



**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA
CENTROAMERICANA**

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

**Características clínicas y epidemiológicas de las
embarazadas atendidas en Unidad de Salud de Santa Cruz
de Yojoa, departamento de Cortés, julio-septiembre del
2020**

Tesis presentada por:

Francisco José Salgado Turcios

**Como requisito parcial para optar por el Título de:
Medicina General y Cirugía**

Asesores: Dr. Ricardo Gutiérrez

Dr. Manuel Sierra

Mayo 2021

ÍNDICE

DEDICATORIA	3
AGRADECIMIENTOS	4
DERECHOS DE AUTOR	5
AUTORIZACIÓN DE AUTORES PARA LA CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL, Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DEL TEXTO COMPLETO DE TESIS DE GRADO.	6
RESUMEN	8
ABSTRACT	9
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN ...	10
1.1 INTRODUCCIÓN	10
1.2 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA	11
1.3 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	13
1.4 OBJETIVOS DEL PROYECTO	13
1.5 JUSTIFICACIÓN	13
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	15
Control Prenatal Normal	15
Atención Prenatal en Honduras	20
Consecuencias de Control Prenatal Inadecuado	23
<i>América</i>	24
<i>Resto del Mundo</i>	28
Embarazo en la Adolescencia	29
<i>Prevención</i>	35
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	38
CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	39
Resultados	39
Discusión	46
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	49
Conclusiones	49
Recomendaciones	50
BIBLIOGRAFÍA	51

DEDICATORIA

El presente trabajo se lo dedico primeramente a mi Padre Celestial, quien me permitió capacitarme para ayudar a otros y honrarlo a Él. A mis padres, Eliseo y Yaneira, que me han dado su amor y apoyo incondicional siempre. A mis hermanos, Argentina y Eliseo, que me impulsan a seguir sacando lo mejor de mí. ¡Hemos llegado hasta aquí por la gracia y misericordia de Dios!

AGRADECIMIENTOS

Primeramente, le doy gracias a Dios por el privilegio que me ha dado para capacitarme y honrarlo a Él a través de mi carrera. Gracias a mis padres y hermanos, que siempre han estado allí para apoyarme en todo aspecto. Le agradezco a mis docentes a lo largo de estos años, por todas sus enseñanzas y experiencias. Asimismo, le agradezco a todo el personal de la Clínica de Maternidad Juan Pablo II por haberme permitido trabajar con ellos durante mi servicio social. Agradezco a mis asesores del presente trabajo, por su profesionalismo y paciencia. Gracias a mis amigos que me han acompañado a lo largo de estos años. Lo vivido durante la carrera será recordado por siempre.

DERECHOS DE AUTOR

© Copyright 2021

FRANCISCO JOSÉ SALGADO TURCIOS

Todos los derechos son reservados.

RESUMEN

Objetivo: Se llevó a cabo un estudio con el objetivo de conocer las características clínicas y epidemiológicas de las embarazadas atendidas en la CMI de Santa Cruz de Yojoa en el periodo de julio a septiembre del 2020.

Materiales y Métodos: El estudio es descriptivo transversal, con embarazadas de todas las edades. Se utilizó para la recolección de datos el programa SIP, utilizando las hojas de control prenatal de los expedientes de las pacientes. Se tabularon los datos en el programa Epi Info, y se hizo un análisis univariado y bivariado de los datos.

Resultados: Un total de 39 pacientes (25%) eran embarazadas adolescentes. El antecedente personal patológico más común fue el asma bronquial. Un total de 14 pacientes embarazadas (9%) eran fumadoras pasivas. Un total de 49 pacientes (31.4%) eran primigestas. En la población estudiada, ser embarazada adolescente aumenta las posibilidades de presentar anemia ($p < 0.001$, OR 5.46) e infecciones urinarias ($p = 0.04$, OR 2.14) durante el embarazo.

Conclusiones y Recomendaciones: El porcentaje de embarazadas adolescentes de la población estudiada fue alto, y se pudo comprobar que el embarazo adolescente aumenta la posibilidad de presentar anemia e ITU durante la gestación. Es necesario educar a la población y promover la planificación familiar, para poder reducir los embarazos en adolescentes.

Palabras Clave: control prenatal, embarazo adolescente, anemia, infección urinaria, factor de riesgo.

ABSTRACT

Objective: A study was carried out with the objective of knowing the clinical and epidemiological characteristics of the pregnant women attended at the CMI of Santa Cruz de Yojoa in the period from July to September 2020.

Materials and Methods: The study is descriptive transversal, with pregnant women of all ages. The SIP program was used for data collection, using the prenatal control sheets of the patients' files. The data was tabulated in the Epi Info program, and a univariate and bivariate analysis of the data was performed.

Results: A total of 39 patients (25%) were pregnant adolescents. The most common pathological personal history was bronchial asthma. A total of 14 pregnant patients (9%) were passive smokers. A total of 49 patients (31.4%) were primiparous. In the population studied, being a pregnant teenager increases the possibilities of presenting anemia ($p < 0.001$, OR 5.46) and urinary tract infections ($p = 0.04$, OR 2.14) during pregnancy.

Conclusions and Recommendations: There was a high percentage of adolescent pregnant women in the population studied, and it was proven that teenage pregnancy increases the chance of presenting anemia and urinary tract infections during gestation. It is necessary to educate the population and promote family planning in order to reduce teenage pregnancies.

Key Words: prenatal control, teenage pregnancy, anemia, urinary tract infections, risk factor.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 INTRODUCCIÓN

La investigación dentro del gremio médico posee un nivel de importancia muy alto. El investigar para conocer características de una población abre las puertas para poder actuar conforme a la necesidad encontrada. El estudio realizado fue con el objetivo de determinar las características clínicas y epidemiológicas de las embarazadas atendidas en la CMI de Santa Cruz de Yojoa en el periodo de julio a septiembre del 2020.

El estudio fue tipo descriptivo transversal, y se usaron datos de la historia clínica perinatal base (HCPB) utilizada para el control prenatal. Los datos fueron recolectados en el programa SIP, tomando las hojas de control prenatal de las pacientes atendidas en los meses de julio a septiembre del 2020. Se tabularon los datos en el programa Epi Info (versión 7.4.2.0) y se realizaron análisis univariados y bivariados con la información recolectada.

1.2 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

El embarazo es una etapa maravillosa en la vida de la mujer, y la rama de la medicina encargada de brindar la atención adecuada es la obstetricia. El Oxford English Dictionary define la palabra “obstetricia” como “aquella rama de la medicina que se dedica a la atención y el tratamiento de la madre antes, durante y después del nacimiento” (Williams) (1). Para poder asegurar un buen embarazo, es necesario que la embarazada se someta a controles prenatales con un médico. (1)

En Latinoamérica, se utiliza la Historia Clínica Perinatal para poder llevar a cabo los controles prenatales de una manera organizada. Este sistema es bastante útil, ya que nos permite conocer la población e identificar problemas. Una vez conociendo la población, se puede trabajar para brindar la mejor atención posible. Esta HCP es una compilación de la información mínima que es indispensable para brindar una atención adecuada de la embarazada y del recién nacido, sintetizado en una sola hoja. Asimismo, esta historia contiene los datos más importantes para dar el manejo a la mayor parte de los casos de bajo riesgo. (2)

La Organización Mundial de la Salud ha indicado que el embarazo en la adolescencia es considerado a nivel mundial como un problema de salud pública. Esta situación da lugar a muchas complicaciones, ya que las tasas de morbilidad y mortalidad que presenta tanto para la madre y para el neonato son muy altas. A nivel mundial, un aproximado de 15 millones de adolescentes tienen hijos cada año, cifra que representa el 20% de todos los nacimientos. (3)

Santa Cruz de Yojoa es un municipio en el departamento de Cortés,

Honduras. La extensión territorial del municipio es de aproximadamente 722 km², y se conforma por 48 aldeas y por 309 caseríos según el registro que se hizo en el Censo Nacional de Población y Vivienda de 2013. La población total del municipio en el 2013 era de 82,760 personas, dividiéndose en 40,567 hombres y 42,129 mujeres. Se hizo una proyección de la población para el año 2018, y esta indica que la población total para el 2018 fue de 89,569 personas, cifra que se divide en 44,003 hombres y 45,566 mujeres. (4)

Este municipio de Santa Cruz de Yojoa cuenta con una clínica municipal de maternidad, lugar donde se brinda atención a la mujer embarazada para sus controles prenatales y atención de partos de bajo riesgo. Dicha clínica atrae a la población de mujeres embarazadas de todas las aldeas y caseríos que conforman el municipio. Se atienden las embarazadas de todas las edades, incluyendo grupos de riesgo, como las embarazadas adolescentes.

Es importante conocer la población de embarazadas atendida, ya que así se identifican los grupos de riesgo y se proponen mejoras. A través de un buen control prenatal, se pueden identificar factores de riesgo y evitar posibles complicaciones. Por ende, se planea la siguiente pregunta: ¿Cuáles son las características clínicas y epidemiológicas de las embarazadas atendidas en la CMI de Santa Cruz de Yojoa en el periodo de julio a septiembre del 2020?

1.3 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las características clínicas y epidemiológicas de las embarazadas atendidas en la CMI de Santa Cruz de Yojoa en el periodo de julio a septiembre del 2020?

1.4 OBJETIVOS DEL PROYECTO

Objetivo General: Determinar las características clínicas y epidemiológicas de las embarazadas atendidas en la CMI de Santa Cruz de Yojoa en el periodo de julio a septiembre del 2020.

Objetivos Específicos:

- Identificar la proporción de embarazo adolescente en el periodo estudiado.
- Caracterizar la historia gineco-obstétrica.
- Describir factores asociados a la salud sexual y reproductiva de las embarazadas.
- Proponer recomendaciones en la población estudiada.

1.5 JUSTIFICACIÓN

El buen control prenatal en el embarazo juega un papel clave para el bienestar materno y el bienestar fetal. Existen muchos aspectos que se deben de tomar en cuenta al momento de la consulta, y cada uno tiene su nivel de importancia. El deber del médico es poder dar un control prenatal adecuado y completo, para así velar de la mejor manera por la buena salud materno-fetal.

El control prenatal capta grupos que poseen un mayor riesgo de complicaciones, siendo uno de los más importantes el grupo de embarazadas adolescentes. El embarazo en la adolescencia es un factor de riesgo para complicaciones en un embarazo, tales como parto pretérmino, bajo peso al nacer, y mortalidad materna y fetal.

Las adolescentes poseen factores como bajo nivel educativo, pobreza, inmadurez psicológica, entre otros. Estos factores predisponen a que se den enfermedades como anemia e infecciones urinarias, las cuales pueden complicar el embarazo. Encima de todo esto, un mal control prenatal permite que las complicaciones sean más probables. Por ende, es necesario captar la población de adolescentes y evitar los embarazos no deseados, ya que conllevan un alto nivel de riesgo.

Actualmente no existen estudios sobre características clínicas y epidemiológicas de las embarazadas en Santa Cruz de Yojoa. Este tipo de estudio es de suma importancia, en especial en esta zona, ya que la región cuenta con una clínica de maternidad para atención a las mujeres embarazadas. Aquí es donde radica la importancia de un estudio para caracterizar la población y conocer más sobre los grupos de riesgo como las embarazadas adolescentes.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

Control Prenatal Normal

Para procurar un buen embarazo y un nacimiento normal, toda paciente embarazada debe someterse a controles prenatales. Los controles son siempre importantes, incluyendo los embarazos que son saludables. Estos juegan un papel importante para identificar a las pacientes con un riesgo perinatal u obstétrico elevado, para poder tomar medidas de prevención, y educar a las pacientes para que apliquen conductas saludables a sus vidas durante el periodo de gestación. (5,6)

El objetivo principal de los controles prenatales es de lograr llevar un embarazo con una evolución normal, que finalice con la madre y el recién nacido completamente sanos. Idealmente, los cuidados prenatales deben iniciarse previo a la concepción. (5)

En la actualidad, cada vez más parejas planifican sus embarazos. Esto permite que estas parejas acudan con un ginecólogo previo a la concepción, y así se reducen los riesgos modificables. Lastimosamente, todavía una gran parte de los embarazos no son planeados. Esto muchas veces causa que las pacientes tengan consecuencias para ellas o para el feto debido a algún comportamiento o a algún medicamento que tomen sin saber que se encuentran embarazadas. (5)

Para un control prenatal, se necesita recopilar una historia clínica completa, incluyendo los antecedentes gineco-obstétricos. Asimismo, se debe interrogar sobre la salud de la pareja y sobre diversas conductas de potencial riesgo psicosocial. El examen físico general y ginecológico

siempre es necesario. También se deben solicitar exámenes de laboratorio, como el hemograma y el examen general de orina. (5)

Es recomendable que toda mujer comience a ingerir ácido fólico dos meses previos a la concepción, y debe tomarlo como mínimo hasta llegar a las 12 semanas de gestación. Debido a que la mayor parte de los embarazos no son planeados, desde el año 2000 en Chile comenzaron a agregar ácido fólico a las harinas. Este micronutriente es importante que esté presente en las embarazadas y previo a su concepción, y así evitar malformaciones encontradas en el tubo neural. Gracias a esta medida, se pudo reducir más del 50% la tasa de malformaciones del tubo neural. (5)

Los controles prenatales se deben iniciar desde el momento en que se sospecha el embarazo, de preferencia antes de las primeras 10 semanas de gestación. El control debe iniciarse lo más pronto posible, en especial en pacientes con antecedentes personales patológicos o con abortos o malformaciones fetales previas. (5)

Los controles prenatales normalmente deben ser entre 7 y 11, pero el número ideal de controles prenatales en pacientes consideradas de riesgo bajo es algo que continúa en discusión. Sin embargo, el contenido y frecuencia de los controles se debe de determinar según el riesgo y las necesidades de cada paciente. (5)

El *American College of Obstetricians and Gynecologists* recomienda que los controles prenatales deben de llevarse a cabo cada 4 semanas hasta las

28 semanas de gestación, luego cada 2 semanas hasta las 36 semanas de gestación, y finalmente cada semana hasta el parto. (7,8)

El primer control prenatal tiene suma importancia, y es necesario recopilar una historia clínica que sea lo más completa posible. Esto se logra a través de una buena anamnesis, interrogando de manera meticulosa. Se debe recopilar información importante, como ser: Antecedentes personales y familiares, historia menstrual, antecedentes reproductivos, condiciones sociodemográficas, entre otros. (9)

Durante el primer control es necesario también identificar los factores de riesgo que presente la embarazada. En los controles prenatales se deben solicitar exámenes de laboratorio, para asegurar el bienestar materno-fetal. La gran mayoría de los exámenes complementarios tienen un grado de recomendación A, siendo como ejemplos: citología, hemograma, analítica básica de orina, cribado de VIH, cribado de sífilis, exploración ecográfica. El cribado de rubeola tiene un grado de recomendación B, y el cribado de toxoplasmosis posee un grado de recomendación C. (9)

Se define un factor de riesgo perinatal como una circunstancia o característica que incide sobre un embarazo, y al estar presente, aumenta la morbilidad y mortalidad perinatal y materna por encima al riesgo de la población en general. Estos factores pueden ser médicos, sociales, obstétricos, o de otra índole. Por ende, el objetivo principal de la detección de factores de riesgo es de fomentar y procurar la salud de la gestante y de su descendencia. (9,10)

Otro objetivo a cumplir es el de tomar acciones preventivas de acuerdo a los riesgos presentes para poder disminuir la morbilidad y mortalidad. Es importante tener en cuenta que los embarazos de bajo riesgo aún tienen riesgo. Por eso es necesario explicarle y advertirle a la embarazada que, aunque su atención prenatal sea estricta y completa, es imposible garantizar que el hijo será perfecto. (9)

Diversos reportes de la atención prenatal en Latinoamérica afirman que la atención no cubre todas las pacientes embarazadas. De las gestantes en control, solo un 15% tienen un buen apego a la atención prenatal, y un 4% de las embarazadas no obtienen control prenatal. Reportes de estudios llevados a cabo en Colombia dicen que hay factores que pueden incrementar el chance del uso de servicios médicos dirigidos a la maternidad, como mejorar el nivel educativo, fomentar la participación de la paciente con las decisiones referentes a su salud, promover el uso de métodos anticonceptivos, entre otros. (11,12)

Se realizó una investigación en Nicaragua que determinó como barreras principales para el control prenatal las siguientes: el costo del transporte, falta de personal médico, costo de la estadía y alimentación en los centros maternos, y mala atención por parte del personal de salud. (11)

En el 2018, se realizó un estudio en los hospitales de Huaral y Chancay de Perú, con el objetivo de identificar factores que se asocian al acceso de las gestantes a la atención prenatal. La muestra fue de 110 púerperas cuyo parto fue en uno de los hospitales estudiados durante el 2014. Se encontró

que la mayor parte de pacientes eran del rango de edad de 18-29 años (56.4%). (11)

En la categoría de factores personales, el 64.5% de los embarazos no eran planificados. Con respecto al inicio de los controles, el 60.9% de las embarazadas iniciaron su atención prenatal antes de las primeras 14 semanas de gestación. Del total de casos, solo el 20% de gestantes tuvieron una cobertura inadecuada de controles prenatales. Se encontró que un 28.2% de las pacientes olvidaban sus citas para el control prenatal. (11)

El *American College of Obstetricians and Gynecologists* publicó un artículo referente al control prenatal tradicional, y propone maneras de mejorarlo. La forma tradicional de dividir las gestantes para la atención prenatal es de acuerdo al riesgo. Se tienen lineamientos para atender pacientes de bajo riesgo, y lineamientos para embarazadas con factores de riesgo que las clasifica como de alto riesgo. (13)

Esta manera de dividir a las embarazadas en realidad no es precisa, y no permite individualizar todos los casos. Se debe de tener también en cuenta que los términos de “alto y bajo riesgo” pueden variar mucho a través de diferentes regiones o instituciones, ya que no todos cuentan con los mismos recursos, experiencia, o profesionales de la salud. La propuesta que realizan es de poder dividir correctamente a las embarazadas de acuerdo con ciertos criterios, y así poder darle el tamaño necesario a la atención prenatal y brindar dicha atención de manera más individualizada. (13,14)

La propuesta se centra en poder brindar atención a dos tipos de necesidades de los pacientes: médicas y psicosociales. Al fusionar ambas necesidades de los pacientes a un solo modelo para brindar atención, se puede así dividir a las pacientes en distintos fenotipos. Haciendo esto, es más sencillo acomodar a las pacientes adecuadas con los servicios adecuados, de acuerdo a sus necesidades individuales. (13)

Otra propuesta para mejorar el control prenatal mostrando efectividad y eficacia es el control prenatal grupal. En Estados Unidos, ya existen varios modelos de control prenatal grupal que se están usando, por ejemplo, “CenteringPregnancy” y “CenteringPregnancy Plus”. Este programa involucra a las embarazadas como participantes activas en su control prenatal. (7,15,16)

Cada cita consiste en un grupo de 5 a 12 pacientes que se reúnen con el ginecólogo durante 2 horas, y lo hacen cada 2 a 4 semanas durante todo el embarazo. Las sesiones se enfocan en ejercicio, nutrición, soporte social, técnicas de relajación, entre otros. Se ha asociado el control prenatal grupal con beneficios sobre el control prenatal tradicional, como la reducción de parto pretérmino y el aumento del peso de los nacidos pretérmino. (7,16)

Atención Prenatal en Honduras

La Secretaría de Salud de Honduras define la atención prenatal en las normas vigentes como “atención integral y de calidad que se brinda a través de una serie de visitas programadas de la embarazada con

proveedores de servicios de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y el puerperio”. (17)

Para que la atención prenatal brindada sea una de alta calidad, tiene que cumplir con ciertos requisitos básicos. La atención debe de ser precoz, de forma sistemática, periódica, completa, y de amplia cobertura. Según resultados encontrados por la ENDESA 2011-2012, la cobertura de atención prenatal a nivel nacional es de 96.6%. A pesar que esa cifra puede ser considerada como alta, se desconocen datos concretos con respecto a la calidad de dichas atenciones. (18)

Las normas nacionales vigentes indican que, con el fin de garantizar una adecuada atención a la mujer gestante durante todo el embarazo, se necesitan como mínimo cinco controles prenatales a toda mujer embarazada sin factores de riesgo y sin complicaciones desarrolladas durante el embarazo. (17)

Se establece en las normas actuales que la primera cita debe ser durante las primeras 12 semanas de gestación, la segunda cita entre la semana 13 y 24, la tercera cita entre la semana 25 y 29, la cuarta cita entre las 30 y 35 semanas, y la quinta cita entre la semana 36 y 40 de gestación. Es importante procurar brindar el primer control en las primeras 12 semanas, así es más fácil colocar una línea base en el embarazo detectado, para facilitar la detección de anomalías que pueden presentarse. (17,18)

Al momento de la captación de la embarazada, la primera consulta de atención prenatal debe incluir una anamnesis y un examen físico completos. Para ello, se utiliza la Historia Clínica Perinatal Base (HCPB) y también el Carné Perinatal. El interrogatorio debe de ser completo, incluyendo entonces los datos generales, antecedentes familiares y personales, antecedentes obstétricos, datos de la gestación actual, hábitos, apoyo social, y otros. (17)

El examen físico debe de ser completo, y debe incluir: apariencia general, signos vitales, peso y talla, inspección general, examen de mamas y abdomen, y examen ginecológico. Luego, en todas las consultas subsiguientes, es importante conocer cómo se siente la paciente y si presenta algún síntoma anormal. En estos controles prenatales se evalúa la altura de fondo de útero y la frecuencia cardíaca fetal, y se grafica la ganancia de peso materno y la altura de fondo uterino. (17)

El seguimiento dado en las consultas subsiguientes es importante para detectar alguna situación especial que pueda poner en riesgo el embarazo. Si se detectan enfermedades tratables en primer nivel, como las infecciones del tracto urinario y las parasitosis, se inicia manejo y se da seguimiento. En caso de identificar situaciones que ameriten atención en nivel superior, como convulsiones y ruptura prematura de membranas, se refiere a la paciente para su manejo especializado. (17)

Existe un esquema de inmunizaciones que debe ser cumplido en todos los establecimientos de salud, que toda embarazada debe de tener. Dicho esquema se debe cumplir, sin importar la edad gestacional de la

embarazada que acude para su atención prenatal. Los esquemas de vacunación son: toxoide tetánico y diftérico, hepatitis B, y también el esquema para influenza. Es importante también asegurarse que el profesional de salud brinde educación a la paciente sobre una buena alimentación, así lograr cubrir adecuadamente todas las necesidades a nivel nutricional que tiene la paciente gestante. (17)

Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2011-2012, la cobertura con respecto a la atención prenatal dada por el personal de salud en Honduras continúa mejorando. Dicha encuesta informa que el 97% de las embarazadas que tuvieron parto durante los 5 años encuestados recibieron controles prenatales por personal calificado. Los controles prenatales son brindados en su mayor parte por un médico, ocupando el 77% de los casos, seguido por enfermera o auxiliar de enfermería, con un 19%. (18)

Los departamentos que tienen los mayores porcentajes de controles prenatales atendidos por médico son: Islas de la Bahía (97%), Francisco Morazán (92%), y Cortés (90%). Otra cifra que ha mejorado en el país es la captación temprana para el primer control prenatal. El porcentaje de embarazadas que asisten a su primer control antes del cuarto mes es del 78%. (18)

Consecuencias de Control Prenatal Inadecuado

La atención prenatal juega un papel muy importante en el bienestar de un embarazo y en la salud de la gestante y del recién nacido al momento del

parto. El cuidado prenatal no solo incluye la evaluación de condiciones obstétricas, sino que evalúa otras condiciones como ser salud dental e inmunizaciones. (1,19)

América

En el año 2000, se hizo un estudio en Stratford, New Jersey, que utilizó datos de un estudio de 1771 embarazadas del *Camden Study*. El objetivo principal de dicho estudio era ver si existe relación entre un control prenatal no adecuado y complicaciones como parto pretérmino y bajo peso al nacer. Se utilizaron dos índices (Kessner y Kotelchuck) para determinar si los controles prenatales eran adecuados. (19)

Utilizando dichos índices, se determinó que un 16.4% (Kessner) y un 36.8% (Kotelchuck) de las embarazadas recibieron un control prenatal inadecuado. Se determinó que las mujeres con controles prenatales inadecuados tenían un mayor riesgo (2.8 y 2.1 mayor) de tener un parto pretérmino. Los resultados obtenidos en el estudio confirman que sí existe una asociación entre un control prenatal inadecuado con un riesgo aumentado de presentar un parto pretérmino. (19)

En el 2017, la universidad de Salud y Ciencias de Oregon llevó a cabo un estudio para poder determinar el efecto que tiene el acceso a la atención prenatal a mujeres inmigrantes embarazadas y a sus hijos. Se utilizó la información de embarazadas cubiertas por tres organizaciones: Emergency Medicaid, Emergency Medicaid Plus, y Medicaid. Al aumentar el acceso a controles prenatales para las inmigrantes, se encontró un aumento en la asistencia a controles prenatales, un aumento en

controles prenatales adecuados, se aumentó el tamizaje para diabetes y también hubo un aumento en ultrasonidos obstétricos. (20,21,22)

Se encontró también que el acceso a controles prenatales redujo los casos de bajo peso al nacer, y también se redujo la mortalidad infantil. Al aumentar el acceso a controles prenatales, también se logró una mayor atención para los niños durante su primer año de vida. Se pudo demostrar que el acceso a controles prenatales evita complicaciones como el bajo peso al nacer y la mortalidad infantil. (20,22)

Uno de los servicios de salud utilizados con mayor frecuencia en Canadá es la atención prenatal. Dicho servicio está dirigido a mejorar los resultados de un embarazo por medio de proveer educación de la salud e identificar factores de riesgo y condiciones médicas para disminuir complicaciones maternas y neonatales. En el año 2006, la Organización Mundial de la Salud definió un control prenatal inadecuado como menos de cuatro atenciones prenatales. (23,24)

En el 2007 se llevó a cabo una encuesta en Canadá sobre maternidad, reportando resultados importantes. Los controles prenatales inadecuados han sido asociados a diferentes factores: tabaquismo, pobreza, abuso de sustancias, edad materna joven, bajo nivel de educación materna, multiparidad, entre otros. Algunas barreras identificadas por las pacientes embarazadas para acceder a un control prenatal adecuado incluyen: darle poca importancia a la atención prenatal, sentimiento de juicio por parte del personal de salud, dificultad para obtener transporte y dificultad para obtener ayuda para el cuidado de los hijos, entre otros. (23,25,26)

En el 2019, se realizó un estudio en Hamilton, Ontario, en una población que recibió un control prenatal inadecuado. El objetivo fue caracterizar la población de mujeres afectadas, y conocer las consecuencias en la madre y en el neonato. Se tomó como muestra a todas las pacientes embarazadas que tuvieron su parto durante el año 2016 en un hospital de Hamilton. Se hizo una comparación del grupo con controles prenatales inadecuados con un grupo de controles prenatales adecuados. (23)

De los 3235 casos revisados, se detectaron 69 pacientes con un control prenatal inadecuado. De este grupo, se detectaron porcentajes más altos de desempleo, de nivel de educación bajo, de tabaquismo, y de uso de drogas. Los porcentajes de neonatos en cuidados intensivos y tiempo de ingreso del recién nacido fueron más altos en el grupo que recibió control prenatal inadecuado. (23)

El control prenatal es un servicio de salud utilizado con mucha frecuencia, que contiene el potencial de disminuir la incidencia de morbilidad y mortalidad a nivel perinatal al identificar y tratar enfermedades. Asimismo, es útil para identificar y reducir factores de riesgo, y para ayudar a las embarazadas a tratar factores de comportamiento que pueden complicar el embarazo. (27, 28)

En el 2008, se realizó un estudio en Manitoba, Winnipeg, para determinar la asociación entre un control prenatal inadecuado y complicaciones en el embarazo. Para este estudio se recopiló información de un periodo de 10 años (1991 a 2000). Sus objetivos principales eran de determinar en porcentaje los controles prenatales inadecuados y ver si existe relación

entre los controles prenatales inadecuados y complicaciones del embarazo (parto pretérmino, bajo peso al nacer, pequeño para la edad gestacional). (27)

Se utilizaron dos índices: APNCU (Adequacy of Prenatal Care Utilization), y el R-GINDEX (revised GINDEX). Se pudo encontrar que, en la categoría de control prenatal inadecuado, las multíparas y las embarazadas menores de 20 años tienen porcentajes más altos que las primigestas y las mayores de 20 años. Se encontró también que el índice de parto pretérmino en embarazadas con un control prenatal inadecuado era el doble a las embarazadas con un control prenatal adecuado (utilizando el índice de APNCU). (27)

Utilizando APNCU, se mostró un incremento de la posibilidad de un parto pretérmino o de bajo peso al nacer cuando está asociado a un control prenatal inadecuado del 20%. Asimismo, se mostró un incremento de estas mismas complicaciones del 30% con las pacientes sin ningún control prenatal. Los resultados muestran la importancia de los controles prenatales adecuados, para reducir la posibilidad de complicaciones como parto pretérmino y bajo peso al nacer. (27)

En el año 2003, se llevó a cabo un estudio en Guayaquil, Ecuador, con el objetivo de determinar factores asociados a un control prenatal inadecuado en embarazadas con bajos recursos económicos. Se tomó como muestra las mujeres que se les atendió su parto en el tercer trimestre

del 2002 en el Hospital Enrique C. Sotomayor. Se utilizó el índice de Kessner para determinar los controles prenatales inadecuados. (29,30)

Según dicho índice, se consideró el 75.5% de los casos como controles prenatales inadecuados, siendo solo el 24.5% de controles como adecuados. Las pacientes dentro del grupo de controles prenatales inadecuados tenían menos conocimiento de la importancia de una atención prenatal adecuada y de consecuencias de una atención prenatal inadecuada. Entre los factores asociados a un control prenatal inadecuado que se encontraron están: dificultades económicas, el tener que cuidar de un hijo pequeño en casa, y dificultades para movilizarse al sitio de atención prenatal. (29)

Resto del Mundo

A nivel mundial, la atención prenatal es una de las medidas principales de intervención que tiene como objetivo el reducir la morbilidad y mortalidad materno-fetal. A través de las consultas prenatales se pueden identificar tempranamente condiciones o enfermedades que pueden complicar el embarazo, y así poder referir a la paciente para su tratamiento adecuado. (31,32)

En un estudio realizado en diez países europeos, se encontraron como principales factores de riesgo para un control prenatal inadecuado los siguientes: falta de seguro de salud, multiparidad, madre soltera, edad joven, desempleo, y bajo nivel de educación. Se llevó a cabo un estudio en una universidad de Beerseba, Israel, en un grupo de beduinas gestantes. Dicho estudio tenía como objetivo describir la prevalencia de la falta de

controles prenatales, y analizar cómo esta falta de atención prenatal se asocia a complicaciones materno-fetales. (31,33)

Se incluyeron en el estudio a las pacientes beduinas que tuvieron su parto entre los años 1988 y 2009 en el *Soroka University Medical Center*. De 123,506 casos en el estudio, el 16.5% (20,402) no tuvieron control prenatal. Del grupo sin control prenatal, la gran mayoría eran menores de 18 años o mayores de 40 años. Se encontró también que la falta de control prenatal se asocia con parto pretérmino, bajo peso al nacer, y mortalidad perinatal. (31)

Embarazo en la Adolescencia

La Organización Mundial de la Salud define el embarazo adolescente como un embarazo que ocurre en mujeres de 10-19 años de edad, y es considerado como un problema social y de salud en todo el mundo. Estos embarazos conllevan riesgo adicional, y más del 90% de los casos a nivel mundial se dan en países en desarrollo. (34,35)

El embarazo en pacientes adolescentes se considera a nivel mundial un problema dentro del ámbito de la salud pública, ya que se encuentra concentrado en grupos poblacionales que no poseen condiciones socioeconómicas adecuadas y no cuentan con la atención y apoyo necesario. Aparte, se ha asociado el embarazo en la adolescencia con el incremento de complicaciones perinatales como el bajo peso al nacer, mortalidad materna y perinatal, y parto pretérmino. (36)

La actividad sexual en adolescentes se inicia cada vez de forma más temprana, trayendo así consecuencias no deseadas, como el embarazo y las enfermedades por transmisión sexual. Muchas veces estos embarazos no son deseados, por ende, muchos terminan en abortos. (38,39)

Hay factores que afectan a las embarazadas adolescentes, siendo uno de los principales la inmadurez psicológica. Otros factores como ser la pobreza, falta de apoyo familiar, y bajo nivel educativo, ponen a las embarazadas en riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual, abortos, anemia, complicaciones al momento del parto, entre otros. Todo esto se complica aún más por un control prenatal inadecuado. (34)

Alrededor del mundo, un aproximado de 16 millones de adolescentes entre los 15 a 19 años de edad dan a luz todos los años. Asimismo, a nivel mundial, 1 de cada 5 mujeres ya tienen un hijo al llegar a los 18 años. En zonas con mayor nivel de pobreza, la cifra de mujeres con un hijo antes de los 18 años es de 1 de cada 3. (41,42)

En los países en desarrollo, las complicaciones que se dan durante el embarazo y al momento del parto forman la causa principal de mortalidad de las adolescentes. La probabilidad de muerte por una causa materna de una adolescente de 15 años de edad en países desarrollados es de 1 en 3800 casos, mientras que en países en desarrollo la probabilidad de muerte es de 1 en 150 casos. (41)

Durante los años 2000 a 2006 el “Sistema de Información sobre Nacidos Vivos” de Brasil reportó que un 20.6% de los recién nacidos fueron de

madres entre los 15 a 19 años de edad. En el año 2012 se reportaron 2,905,789 nacidos vivos en Brasil, de los cuales 560,147 (19.28%) fueron de embarazadas adolescentes. (38,40)

El problema no es solamente en los países en desarrollo; es también un problema que viven los países desarrollados. El porcentaje de embarazos adolescentes en Estados Unidos es uno de los más altos dentro del grupo de los países industrializados. Datos preliminares de los años 2006-2007 han mostrado que la tasa de embarazos adolescentes fue de 42.5 nacimientos por cada 1000 embarazadas de edad entre los 15 a 19 años. (43,44)

El Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP) hizo una publicación en el 2005 de un estudio que analizaba la morbilidad y mortalidad que se asocia a las embarazadas adolescentes en Latinoamérica. Dicho estudio comparaba los resultados de la población adolescente con los resultados de embarazadas entre 20 y 24 años. (36,37)

Se pudo concluir que la adolescencia es un factor de riesgo para favorecer complicaciones perinatales. De la población estudiada, solo el 2.2% de la muestra fue de Costa Rica, mientras que más del 80% de los casos fueron de países del sur de América. (36,37)

En el 2010, se llevó a cabo un estudio en el hospital “Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia” de Costa Rica sobre las embarazadas adolescentes. El estudio tuvo como objetivo comparar resultados perinatales de las embarazadas adolescentes que llevaron su atención prenatal en la clínica

de adolescentes de dicho hospital con los resultados publicados por el CLAP. (36)

Un total de 360 historias clínicas fueron utilizadas para llevar a cabo el estudio. Del total de casos, la edad promedio de las adolescentes fue de 16.6 años. Un 16.9% de las pacientes tenían algún antecedente personal patológico; y de estas pacientes, el 34.4% de los casos fueron asma bronquial. El porcentaje de embarazos no deseados fue del 79.2% de los casos. (36)

Un 31.1% de embarazadas presentó una infección urinaria durante el embarazo. Los resultados con respecto a la morbilidad y mortalidad en comparación a los del CLAP fueron menores en este estudio. Los resultados de las complicaciones como parto pretérmino y bajo peso al nacer fueron muy similares, pero siempre mayores en los resultados del CLAP. (36)

Las pacientes embarazadas durante la etapa de la adolescencia tienen mayor riesgo de complicaciones del recién nacido, como ser un parto pretérmino, bajo peso al nacer, hasta mortalidad infantil. Las pacientes que tienen un segundo parto aun siendo adolescentes tienen un riesgo mayor para dichas complicaciones que las primigestas adolescentes. Comparando a las primigestas adolescentes, las secundigestas adolescentes tienden a tener mayor desventaja social, mayor probabilidad de pertenecer a un grupo étnico minoritario, y mayor probabilidad de haber crecido en pobreza. (45,46)

Se realizó un estudio en Austin, Texas en el año 2020 con el objetivo de comparar actitudes relacionadas a la salud y condiciones de salud de las adolescentes primigestas con las adolescentes secundigestas. Se estudiaron casos de los años 2015 a 2018. Los resultados fueron que las adolescentes secundigestas tenían una prevalencia más alta de actitudes negativas relacionadas al embarazo, como ser: tabaquismo, atención prenatal inadecuada, ganancia de peso inadecuada, y enfermedades de transmisión sexual durante la etapa de gestación. (45)

El grupo de adolescentes con un segundo embarazo presentaron una menor prevalencia de diabetes e hipertensión gestacional. Se pudo concluir que las pacientes adolescentes cursando un segundo embarazo tiene menos prevalencia de enfermedades durante la gestación, pero mayor prevalencia de actitudes y prácticas que son factores de riesgo para presentar complicaciones perinatales. (45)

En el año 2003 se realizó un estudio en Nigeria, con el objetivo de conocer y comparar los embarazos de un grupo de adolescentes menores de 19 años de edad con un grupo de embarazadas entre los 20 a 24 años de edad. El estudio fue retrospectivo, incluyendo solamente a las pacientes cursando su primer embarazo. (47)

Los resultados fueron que la anemia (incluyendo la anemia severa) se mostró con mucha más frecuencia en las embarazadas adolescentes menores de 16 años, comparado con los casos de las pacientes entre 20 y 24 años. Las pacientes menores de 16 años con anemia tuvieron un OR de 1.33 (95% CI 1.08-1.63), mientras que de anemia severa fue un OR de

1.82 (95% CI 1.27-2.60). Se pudo concluir que las pacientes adolescentes, en especial las menores de 16 años, tuvieron más riesgo de presentar anemia y otras complicaciones perinatales. (47)

Similar al estudio de Nigeria, se llevó a cabo un estudio en Australia en el 2009. Este estudio tuvo la finalidad de ver el efecto de un embarazo adolescente en factores de riesgo a nivel obstétrico, y se incluyeron solamente pacientes nulíparas. A nivel prenatal, se mostró que las pacientes adolescentes presentaron con mayor frecuencia infección del tracto urinario ($p < 0.001$), anemia ($p < 0.001$), e hipertensión inducida por el embarazo ($p = 0.004$) comparado al grupo de embarazadas adultas. (48)

En el 2013 se realizó un estudio en Finlandia, con el objetivo de evaluar el embarazo adolescente como un factor de riesgo. Finlandia es un país con una incidencia baja de embarazos adolescentes, con 9 de cada 1000 casos en el año 2010. El estudio fue hecho para corroborar que el embarazo adolescente es un problema a nivel mundial, y no solamente en países en desarrollo. Los resultados mostraron que el riesgo de anemia, eclampsia, proteinuria, y algún tipo de infección del tracto urinario, fue significativamente mayor en las embarazadas adolescentes. (49)

En el grupo de embarazadas entre los 13-15 años, los casos de anemia obtuvieron un OR de 3.2 (95% CI 1.4-7.3). con respecto a las ITU, se obtuvo un OR de 3.3 (95% CI 1.4-7.7) en el grupo de embarazadas de 16-17 años. Se concluyó que las embarazadas adolescentes se enfrentan a mayores riesgos de complicaciones perinatales. Por ende, es necesario el

inicio temprano de controles prenatales de calidad, en especial con las pacientes de este grupo de riesgo. (49)

En el 2017, se realizó una revisión sistemática en la literatura en la Indiana University School of Medicine, que trataba sobre el control prenatal grupal en embarazadas con riesgo elevado. Uno de los grupos de riesgo estudiados fue el de embarazadas adolescentes. En términos generales, los resultados encontrados fueron inconsistentes, encontrándose poca o ninguna diferencia entre otros grupos con respecto a bajo peso al nacer y parto pretérmino. (50,51)

Lo que sí se pudo encontrar es que el control prenatal grupal ayudó a las embarazadas adolescentes a asistir a sus citas y a adherirse mejor a las recomendaciones dadas. Las adolescentes que pertenecían al grupo de control prenatal grupal faltaban a menos citas que las que no pertenecían. El control prenatal grupal también disminuyó los síntomas de depresión posparto de las adolescentes y aumentó los porcentajes de lactancia materna exclusiva de las puérperas adolescentes. (50)

Prevención

En el año 2015, los embarazos en adolescentes de Estados Unidos disminuyeron radicalmente, y esto a causa del uso adecuado de métodos anticonceptivos. El *American College of Obstetricians and Gynecologists* recomienda y apoya el acceso, para todos los adolescentes y adultos jóvenes, de todos los métodos anticonceptivos existentes que han sido aprobados por la FDA. (52,53)

Se ha comprobado la alta eficiencia y seguridad de los métodos anticonceptivos reversibles de acción larga, como ser el implante y el DIU. Por ende, estos son recomendados por el *American College of Obstetricians and Gynecologists* y por la *American Academy of Pediatrics* como opción para las adolescentes. Asimismo, se recomienda la educación sexual basada en evidencia para formar parte integral de la educación en salud. (52)

Los métodos anticonceptivos deben de ser conocidos no solo por las mujeres, sino también por los hombres. El papel de los jóvenes de edades 14 a 25 años es sumamente importante, y ellos deben de ser educados y guiados correctamente por parte de los proveedores de salud. Estudios en Estados Unidos indican que el método que los adolescentes masculinos conocen más es el condón, teniendo de poco a ningún conocimiento sobre los otros métodos existentes. Este conocimiento escaso no solo afecta su poco uso de métodos anticonceptivos, sino que también afecta la comunicación entre la pareja sobre salud sexual. (54)

Los adolescentes consideran que una fuente de información altamente confiable con respecto a la salud sexual son los proveedores de salud. Sin embargo, normalmente el tema de salud sexual no se habla mucho durante las consultas anuales. Gran parte de esto es por la ausencia de guías clínicas que recomienden hablar sobre la salud sexual. (54)

Un estudio realizado por Marcell y Ellen et al. (+) hizo una encuesta a varios proveedores de salud, con el objetivo de establecer una base para guías enfocadas en la salud de los hombres. Se llegó a un consenso de

hablar sobre 6 temas principales durante una cita de 15 minutos cada año. Los 6 temas incluyen: pubertad y desarrollo, consejería en reducir riesgo de enfermedades de transmisión sexual, salud mental y abuso de sustancias, métodos para prevención de embarazo, anomalías genitales, y abuso físico/sexual. Es posible que los proveedores de salud mejoren su consulta a los jóvenes al hablar sobre la importancia de la salud sexual masculina. (54,55)

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

Área Geográfica: Santa Cruz de Yojoa, Cortés

Tipo de Estudio: Descriptivo transversal

Universo: Embarazadas de todas las edades que asistan a la Clínica de Maternidad Juan Pablo II en el periodo de julio a septiembre del 2020

Muestra: De Conveniencia de embarazadas de todas las edades que asistan a la Clínica de Maternidad Juan Pablo II en el periodo de julio a septiembre del 2020

Muestreo: Por conveniencia

Técnica y procedimiento de recolección de datos: Se recolectarán los datos en el programa SIP, utilizando las hojas de control prenatal de los expedientes de las pacientes atendidas en los meses de julio a septiembre. Se tabularán todos los datos en el programa Epi Info (versión 7.2.4.0), y se hará un análisis univariado y bivariado utilizando el análisis de regresión y las estadísticas descriptivas de dicho programa.

Hipótesis: El embarazo adolescente aumenta las posibilidades de anemia e ITU durante la gestación.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Resultados

Datos sociodemográficos

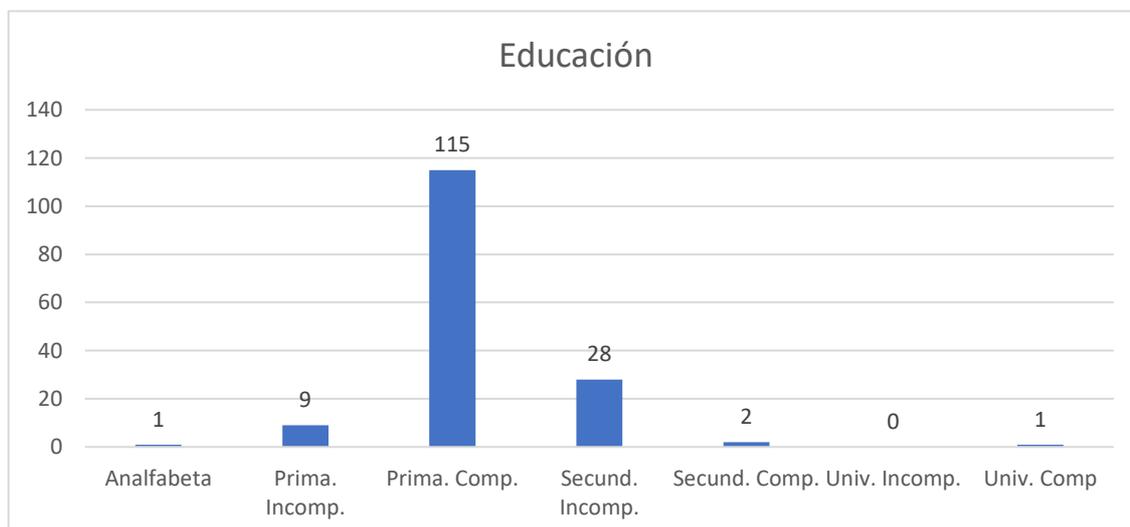
Un total de 39 pacientes (25%) son embarazadas adolescentes, mientras que 12 pacientes (8%) eran mayores de 35 años (Tabla 1).

Tabla 1. Edad de las embarazadas atendidas en la CMI de Santa Cruz de Yojoa en el periodo de julio a septiembre del 2020

Edad	TOTAL DE CASOS	% SOBRE TOTAL DE CASOS	% SOBRE CASOS VALIDOS
<15 años	2	1.3	1.3
15-19 años	37	23.7	23.7
20-34 años	105	67.3	67.3
35-44 años	12	7.7	7.7
45-49 años	0	.0	.0
> 49 años	0	.0	.0
sin dato	0	.0	.0
		N casos= 156	N casos válidos= 156

Un total de 115 pacientes (73%) cursaron la primaria completa, mientras que 10 pacientes (6.4%) refirieron no haber llegado a completar la primaria. (Figura 1).

Figura 1. Educación de las embarazadas atendidas en la CMI de Santa Cruz de Yojoa en el periodo de julio a septiembre del 2020



Antecedentes personales

Se muestra que el antecedente personal más común en las pacientes estudiadas fue otra condición médica grave, siendo 8 de los 12 casos (66%) asma bronquial (Tabla 2).

Un total de 14 embarazadas (9%) refirieron ser fumadoras pasivas (Tabla 3).

Tabla 2. Antecedentes personales de las embarazadas atendidas en la CMI de Santa Cruz de Yojoa en el periodo de julio a septiembre del 2020

ANTECEDENTES PERSONALES	CASOS CON ANTECEDENTE	CASOS VALIDOS	% SOBRE CASOS VALIDOS	sin dato	% SIN DATO
TBC	0	156	.0	0	.0
Diabetes	0	156	.0	0	.0
Hipertensión	0	156	.0	0	.0
Preeclampsia	3	156	1.9	0	.0
Eclampsia	0	156	.0	0	.0
Otra cond. Médica Grave	12	156	7.7	0	.0
Cirugía genito urinaria	0	156	.0	0	.0
Infertilidad	0	156	.0	0	.0
Cardiopatía	0	156	.0	0	.0
Nefropatía	0	156	.0	0	.0
Violencia	0	156	.0	0	.0
SIN DATO EN NINGUNA VARIABLE	0		-		
-					N casos= 156

Tabla 3. Consumo de tabaco, alcohol, o drogas de las embarazadas atendidas en la CMI de Santa Cruz de Yojoa en el periodo de julio a septiembre del 2020

EMBARAZADAS POR TRIMESTRE y % SOBRE CASOS VALIDOS						
VARIABLE	1		2		3	
	n	%	n	%	n	%
TABACO ACT.	0 / 155	.0	0 / 50	.0	0 / 8	.0
sin dato	1	.6	106	67.9	148	94.9
TABACO PAS.	14 / 155	9.0	6 / 50	12.0	1 / 8	12.5
sin dato	1	.6	106	67.9	148	94.9
ALCOHOL	0 / 155	.0	0 / 50	.0	0 / 8	.0
sin dato	1	.6	106	67.9	148	94.9
DROGAS	0 / 155	.0	0 / 50	.0	0 / 8	.0
sin dato	1	.6	106	67.9	148	94.9

Historia Gineco-obstétrica

Un total de 49 pacientes (31.4%) eran primigestas, y un total de 6 pacientes (3.8%) eran grandes multíparas (Tabla 4).

Un total de 124 embarazadas (79.5%) refirieron que no planearon el embarazo, mientras que solamente 32 embarazadas (20.5%) confirmaron un embarazo planeado (Figura 2).

De las 124 pacientes con embarazos no planeados, un total de 110 pacientes (88.7%) refirieron no haber usado un método anticonceptivo previo al embarazo actual, mientras que un total de 12 pacientes (9.7%) refirieron que el método hormonal había fallado (Figura 3).

Tabla 4. Gestas previas de las embarazadas atendidas en la CMI de Santa Cruz de Yojoa en el periodo de julio a septiembre del 2020

Gestas previas	TOTAL DE CASOS	% SOBRE TOTAL DE CASOS	% SOBRE CASOS VALIDOS
0	49	31.4	31.4
1 - 3	93	59.6	59.6
> 3	14	9.0	9.0
sin dato	0	.0	
		N casos= 156	N casos válidos= 156

Gestas previas	TOTAL DE CASOS	% SOBRE TOTAL DE CASOS	% SOBRE CASOS VALIDOS
0	49	31.4	31.4
1	46	29.5	29.5
2	34	21.8	21.8
3	13	8.3	8.3
4	8	5.1	5.1
5	2	1.3	1.3
6	2	1.3	1.3
7	1	.6	.6
8	1	.6	.6
9	0	.0	.0
10 o MAS	0	.0	.0
sin dato	0	.0	
		N casos= 156	N casos válidos= 156

Figura 2. Embarazos planeados de las embarazadas atendidas en la CMI de Santa Cruz de Yojoa en el periodo de julio a septiembre del 2020

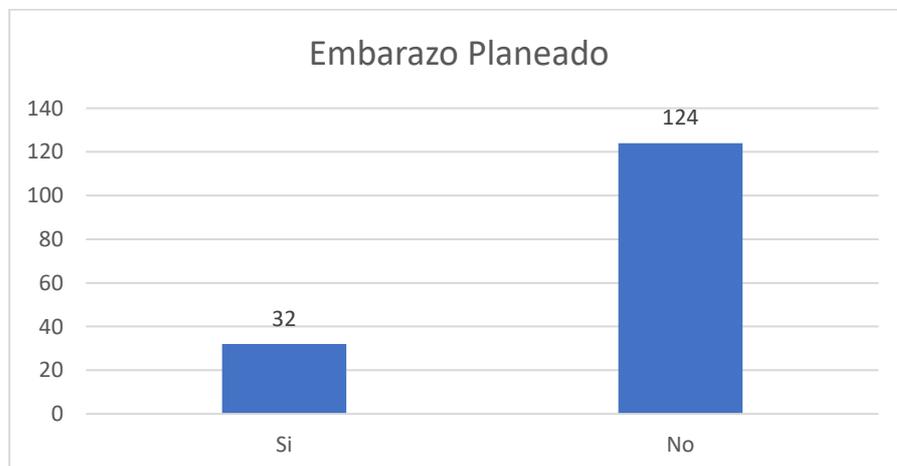
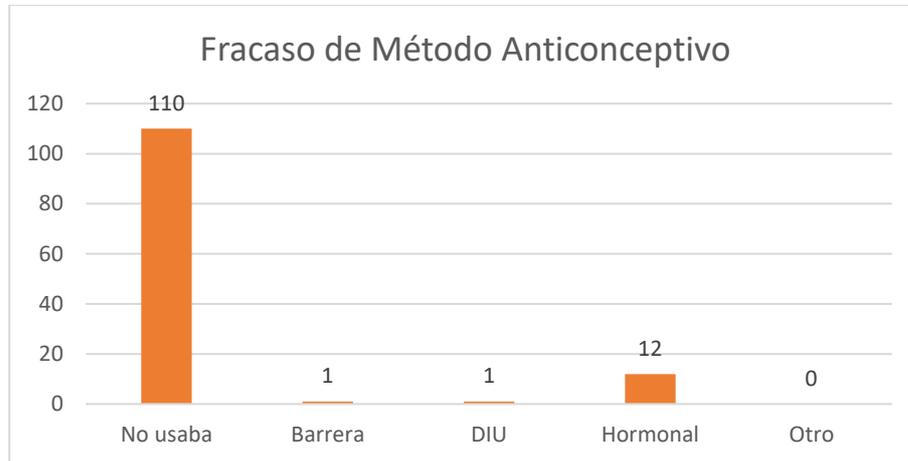


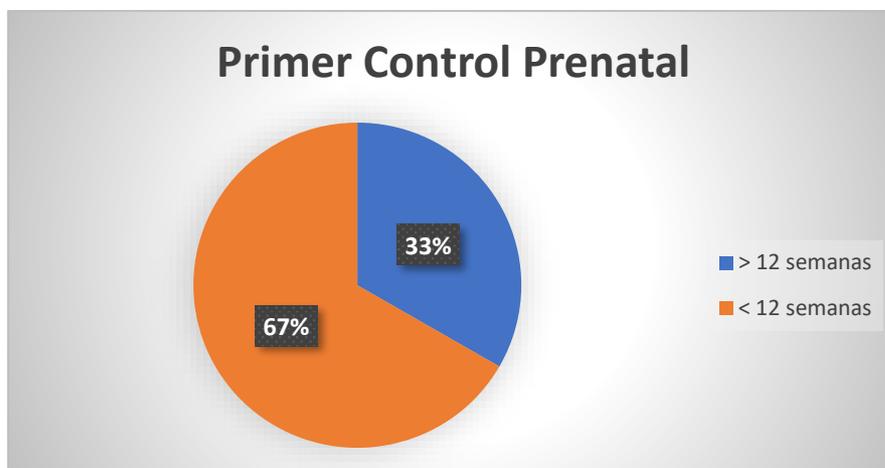
Figura 3. Fracaso de método anticonceptivo de las embarazadas atendidas en la CMI de Santa Cruz de Yojoa en el periodo de julio a septiembre del 2020



Control prenatal

Un total de 104 pacientes (67%) tuvieron su primer control prenatal antes de las 12 semanas de gestación, contra 52 pacientes (33%) que tuvieron su primer control prenatal después de las primeras 12 semanas de gestación (Figura 4).

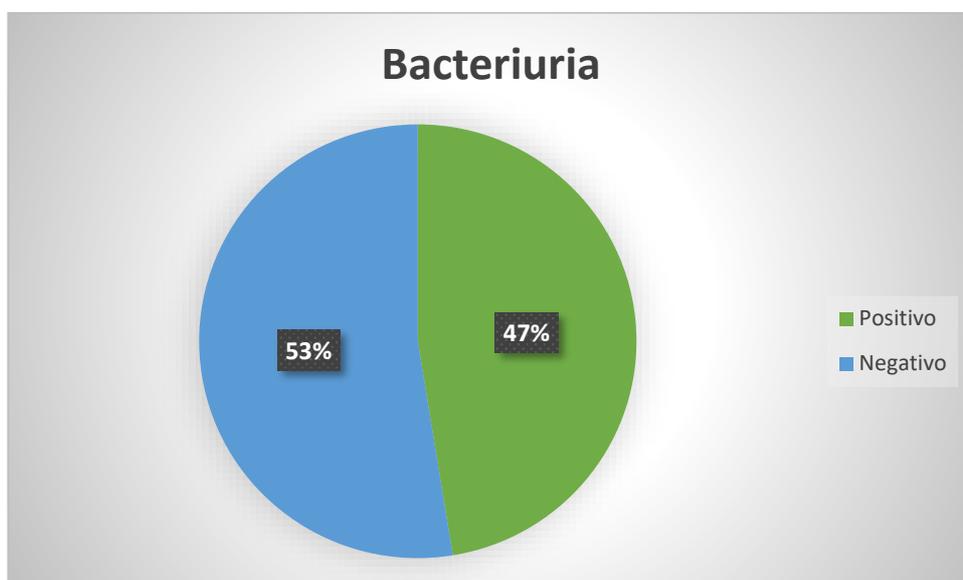
Figura 4. Primer control prenatal de las embarazadas atendidas en la CMI de Santa Cruz de Yojoa en el periodo de julio a septiembre del 2020



ITU durante embarazo

Un total de 74 pacientes (47%) presentaron algún tipo de infección urinaria durante las primeras 20 semanas de gestación (Figura 5).

Figura 5. Casos de bacteriuria en las embarazadas atendidas en la CMI de Santa Cruz de Yojoa en el periodo de julio a septiembre del 2020



Factores asociados al embarazo adolescente

Se puede observar que los resultados estadísticos del cruce de variables indican un valor de p mayor a 0.05 en la mayor parte de los casos, resultando en valores que no son estadísticamente significativos.

Se encuentran valores estadísticamente significativos con el factor de ITU y anemia, siendo el valor de p menor a 0.05.

Los datos revelan lo siguiente:

- El bajo nivel educativo no aumenta la posibilidad de un embarazo adolescente
- El estado civil soltero no aumenta la posibilidad de un embarazo adolescente
- El tener antecedentes personales y familiares patológicos no aumenta la posibilidad de un embarazo adolescente
- Ser adolescente aumenta 5 veces la posibilidad de presentar anemia durante el embarazo.
- Ser adolescente aumenta 2 veces la posibilidad de presentar una infección del tracto urinario durante el embarazo.

Tabla 5. Características de las mujeres embarazadas atendidas en la CMI de Santa Cruz de Yojoa en el periodo de julio a septiembre del 2020

Factor	Adolescente (<19 años)	No adolescente (>19 años)	“p” χ^2	OR
Alfabetismo	39/0	116/1	0.3355	Indefinido
Educación	1/38	9/108	1.2822	0.31 (IC 95% 0.03-2.57)
Estado Civil	0/39	2/115	0.6753	0.00 (indef)
Ant. Familiares	7/19	32/98	0.0615	1.12 (IC 95% 0.43-2.92)
Ant. Personales	3/36	12/105	0.2213	0.72 (IC 95% 0.19-2.73)
Hábitos Tóxicos	4/35	9/108	0.2517	1.37 (IC 95% 0.39-4.72)
ITU	24/15	50/67	0.0416	2.14 (IC 95% 1.02-4.50)
Anemia	15/24	12/105	<0.001	5.46 (IC 95% 2.27-13.17)
Primer Control <12 SG	29/10	75/42	1.3846	1.62 (IC 95% 0.72-3.65)

Discusión

En la población de embarazadas estudiada, los únicos antecedentes personales encontrados fueron preeclampsia y alguna condición médica grave. Se encontraron 3 casos de preeclampsia en embarazos anteriores de las embarazadas, y el total de casos de otra condición médica grave (12 casos) fueron asma bronquial. Un estudio realizado en un hospital de Costa Rica tuvo resultados similares, donde un 16.9% de las pacientes presentaron un antecedente personal patológico. De este porcentaje, el 34.4% de los casos fueron antecedentes de asma bronquial. (36)

No se encontró ningún antecedente de diabetes, cardiopatía, entre otros. Con respecto a los hábitos de las embarazadas, se detectaron 14 casos de pacientes que refirieron ser fumadoras pasivas. No se encontraron casos de fumadoras activas ni de consumo de alcohol o drogas en la población estudiada.

Al observar las gestas previas de las embarazadas estudiadas, se puede apreciar que el grupo más grande encontrados fue el de pacientes primigestas, con 49 casos (31.4%). El segundo grupo más grande fue el de secundigestas, con 46 casos (29.4%) respectivamente. Solamente se encontraron 6 casos (3.8%) de grandes multíparas. La edad predominante en el grupo de pacientes estudiado fue en el rango de 20 a 35 años, con 65 casos (67.3%). Se observan 39 casos (25%) de embarazadas adolescentes, siendo 2 de ellas menores de 15 años. Del total de las embarazadas, solo 12 casos (7.7%) eran mayores de 35 años de edad.

Al observar la planificación familiar, un total de 124 pacientes (79.5%) no planearon su embarazo. De este total, 12 pacientes refirieron que el método hormonal que ellas estaban utilizando había fallado. En un estudio de un hospital de Costa Rica los resultados fueron similares; dicho estudio tuvo un 79.2% de embarazos no deseados. (36)

La patología más frecuente encontrada en el grupo de pacientes estudiado fue algún tipo de infección del tracto urinario, con 74 casos positivos (47%) detectados durante la gestación. Cabe mencionar que no todas las pacientes embarazadas se realizaron examen general de orina solicitado para sus controles prenatales. Este dato es muy similar al de un estudio realizado en un hospital de Costa Rica. En dicho estudio, un 31.1% de las pacientes embarazadas presentaron una infección urinaria durante su embarazo. (36)

Con respecto al primer control prenatal, se observa que 104 pacientes (67%) acudieron a su primer control prenatal antes de las 12 semanas de gestación. Los otros 54 casos (33%) fueron pacientes captadas para atención prenatal después de las primeras 12 semanas de gestación. Dicho resultado se encuentra un poco alejado de los datos nacionales. Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2011-2012, un 78% de las pacientes asisten a su primer control prenatal antes del cuarto mes. (18)

Un estudio en Malasia menciona que las embarazadas adolescentes poseen factores de riesgo, como el bajo nivel educativo, que las hacen más propensas a desarrollar complicaciones como anemia e infecciones urinarias. En nuestro estudio, se pudo comprobar que este no es el caso en

la población estudiada de Santa Cruz de Yojoa. El bajo nivel educativo no aumenta la posibilidad de un embarazo adolescente ($p=1.28$, OR 1.31 (IC 95% 0.03-2.57)). (34)

Estudios realizados en Nigeria y Finlandia afirman que el embarazo adolescente aumenta el riesgo de presentar anemia durante el embarazo (con OR de 1.33 y 3.2 respectivamente). En nuestro estudio se confirma ese dato, ya que se mostró en la población estudiada que el ser embarazada adolescente aumenta 5 veces la posibilidad de presentar anemia en el transcurso del embarazo ($p<0.001$, OR 5.46 (IC 95% 2.27-13.17)). (47,49)

Estudios llevados a cabo en Australia y Finlandia concluyeron que el embarazo adolescente aumenta el riesgo de presentar infecciones del tracto urinario durante el embarazo. El estudio de Australia reporta un valor $p<0.001$, mientras que el estudio en Finlandia reporta un OR de 3.2 con respecto a ITU en embarazadas entre los 16-17 años de edad. Nuestro estudio afirma este dato, ya que se pudo comprobar que el embarazo en la adolescencia aumenta 2 veces la posibilidad de presentar una infección urinaria durante el embarazo ($p=0.04$, OR 2.14 (IC 95% 0.02-4.50)). (48,49)

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

Las embarazadas adolescentes representan un porcentaje alto dentro de la población estudiada de gestantes.

De la población estudiada, un porcentaje alto fueron embarazadas adolescentes, mientras que solamente un pequeño porcentaje de ellas eran mayores de 35 años. Muchas de las pacientes estudiadas estaban cursando su primer embarazo. La gran mayoría de las pacientes refirieron haber cursado primaria completa. La mitad de las embarazadas estudiadas cursaron con algún tipo de infección urinaria durante su embarazo.

Con respecto a los factores asociados, se encontró asociación estadística entre las embarazadas adolescentes y el riesgo de presentar anemia e ITU durante su embarazo. El embarazo adolescente aumenta la posibilidad que la paciente presente las complicaciones perinatales de anemia y algún tipo de infección del tracto urinario.

Recomendaciones

- Proporcionar charlas educacionales a la población de adolescentes en la comunidad sobre educación sexual, con el objetivo de reducir los embarazos en la adolescencia.
- Realizar campañas en los diferentes barrios y colonias (con énfasis en la población adolescente) de planificación familiar, explicando cada método disponible, así como sus beneficios y efectos secundarios.
- Llevar a cabo campaña de captación de embarazadas en las comunidades, para el inicio oportuno del control prenatal.
- Fomentar en las embarazadas la importancia de los exámenes de laboratorio y el ultrasonido para una detección temprana de posibles complicaciones.
- Proponer a las autoridades de la unidad de salud el control prenatal grupal, en especial utilizarlo para los grupos en riesgo, como ser las embarazadas adolescentes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Rouse D, Spong C. Williams Obstetricia. 23a Edición (pdf). McGraw Hill 2011. (acceso el 30 de octubre del 2020). Pdf.
2. Mainero L, Martínez G, Rubino M, De Mucio B, Díaz Rosello JL, Durán P, Serruya S, Fescina RH. Sistema informático perinatal (SIP): manual de uso del programa para el análisis y aprovechamiento de la información. 2a. ed. Montevideo: CLAP/SMR; 2011. (acceso el 30 de octubre del 2020). Pdf.
3. Jiménez A, Peralta E, Hinojosa L, García P, Castillo Y, Posadas C. Beneficios y barreras percibidos por las adolescentes embarazadas en el control prenatal (pdf). Ciencia UANL, Año 15, No. 17, enero-marzo 2012. (acceso el 14 de marzo del 2021). Pdf
4. INE. Santa Cruz de Yojoa, Cortés (pdf). Instituto Nacional de Estadística, Honduras 2019. (acceso el 10 de noviembre del 2020) Disponible en: <https://www.ine.gob.hn/V3/imagen/doc/2019/08/Santa-Cruz-de-Yojoa-Cortes.pdf>
5. Aguilera S, Soothill P. Control Prenatal (pdf). Revista Médica Clínica Las Condes 2014. (acceso el 10 de noviembre del 2020). Pdf.
6. Vintzileos AM, Ananth CV, Smulian JC, Scorza WE, Knuppel RA. The impact of prenatal care on neonatal deaths in the presence and absence of antenatal high risk conditions. AJOG, 2002, 186(5): 1011-1016. (acceso el 10 de noviembre del 2020). Pdf.
7. Carter E, Temming L, Akin J, Fowler S, Macones G, Colditz G, Tuui M. Group prenatal care compared to traditional prenatal care.

- American College of Obstetricians and Gynecologists 2016, 128(3): 551-561. (acceso el 21 de marzo del 2021). Pdf.
8. American Academy of Pediatrics, American College of Obstetricians and Gynecologists. Guidelines for perinatal care. 7th ed. Elk Grove Village (IL), Washington, DC: American Academy of Pediatrics and American College of Obstetricians and Gynecologists; 2012:106.
 9. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Control prenatal del embarazo normal. Protocolos Asistenciales en Obstetricia 2010. (acceso el 10 de noviembre del 2020). Disponible en: <https://www.elsevier.es/index.php?p=revista&pRevista=pdf-simple&pii=S0304501310004589>
 10. Fabre E, Perez Hidalgo MP, González R. Consulta prenatal en obstetricia. González Merlo J. (ed). 5ta ed. Ed. Masson. 2006. Cap 12, 171-194. (acceso el 10 de noviembre del 2020). Pdf.
 11. Rivera Felix LM, Burgos López NH, Gomez Diaz JZ, Moquillaza Alcántara VH. Factores asociados al acceso a la atención prenatal en los hospitales de Huaral y Chancay, Perú. An Fac med. 2018;79(2):131-37. (acceso el 10 de noviembre del 2020). Pdf.
 12. Malangón SZ. Factores asociados a la asistencia al control prenatal en gestantes del municipio de Yopal Casanare, Colombia (Tesis para optar por el título de especialista en epidemiología). Bogotá-Colombia: Universidad del Rosario. 2015. [Fecha de acceso 10 de mayo de 2018]. Disponible en: <https://repository.urosario.edu.co/handle/10336/10536>
 13. Peahl A, Gourevitch R, Luo E, Fryer K, Moniz M, Dalton V, Fendrick M, Shah N. Right-Sizing Prenatal Care to Meet Patients'

- Needs and Improve Maternity Care Value. American College of Obstetricians and Gynecologists 2020; 135: 1027-37. (acceso el 10 de noviembre del 2020). Pdf.
14. Kilpatrick SJ, Papile L-A, Macones GA, editors. Guidelines for perinatal care. 8th ed. Elk Grove Village, IL/Washington, DC: American Academy of Pediatrics/The American College of Obstetricians and Gynecologists; 2017. (acceso el 22 de marzo del 2021). Pdf. ^[L]_[SEP]
15. Krans EE, Davis MM. Strong Start for Mothers and Newborns: implications for prenatal care delivery. Curr Opin Obstet Gynecol 2014; 26:511–5. (acceso el 22 de marzo del 2021). Pdf.
16. Tanner-Smith EE, Steinka-Fry KT, Lipsey MW. The effects of CenteringPregnancy group prenatal care on gestational age, birth weight, and fetal demise. Matern Child Health J 2014; 18:801–9. (acceso el 22 de marzo del 2021). Pdf. ^[L]_[SEP]
17. Secretaría de Salud [Honduras]. Protocolos Para La Atención Durante La Preconcepción, El Embarazo, El Parto, El Puerperio Y Del Neonato. Volumen 1: Atención Ambulatoria. Tegucigalpa 2016. (acceso el 11 de noviembre del 2020). Pdf.
18. Secretaría de Salud [Honduras], Instituto Nacional de Estadística (INE) e ICF International. Encuesta Nacional de Salud y Demografía 2011-2012. Tegucigalpa, Honduras: SS, INE e ICF International. 2013. (acceso el 11 de noviembre del 2020). Pdf.
19. Krueger P, Scholl T. Adequacy of prenatal care and pregnancy outcome. The Journal of the American Osteopathic Association

2000. (acceso el 11 de noviembre del 2020). Pdf.
20. Swartz J, Hainmueller J, Lawrence D, Rodriguez M. Expanding Prenatal Care to Unauthorized Immigrant Women and the Effects on Infant Health. *American College of Obstetricians and Gynecologists* 2017; 130: 938-45. (acceso el 11 de noviembre del 2020). Pdf.
21. Mbuagbaw L, Medley N, Darzi AJ, Richardson M, Habiba Garga K, Ongolo-Zogo P. Health system and community level interventions for improving antenatal care coverage and health outcomes. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 12. Art No.: CD010994. (acceso el 23 de marzo del 2021). Pdf.
22. Drewry J, Sen B, Wingate M, Bronstein J, Foster EM, Kotelchuk M. The impact of the state Children's Health Insurance Program's unborn child ruling expansions on foreign-born Latina prenatal care and birth outcomes, 2000–2007. *Matern Child Health J* 2015; 19:1464–71. (acceso el 23 de marzo del 2021). Pdf.
23. Nussey L, Hunter A, Krueger S, Malhi R, Giglia L, Seigel S, Simpson S, Wasser R, Patel T, Small D, Darling E. Sociodemographic Characteristics and Clinical Outcomes of People Receiving Inadequate Prenatal Care: A Retrospective Cohort Study. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* 2019; 000(000): 1-10. (acceso el 11 de noviembre del 2020). Pdf.
24. World Health Organization (WHO). *Provision of Effective Antenatal Care: Maternal and Neonatal Care Standards Integrated Management of Pregnancy and Childbirth (IMPAC)*. Geneva:

- WHO; 2006. (acceso el 11 de noviembre del 2020). Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/effective_antenatal_care.pdf
25. Debessai Y, Costanian C, Roy M, et al. Inadequate prenatal care use among Canadian mothers: findings from the Maternity Experiences Survey. *J Perinatol* 2016; 36:420–6. (acceso el 11 de noviembre del 2020). Pdf.
26. Feijen-De Jong EI, Jansen DE, Baarveld F, et al. Determinants of late and/ or inadequate use of prenatal healthcare in high-income countries: a systematic review. *Eur J Public Health* 2011; 22:904–13. (acceso el 11 de noviembre del 2020). Pdf.
27. Heaman M, Newburn-Cook C, Green C, Elliott L, Helewa M. Inadequate prenatal care and its association with adverse pregnancy outcomes: A comparison of indices. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2008; 8:15. (acceso el 11 de noviembre del 2020). Pdf.
28. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada: SOGC Clinical Practice Guidelines: Healthy Beginnings: Guidelines for care during pregnancy and childbirth. Volume 71. Ottawa, SOGC; 1998. (acceso el 12 de noviembre del 2020). Pdf.
29. Paredes I, Hidalgo L, Chedraui P, Palma J, Eugenio J. Factors associated with inadequate prenatal care in Ecuadorian women. *International Federation of Gynecology and Obstetrics* 2004. (acceso el 11 de noviembre del 2020). Pdf.
30. Chedraui PA, Hidalgo LA, Chavez MJ, San Miguel G. Determinant factors in Ecuador related to pregnancy among adolescents aged 15 or less. *J Perinat Med* 2004; 32:337-341. (acceso el 11 de noviembre del 2020). Pdf.

31. Abu-Ghanem S, Sheiner E, Sherf M, Wiznitzer A, Sergienko R, Shoham-Vardi I. Lack of prenatal care in a traditional community: trends and perinatal outcomes. *Archives of Gynecology and Obstetrics* 2012; 285: 1237-1242. (acceso el 11 de noviembre del 2020). Pdf.
32. Titaley CR, Hunter CL, Heywood P, Dibley MJ. Why don't some women attend antenatal and postnatal care services? A qualitative study of community members' perspectives in Garut, Sukabumi and Ciamis districts of West Java Province, Indonesia. *BMC Pregnancy Childbirth* 2010. 10:61 (acceso el 11 de noviembre del 2020). Pdf. 
33. Delvaux T, Buekens P, Godin I, Boutsen M. Barriers to prenatal care in Europe. *Am J Prev Med* 2001. 21(1):52–59. (acceso el 11 de noviembre del 2020). Pdf.
34. Khairani O, Suriati H, Noor Azimah M, Aida J, Syahnaz Mohd H, Harlina Halizah S. Adolescent pregnancy outcomes and risk factors in Malaysia. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2010, 111:220-223. (acceso el 24 de marzo del 2021). Pdf.
35. World Health Organization. Adolescent pregnancy: a culturally complex issue. *Bull World Health Organ* 2009; 87(6):410–1. (acceso el 24 de marzo del 2021). Pdf. 
36. Giacomini-Carmioli L, Leal-Mateos M. Características el control prenatal de pacientes adolescentes atendidas en la consulta de obstetricia Hospital “Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia”, 2010. *Acta Médica Costarricense* 2012; 54 (2): 97-101. (acceso el 11 de

- noviembre del 2020). Pdf.
37. Conde A, Belizán JM, Lammers C. Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: Cross-sectional study. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 192: 342- 349. (acceso el 11 de noviembre del 2020). Pdf.
38. Fernandes W, Diniz M, Borges E, Ricarte L, Evangelista C. Complications in adolescent pregnancy: systematic review of the literatura. *Einstein (São Paulo)* 2015; 13(4):618-626. (acceso el 24 de marzo del 2021). Pdf.
39. Futterman D, Chabon B, Hoffman ND. HIV and AIDS in adolescents. *Pediatr Clin North Am.* 2000;47(1):171-88. Review. (acceso el 24 de marzo del 2021). Pdf. [L]
[SEP]
40. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Diretoria de Pesquisas. Coordenação da População e Indicadores Sociais. Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2009. (acceso el 24 de marzo del 2021). Pdf.
41. Flores-Valencia M, Nava-Chapa G, Arenas-Monreal L. Embarazo en la adolescencia en una región de México: un problema de salud pública. *Rev. Salud Pública México* 2017. 19 (3): 374-378. (acceso el 24 de marzo del 2021). Pdf.
42. Organización Mundial de la Salud. Prevenir el embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos en adolescentes en los países en desarrollo: las evidencias. Ginebra, Suiza: OMS, Departamento de Salud Materna 2012. (acceso el 24 de marzo del 2021). Disponible en:

https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/preventing_early_pregnancy/es/

43. Debiec KE, Paul KJ, Mitchell CM, et al. Inadequate prenatal care and risk of preterm delivery among adolescents: a retrospective study over 10 years. *Am J Obstet Gynecol* 2010; 203: 122.e1-6. (acceso el 24 de marzo del 2021). Pdf.
44. Hamilton BE, Martin JA, Ventura SJ. Births: preliminary data for 2007. *Pubmed. Natl Vital Stat Rep* 2009;57. (acceso el 24 de marzo del 2021). Pdf.
45. Maslowsky J, Stritzel H, Al-Hamoodah L, Hendrick E, Powers D, Barrientos Gutierrez T, Santelli J. Health Behaviors and Prenatal Health Conditions in Repeat Vs First-time Teenage Mothers in the United States: 2015-2018. *North American Society for Pediatric and Adolescent Gynecology* 2020. (acceso el 11 de noviembre del 2020). Pdf.
46. Chen XK, Wen SW, Fleming N, et al: Teenage pregnancy and adverse birth outcomes: a large population based retrospective cohort study. *Int J Epidemiol* 2007; 36:368. (acceso el 11 de noviembre del 2020). Pdf.
47. Oboro VO, Tabowei TO, Jemikalajah JJ, Bosah JO, Agu D. Pregnancy outcomes among nulliparous teenagers in suburban Nigeria. *Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2003; 23(2):166-9. (acceso el 28 de marzo del 2021). Pdf.
48. Lewis LN, Hickey M, Doherty DA, Skinner SR. How do pregnancy outcomes differ in teenage mothers? A Western Australian study.

- Medical J Aust 2009;190(10):537-41. (acceso el 28 de marzo del 2021). Pdf.
49. Leppalahti S, Gissler M, Mentula M, Heikinheimo O. Is teenage pregnancy an obstetric risk in a welfare society? A population-based study in Finland, from 2006 to 2011. *BMJ Open* 2013;3(8): e003225. (acceso el 28 de marzo del 2021). Pdf.
50. Byerley B, Haas D. A systematic overview of the literature regarding group prenatal care for high-risk pregnant women. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2017; 17:329. (acceso el 25 de marzo del 2021). Pdf.
51. Ickovics JR, et al. Cluster randomized controlled trial of group prenatal care: ^[SEP]Perinatal outcomes among adolescents in New York City health centers. *Am ^[SEP]J Public Health*. 2016;106(2):359–65. (acceso el 25 de marzo del 2021). Pdf. ^[SEP]
52. ACOG. Adolescent pregnancy, contraception, and sexual activity. Committee Opinion No. 699. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2017;129: e142–9. (acceso el 25 de marzo del 2021). Pdf.
53. Martin JA, Hamilton BE, Osterman MJ, Driscoll AK, Mathews TJ. Births: final data for 2015. *Natl Vital Stat Rep* 2017;66:1. (acceso el 25 de marzo del 2021). Disponible en: https://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr66/nvsr66_01.pdf
54. Vargas G, Borus J, Charlton B. Teenage pregnancy prevention: the role of young men. Wolters Kluwer Health. *Curr Opin Pediatr* 2017;

29:000. (acceso el 25 de marzo del 2021). Pdf.

55. Marcell AV, Gibbs SE, Choiriyyah I, et al. National needs of family planning && among US men aged 15 to 44 years. *Am J Public Health* 2016; 106:733–739. (acceso el 24 de marzo del 2021). Pdf.