de ingreso hospitalario de las adolescentes embarazadas, el 85% de estas no ha ingresado a la unidad hospitalaria en el embarazo actual, debido a la mayor captación temprana, controles prenatales de calidad, pero al pertenecer al grupo de edades entre 15 y 19 años están sujetas a factores de riesgos asociados a mayor morbimortalidad en estos grupos de edades. Los riesgos biomédicos relacionados con el embarazo y el parto son mayores en las niñas

y adolescentes más jóvenes ya que tienen peores resultados maternos y neonatales comparadas con mujeres de mayor edad (muerte materna, infecciones, eclampsia, fístula obstétrica, parto prematuro y mortalidad neonatal). El riesgo de muerte materna en menores de 15 años en países de ingresos bajos y medios es dos veces mayor al de las mujeres mayores (SOGIBA, 2019)

Con respecto a complicaciones durante el embarazo actual, se encontró que el 90.1% de las adolescentes embarazadas en estudio no presentaron ninguna complicación al momento de la realización del estudio, las pacientes embarazadas en estudio cuentan la mayoría con 4 o más atenciones prenatales lo cual evidencia un buen control de asistencia y de prevención de complicaciones, en contra parte Fernandes de Azevedo, Baffi Diniz, Borges da Fonseca, realizaron una revisión de estudios que tuvo como objetivo evaluar las complicaciones relacionadas con embarazo adolescente, donde se observan altas tasas de trastornos hipertensivos, anemia, diabetes gestacional y complicaciones del parto en los embarazos de las adolescentes, determinando un aumento de la mortalidad materno-infantil (SOGIBA, 2019)

De los métodos anticonceptivos utilizados el más común en este caso fueron los métodos hormonales inyectables, seguido de los anticonceptivos orales, gracias a que el sistema de salud pone a disposición de la población un abanico de opciones sobre los métodos anticonceptivos disponibles los cuales son los mayormente utilizados en nuestro país y son de acceso gratis. Dentro de los centros educativos a través de programas del Ministerio de Educación se ha venido incrementado la información acerca de la reproducción sexual, así como la de los métodos anticonceptivos, sin embargo, en la familia esta temática no posee una base de discusión ya que dentro del núcleo familiar no existe un conocimiento objetivo sobre la base de una sexualidad libre de prejuicios y con una base científica objetiva.

La asistencia de las adolescentes embarazadas a sus atenciones prenatales del programa de control prenatal del puesto de salud Chuslí, Jalapa, Nueva Segovia ha sido notable ya que la

mayor parte fueron captadas de manera temprana y un 70.4% de las adolescentes atendidas llevan 4 o más atenciones prenatales con lo cual se alcanzan a cumplir las metas establecidas por el ministerio de salud que conllevan a llevar un embarazo seguro bajo la supervisión del personal de salud.

Del total de pacientes adolescentes embarazadas en estudio hallamos que el 73.2% había finalizado su embarazo a través del parto vaginal mientras que el 26.8% lo finalizaron vía cesárea, complementándose con el reporte realizado por SOGIBA 2019 que citaron las siguientes complicaciones que comúnmente terminaron en cesáreas: pre-eclampsia, eclampsia, HELLP, aborto, infección urinaria, y rotura prematura de las membranas ovulares, entre otros. En general, los trabajos evaluados confirmaron que una adolescente estaría más inclinada a un aumento de las complicaciones maternas que a una mujer mayor de 20 años. Por otro lado, respecto de la vía de parto en estas pacientes, la prevalencia de cesárea en este grupo fue significativamente menor cuando comparamos con la población adulta (SOGIBA, 2019)

Conclusiones

- 1) Predominaron las adolescentes embarazadas con edades entre 17-19 años, en su mayoría estudiantes con nivel de secundaria, en unión libre o unión de hecho, de religión evangélica y en su totalidad de procedencia rural.
- 2) La mayor parte de las adolescentes embarazadas en estudio tuvieron su primera menstruación a las edades entre 12 y 14 años, un inicio de vida sexual activa a las edades entre 14-16 años, la mayoría sin antecedentes de embarazos anteriores e igualmente sin hijos, en su mayoría acompañadas por una sola pareja sexual, las adolescentes indicaron utilizar algún método anticonceptivo en el cual prevalecieron los anticonceptivos inyectables.
- 3) En las adolescentes embarazadas en estudio prevaleció la captación temprana antes de las 12 semanas de gestación, por lo cual la mayor parte tenían 4 o más atenciones prenatales realizadas, se encontró que mayoría de los embarazos no fueron deseados, no hubo ninguna patología asociada al embarazo actual, la mayor parte de las adolescentes embarazadas no tuvieron ingreso hospitalario ni complicaciones en el embarazo actual.
- 4) La vía de finalización de embarazo que predominó fue el parto vaginal.

Recomendaciones

Al ministerio de salud

- 1) Coordinación con el MINED para brindar capacitaciones a los maestros de secundaria de las escuelas e institutos del municipio de Jalapa, departamento de Nueva Segovia en relación al tema de embarazos en la adolescencia su impacto y prevención, haciendo énfasis en actitudes favorables y practicas adecuadas.
- 2) Reforzar y planificar clubes de embarazadas adolescentes en las unidades de salud del municipio de jalapa, departamento de Nueva Segovia donde se brinden charlas educativas que contribuyan a llevar una adecuada salud sexual, reproductiva y gestacional en las adolescentes, además de contribuir al buen uso y manejo de los métodos anticonceptivos con un seguimiento continuo, así como concientizar sobre factores de riesgo en las embarazadas adolescentes, posibles complicaciones e incentivarlas a acudir a las unidades de salud ante cualquier evento obstétrico.
- 3) brindar material educativo escrito y con imágenes explicativas para promover los mensajes educativos sobre el buen uso y responsabilidad en el manejo de los métodos anticonceptivos en la adolescencia, así como incentivar a no tener relaciones sexuales, haciendo énfasis en la responsabilidad que significa el inicio de relaciones sexuales, tanto a nivel local como en las visitas domiciliarias de búsqueda de insubistentes que realice el personal de salud, a través del MOSAF comunitario.

Al ministerio de educación

- 1) Desarrollar en el pensum académico de las instituciones educativas del municipio de Jalapa, departamento de Nueva Segovia, la temática de salud sexual y reproductiva en la adolescencia, haciendo énfasis en prácticas responsables.

- 2) Establecer alianzas claves con organizaciones cercanas a las adolescentes para la promoción de actividades educativas a través de talleres, debates con participación de expertos en la temática de salud sexual y reproductiva, así como de embarazo en las adolescentes
- 3) Realizar e implementar un protocolo de acompañamiento y seguimiento a las adolescentes embarazadas en los centros de estudio que cumpla función de aconsejar, acompañar y fomentar el continuar con su desempeño académico.

A los padres de familia de las adolescentes embarazadas

- 1) Ser pilar de apoyo y conocimiento para esta etapa desconocida y nueva para las adolescentes embarazadas, brindarles tiempo e involucrarse en todo momento en el proceso gestacional de las adolescentes.

A las adolescentes embarazadas

- 1) Motivarse a acudir a sus citas de atención prenatal de manera puntual y constante.
- 2) Acudir a la unidad de salud ante cualquier tipo de evento obstétrico.
- 3) Fortalecerse acerca de los conocimientos sobre el tema de métodos anticonceptivos enfatizando sobre tipo de métodos disponibles en el ministerio y forma de empleo, así como en el impacto principalmente en la adolescencia

Capítulo IV: Bibliografía

3.1 Bibliografía

AAP. (2018). *Opciones para el asesoramiento de la paciente adolescente embarazada*. Chicago.

Angulo, C. V., & Marín, E. V. (Julio de 2013). Embarazo adolescente, un cambio de hábitos y comportamientos? Medellín, Antioquia, Colombia.

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

Banco Mundial. (2013). *ALC: Pobreza, baja educación y falta de oportunidades aumentan riesgo de embarazo en adolescentes*. Guatemala.

Di-Cesare, M. (2015). *Fecundidad adolescente en los países desarrollados: niveles, tendencias y políticas*. Santiago de Chile: Organización de Naciones Unidas, Santiago de Chile.

Flores Valencia, M., Nava Chapa, G., & Arenas Monreal, L. (2017). Embarazo en la adolescencia en una región de México: un problema de Salud Pública. *Revista de salud pública*, 374-378.

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

FUNIDES. (2016). *Embarazo Adolescente en Nicaragua*. Managua: FUNIDES.

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

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

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

INIDE. (2018). *Estadísticas vitales. Compendio 2017-2018*. Managua.

Loredo-Abdalá, A. (2016). *Embarazo en Adolescentes, Causas y Repercusiones*. México.

Medina, O. S., & Ortiz, K. (2018). Fecundidad en adolescentes y desigualdades sociales en México. *Revista Panama Salud Pública*.

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

MINSA. (2016). *Normativa 139: PROTOCOLO PARA LA ATENCIÓN DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS*. Managua.

Mora-Cancino, A. M., & Hernández-Valencia, M. (2015). *Embarazo en la adolescencia*. México.

Nove, A., Matthews, Z., Neal, S., & Virgin, A. (21 de Enero de 2014). Maternal mortality in adolescents compared with women of other ages: evidence from 144 countries. *Lancet Glob Health*, 2. doi:[https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(13\)70179-7](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(13)70179-7)

Oliveros, Y. C. (20 de Enero de 2017). Algunas consideraciones sobre el embarazo en la adolescencia. Guantánamo, Guantánamo, Cuba.

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

OMS. (2018). *La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo*. Ginebra.

OMS. (19 de Septiembre de 2019). OMS. Obtenido de OMS: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>

OMS/Universidad de Chile. (2017). *Etapas de la adolescencia*. Santiago.

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

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

OPS/OMS. (2018). *El embarazo en la adolescencia*. Ginebra, Suiza.

Secretaría de Educación Pública. (2012). *Embarazo adolescente y madres jóvenes en México: una visión desde el Promajoven*. México D.F.

Serrano, J. (2016). *Recopilaciones*. Matagalpa Nicaragua: No Editado.

Sheffield, U. d. (04 de 2015). *SCIELO*. Recuperado el 05 de 02 de 2020, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342015000200008

Tafur-Bonilla, Y. A., Barbosa Campos, O. L., & Méndez Ortiz, E. L. (2017). Determinantes del embarazo en adolescentes y su impacto en los ejes fundamentales de ingreso y nivel educativo. *Cooperativismo & Desarrollo*, 26(113), 1-22. doi:<https://doi.org/10.16925/co.v26i113.2191>

The World Bank Group. (2017). *The World Bank*. Obtenido de The World Bank: https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.ADO.TFRT?end=2017&locations=NI&most_recent_value_desc=true&start=1960&view=chart

UNFPA. (2014). *Salud Sexual y Reproductiva en los adolescentes*. New York.

UNFPA. (28 de 02 de 2018). *UNFPA*. Recuperado el 05 de 02 de 2020, de <https://lac.unfpa.org/es/news/américa-latina-y-el-caribe-tienen-la-segunda-tasa-más-alta-de-embarazo-adolescente-en-el-mund-1>

UNICEF. (2015). *Vivencias y relatos sobre el embarazo en adolescentes Una aproximación a los factores culturales, sociales y emocionales a partir de un estudio en seis países de la región. Informe final*. Panamá: UNICEF. Plan Internacional.

Capítulo IV: Anexos



4.1 Consentimiento informado

Objetivo: Evaluar el comportamiento clínico del embarazo en adolescentes de 15 a 19 años atendidas en el programa de control prenatal del puesto de salud Chuslí del municipio de Jalapa, Nueva Segovia, durante el primer semestre de 2021.

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

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

Firma del participante. _____

Firma del investigador. _____

Fecha de realización. _____



4.2 Ficha de recolección de datos

La presente encuesta es para Evaluar el comportamiento clínico del Embarazo en adolescentes de 15 a 19 años, atendidas en el programa de control prenatal del puesto médico de Chuslí del municipio de Jalapa, Nueva Segovia. Primer semestre 2021.

I. Características Sociodemográficas

1. Edad:

- a) 15 a 16 años _____
- c) 17 a 19 años _____

2. Escolaridad:

- a) Analfabeta _____
- b) Primaria _____
- c) Secundaria _____
- d) Universidad _____

3. Estado civil:

- a) soltera _____
- b) casada _____
- c) unión libre _____

4. Religión

- a) católica _____
- b) Evangélica _____
- c) Otra _____

5. Procedencia:

- a) urbana _____
- b) rural _____

II. Antecedentes obstétricos

1. Menarca

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

2. Edad de la primera relación sexual (IVSA)

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

3. Número de embarazos anteriores

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

4. Número de hijos

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

5. Número de parejas sexuales

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

6. Uso de métodos anticonceptivos

- a) Sí _____
- b) No _____

7. Tipo de método anticonceptivo utilizado

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

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

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

2. Número de CPN

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

3. El embarazo actual es deseado

- a) Sí _____
- b) No _____

4. Patologías asociadas durante el embarazo actual

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

5. Hospitalizaciones

- a) Sí _____
- b) No _____

6. Complicaciones durante el embarazo

- a) Sí _____
- b) No _____

IV. Finalización del embarazo actual

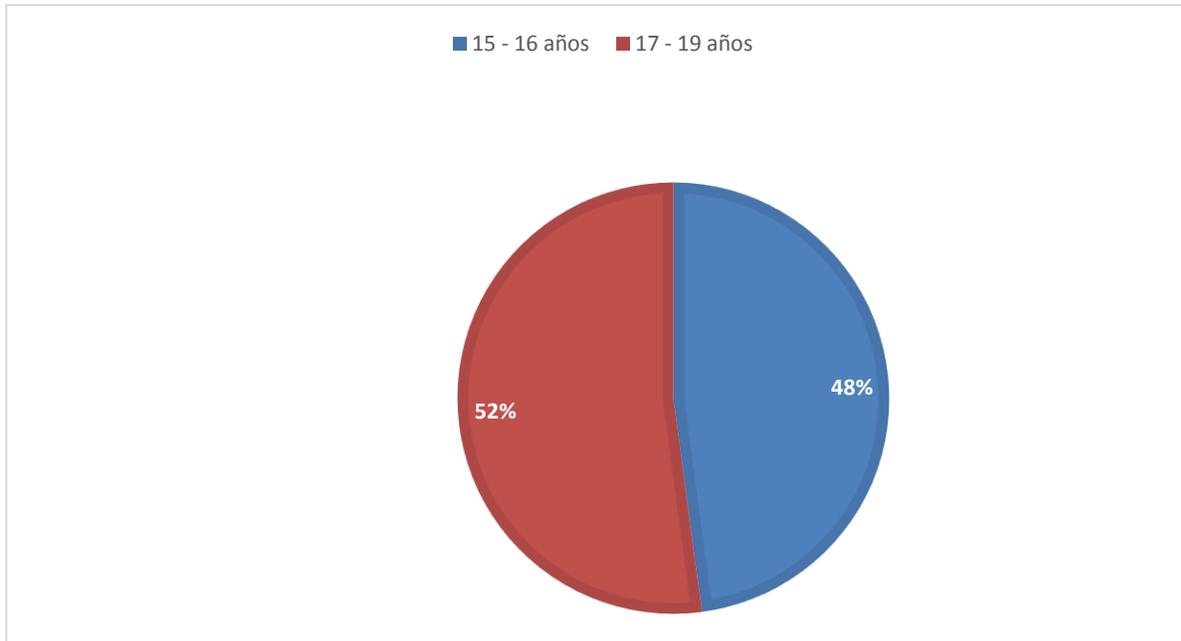
- a) Parto vaginal _____
- b) Cesárea _____

Muchas gracias por tu colaboración

4.3 Figuras

Figura 1

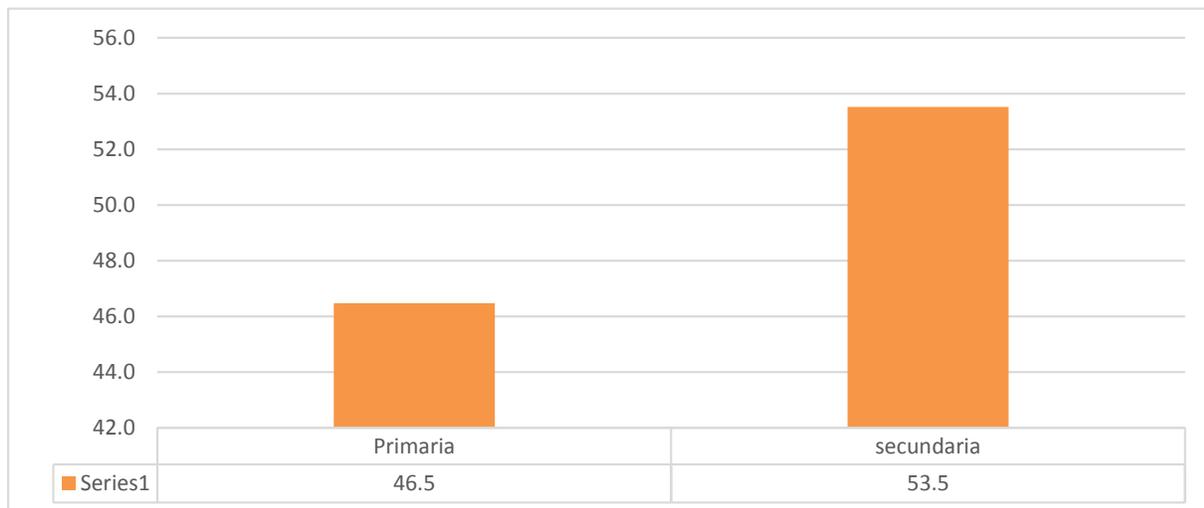
Edades de las adolescentes embarazadas



Nota: La figura muestra la distribución por edades de las adolescentes embarazadas atendidas en el programa de control prenatal del puesto de salud Chuslí, Jalapa, Nueva Segovia. Fuente tabla 1

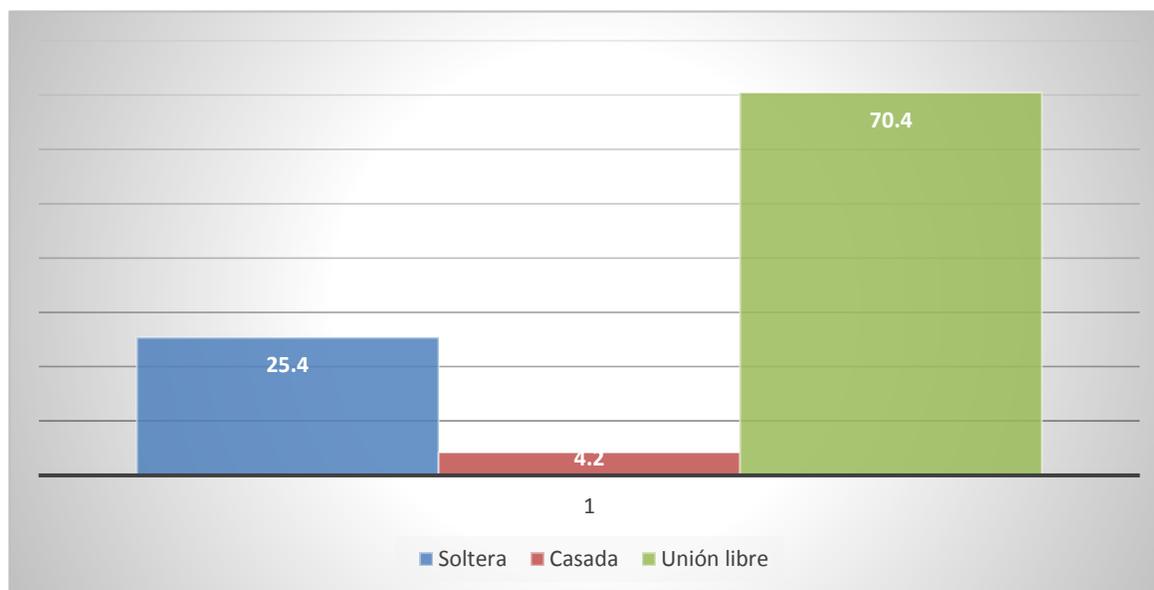
Figura 2

Escolaridad de las adolescentes embarazadas



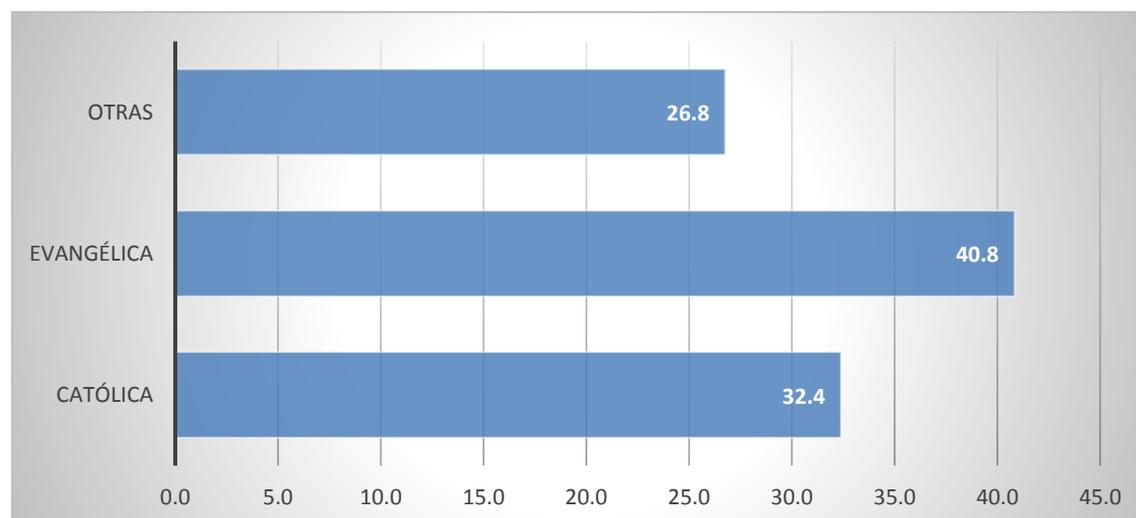
Nota: La figura muestra la distribución por escolaridad de las adolescentes embarazadas atendidas en el programa de control prenatal del puesto de salud Chuslí, Jalapa, Nueva Segovia fuente tabla 2

Figura 3 Estado civil de las adolescentes embarazadas



Nota: La figura muestra la distribución por estado civil de las adolescentes embarazadas atendidas en el programa de control prenatal del puesto de salud Chuslí, Jalapa, Nueva Segovia fuente tabla 3

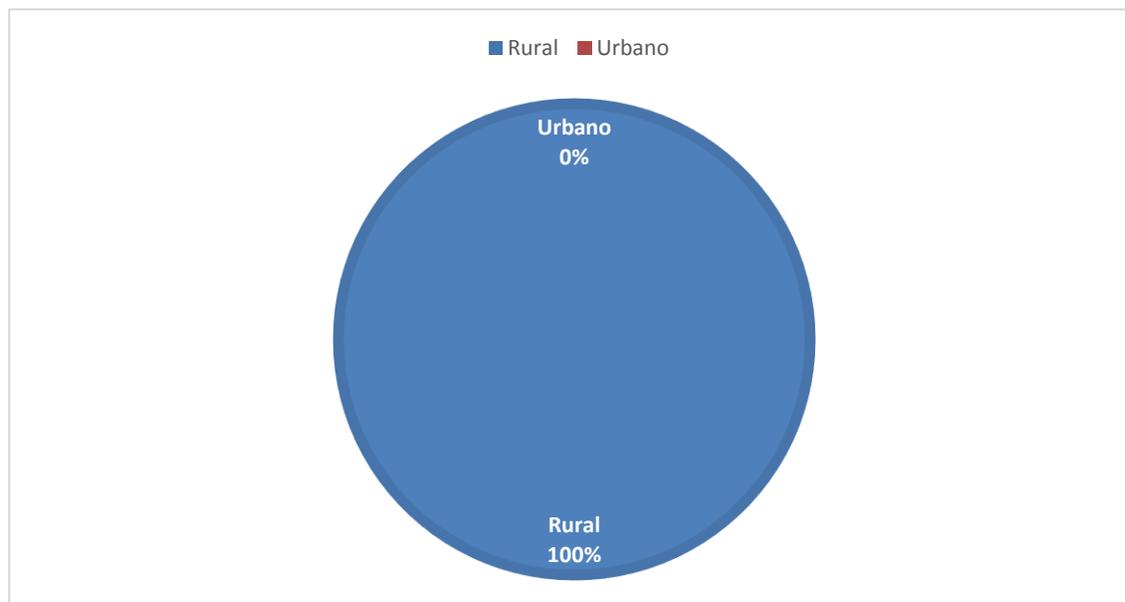
Figura 4 Religión de las adolescentes embarazadas



Nota: La figura muestra la distribución por religión de las adolescentes embarazadas atendidas en el programa de control prenatal del puesto de salud Chuslí, Jalapa, Nueva Segovia. Fuente tabla 4

Figura 5

Procedencia de las adolescentes embarazadas

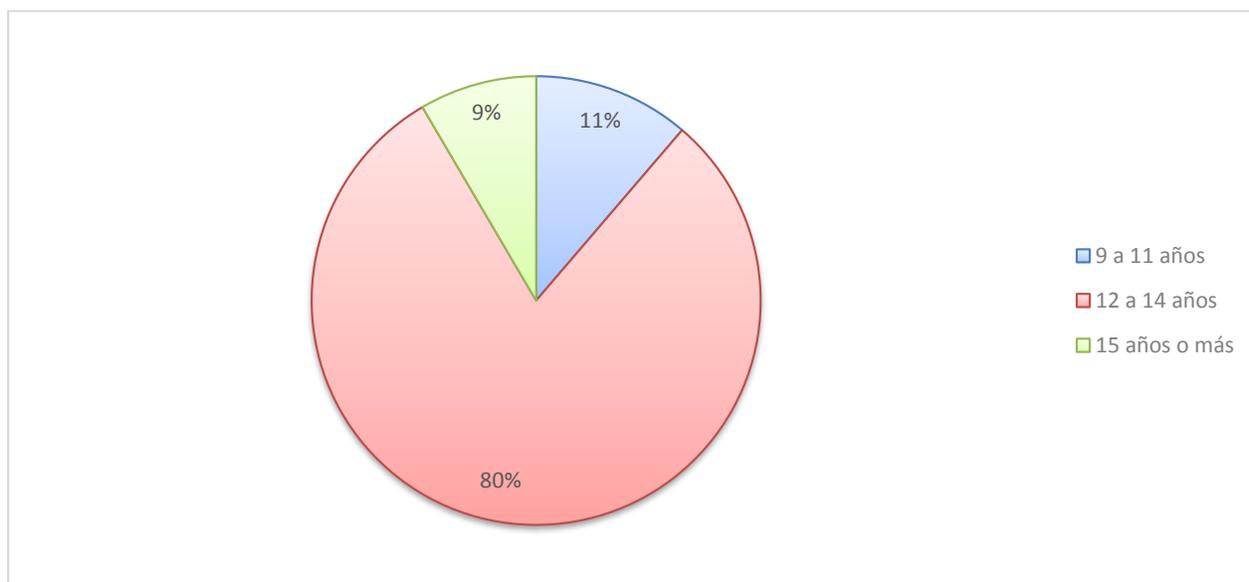


Nota: La figura muestra la distribución por procedencia de las adolescentes embarazadas atendidas en el programa de control prenatal del puesto de salud Chuslí, Jalapa, Nueva Segovia.

Fuente tabla 5

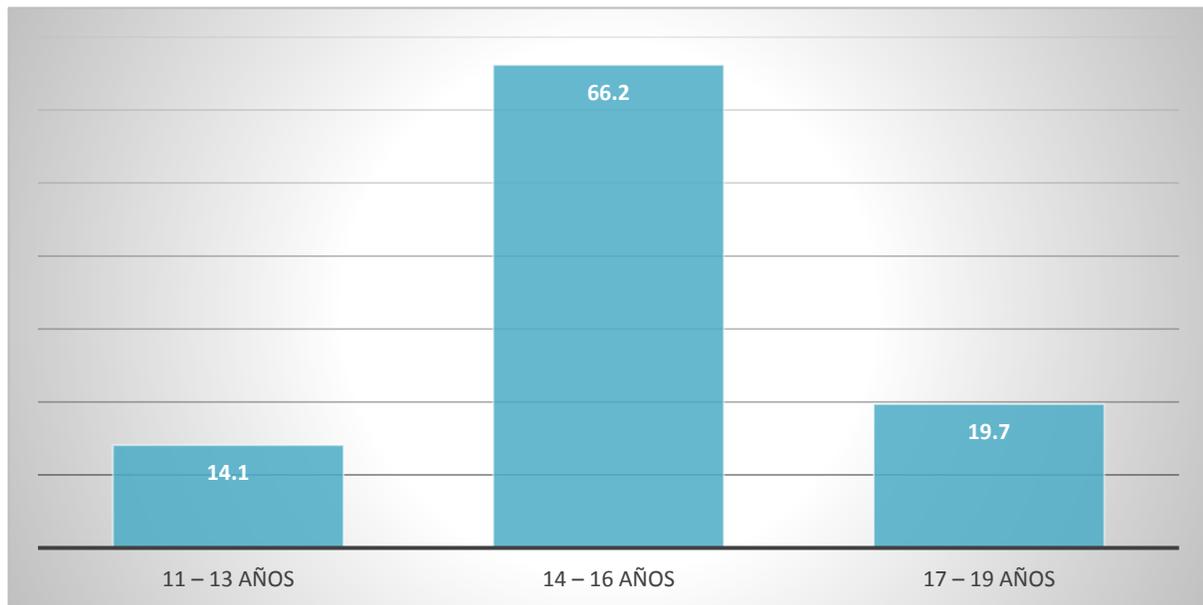
Figura 6

Edad de aparición de la primera menstruación



Nota: La figura muestra la distribución por edad de aparición de la primera menstruación de las adolescentes embarazadas atendidas en el programa de control prenatal del puesto de salud Chuslí, Jalapa, Nueva Segovia Fuente tabla 6

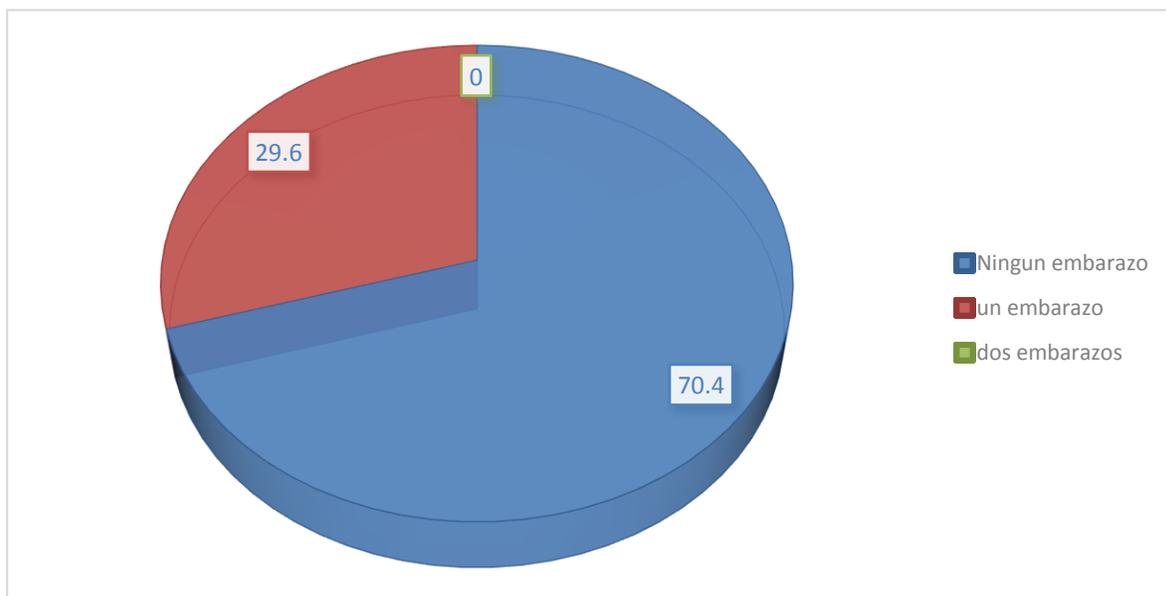
Edad de inicio de vida sexual activa de las adolescentes embarazadas

Figura 7

Nota: La figura muestra la distribución por edad de inicio de vida sexual activa de las adolescentes embarazadas atendidas en el programa de control prenatal del puesto de salud Chuslí, Jalapa, Nueva Segovia. Fuente tabla 7

Figura 8

Antecedentes de embarazo de las adolescentes

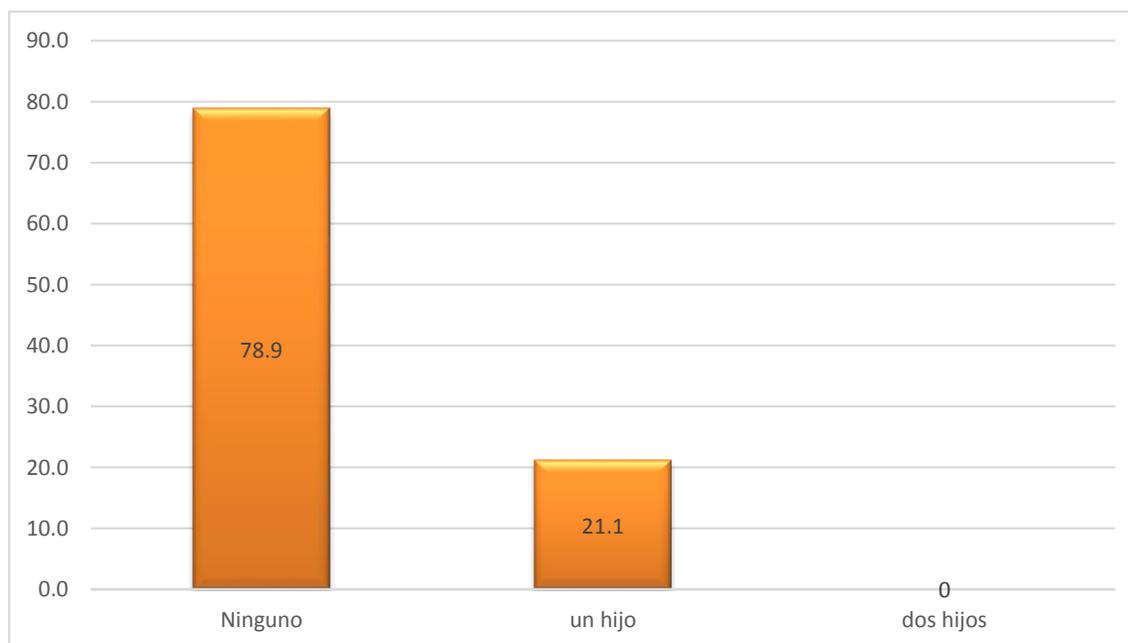


Nota: La figura muestra la distribución de embarazos anteriores de las adolescentes embarazadas atendidas en el programa de control prenatal del puesto de salud Chuslí, Jalapa, Nueva Segovia.

Fuente tabla 8

Número de hijos de las embarazadas adolescentes

Figura 9

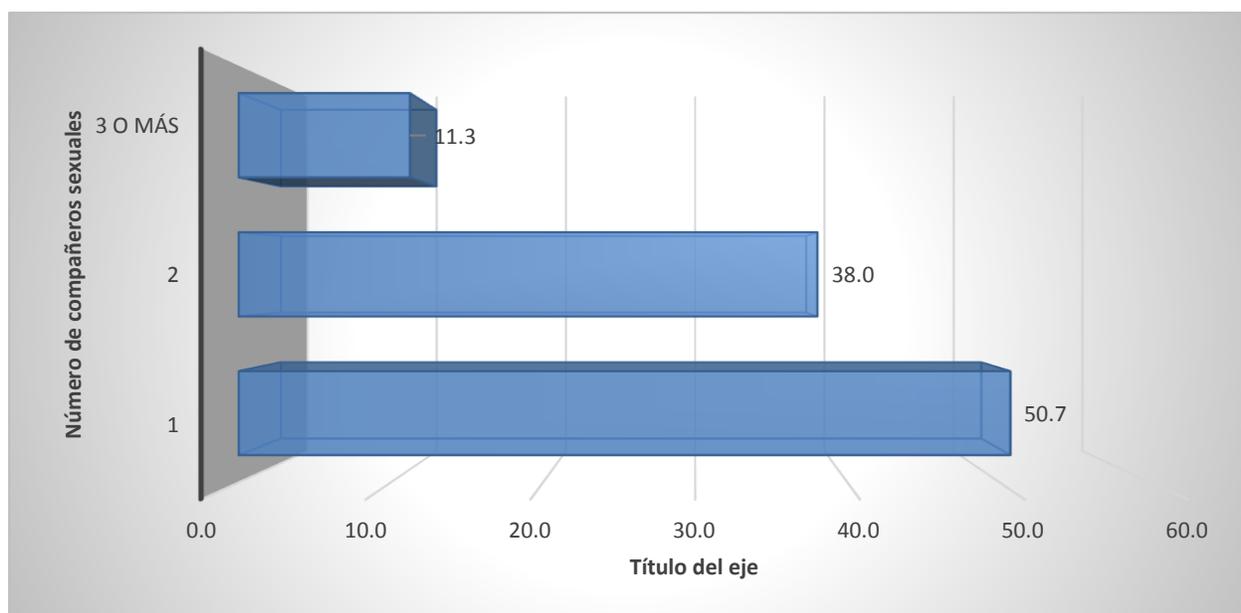


Nota: La figura muestra la distribución de número de hijos de la adolescente embarazada atendidas en el programa de control prenatal del puesto de salud Chuslí, Jalapa, Nueva Segovia.

Fuente tabla 9

Figura 10

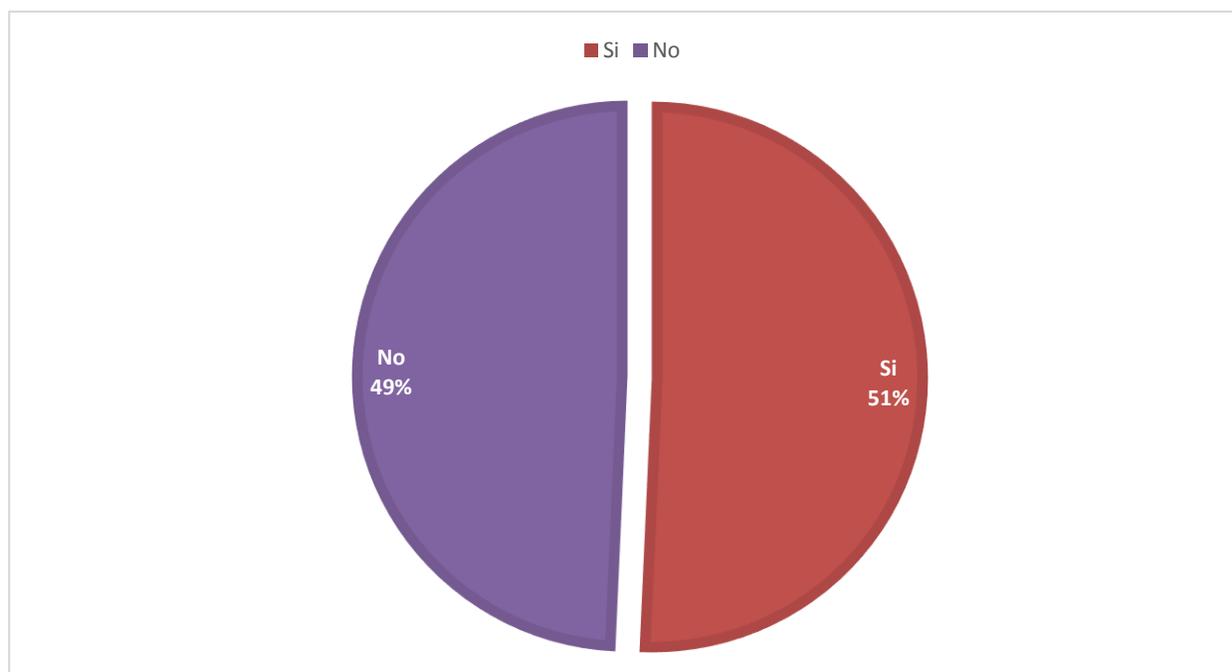
Compañeros sexuales de las adolescentes embarazadas



Nota: La figura muestra la distribución de compañeros sexuales de las adolescentes embarazadas atendidas en el programa de control prenatal del puesto de salud Chuslí, Jalapa, Nueva Segovia.

Fuente tabla 10

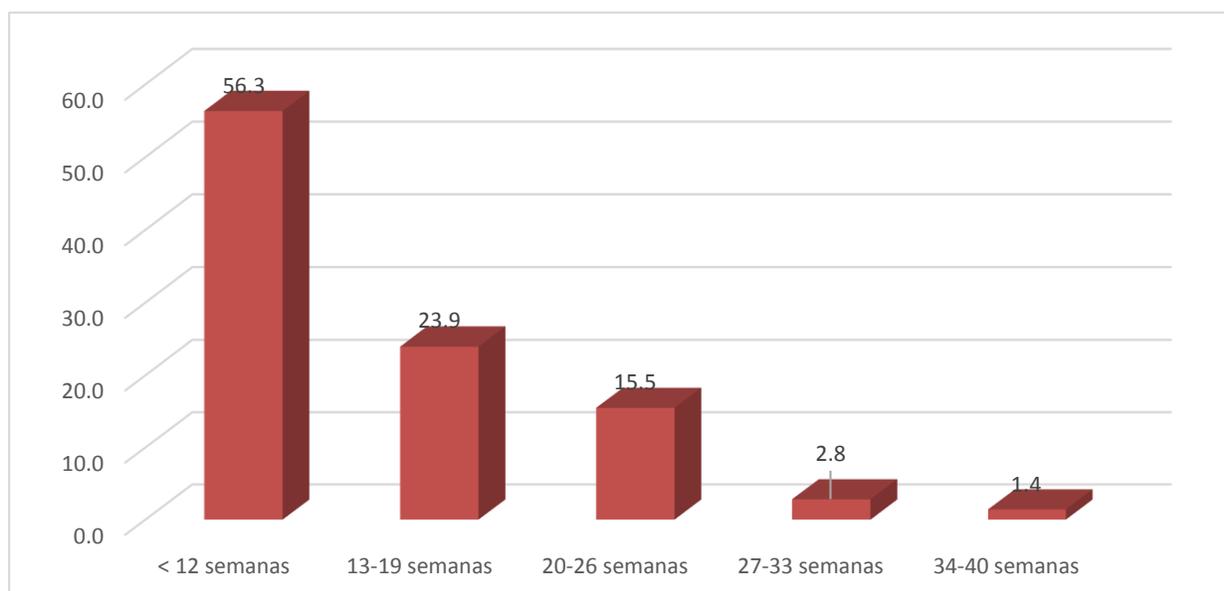
Uso de métodos anticonceptivo por las adolescentes embarazadas

Figura 11

Nota: La figura muestra la distribución de uso de métodos anticonceptivos por las adolescentes embarazadas atendidas en el programa de control prenatal del puesto de salud Chuslí, Jalapa, Nueva Segovia. Fuente tabla 11

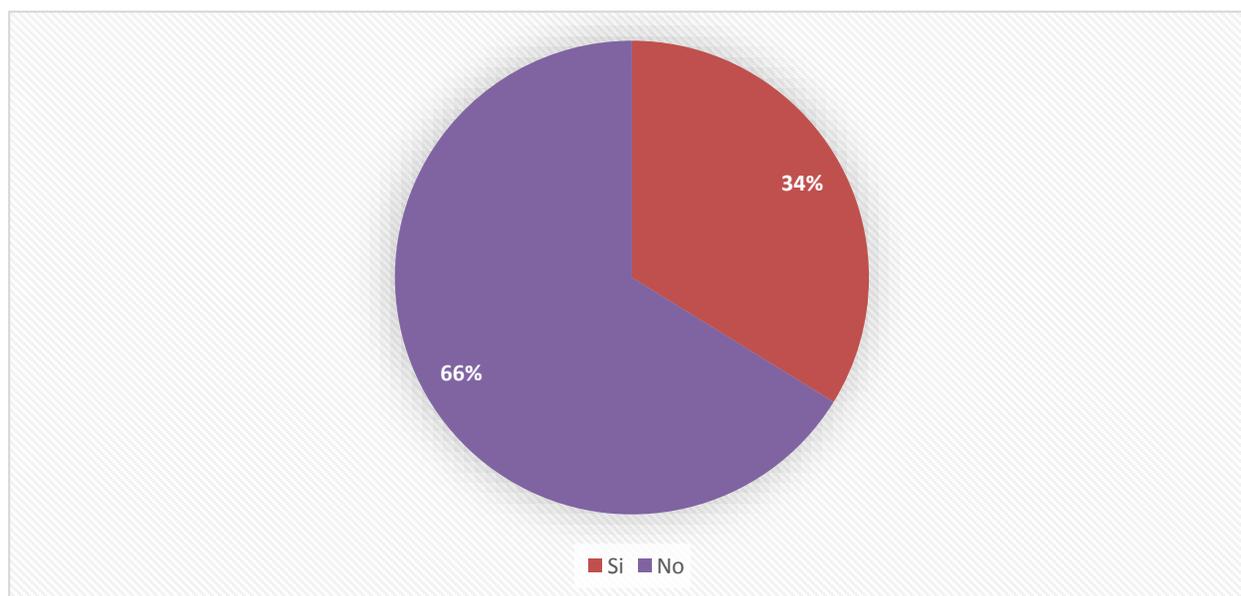
Figura 12

Semanas de gestación a la captación



Nota: La figura muestra la distribución de semanas gestacionales de las adolescentes embarazadas atendidas en el programa de control prenatal del puesto de salud Chuslí, Jalapa. Fuente tabla 12

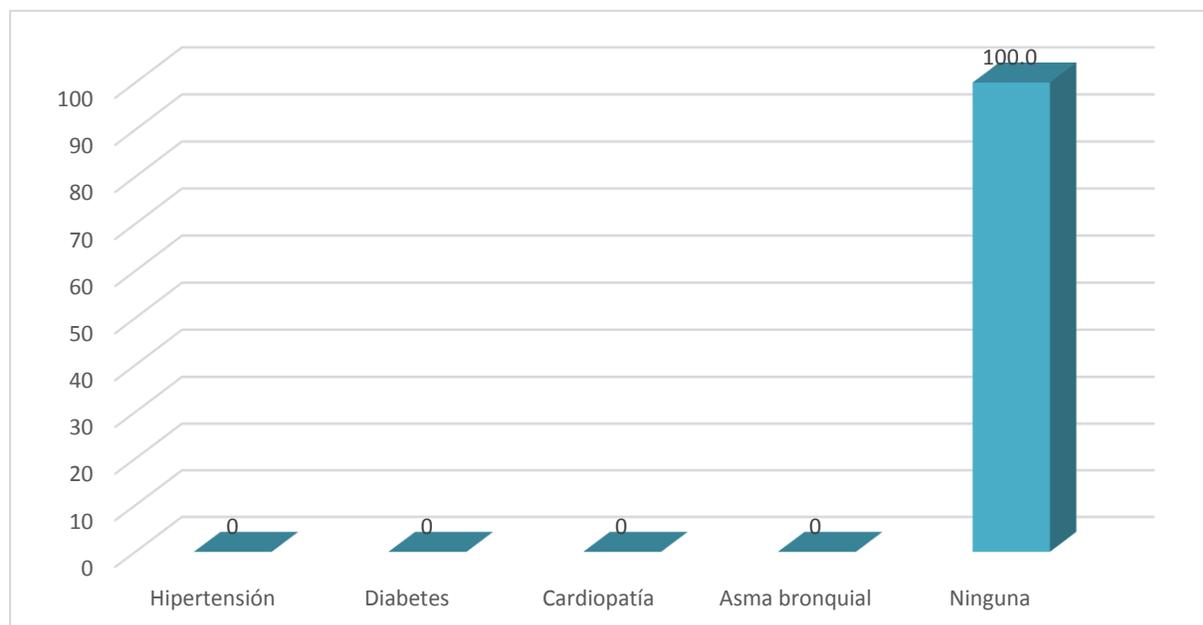
Deseo de embarazo de las adolescentes en estudio

Figura 13

Nota: La figura muestra la distribución correspondiente al deseo de embarazo de las adolescentes embarazadas atendidas en el programa de control prenatal del puesto de salud Chuslí, Jalapa, Nueva Segovia. Fuente tabla 13

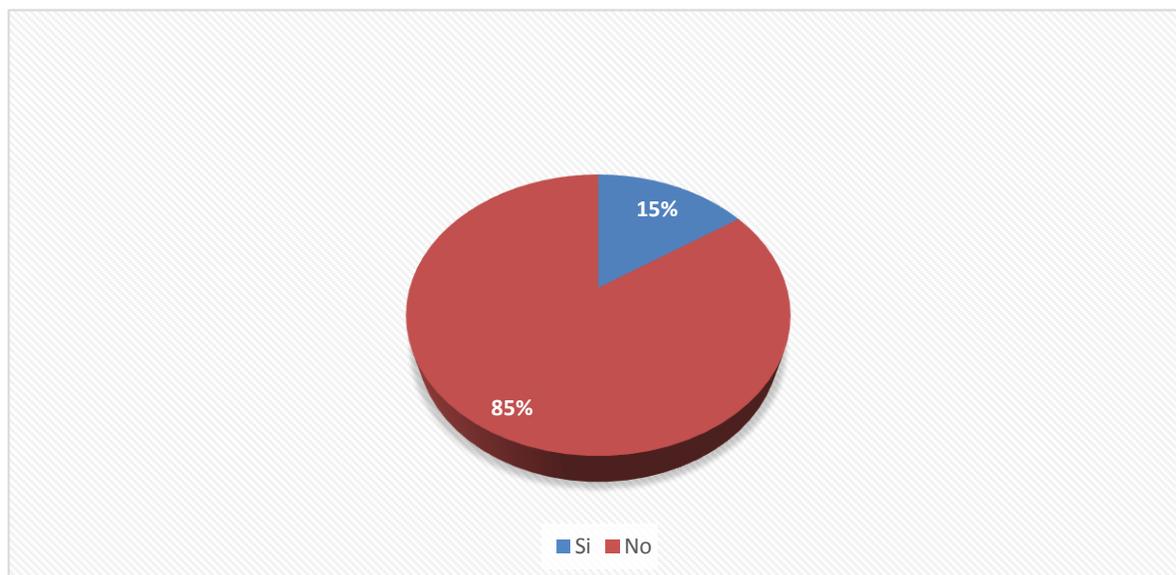
Figura 14

Antecedentes patológicos de las adolescentes embarazadas



Nota: La figura muestra la distribución de antecedentes patológicos de las adolescentes embarazadas atendidas en el programa de control prenatal del puesto de salud Chuslí, Jalapa. Fuente tabla 14

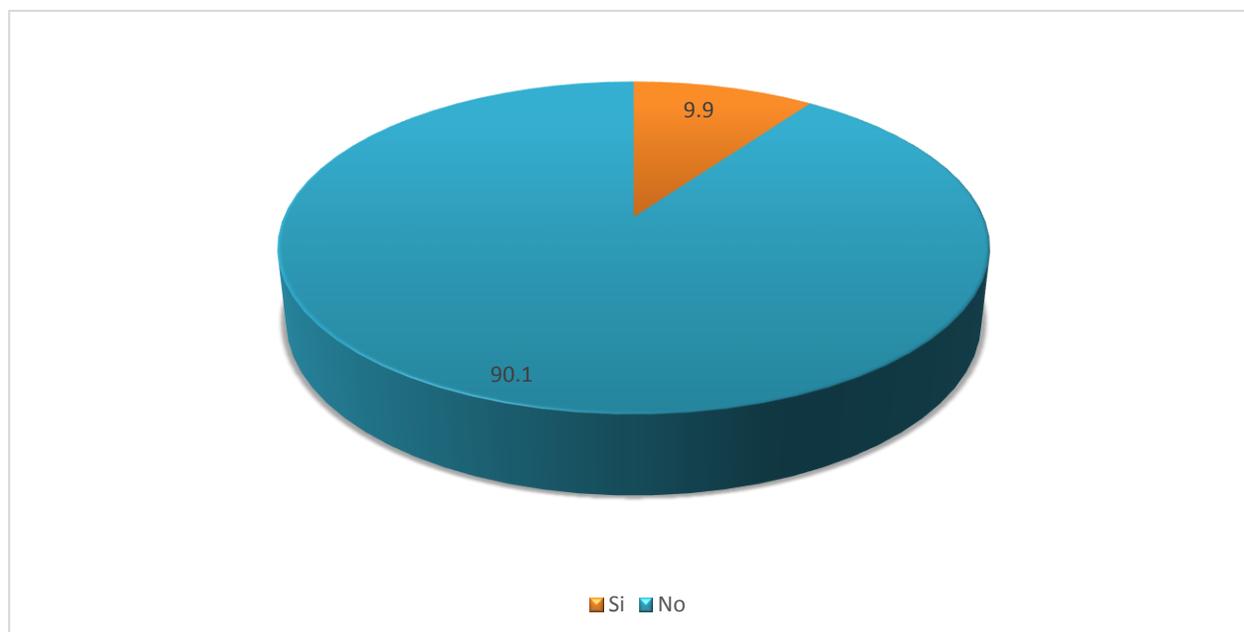
Antecedentes de ingreso al hospital de las adolescentes embarazadas

Figura 15

Nota: La figura muestra la distribución de antecedentes de ingreso hospitalario de las adolescentes embarazadas atendidas en el programa de control prenatal del puesto de salud Chuslí, Jalapa, Nueva Segovia. Fuente tabla 15

Figura 16

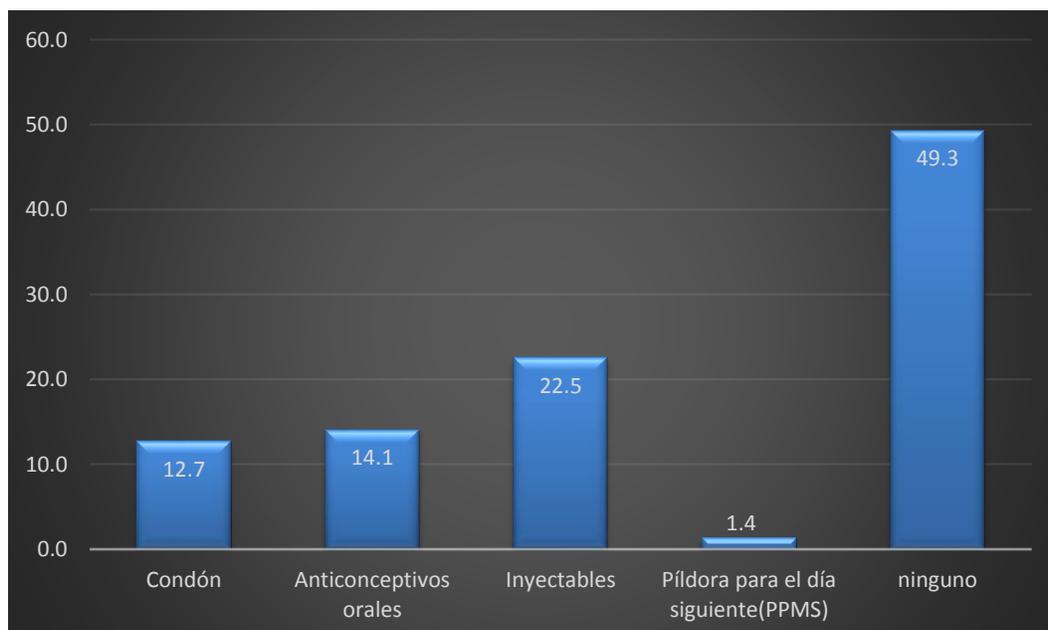
Complicaciones durante el embarazo actual



Nota: La figura muestra la distribución de complicaciones en el embarazo de las adolescentes atendidas en el programa de control prenatal del puesto de salud Chuslí, Jalapa, Nueva Segovia. Fuente tabla 16

Tipos de métodos anticonceptivos usados por las adolescentes embarazadas

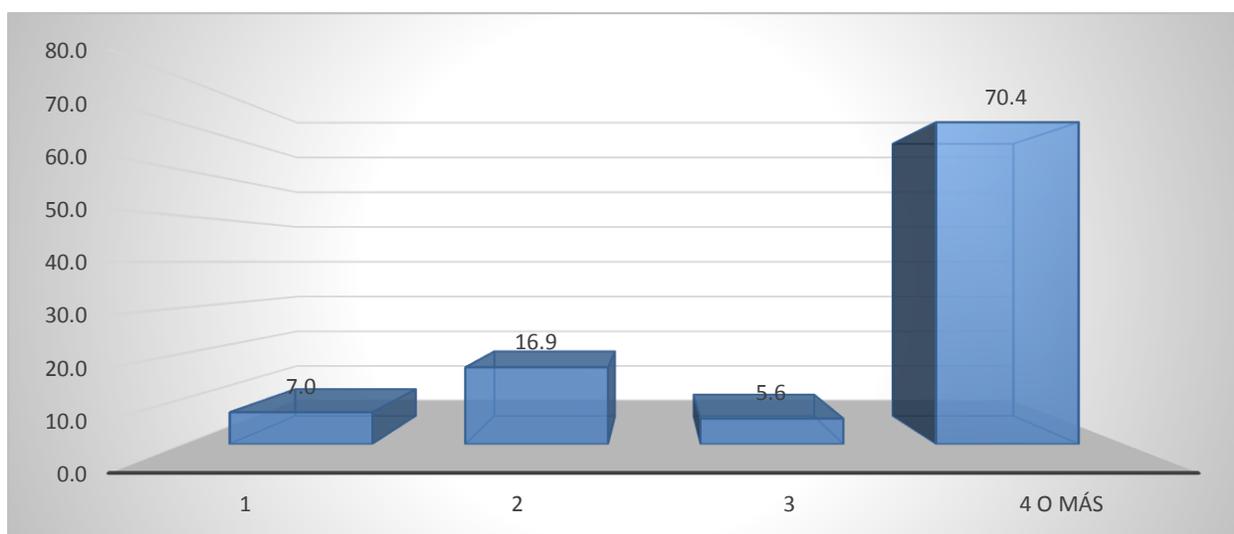
Figura 17



Nota: La figura muestra la distribución del tipo de método anticonceptivo utilizado por las adolescentes embarazadas atendidas en el programa de control prenatal del puesto de salud Chuslí, Jalapa, Nueva Segovia. Fuente tabla 17

Figura 18

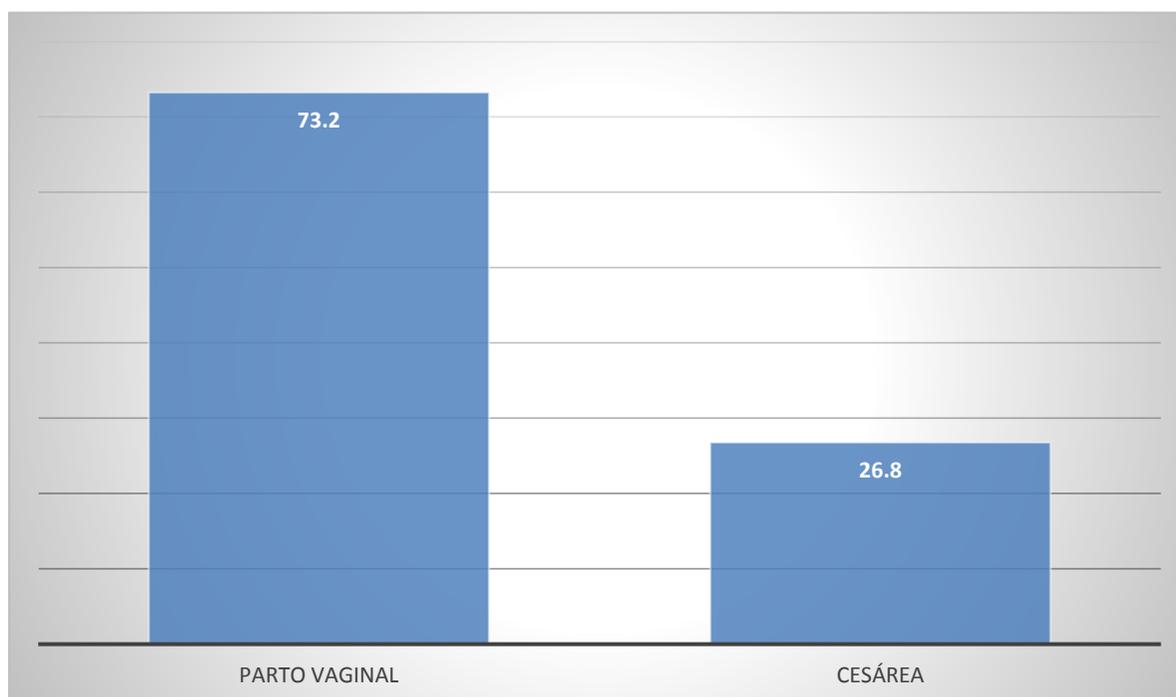
Numero de CPN al momento del estudio



Nota: La figura muestra la distribución N° de CPN al momento del estudio de las adolescentes embarazadas atendidas en el programa de control prenatal del puesto de salud Chuslí, Jalapa, Nueva Segovia. Fuente tabla 18

Figura 19

Vía de finalización del embarazo actual en las adolescentes embarazadas



Nota: La figura muestra la distribución de las vías de finalización de las adolescentes embarazadas atendidas en el programa de control prenatal del puesto de salud Chuslí, Jalapa, Nueva Segovia. Fuente tabla 19

4.4 Tablas

Tabla 1

distribución por edades de las adolescentes embarazadas atendidas en el programa de control prenatal del puesto de salud Chuslí, Jalapa, Nueva Segovia.

Número de años transcurridos desde el nacimiento hasta la captación de la adolescente embarazada.					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	15 - 16 años	34	47.9	47.9	47.9
	17 - 19 años	37	52.1	52.1	100.0
	Total	71	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario autoadministrado en adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el Programa de Control Prenatal del puesto de salud Chuslí del municipio de Jalapa, Nueva Segovia.

Tabla 2

distribución por escolaridad de las adolescentes embarazadas atendidas en el programa de control prenatal del puesto de salud Chuslí, Jalapa, Nueva Segovia.

Nivel académico más alto alcanzado					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Primaria	33	46.5	46.5	46.5
	secundaria	38	53.5	53.5	100.0
	Total	71	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario autoadministrado en adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el Programa de Control Prenatal del puesto de salud Chuslí del municipio de Jalapa, Nueva Segovia.

Tabla 3

distribución por estado civil de las adolescentes embarazadas atendidas en el programa de control prenatal del puesto de salud Chuslí, Jalapa, Nueva Segovia.

Estado civil de las embarazadas adolescentes					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Soltera	18	25.4	25.4	25.4
	Casada	3	4.2	4.2	29.6
	Unión libre	50	70.4	70.4	100.0
	Total	71	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario autoadministrado en adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el Programa de Control Prenatal del puesto de salud Chuslí del municipio de Jalapa, Nueva Segovia.

Tabla 4

distribución por religión de las adolescentes embarazadas atendidas en el programa de control prenatal del puesto de salud Chuslí, Jalapa, Nueva Segovia.

Religión de las adolescentes embarazadas					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Católica	23	32.4	32.4	32.4
	Evangélica	29	40.8	40.8	73.2
	Otras	19	26.8	26.8	100.0
	Total	71	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario autoadministrado en adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el Programa de Control Prenatal del puesto de salud Chuslí del municipio de Jalapa, Nueva Segovia.

Tabla 5

distribución por procedencia de las adolescentes embarazadas atendidas en el programa de control prenatal del puesto de salud Chuslí, Jalapa, Nueva Segovia.

procedencia de las adolescentes embarazadas					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Rural	71	100.0	100.0	100.0

Fuente: Cuestionario autoadministrado en adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el Programa de Control Prenatal del puesto de salud Chuslí del municipio de Jalapa, Nueva Segovia.

Tabla 6

distribución por edad de aparición de la primera menstruación de las adolescentes embarazadas

Distribución por edad de aparición de la primera Menstruación					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	9 a 11 años	8	11.3	11.3	11.3
	12 a 14 años	57	80.3	80.3	91.5
	15 años o más	6	8.5	8.5	100.0
	Total	71	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario autoadministrado en adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el Programa de Control Prenatal del puesto de salud Chuslí del municipio de Jalapa, Nueva Segovia.

Tabla 7

distribución por edad de inicio de vida sexual activa de las adolescentes embarazadas

Edad a la que inicio vida sexual activa					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	11 – 13 años	10	14.1	14.1	14.1
	14 – 16 años	47	66.2	66.2	80.3
	17 – 19 años	14	19.7	19.7	100.0
	Total	71	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario autoadministrado en adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el Programa de Control Prenatal del puesto de salud Chuslí del municipio de Jalapa, Nueva Segovia.

Tabla 8

distribución de embarazos anteriores de las adolescentes embarazadas

embarazos anteriores de las adolescentes embarazadas					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ninguno	50	70.4	70.4	70.4
	1	21	29.6	29.6	100.0
	Total	71	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario autoadministrado en adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el Programa de Control Prenatal del puesto de salud Chuslí del municipio de Jalapa, Nueva Segovia.

Tabla 9

distribución de número de hijos de la adolescente embarazada

		Antecedentes de hijos al momento de la encuesta			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ninguno	56	78.9	78.9	78.9
	1	15	21.1	21.1	100.0
	Total	71	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario autoadministrado en adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el Programa de Control Prenatal del puesto de salud Chuslí del municipio de Jalapa, Nueva Segovia.

Tabla 10

distribución de compañeros sexuales de las adolescentes embarazadas

distribución de compañeros sexuales de las adolescentes embarazadas					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	36	50.7	50.7	50.7
	2	27	38.0	38.0	88.7
	3 o más	8	11.3	11.3	100.0
	Total	71	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario autoadministrado en adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el Programa de Control Prenatal del puesto de salud Chuslí del municipio de Jalapa, Nueva Segovia.

Tabla 11

distribución de uso de metodos anticonceptivos por las adolescentes embarazadas

Antecedentes de método anticonceptivo					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	36	50.7	50.7	50.7
	No	35	49.3	49.3	100.0
	Total	71	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario autoadministrado en adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el Programa de Control Prenatal del puesto de salud Chuslí del municipio de Jalapa, Nueva Segovia.

Tabla 12

distribución de semanas gestacionales de las adolescentes embarazadas

Número de semanas gestacional al momento de la captación a CPN					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	< 12 semanas	40	56.3	56.3	56.3
	13-19 semanas	17	23.9	23.9	80.3
	20-26 semanas	11	15.5	15.5	95.8
	27-33 semanas	2	2.8	2.8	98.6
	34-40 semanas	1	1.4	1.4	100.0
	Total	71	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario autoadministrado en adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el Programa de Control Prenatal del puesto de salud Chuslí del municipio de Jalapa, Nueva Segovia.

Tabla 13

distribución correspondiente al deseo de embarazo de las adolescentes embarazadas

Deseo de estar embarazada					
Válido		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
		Si	24	33.8	33.8
	No	47	66.2	66.2	100.0
	Total	71	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario autoadministrado en adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el Programa de Control Prenatal del puesto de salud Chuslí del municipio de Jalapa, Nueva Segovia.

Tabla 14

distribución de antecedentes patológicos de las adolescentes embarazadas

antecedentes patológicos de las adolescentes embarazadas					
Válido		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
		Ninguna	71	100.0	100.0

Fuente: Cuestionario autoadministrado en adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el Programa de Control Prenatal del puesto de salud Chuslí del municipio de Jalapa, Nueva Segovia.

Tabla 15

distribución de antecedentes de ingreso hospitalario de las adolescentes embarazadas

Antecedentes de ingreso hospitalario en el embarazo actual					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	11	15.5	15.5	15.5
	No	60	84.5	84.5	100.0
	Total	71	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario autoadministrado en adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el Programa de Control Prenatal del puesto de salud Chuslí del municipio de Jalapa, Nueva Segovia.

Tabla 16

complicaciones en el embarazo de las adolescentes

presencia de complicaciones durante el embarazo actual					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	7	9.9	9.9	9.9
	No	64	90.1	90.1	100.0
	Total	71	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario autoadministrado en adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el Programa de Control Prenatal del puesto de salud Chuslí del municipio de Jalapa, Nueva Segovia.

Tabla 17

distribución del tipo de método anticonceptivo utilizado por las adolescentes embarazadas

		Tipo de método anticonceptivo utilizado			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Condón	9	12.7	12.7	12.7
	Anticonceptivos orales	10	14.1	14.1	26.8
	Inyectables	16	22.5	22.5	49.3
	Píldora para el día siguiente(PPMS)	1	1.4	1.4	50.7
	ninguno	35	49.3	49.3	100.0
	Total	71	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario autoadministrado en adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el Programa de Control Prenatal del puesto de salud Chuslí del municipio de Jalapa, Nueva Segovia.

Tabla 18

distribución N° de CPN al momento del estudio de las adolescentes embarazadas

		Número de CPN realizados hasta el momento del estudio			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	5	7.0	7.0	7.0
	2	12	16.9	16.9	23.9
	3	4	5.6	5.6	29.6
	4 o más	50	70.4	70.4	100.0
	Total	71	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario autoadministrado en adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el Programa de Control Prenatal del puesto de salud Chuslí del municipio de Jalapa, Nueva Segovia.

Tabla 19

distribución de las vías de finalización de embarazo en las adolescentes en estudio

Via de finalización del embarazo actual					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Parto vaginal	52	73.2	73.2	73.2
	cesárea	19	26.8	26.8	100.0
	Total	71	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario autoadministrado en adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el Programa de Control Prenatal del puesto de salud Chuslí del municipio de Jalapa, Nueva Segovia.