



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA
UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD
CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS**

**TRABAJO DE TITULACIÓN
PREVIO A LA OBTENCIÓN DE TÍTULO DE MÉDICO**

TEMA:

**“EMBARAZO EN ADOLESCENTES QUE FUERON ATENDIDAS POR PARTO
EN EL HOSPITAL OBSTÉTRICO ANGELA LOAYZA DE OLLAGUE,**

DURANTE EL PERIODO DE JUNIO A DICIEMBRE 2014”

AUTORA:

SUSANA BRICEIDA VÁSQUEZ PEÑA

TUTOR:

DR. RICHARD CHIRIBOGA VIVANCO

MACHALA - EL ORO - ECUADOR.

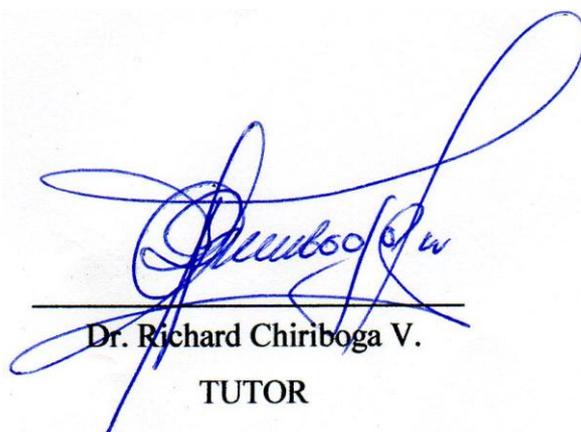
2015

**DR. RICHARD CHIRIBOGA, DOCENTE DE LA UNIDAD ACADÉMICA
DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD, TUTOR DEL TRABAJO
DE TITULACIÓN**

CERTIFICA:

Que el tema “**EMBARAZO EN ADOLESCENTES QUE FUERON ATENDIDAS POR PARTO EN EL HOSPITAL OBSTÉTRICO ANGELA LOAYZA DE OLLAGUE, DURANTE EL PERIODO DE JUNIO A DICIEMBRE 2014**” ha sido realizado por la Sra. Susana Briceida Vásquez Peña, portadora de la C.I. N° 070504835-3, en forma sistemática y de acuerdo a las normas establecidas para su elaboración, revisando su contenido y forma, autorizo su presentación.

Atentamente.



Dr. Richard Chiriboga V.
TUTOR

RESPONSABILIDAD DE LA AUTORA

Las ideas, criterios y comentarios expuestos en el presente Trabajo de Titulación cuyo tema es: **“EMBARAZO EN ADOLESCENTES QUE FUERON ATENDIDAS POR PARTO EN EL HOSPITAL OBSTÉTRICO ANGELA LOAYZA DE OLLAGUE, DURANTE EL PERIODO DE JUNIO A DICIEMBRE 2014”** es de única y exclusiva responsabilidad de la autora.

Machala, 8 Octubre del 2015



Susana Briceida Vásquez Peña

C.I. 070504835-3

CESIÓN DE DERECHOS DE AUTORÍA

Yo, **SUSANA BRICEIDA VÁSQUEZ PEÑA**, con cédula de identidad # 070504835-3, egresada de la Escuela de Medicina, de la Unidad Académica de Ciencias Químicas y de la Salud, de la Universidad Técnica de Machala, responsable del presente Trabajo de Titulación cuyo tema es:

“EMBARAZO EN ADOLESCENTES QUE FUERON ATENDIDAS POR PARTO EN EL HOSPITAL OBSTÉTRICO ANGELA LOAYZA DE OLLAGUE, DURANTE EL PERIODO DE JUNIO A DICIEMBRE 2014”, certifico que la responsabilidad de la investigación, resultados y conclusiones del presente trabajo pertenecen exclusivamente a mi autoría, una vez que ha sido aprobada por mi tribunal de sustentación del Trabajo de Titulación autorizando su presentación.

Deslindo a la Universidad Técnica de Machala de cualquier delito de plagio y cedo mis derechos de autor a la Universidad Técnica de Machala para que ella proceda a darle el uso que crea conveniente.



Susana Briceida Vásquez Peña

C.I. 070504835-3

AUTORA

AGRADECIMIENTO

A Dios, por darme la vida, salud y bendecirme en cada paso para seguir adelante en la culminación de la carrera de medicina.

A mi familia, por ser los pilares fundamentales que supieron sostenerme, por su apoyo incondicional y sus consejos sabios y oportunos cada día de mi vida.

Mis agradecimientos a los Doctores Paúl González Villavicencio y Richard Chiriboga Vivanco, tutores de este trabajo de titulación, por su valiosa orientación y apoyo para la conclusión de la misma.

Al Dr. Xavier Molina, Director del Hospital Obstétrico Ángela Loayza de Ollague del Cantón Santa Rosa por brindarme las facilidades en el establecimiento de salud que dirige, para la elaboración de mi Trabajo de titulación.

Susana Vásquez P.

DEDICATORIA

A mis padres, quienes me enseñaron desde muy pequeña a creer en mi misma, a no rendirme ante cualquier obstáculo. A mi hermano quien estuvo a mi lado y siempre pendiente de todo.

A mi esposo e hijo, quienes con su paciencia y comprensión estuvieron allí acompañándome para la culminación exitosa de mis estudios universitarios.

Susana Vásquez P.

RESUMEN

El embarazo en la adolescencia se ha convertido en un problema de salud de primer orden en la actualidad. El embarazo en adolescentes es cada día más frecuente en nuestro medio, con marcada importancia en países subdesarrollados y en vías de desarrollo, debido a sus repercusiones adversas sociales y de salud, tanto para las madres como para los niños.

El inicio de vida sexual activa se lleva a cabo cada vez más temprano enfrentándose las adolescentes a estas relaciones sin ninguna preparación, pues no cuentan con una educación sexual estructurada y además no se acompaña del uso adecuado de métodos anticonceptivos, resultando un alto porcentaje de embarazos no planificados durante la adolescencia los cuales contribuyen al incremento en las tasas de morbilidad materno - infantil.

El objetivo principal de esta investigación fue determinar la incidencia de embarazos en adolescentes que fueron atendidas por parto en el Hospital Obstétrico Ángela Loayza de Ollague.

Materiales y método: es una investigación descriptiva, transversal, analítica de casos, retrospectiva, no experimental. El universo lo conforman 1016 embarazadas que acudieron al Hospital Obstétrico Ángela Loayza de Ollague durante el periodo de Junio a Diciembre 2014, de las cuales 335 fueron adolescentes embarazadas. Siendo la muestra 138 adolescentes que finalizaron en parto. Como técnica se utiliza la encuesta con consentimiento informado a cada una de las adolescentes en puerperio inmediato.

Resultados: Al realizar el análisis de las pacientes embarazadas durante el periodo de la investigación, se observó que de 1016 embarazos, 335 correspondieron a adolescentes, de los cuales 138 culminaron mediante parto normal. La edad promedio de las adolescentes gestantes fue 18 años.

Se puede concluir que la gestación en adolescentes es aún más frecuente de lo esperado y que la mayoría de ellas tuvieron dificultades para presentar el parto normal, por lo que fue necesario recurrir, para la terminación de su embarazo al parto por vía abdominal.

Palabras clave: Embarazo, Parto, Adolescente, Problema de salud.

ABSTRACT

Teenage pregnancy has become a health problem of first order today. Teenage pregnancy is increasingly common in our society, especially in underdeveloped and developing countries because of its social and health adverse impact for both the mother and the child.

These days, the onset of sexual activity takes place earlier and earlier. Teens face these relationships without any preparation since they have no sex education structured; furthermore, these relationships do not come accompanied by the proper use of contraceptive methods, resulting in a high percentage of unplanned pregnancies during adolescence which contribute to increased rates of maternal and child morbidity and mortality.

The main objective of this research was to determine the incidence of pregnancies in teens who were assisted by delivery at the Obstetric Hospital Angela Loayza de Ollague.

Materials and method: This investigation is descriptive, cross-sectional, case analytical, retrospective, and not experimental. The population chosen for this investigation is made up of 1016 pregnant women who attended the Obstetrics Hospital Angela Loayza de Ollague during the period June-December 2014, 335 of these women were pregnant teenagers. The sample was composed by 138 adolescents who ended the pregnancy process with the labor. The survey with consent from each survey respondent who were adolescents in immediate postpartum was used as a data collection technique.

Results: when analyzing pregnant patients during the period of the investigation, it was observed that 335 out of 1016 pregnancies belonged to adolescents. 138 of these were led by normal delivery. The average age of the pregnant teenagers was 18.

It can be concluded that teenage pregnancy is more common than expected, also most of the teenagers found it difficult to present normal delivery, so it was necessary to resort to the termination of her pregnancy to childbirth abdominally.

Keywords: Pregnancy, Childbirth, Adolescent, Health problem.

INDICE GENERAL DE CONTENIDOS

| | |
|--|----------|
| CERTIFICACIÓN DEL AUTOR | i |
| RESPONSABILIDAD DEL AUTOR | ii |
| CESIÓN DE DERECHOS DE AUTORÍA | iii |
| AGRADECIMIENTO | iv |
| DEDICATORIA | v |
| RESUMEN | vi-vii |
| ABSTRACT | viii-ix |
| ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDO | x-xi |
| ÍNDICE DE CUADROS Y GRAFICOS | xii-xiii |

CAPITULO I

| | |
|--|-----|
| 1. INTRODUCCIÓN..... | 1-2 |
| 1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN..... | 3-4 |
| 1.2. OBJETIVOS..... | 5 |
| 1.3. HIPOTESIS..... | 5 |
| 1.4. VARIABLES..... | 6 |

CAPITULO II

| | |
|---|------|
| 2.1. ADOLESCENCIA..... | 7-9 |
| 2.2. CAMBIOS BIOLÓGICOS DE LA ADOLESCENTE..... | 9 |
| 2.3. EMBARAZO EN LA ADOLESCENTE..... | 9-11 |
| 2.3.1. PARTO EN LA ADOLESCENCIA..... | 11 |
| 2.4. FACTORES PREDISPONENTES PARA EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES..... | 12 |
| 2.5. SALUD REPRODUCTIVA DE LA ADOLESCENTE..... | 13 |
| 2.5.1. EDUCACIÓN SEXUAL..... | 14 |
| 2.6. LA FAMILIA EN LA ADOLESCENCIA..... | 15 |
| 2.6.1. TIPO DE EDUCACIÓN RECIBIDA POR LOS PADRES..... | 15 |
| 2.6.2. FUNCIONES DE LA FAMILIA..... | 15 |
| 2.7. LA COMUNIDAD COMO AGENTE SOCIALIZADOR..... | 16 |

| | | |
|-------|---|-------|
| 2.8. | MORBILIDADES DURANTE EL EMBARAZO..... | 16-18 |
| 2.9. | TERMINACION DEL EMBARAZO..... | 18 |
| 2.10. | ASPECTOS PSICOSOCIALES DEL EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES..... | 19 |

CAPITULO III

| | | |
|------|-------------------------------------|-------|
| 3.1 | METODOLOGIA..... | 20 |
| 3.2. | DISEÑO DE INVESTIGACIÓN..... | 20 |
| 3.3. | UNIVERSO Y MUESTRA..... | 20 |
| 3.4. | CRITERIOS DE INCLUSIÓN..... | 20 |
| 3.5. | CRITERIOS DE EXCLUSIÓN..... | 20 |
| 3.6. | ÁREA DE ESTUDIO..... | 21-23 |
| 3.7. | RECOLECCIÓN Y TECNICA DE DATOS..... | 23 |
| 3.8. | RECURSOS EMPLEADOS..... | 23 |
| 3.9. | PRESUPUESTO..... | 24 |

CAPITULO IV

| | | |
|------|---------------------------------|-------|
| 4.1. | ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS..... | 25-27 |
| 4.2. | DISCUSIONES..... | 28-29 |

CAPITULO V

| | | |
|------|-------------------|----|
| 5.1. | CONCLUSIONES..... | 44 |
|------|-------------------|----|

CAPITULO VI

| | | |
|------|----------------------|----|
| 6.1. | RECOMENDACIONES..... | 45 |
|------|----------------------|----|

CAPITULO VII

| | | |
|------|-------------------|----|
| 7.1. | BIBLIOGRAFÍA..... | 46 |
|------|-------------------|----|

ANEXOS

ÍNDICE DE CUADROS Y GRÁFICOS

| | Pág. |
|---|------|
| Cuadro y gráfico N°1 Distribución de 1016 pacientes embarazadas, según su etapa de vida..... | 30 |
| Cuadro y gráfico N°2 Distribución porcentual de 335 adolescentes embarazadas, según la edad..... | 31 |
| Cuadro y gráfico N°3 Distribución porcentual de 335 adolescentes embarazadas, según su ocupación..... | 32 |
| Cuadro y gráfico N°4 Distribución porcentual de 335 adolescentes embarazadas, que recibieron información de sus padres sobre anticoncepción..... | 33 |
| Cuadro y gráfico N°5 Distribución porcentual según el estado civil de los padres de las 335 adolescentes embarazadas..... | 34 |
| Cuadro y gráfico N°6 Distribución porcentual de 335 adolescentes embarazadas, según la vía de terminación del embarazo..... | 35 |
| Cuadro y gráfico N°7 Distribución porcentual de 138 adolescentes embarazadas, según el nivel de instrucción..... | 36 |
| Cuadro y gráfico N°8 Distribución porcentual por edades de 138 adolescentes embarazadas, que finalizaron el embarazo por parto | 37 |
| Cuadro y gráfico N°9 Distribución porcentual de 138 adolescentes embarazadas, según su estado civil..... | 38 |

| | |
|--|----|
| Cuadro y gráfico N°10 Distribución porcentual de 138 adolescentes embarazadas, según la edad gestacional..... | 39 |
| Cuadro y gráfico N°11 Distribución porcentual de 138 adolescentes embarazadas, según los controles prenatales..... | 40 |
| Cuadro y gráfico N°12 Distribución porcentual de 138 adolescentes embarazadas, según control prenatal y nivel de instrucción..... | 41 |
| Cuadro y gráfico N°13 Distribución porcentual de 138 adolescentes embarazadas, según el método anticonceptivo utilizado..... | 42 |
| Cuadro y gráfico N°14 Distribución porcentual de 138 adolescentes embarazadas, según el lugar de procedencia..... | 43 |

CAPITULO I

1. INTRODUCCIÓN

La adolescencia está marcada por grandes cambios, los cuales transforman al individuo en todos los sentidos, físico, biológico, psicológico, social, sexual, económico entre otros.¹ El embarazo en adolescentes es cada día más frecuente en nuestro medio, es un problema importante de salud pública, tanto en los países en vías de desarrollo como en los países desarrollados, debido a sus repercusiones adversas sociales y de salud, tanto para las madres como para los niños.²⁰

La OMS y la ONU informan que hay más de 1.000 millones de adolescentes en todo el mundo, y de estos, aproximadamente el 83 % corresponde a países subdesarrollados. No obstante, el fenómeno no excluye a los países industrializados, como por ejemplo Estados Unidos, donde el 70 % de los adolescentes que tienen un hijo afirman no haberlo deseado.¹⁴

El embarazo no planeado es una amenaza para el desarrollo integral de los y las adolescentes, ya que esta situación no esperada puede poner en peligro la salud de la mujer y retrasar o suspender los procesos de capacitación para la vida y para el trabajo productivo.¹

El inicio de vida sexual activa se lleva a cabo cada vez más temprano enfrentándose las adolescentes a estas relaciones sin ninguna preparación, pues no cuentan con una educación sexual estructurada y además no se acompaña del uso adecuado de métodos anticonceptivos, resultando un alto porcentaje de embarazos no planificados durante la adolescencia los cuales contribuyen al incremento en las tasas de morbilidad materno - infantil.¹⁹

La adolescencia es una etapa de la vida de grandes oportunidades pero también es altamente vulnerable, las decisiones sobre la conducta sexual y reproductiva son

trascendentes para el desarrollo futuro de los individuos, de sus hijos e hijas y de sus parejas.¹

La adolescencia plantea uno de los desafíos más difíciles para las familias. Es posible que las adolescentes, que se enfrentan a cambios hormonales y a un mundo cada vez más complejo, sientan que nadie puede entender sus sentimientos, en especial sus padres. Como resultado, el adolescente puede sentirse enojado, solo y confundido cuando se enfrenta problemas complejos de identidad, presiones de sus compañeros, conducta sexual, alcohol y drogas.³

La motivación para realizar el presente estudio es debida al alto índice de embarazos en adolescentes, ya que, al tratarse de un grupo altamente vulnerable está propenso a la influencia de factores internos y externos del medio, que determinan cambios en su estilo de vida. Esto, no solo es una realidad nacional sino también a nivel mundial que debe ser considerada en el presente y también en el futuro, por el riesgo que representa para el bienestar de la madre y el niño. La intención no es resolver este problema social, cosa que resulta casi imposible, sino; tratar de buscar una explicación al mismo y proponer medidas para disminuir su incidencia.

Es por este motivo que me he permitido elaborar esta investigación, para determinar la incidencia de embarazos en adolescentes en el Hospital Obstétrico Ángela Loayza de Ollague del cantón Santa Rosa.

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN

El aspecto que más pronto madura en los adolescentes es el de la sexualidad y una de las consecuencias, sin dejar de lado las enfermedades de transmisión sexual, son los embarazos en adolescentes.¹

Es frecuente que estos embarazos se presenten como un evento no deseado o no planificado, producto de una relación débil de pareja, lo que determina una actitud de rechazo y ocultamiento de su condición, por temor a la reacción del grupo familiar, lo que provoca un control prenatal tardío o insuficiente⁹. Los problemas dentro del ámbito familiar, en especial hogares disfuncionales, influye directamente en la conducta de los adolescentes, con deterioro de la comunicación entre padres e hijos, donde la información no se transmite de tal manera que oriente, y que en el futuro le permita al adolescente, adoptar medidas para enfrentar situaciones complejas con respecto a su sexualidad.

En el país se ubica alrededor del 37% de promedio general de embarazos en adolescentes no planificados. La cifra es mucho más preocupante cuando se incorporan variables como acceso a la educación y quintiles de pobreza.²¹

En la actualidad los jóvenes se enfrentan a un mundo globalizado en el que el tipo de vida que llevan los envuelve en el estrés y la falta de comunicación con las personas y lo más importante con la familia, lo que ocasiona que los adolescentes no tengan diálogo con los padres acerca de un tema o situación problemática.²⁴

Otro elemento que se suma a la problemática es el abandono de los padres que puede ser una variante para que las adolescentes tomen aptitudes de desobediencia y libertinaje con sus tutores y producir problemas intrafamiliares, dando como resultado hogares inestables.

La madre adolescente va a tener la responsabilidad de estar al frente de una familia, lo que implica perder una etapa muy importante en el desarrollo de su vida, el abandono de sus actividades estudiantiles, y todas las consecuencias que esto implica, al tratar de cumplir

roles para las cuales aún no está preparada, tornándose el problema de personal, a familiar y social.

Según el Censo de Población y Vivienda realizado en el 2010, la provincia de El Oro cuenta con 63.128 habitantes entre 10 y 14 años, y 59.028 entre 15 y 19 años de edad dando un total de 122156 adolescentes en la provincia.¹⁰

El aporte del presente trabajo será de gran importancia y justifica su elaboración, porque permite conocer la realidad en nuestro medio, analizando algunas variables, que nos orienten en el futuro a implementar acciones que vayan a mejorar la situación, buscar estrategias para la comunicación entre padres e hijos, y por consiguiente disminuir la incidencia de embarazos y las complicaciones que esto implica.

1.2. OBJETIVOS

1.2.1. OBJETIVO GENERAL

Establecer la incidencia de embarazos en adolescentes que fueron atendidas por parto en el Hospital Obstétrico Ángela Loayza de Ollague, mediante la realización de encuestas, para determinar los factores predisponentes.

.

1.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar a qué edad se presentó el parto en las adolescentes embarazadas.
- Establecer la relación entre edad gestacional y el parto en las adolescentes embarazadas.
- Analizar la relación entre el nivel de instrucción y los controles prenatales.

1.3. HIPÓTESIS

Hay una alta incidencia de adolescentes embarazadas atendidas por parto en el Hospital Obstétrico Ángela Loayza de Ollague.

1.4. VARIABLES

1.4.1. INDEPENDIENTE

- Nivel de instrucción
- Edad gestacional
- Procedencia
- Estado civil

1.4.2. DEPENDIENTE

- Adolescentes embarazadas.
- Culminación del embarazo

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. ADOLESCENCIA

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud la adolescencia es el periodo comprendido entre los 10 y 19 años de edad,¹⁴ que se caracteriza por cambios físicos, psicosociales y cognoscitivos; se considera la etapa de transición de la niñez a la juventud.¹⁵

La adolescencia es una etapa de la vida de grandes oportunidades pero también es altamente vulnerable, las decisiones sobre la conducta sexual y reproductiva son trascendentes para el desarrollo futuro de los individuos, de sus hijos e hijas y de sus parejas.¹

El embarazo no planeado es una de las amenazas para el desarrollo integral de los y las adolescentes, ya que esta situación no esperada puede poner en peligro la salud de la mujer y retrasar o suspender los procesos de capacitación para la vida y para el trabajo productivo. Si bien el ejercicio de la sexualidad es un derecho humano, este debe de hacerse con responsabilidad para uno mismo, la pareja y los hijos presentes y futuros.¹

La OMS y la ONU informan que hay más de 1.000 millones de adolescentes en todo el mundo, y de estos, aproximadamente el 83 % corresponde a países subdesarrollados. No obstante, el fenómeno no excluye a los países industrializados, como por ejemplo Estados Unidos, donde el 70 % de los adolescentes que tienen un hijo afirman no haberlo deseado.¹⁴

La adolescencia plantea uno de los desafíos más difíciles para las familias. Es posible que los adolescentes, que se enfrentan a cambios hormonales y a un mundo cada vez más complejo, sientan que nadie puede entender sus sentimientos, en especial sus padres. Como resultado, el adolescente puede sentirse enojado, solo y confundido cuando se enfrenta

problemas complejos de identidad, presiones de sus compañeros, conducta sexual, alcohol y drogas.³

El embarazo es una situación sumamente particular que plantea múltiples problemas de índole médica, como el aumento del índice de abortos, descubrimiento tardío del embarazo con seguimiento deficiente o nulo, parto pretérmino y mortalidad perinatal elevada, así como problemas de índole social: rechazo de la familia, interrupción de la escolaridad, consumo de drogas y abandono del recién nacido.¹⁵

2.1.1. ADOLESCENCIA TEMPRANA (10 A 13 AÑOS)

Biológicamente, es el periodo peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca. Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales. Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.^{2, 20}

2.1.2. ADOLESCENCIA MEDIA (14 A 16 AÑOS)

Es la adolescencia propiamente dicha; completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo. Muy preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.^{2, 20}

2.1.3. ADOLESCENCIA TARDÍA (17 A 19 AÑOS)

Es la fase final, se alcanzan características sexuales de la adultez, termina el crecimiento, hay aproximación a la familia, una mayor independencia, el grupo empieza a ser desplazado por la relación de pareja, los impulsos van siendo mejor controlados, los

cambios emocionales menos marcados y la ambivalencia se va disipando. Se construye un sistema propio de valores y proyectos de vida.²⁵

2.2. CAMBIOS BIOLÓGICOS DEL ADOLESCENTE

En lo biológico se observa claramente un descenso en la edad de la menarquia, lo que le permite a la adolescente ser madre en edades tan tempranas como a los 11 años.⁹

Los adolescentes son un grupo emergente, que tendrá interacciones sociales importantes mediadas por sus cambios, que experimentarán en los años de pubertad, por medio de un rápido crecimiento debido a mecanismos hormonales que van a permitir ese paso de la niñez a la adultez, y de la misma manera de una etapa no reproductiva a una reproductiva.¹⁸

2.2.1. 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 autovalente en ambos sentidos.⁹

2.2.2. Cambios hormonales: Hacen posible el aumento de peso, talla, masa muscular y ósea, e incluyen la adquisición de los caracteres sexuales secundarios propios de cada sexo, el tiempo en el que suceden varía entre individuos y etnias.¹⁸

2.3. EMBARAZO EN LA ADOLESCENTE

El embarazo adolescente es aquella condición de gestación que ocurre durante la edad de la adolescencia, que comprende mujeres de hasta 19 años de edad; independiente de la edad ginecológica.⁶

El embarazo en adolescentes es cada día más frecuente en nuestro medio, es un problema importante de salud pública, tanto en los países en vías de desarrollo como en el mundo

desarrollado, debido a sus repercusiones adversas sociales y de salud, tanto para las madres como para los niños.²⁰

El embarazo irrumpe en la vida de los adolescentes en momentos en que todavía no alcanzan la madurez física y mental, a veces en circunstancias adversas, como son las carencias nutricionales u otras enfermedades, y en un medio familiar poco receptivo para aceptarlo y protegerlo.⁹

En las adolescentes más del 80 % de los embarazos no son deseados. Y más de la mitad de los embarazos no deseados se producen en mujeres que no usan anticonceptivos y la mayor parte del resto de embarazos no deseados se deben al uso incorrecto de los anticonceptivos.¹⁴

El embarazo no deseado no sólo afecta a los padres adolescentes si no que se ve reflejado en la sobrepoblación, nivel académico y nivel económico de una familia.²⁴

El embarazo en las adolescentes tiene una gran repercusión en el desarrollo de la mujer, pues generalmente interrumpe su formación escolar y provoca dificultades para su incorporación al mercado laboral; así mismo, en un alto porcentaje de los casos se convierten en madres solteras con el consecuente impacto personal y familiar.¹³

También hay consenso en que existe un incremento de la morbilidad del embarazo en adolescentes con 15 años de edad o menos y con edad ginecológica menor de 3 años. Para las adolescentes intermedias y tardías los riesgos serán menores y van a estar relacionados fundamentalmente con los factores psicosociales, ambientales y familiares.⁶

Según el censo de población y vivienda del 2010, 121.288 adolescentes entre 15 y 19 años (es decir un 17.2%), dieron a luz al menos una vez en Ecuador.¹⁰

Las adolescentes son, además, las primeras víctimas de las enfermedades sexualmente transmisibles, cuya cantidad de casos se estima en 300 millones cada año, al tiempo que en

los países en desarrollo, entre 1 y 2/3 de las jóvenes reciben menos de 7 años de educación escolar.¹⁴

La maternidad temprana parece tener más efectos económicos que sociales y efectos más serios para el caso de las madres pobres que para todas las madres. Influye sobre el tamaño de la familia (familias más numerosas), los arreglos familiares (menos familias nucleares tradicionales) y la transmisión de preferencias de maternidad entre generaciones (las madres adolescentes “engendran” madres adolescentes). Lo que es más importante, la maternidad temprana parece arraigar la pobreza de las mujeres de bajos ingresos.¹⁶

El proveer a las mujeres de la capacidad de planear el número de hijos, de elegir cuándo tenerlos, así como el espaciamiento entre cada nacimiento, es un derecho fundamental y crucial, especialmente por su responsabilidad en la reproducción. Ejercer los derechos sexuales y reproductivos es esencial para lograr el empoderamiento de las mujeres y la igualdad de género.¹⁷

El embarazo en la adolescente se asocia con mayor riesgo y pobres resultados perinatales, incluidos bajo peso al nacer y prematurez. Esta asociación refleja un ambiente socio-demográfico desfavorable para la mayoría de las adolescentes o inmadurez biológica.¹⁵

Se considera que el embarazo en las adolescentes, incluso aquel que es deseado, lleva implícito un incremento en los riesgos tanto para la madre como para el feto y futuro recién nacido. Por ello se acepta que la mortalidad infantil en los hijos de madres adolescentes puede llegar a resultar hasta 30 veces más elevado que en los niños de madres adultas (según la OMS).⁶

2.3.1. PARTO EN LA ADOLESCENCIA

En el período del parto los problemas más frecuentes son las alteraciones en la presentación y en la posición del feto, que se han relacionado con un desarrollo incompleto de la pelvis materna. Esto determina una incapacidad del canal del parto, para permitir el

paso del feto; estas distocias provocan aumento de los partos operatorios (fórceps y cesáreas).^{6,9}

Otra manifestación del desarrollo incompleto del aparato genital de la madre adolescente es la estrechez del "canal blando", que favorece las complicaciones traumáticas del tracto vaginal. La estrechez de cualquiera de las dos porciones del canal del parto (ósea o blanda), implica un mayor peligro de parto traumático para el feto, que presenta amplia variedad y grado de severidad.^{6,9}

2.4. FACTORES PREDISPONENTES PARA EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES

- 1. – Menarca temprana:** otorga madurez reproductiva cuando aún no maneja las situaciones de riesgo.^{2,19}
- 2. – Inicio precoz de relaciones sexuales:** cuando aún no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención.^{2,19}
- 3. – Familia disfuncional:** uniparentales o con conductas promiscuas, que ponen de manifiesto la necesidad de protección de una familia continente, con buen diálogo padres – hijos. Su ausencia genera carencias afectivas que la joven no sabe resolver, impulsándola a relaciones sexuales que tiene mucho más de sometimiento para recibir afecto, que genuino vínculo de amor.^{2,19}
- 4. – Bajo nivel educativo:** con desinterés general. Cuando hay un proyecto de vida que prioriza alcanzar un determinado nivel educativo y posponer la maternidad para la edad adulta, es más probable que la joven, aún teniendo relaciones sexuales, adopte una prevención efectiva del embarazo.^{2,19}
- 5. – Migraciones recientes:** con pérdida del vínculo familiar. Ocurre con el traslado de las jóvenes a las ciudades en busca de trabajo y aún con motivo de estudios superiores.^{2,19}
- 6. – Pensamientos mágico:** propios de esta etapa de la vida, que las lleva a creer que no se embarazarán porque no lo desean.^{2,19}
- 7. – Fantasías de esterilidad:** comienzan sus relaciones sexuales sin cuidados y, como no se embarazan por casualidad, piensan que son estériles.^{2,19}

- 8.– Falta o distorsión de la información:** es común que entre adolescentes circulen "mitos" como: sólo se embaraza si tiene orgasmo, o cuando se es más grande, o cuando lo hace con la menstruación, o cuando no hay penetración completa, etc.^{2,19}
- 9.– Controversias entre su sistema de valores y el de sus padres:** cuando en la familia hay una severa censura hacia las relaciones sexuales entre adolescentes, muchas veces los jóvenes las tienen por rebeldía y, a la vez, como una forma de negarse a sí mismos que tiene relaciones no implementan medidas anticonceptivas.^{2,19}
- 10. - Aumento en número de adolescentes:** alcanzando el 50% de la población femenina.^{2,19}
- 11. - Factores socioculturales:** la evidencia del cambio de costumbres derivado de una nueva libertad sexual, que se da por igual en los diferentes niveles socioeconómicos.^{2,19}

2.5. SALUD REPRODUCTIVA DE LA ADOLESCENTE

Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de enfermedad o dolencia, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. Todo esto implica que las adolescentes sean capaces de llevar una vida sexual segura y satisfactoria, que tengan la capacidad de reproducción.⁶

Prácticamente toda la problemática en salud reproductiva del adolescente se vincula a la tendencia de los jóvenes a practicar conductas sexuales riesgosas, entre las que se destacan.⁶

1. Inicio cada vez más precoz de la vida sexual.
2. Poco reconocimiento de los riesgos.
3. Las relaciones sexuales son imprevistas y ocurren en lugares y situaciones inapropiadas.
4. Continuos cambios de pareja.
5. Poco conocimiento de la sexualidad.
6. No se plantean juntos el control del embarazo.

7. Poco conocimiento y uso de anticonceptivos.

8. Insuficientes conocimientos sobre las ETS y su prevención.

Se considera a los adolescentes como un sector de la población con un riesgo reproductivo elevado, lo cual puede facilitar la ocurrencia de daño reproductivo que es un resultado no deseado en el proceso de la reproducción y que puede terminar en enfermedad o muerte.⁶

2.5.1. EDUCACION SEXUAL

Según estudios internacionales oficiales, la educación sexual y reproductiva así como los servicios orientados hacia los jóvenes han generado algunas polémicas en distintos países, cuyas políticas de salud reproductiva han enfrentado barreras para implementarse y traducirse en servicios reales para este sector de la población. Por ello, superar estos obstáculos constituye un elemento central para el éxito de la respuesta frente a la problemática.⁵

La educación influye en la consolidación de la personalidad durante la adolescencia. En cuanto a la sexualidad, debe fomentar sentimientos y valores que armonicen con propósitos saludables. La cultura dialógica entre los padres, maestros, personal de salud y adolescentes, es fundamental, para orientarlos hacia el logro de relaciones edificantes que recreen los más altos valores humanos.²⁵

La principal conclusión de CELADE y UNFPA en el tema del embarazo adolescente es que en América Latina y el Caribe la difusión de información y el acceso a la salud sexual y reproductiva entre los jóvenes continúan siendo insuficientes y muestra marcadas diferencias por sectores sociales. Asimismo, la fecundidad adolescente regional no muestra una tendencia sistemática a la baja como en otras regiones del mundo.⁵

2.6. LA FAMILIA EN LA ADOLESCENCIA

La familia como institución social básica, depositaria de la responsabilidad de reproducir la especie y de la transmisión de valores, cumple importantes funciones en el desarrollo de sus miembros, al ser garante, junto a los demás componentes de la sociedad, de su preparación para la vida. Como primer ambiente social, modela sentimientos y ofrece patrones de conductas, dándose o no en su seno, las condiciones para alcanzar el normal crecimiento y desarrollo del ser humano²⁵

La aparición de embarazo en la familia de una adolescente obliga a la reestructuración de las funciones de sus miembros,^{4,16} requiriéndose la movilización del sistema para encontrar nuevamente el estado de equilibrio familiar que, inicialmente, puede ser rechazado, crear sorpresa y frustración.¹⁶

2.6.1. TIPO DE EDUCACIÓN RECIBIDA POR LOS PADRES

La llegada de los hijos a la adolescencia es una de las etapas críticas de la familia. Muchas familias que hasta entonces habían tenido una comunicación que les permitía un equilibrio familiar, en esta etapa la pierden y no les es fácil recuperarla. Sin embargo, es posible lograr una nueva forma de comunicación que permita la independencia de cada uno, si existe la disposición de las partes en conflicto.¹⁹

Los padres pueden sentirse frustrados y enojados porque el adolescente parece no responder a la autoridad de sus padres. Es posible que los métodos de disciplina que funcionaron bien hace algunos años ya no tenga la misma eficacia.³

2.6.2. FUNCIONES DE LA FAMILIA

El funcionamiento en la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o de la aparición de la enfermedad entre sus miembros. Con en que la familia cumpla o deje de cumplir eficazmente sus funciones, se habla de familia funcional o disfuncional.⁴

Al ejercer sus funciones educativas, los padres crean en el individuo un marco de referencia ético-cultural que le permite modelar su conducta, desarrollar sus propios valores y aceptar o rechazar las normas sociales. En la medida en que esto se realice de manera congruente y sobre la base del afecto el niño crecerá como un individuo integrado.¹⁹

2.7. LA COMUNIDAD COMO AGENTE SOCIALIZADOR

En algunas sociedades, el matrimonio a edades tempranas y el rol de género que tradicionalmente se asigna a la mujer, son factores importantes en las altas tasas de embarazo en la adolescencia. Así, en algunos países de África subsahariana, el embarazo adolescente se celebra porque es la prueba de fertilidad de la mujer joven. En el subcontinente indio, el matrimonio en adolescentes y el embarazo es más común en las comunidades rurales tradicionales, donde es apreciada una numerosa descendencia, en comparación con la tasas de las ciudades.¹⁴

2.8. MORBILIDADES DURANTE EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENTE

Las patologías maternas, perinatales y de recién nacido son más frecuentes en las mujeres de menos de 20 años, y sobre todo en el grupo de edad más cercano a la menarca, en las menores de 15 años.¹⁴

Dentro de las más frecuentes se describe las siguientes:

2.8.1. ANEMIA: Se define anemia como la disminución de la hemoglobina por debajo de 11g/dl en el primer y tercer trimestre y bajo 10,5 g/dl en el segundo trimestre, se la clasifica según el MSP del Ecuador de acuerdo a su gravedad, siendo esta leve con valores de Hb de 10.1 a 10.9 g/dl; moderada con valores de Hb de 7.1 a 10g/ dl y severa cuando la Hb se encuentra por debajo de 7g/dl.¹¹

2.8.2. INFECCION DE VIAS URINARIAS: Es la infección más común en el embarazo. Se caracteriza por la presencia marcada de bacterias en cualquier lugar a lo largo del tracto urinario: uretra, vejiga, uréteres y riñones.⁷

2.8.3. INFECCIONES VULVO-VAGINALES: La leucorrea y las vulvovaginitis, están entre las afecciones en las adolescentes; es una realidad mundial la mayor frecuencia de infecciones genitales, incluyendo las de transmisión sexual; debido a diferentes factores entre los cuales se incluyen el inicio precoz de las relaciones sexuales y la falta de responsabilidad ante el coito.⁸

2.8.4. DESPROPORCIÓN CÉFALO PÉLVICA (DCP): Es la falta de relación apropiada entre los componentes cefálico y pélvico, la pelvis es muy pequeña y el feto demasiado grande.⁷

2.8.5. AMENAZA DE PARTO Y PARTO PRETÉRMINO: La amenaza de parto pretérmino (APP) se define como la presencia de contracciones con un ritmo de 4 cada 20 minutos o de 8 en 60 minutos entre la 22 y 37 semanas de gestación. Este hecho se debe asociar al menos a una de las siguientes circunstancias: modificación progresiva del cérvix y dilatación cervical \geq a 2 cm y borramiento \geq 80%.²³

2.8.6. RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS: Consiste en la pérdida de integridad de las membranas ovulares antes del inicio del parto,⁶ con la consiguiente salida de líquido amniótico y la puesta en comunicación de la cavidad amniótica con el canal endocervical y la vagina. La prevalencia en gestaciones menores de 37 semanas es del 1-4 %.²³

2.8.7. CONDILOMATOSIS: La condilomatosis vulvar forma parte del grupo de enfermedades relacionadas con la infección del virus del papiloma humano ano-genital. La liberación de las relaciones sexuales en el nuevo milenio y el sexo desprotegido han impactado en el aumento progresivo de su incidencia.¹²

2.8.8. ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO: La preeclampsia, es la forma más común, caracterizada por tensión arterial sistólica mayor o igual a 140 mmHg o tensión arterial diastólica mayor o igual a 90 mmHg, en un embarazo igual o mayor de 20 semanas en mujer previamente normotensa, más proteinuria en 24 horas igual o mayor a 300 mg o tirilla reactiva positiva ++. La eclampsia se da en ausencia de otros factores etiológicos, caracterizada por la presencia de convulsiones tónicas clónicas focales o generalizadas en embarazo mayor a 20 semanas con tensión arterial igual o mayor a 140/90 mmHg. Además presenta proteinuria en tirilla positiva +/++/+++.²²

2.8.9. MACROSOMIA FETAL: La macrosomía fetal utilizado para describir a un niño recién nacido demasiado grande. Algunos autores sugieren un peso mayor de 4.000 g (8 libras, 13 onzas), mientras que otros proponen un peso superior a 4.100 ó 4.500 g. La macrosomía puede estar asociada con muchos factores de riesgo recogidos en los antecedentes de la paciente antes del embarazo y durante éste. Entre ellas tenemos la masa corporal previa al embarazo, la diabetes, multiparidad, embarazo prolongado, antecedentes de macrosómicos anteriores, entre otros.²⁶

2.8.10. OLIGOHIDRAMNIOS: Es la disminución patológica del líquido amniótico para una determinada edad gestacional. En el embarazo a término se considera que existe un oligoamnios cuando el volumen de líquido amniótico es inferior a 500ml.⁶

2.9. TERMINACIÓN DEL EMBARAZO

2.9.1. PARTO NORMAL: Aquel de comienzo espontáneo, desde el inicio de la labor de parto, hasta la finalización con el nacimiento de un producto en presentación cefálica, entre las 37 y 41 semanas completas de edad gestacional (OMS 1996).⁷

2.9.2. CESÁREA: Extracción del producto a través de una incisión quirúrgica en la pared anterior abdominal y útero, cuando no se puede realizar el parto vaginal por alguna complicación o riesgo para la madre y/o producto que exceden a la de esta intervención.⁷

2.10. ASPECTOS PSICOSOCIALES DEL EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES

La maternidad es un rol de la edad adulta. Cuando ocurre en el periodo en que la mujer no puede desempeñar adecuadamente ese rol, el proceso se perturba en diferente grado. Es habitual que asuman responsabilidades impropias de esta etapa de su vida, reemplazando a sus madres y privadas de actividades propias de su edad, confundiendo su rol dentro del grupo, comportándose como "*hija-madre*", cuando deberían asumir su propia identidad superando la confusión en que crecieron.²

Es frecuente el abandono de los estudios al confirmarse el embarazo o al momento de criar al hijo, lo que reduce sus futuras chances de lograr buenos empleos y sus posibilidades de realización personal al no cursar carreras de su elección. También le será muy difícil lograr empleos permanentes con beneficios sociales. Las adolescentes que son madres tienden a tener un mayor número de hijos con intervalos intergenésicos más cortos, eternizando el círculo de la pobreza.²

CAPITULO III

3.1. METODOLOGÍA

3.1.1. TIPO DE ESTUDIO

Esta es una investigación descriptiva, transversal, analítica de casos, retrospectiva.

3.2. DISEÑO DE INVESTIGACION

No experimental

3.3. UNIVERSO Y MUESTRA

El universo lo conforman 1016 pacientes embarazadas que acudieron al Hospital Obstétrico Ángela Loayza de Ollague durante el periodo de Junio a Diciembre 2014, de las cuales 335 fueron adolescentes embarazadas. Siendo la muestra 138 adolescentes que finalizaron el embarazo en parto.

3.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Que tengan edades entre 10 y 19 años.
- Que hayan finalizado el embarazo.
- Que hayan sido ingresadas para parto.

3.5. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Mayores de 20 años.
- No hayan finalizado el embarazo.
- Que sean intervenidas quirúrgicamente (cesárea).

3.6. ÁREA DE ESTUDIO

Área de hospitalización del Hospital Obstétrico Ángela Loayza de Ollague

3.6.1. SITUACIÓN GEOGRÁFICA DEL CANTÓN SANTA ROSA

El cantón Santa Rosa posee una población aproximadamente de 80.000 habitantes, contando con un área de 25.949.02 hectáreas, se encuentra ubicado en la llanura costera occidental, a 33 kilómetros de la ciudad de Machala. Sus límites son al norte con el Océano Pacífico, Machala y Pasaje. Al sur con los cantones de Huaquillas, Arenillas y Piñas. Al este con los cantones de Pasaje y Atahualpa. Al oeste con el Océano Pacífico y el cantón Arenillas. Geográficamente está ubicada en un área de muy fuerte interconexión tanto hacia el sur, con Perú como con Guayaquil y Loja.

3.6.2. ASPECTO SOCIO ECONÓMICO

El Cantón Santa Rosa es en su gran mayoría agrícola, pero también se desarrollan más actividades importantes dentro de la economía del cantón; como son las camaroneras, la minería y la ganadería lo que constituye un verdadero aporte económico para el cantón y la provincia, estas actividades producen un gran movimiento comercial dentro del cantón.

3.6.3. MARCO INSTITUCIONAL

La Ilustre Municipalidad y la Asamblea Ciudadana, en Enero de 1956 resolvió constituir la Maternidad, que adoptó el nombre de la distinguida dama, señora “Ángela Loayza de Ollague” esposa del, Presidente del Municipio cantonal, gestor de esta importante Institución.

En el año 2008 en vista de la necesidad y la afluencia de pacientes que cada vez más crecía, se empezó la construcción del actual edificio del HOSPITAL OBSTÉTRICO

ANGELA LOAYZA DE OLLAGUE en el Cantón Santa Rosa, en la Ciudadela El Bosque, en las calles Octava, Novena y La N. Teléfonos 3700890.

En Noviembre del 2013 según Acuerdo Ministerial 00004521, suscrito por Ministra de Salud Pública Mgs. Carina Vance, se expiden los lineamientos para la conformación de la nueva organización territorial de los establecimientos de Salud y se inaugura la nueva edificación.

El hospital Obstétrico Ángela Loayza de Ollague, obtuvo en su evaluación un promedio de cumplimiento del 99,6 % en el proceso de acreditación hospitalaria a cargo de acreditación Canadá Internacional, el 2 de Junio del 2015 recibió su acreditación internacional de calidad y seguridad por parte de Accreditation Canada International (ACI) gracias a su trabajo y compromiso permanente hacia la calidad de sus servicios, que se evidencia a través de este reconocimiento.

El Hospital Obstétrico Ángela Loayza de Ollague, es un Hospital Especializado de Tercer Nivel y Segundo de complejidad dentro del Ministerio de Salud Pública, destinada a brindar atención especializada al binomio madre - hijo de las usuarias que acuden a nuestra casa de salud. Somos un hospital de referencia especializado en Gineco-Obstétrica y Neonatología. El Hospital Obstétrico Ángela Loayza de Ollague cuenta con personal: Médicos Especialistas y Residentes las 24 horas del día los siete días a la semana durante los 365 días del año, Bioquímicos durante 24 horas para laboratorio y farmacia, así como para el área administrativa, técnicos, lo que nos permite brindar una atención de calidad con calidez a las usuarias que acuden a nuestra casa de salud en busca de atención.

MISIÓN

Prestar servicios de salud con calidad y calidez en el ámbito de la asistencia especializada, a través de su cartera de servicios, cumpliendo con la responsabilidad de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación de la salud integral, docencia e investigación, conforme a las políticas del Ministerio de Salud Pública y el trabajo en red, en el marco de la justicia y equidad social.

VISIÓN

Para el 2017 ser un Hospital, Acreditado Internacionalmente, que preste atención de calidad que satisfaga las necesidades y expectativas de la población bajo principios de Salud Pública y Bioética, utilizando la tecnología, infraestructura y los recursos públicos de forma eficiente y transparente.

VALORES

Respeto, inclusión, vocación de servicio, compromiso, integridad, justicia y lealtad

FUENTE: SECRETARIA HOSPITAL OBSTÉTRICO ÁNGELA LOAYZA DE OLLAGUE.

3.7. RECOLECCIÓN Y TÉCNICA DE DATOS

Como técnica se utiliza la encuesta con consentimiento informado a cada una de las adolescentes en puerperio inmediato.

3.8. RECURSOS EMPLEADOS

3.8.1. HUMANOS

- Investigador
- Pacientes adolescentes del Hospital Obstétrico Ángela Loayza de Ollague

3.8.2. FISICOS

- Papel formato A4 de 75gr., computadora e impresora.
- Fichas para recolección de información
- Lápices
- Borrador
- Transporte

3.9. PRESUPUESTO

| ACTIVIDAD | COSTOS |
|--------------------|---------------|
| TRANSPORTES | 200.00 |
| Varios | 50.00 |
| MATERIALES | |
| Hojas formato A4 | 20.00 |
| Cartuchos de tinta | 60.00 |
| Carpetas | 5.00 |
| Varios | 30.00 |
| Total : | <hr/> 365.00 |

CAPITULO IV

4.1. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

En cuanto a la frecuencia de embarazos, según la etapa de vida, se observa que de 1016 embarazos, 335 corresponde a adolescentes, lo que representa el 32.97%. Siendo un dato muy parecido o próximo al de la OMS con un promedio general del 37%.

En lo referente al grupo etario, podemos ver que, de las 335 adolescentes embarazadas, el 68,66% corresponde a las de adolescencia tardía, le sigue en frecuencia descendente las de adolescencia media con 28,95% y apenas un 2,39% representa a adolescencia temprana.

En relación a la ocupación, el 57,01 % de las adolescentes cumplen con las labores del hogar, el 42,09% están terminando sus estudios, mientras que el 0,90% se dedica a trabajar.

El 84,48% de las adolescentes no recibió información por parte de sus padres sobre salud sexual y reproductiva, refiriendo como causa vergüenza o temor para tratar estos temas, y apenas el 15,52% recibió dicha información por sus padres. Esto nos da a conocer que la calidad de educación e información sobre orientación sexual y reproductiva impartida a los/as adolescentes desde la niñez es muy deficiente, situación que vulnera sensiblemente las posibilidades de embarazo en las adolescentes.

En los datos obtenidos existe una desintegración familiar caracterizada por el 56,11% de divorcios, seguida del 22,99% de casados y el 20,90% en unión libre, surgiendo los hogares disfuncionales como una de las causas para el embarazo en las adolescentes.

En lo que concierne a la vía de terminación del embarazo en las 335 adolescentes, se puede observar que 197 de ellas, que corresponden al 58,81% finalizaron por cesárea, y 138 adolescentes, con el 41,19%, culminaron su embarazo por parto vaginal.

De acuerdo a la educación de las adolescentes que culminaron en parto, el 78,26% terminaron la secundaria, y el 21,74% finalizaron la instrucción primaria. No se encontraron pacientes analfabetas, ni con instrucción superior.

De los embarazos que culminaron por parto vaginal, se encontró que el 72,47% representa a las de adolescencia tardía, seguido del 25,36% que corresponde a la adolescencia media y el 2,17% a la adolescencia temprana.

Según al estado civil de las adolescentes el 73,19% viven en unión libre, seguida de las madres solteras con el 18,12% y las casadas con 8,69%, evidenciando la tendencia de las adolescentes a vivir en estado de unión libre.

En lo que concierne a la edad gestacional de las 138 adolescentes embarazadas, el mayor porcentaje se ubica entre las 37 y 42 semanas que corresponden al 91,31%, es decir embarazo a término, y el 7,97% corresponde a embarazos pretérminos comprendidos entre las 28 y 36 semanas.

Como podemos observar las 138 adolescentes embarazadas acudieron al control prenatal, de las cuales 126, que corresponden al 91,30%, realizaron controles adecuados, es decir más de 5 y solo 12 gestantes, que son el 8,70%, tuvieron controles insuficientes.

Según la relación entre control prenatal y nivel de instrucción, se puede observar que las adolescentes de escolaridad secundaria asistieron más a los controles correspondiendo al 91,30% y las de instrucción primaria representaron el 8,70%.

En lo referente al método de anticoncepción utilizado en las 138 adolescentes embarazadas, se demuestra que el 50,72% no utilizaron ningún método, seguidas del 36,23% que utilizaron métodos de barrera, el 11,60% utilizó anticonceptivos orales y el 1,45% inyectables.

En cuanto al lugar de procedencia de las adolescentes embarazadas que acudieron al Hospital Obstétrico Ángela Loayza de Ollague, el 52,90% corresponden al Cantón Santa

Rosa, el 12,32% a Arenillas, el 7,25% a Machala, el 2,90% a Pasaje y el 1,45% a Huaquillas, los demás cantones representan un total de 23,8%.

4.2. DISCUSIONES

Según un estudio titulado Prevalencia de Embarazo y Factores de Riesgo Asociados en las Adolescentes del Hospital Obstétrico “Ángela Loayza de Ollague” Santa Rosa-El Oro 2012., de autoría de Lorena Chitacapa, Jhoana Fernández, Edison Luna, refiere que la prevalencia del embarazo en adolescentes en este hospital y en este período de tiempo fue del 27.2 %; la edad promedio de las adolescentes gestantes fue 17.1 años, el porcentaje de embarazos no planificados correspondieron al 95.1%. El factor del no uso de anticoncepción presentó significancia con el 75%. En cifra comparada con el presente trabajo de investigación, determina que la prevalencia de embarazos en adolescentes no ha disminuido sino por el contrario sigue en ascenso representado por el 32,97% de las 1016 embarazadas que asistieron a Hospital, en cuanto a la anticoncepción hay una declinación con el 54,92%. La unión libre, como estado civil, fue el que predominó en el grupo de pacientes estudiadas con el 45%, en relación con este trabajo hay un incremento con el 73,19%. La edad promedio de las madres adolescentes fue de 18.1 años, lo cual se asemeja a los resultados encontrados en mi estudio, correspondiendo al grupo de adolescencia tardía.

De acuerdo con el último Censo de Población y Vivienda, realizado en 2010, en el país hay 346 700 niñas, de las cuales 2.080 ya han sido madres. Si bien la cifra representa menos del 1% del total, da cuenta de un incremento del 74% en los 10 últimos años. A ello se suma una alta tasa de embarazos en adolescentes de 15 a 19 años. En efecto, de 705 163 adolescentes censadas en el Ecuador, 121. 288 jóvenes, es decir el 17,2%, ha sido madre. Estas cifras ubican al Ecuador liderando la lista de países andinos con el mayor número de embarazos en niñas y adolescentes.

Otros resultados de prevalencia de embarazos en adolescentes como en el Hospital Vicente Corral Moscoso de Cuenca en el 2010 fue 23. 4%, Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora en el año 2012 el 25.2%, no ha disminuido sino por el contrario sigue en ascenso. Por lo tanto sigue siendo una de las más altas de la región.

Según la encuesta demográfica y de salud materna e infantil, Endemaín y el Ministerio de Salud, en el Ecuador dos de cada tres adolescentes de 15 a 19 años sin educación son madres o están embarazadas por primera vez; la tasa de fecundidad de adolescentes aumenta en un 30 por ciento en las zonas rurales en comparación con las urbanas.

Otro estudio titulado “Incidencia del embarazo en la adolescencia en mujeres de 12 a 18 años en Maternidad Mariana de Jesús” de Septiembre 2012 a Febrero del 2013., indica que la terminación del embarazo en este tipo de pacientes, fue la cesárea con el 60%, seguido del parto vaginal con un 40 %. En similitud con el actual trabajo investigativo se puede observar que el 58,81% es finalizado por cesárea, y apenas un 41,19% es por parto vaginal.

Teniendo como referencia al servicio Obstétrico del Hospital Provincial General de Latacunga un estudio realizado durante el período septiembre 2009 a marzo 2010 mostró que la incidencia de embarazo en las adolescentes fue 17.29% (415 casos), las características de estas adolescentes fueron: edad entre 14a 18 años (43%), instrucción secundaria completa (72%), recibieron tratamiento clínico (parto eutócico) (83%). Entre las complicaciones obstétricas están: Aborto incompleto 19%, DCP 19%, APP 12%, ITU 12%, presentación fetal distócica 12%, preeclampsia 8%, expulsivo prolongado 5%, eclampsia 1%.

Durante el período 2000-2005 el mayor porcentaje de embarazos adolescentes se ubica en América Latina y el Caribe (16.3%) seguido por África (15.8%). Norteamérica (12.2%), y finalmente Europa (7.0%). En América Latina, el país con mayor incidencia de embarazo adolescente fue Venezuela (20.5%), seguido de Brasil (18.0%), Colombia (16.9%), Uruguay (15.8%), Ecuador (14.5%), Bolivia (14.1%), Argentina (13.6), Paraguay (13.4%), Perú (11.6%) y Chile (10.2%)

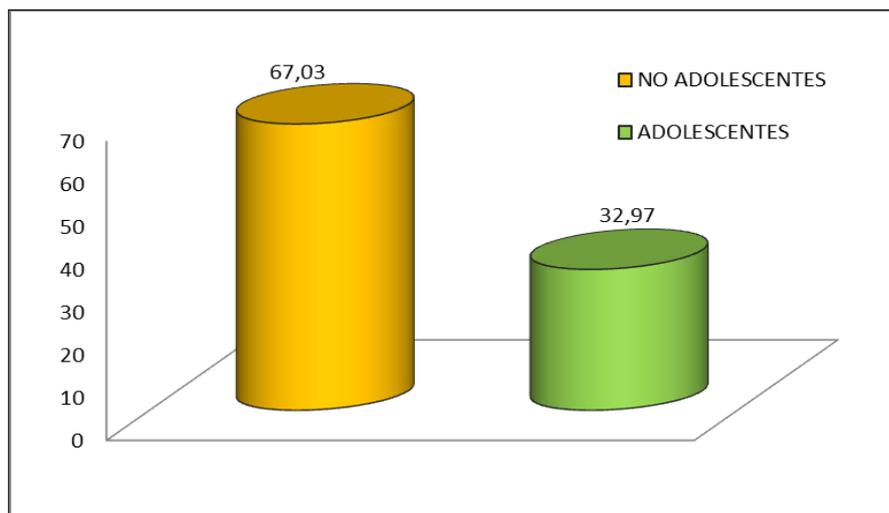
Con el presente estudio, pude conocer cuál es la realidad en torno a la salud sexual y reproductiva de las adolescentes embarazadas, es vital en un futuro poder implementar planes de acción y prevención para disminuir las tasas de embarazo en adolescentes.

CUADRO 1: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE 1016 PACIENTES EMBARAZADAS, SEGÚN SU ETAPA DE VIDA.

| SEGÚN SU ETAPA DE VIDA | CANTIDAD DE EMBARAZOS | DATOS EN PORCENTAJE |
|------------------------|-----------------------|---------------------|
| No adolescentes | 681 | 67,03 |
| Adolescentes | 335 | 32,97 |
| TOTAL | 1016 | 100 % |

FUENTE: Áreas de Hospitalización del Hospital Obstétrico Ángela Loayza de Ollague

GRAFICO 1: Los resultados explicados en el cuadro 1 se puede visualizar claramente de la siguiente manera.



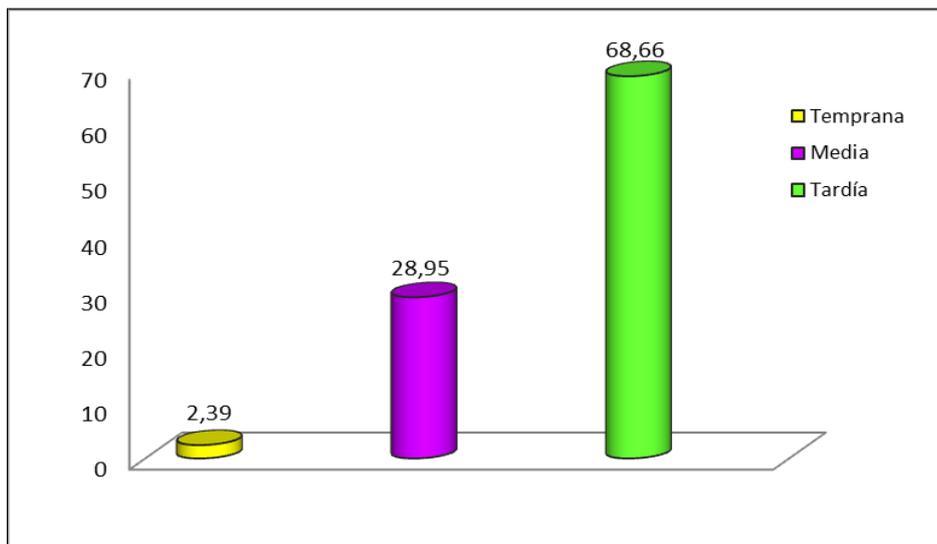
FUENTE: Cuadro #1

CUADRO 2: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE 335 ADOLESCENTES EMBARAZADAS, SEGÚN LA EDAD.

| TIPO DE ADOLESCENCIA SEGÚN LA EDAD | NUMERO DE PERSONAS ENCUENTADAS | DATOS EN PORCENTAJE |
|------------------------------------|--------------------------------|---------------------|
| De 10 -13 años | 8 | 2,39 |
| De 14 – 16 años | 97 | 28,95 |
| De 17- 19 años | 230 | 68,66 |
| TOTAL | 335 | 100 % |

FUENTE: Áreas de Hospitalización del Hospital Obstétrico Ángela Loayza de Ollague

GRAFICO 2: Los resultados explicados en el cuadro 2 se puede visualizar claramente de la siguiente manera.



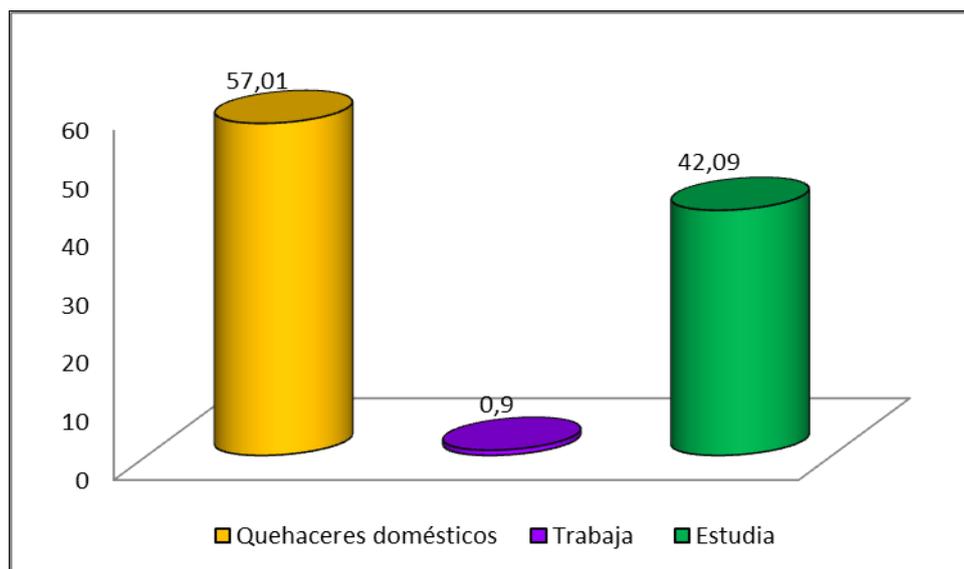
FUENTE: Cuadro #2

CUADRO 3: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE 335 ADOLESCENTES, SEGÚN SU OCUPACIÓN.

| OCUPACIÓN | NUMERO DE PACIENTES ENCUESTADAS | VALOR EN PORCENTAJE % |
|-----------------------|---------------------------------|-----------------------|
| Quehaceres domésticos | 191 | 57,01 |
| Trabaja | 3 | 0,90 |
| Estudia | 141 | 42,09 |
| Total | 335 | 100 % |

FUENTE: Áreas de Hospitalización del Hospital Obstétrico Ángela Loayza de Ollague

GRAFICO 3: Los resultados explicados en el cuadro 3 se puede visualizar claramente de la siguiente manera.



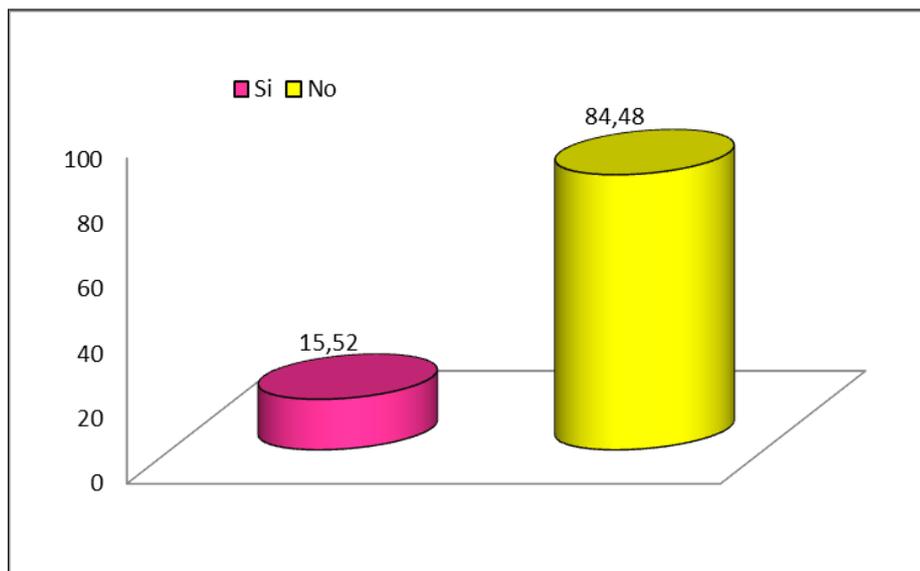
FUENTE: Cuadro #3

CUADRO 4: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE 335 ADOLESCENTES, QUE RECIBIERON INFORMACIÓN DE SUS PADRES SOBRE ANTICONCEPCIÓN.

| DIALOGO CON PADRES | NUMERO DE PACIENTES ENCUESTADAS | VALOR EN PORCENTAJE |
|--------------------|---------------------------------|---------------------|
| Si | 52 | 15,52 |
| No | 283 | 84,48 |
| TOTAL | 335 | 100% |

FUENTE: Áreas de Hospitalización del Hospital Obstétrico Ángela Loayza de Ollague

GRAFICO 4: Los resultados explicados en el cuadro 4 se puede visualizar claramente de la siguiente manera.



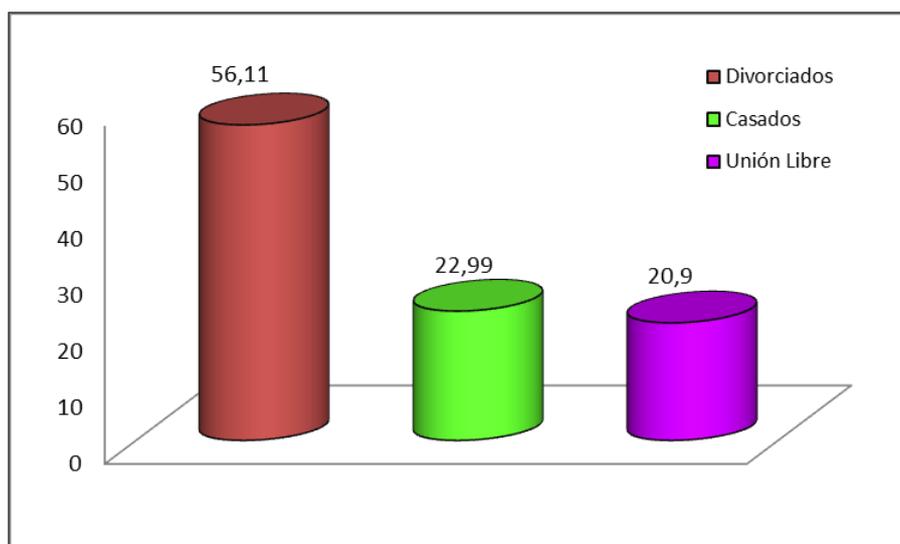
FUENTE: Cuadro #4

CUADRO 5: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN EL ESTADO CIVIL DE LOS PADRES DE LAS 335 ADOLESCENTES EMBARAZADAS.

| ESTADO CIVIL DE LOS PADRES | NÚMERO | VALOR EN PORCENTAJE |
|----------------------------|------------|---------------------|
| Divorciados | 188 | 56,11 |
| Casados | 77 | 22,99 |
| Unión Libre | 70 | 20,90 |
| TOTAL | 335 | 100% |

FUENTE: Áreas de Hospitalización del Hospital Obstétrico Ángela Loayza de Ollague

GRAFICO 5: Los resultados explicados en el cuadro 5 se puede visualizar claramente de la siguiente manera.



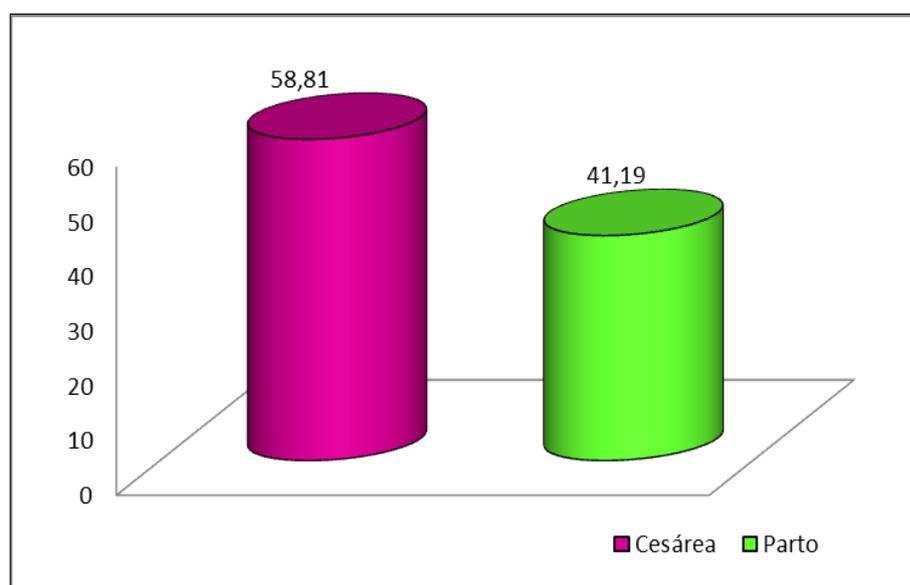
FUENTE: Cuadro #5

CUADRO 6: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE 335 ADOLESCENTES EMBARAZADAS, SEGÚN LA VÍA DE TERMINACIÓN DEL EMBARAZO.

| MÉTODOS EN LA TERMINACIÓN DEL EMBARAZO | NUMERO DE PACIENTES ENCUESTADAS | VALOR EN PORCENTAJE |
|---|--|----------------------------|
| Cesárea | 197 | 58,81 |
| Parto | 138 | 41,19 |
| TOTAL | 335 | 100% |

FUENTE: Áreas de Hospitalización del Hospital Obstétrico Ángela Loayza de Ollague

GRAFICO 6: Los resultados explicados en el cuadro 6 se puede visualizar claramente de la siguiente manera



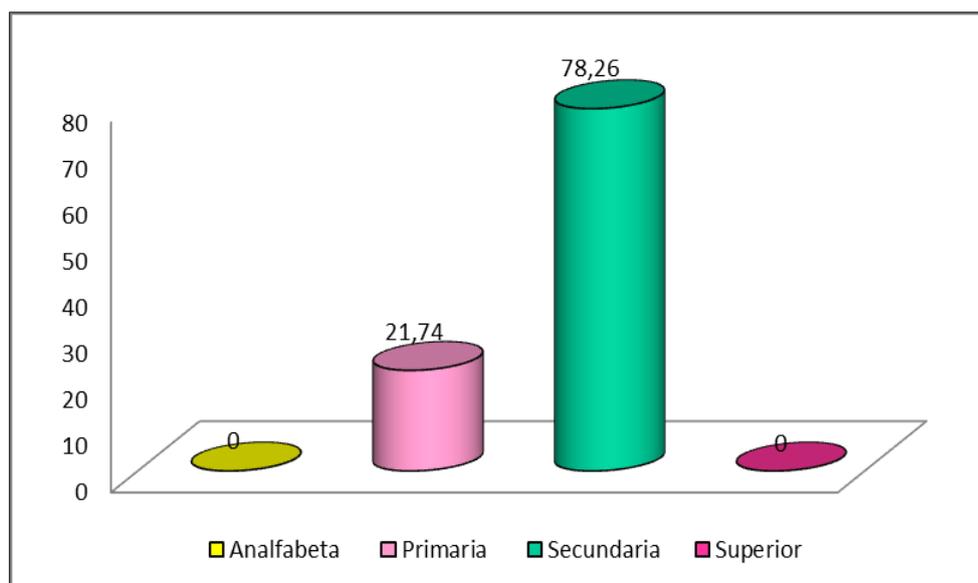
FUENTE: Cuadro #6

CUADRO 7: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE 138 ADOLESCENTES EMBARAZADAS, SEGÚN SU NIVEL DE INSTRUCCIÓN.

| NIVEL DE INSTRUCCIÓN | NUMERO DE ADOLESCENTES ENCUESTADAS | VALOR EN PORCENTAJE |
|----------------------|------------------------------------|---------------------|
| Analfabeta | 0 | 0 |
| Primaria | 30 | 21,74 |
| Secundaria | 108 | 78,26 |
| Superior | 0 | 0 |
| TOTAL | 138 | 100% |

FUENTE: Áreas de Hospitalización del Hospital Obstétrico Ángela Loayza de Ollague

GRAFICO 7: Los resultados explicados en el cuadro 7 se puede visualizar claramente de la siguiente manera.



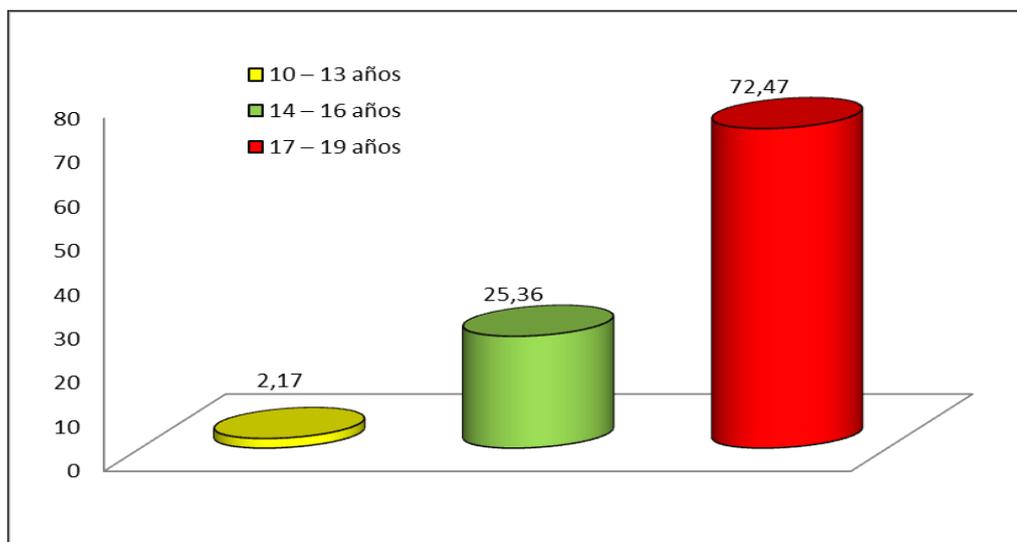
FUENTE: Cuadro #7

CUADRO 8: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR EDADES DE 138 ADOLESCENTES EMBARAZADAS, QUE FINALIZARON EL EMBARAZO POR PARTO.

| GRUPO POR EDADES | FINALIZACION DEL EMBARAZO POR PARTO VAGINAL | VALOR EN PORCENTAJE |
|-------------------------|--|----------------------------|
| 10 – 13 años | 3 | 2,17 |
| 14 – 16 años | 35 | 25,36 |
| 17 – 19 años | 100 | 72,47 |
| TOTAL | 138 | 100% |

FUENTE: Áreas de Hospitalización del Hospital Obstétrico Ángela Loayza de Ollague

GRAFICO 8: Los resultados explicados en el cuadro 8 se puede visualizar claramente de la siguiente manera.



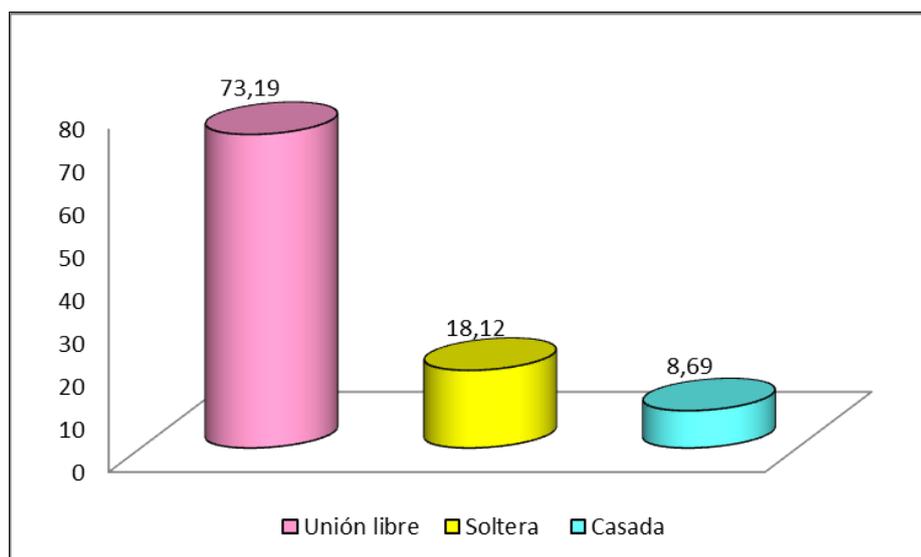
FUENTE: Cuadro #8

CUADRO 9: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE 138 ADOLESCENTES EMBARAZADAS, SEGÚN SU ESTADO CIVIL.

| ESTADO CIVIL | NUMERO DE PACIENTES ENCUESTADAS | VALOR EN PORCENTAJE |
|--------------|---------------------------------|---------------------|
| Unión libre | 101 | 73,19 |
| Soltera | 25 | 18,12 |
| Casada | 12 | 8,69 |
| TOTAL | 138 | 100% |

FUENTE: Áreas de Hospitalización del Hospital Obstétrico Ángela Loayza de Ollague

GRAFICO 9: Los resultados explicados en el cuadro 9 se puede visualizar claramente de la siguiente manera



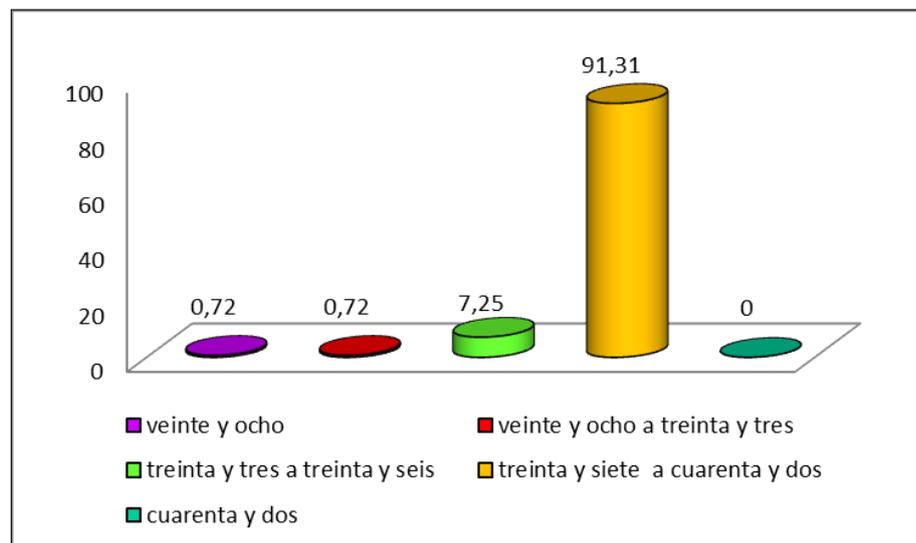
FUENTE: Cuadro #9

CUADRO 10: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE 138 ADOLESCENTES EMBARAZADAS, SEGÚN LA EDAD GESTACIONAL.

| EDAD GESTACIONAL EN SEMANAS | NUMERO DE PACIENTES ENCUESTADAS | VALOR EN PORCENTAJE |
|-----------------------------|---------------------------------|---------------------|
| - 28 | 1 | 0,72 |
| 28 - 32 | 1 | 0,72 |
| 33 - 36 | 10 | 7,25 |
| 37 - 42 | 126 | 91,31 |
| + 42 | 0 | 0 |
| TOTAL | 138 | 100% |

FUENTE: Áreas de Hospitalización del Hospital Obstétrico Ángela Loayza de Ollague

GRAFICO 10: Los resultados explicados en el cuadro 10 se puede visualizar claramente de la siguiente manera



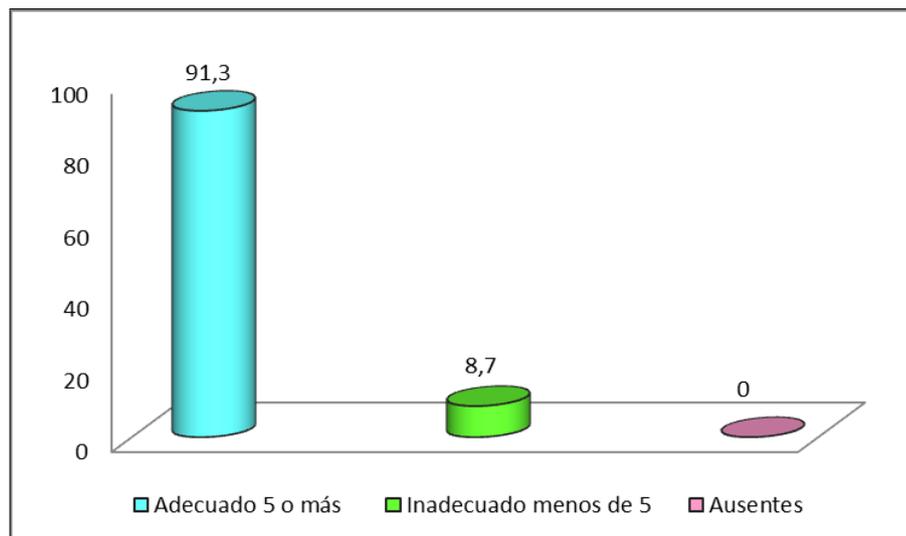
FUENTE: Cuadro #10

CUADRO 11: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE 138 ADOLESCENTES EMBARAZADAS, SEGÚN LOS CONTROLES PRENATALES.

| CONTROL PRENATAL | NUMERO DE PACIENTES ENCUESTADAS | VALOR EN PORCENTAJE |
|--------------------------|--|----------------------------|
| Adecuado 5 o más | 126 | 91,30 |
| Inadecuado Menos de 5 | 12 | 8,70 |
| Ausentes | 0 | 0 |
| TOTAL | 138 | 100% |

FUENTE: Áreas de Hospitalización del Hospital Obstétrico Ángela Loayza de Ollague.

GRAFICO 11: Los resultados explicados en el cuadro 11 se puede visualizar claramente de la siguiente manera



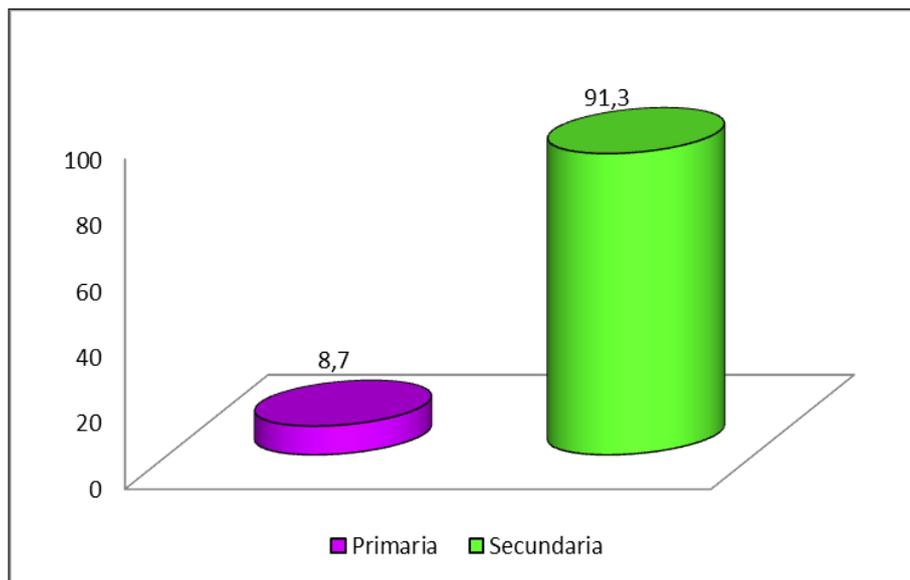
FUENTE: Cuadro #11

CUADRO 12: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE 138 ADOLESCENTES EMBARAZADAS, SEGÚN CONTROL PRENATAL Y NIVEL DE INSTRUCCIÓN.

| INSTRUCCIÓN | CONTROL PRENATAL ADECUADO | CONTROL PRENATAL INADECUADO |
|--------------------|----------------------------------|------------------------------------|
| Primaria | 12 | 8,70 |
| Secundaria | 126 | 91,30 |
| TOTAL | 138 | 100% |

FUENTE: Áreas de Hospitalización del Hospital Obstétrico Ángela Loayza de Ollague.

GRAFICO 12: Los resultados explicados en el cuadro 12 se puede visualizar claramente de la siguiente manera.



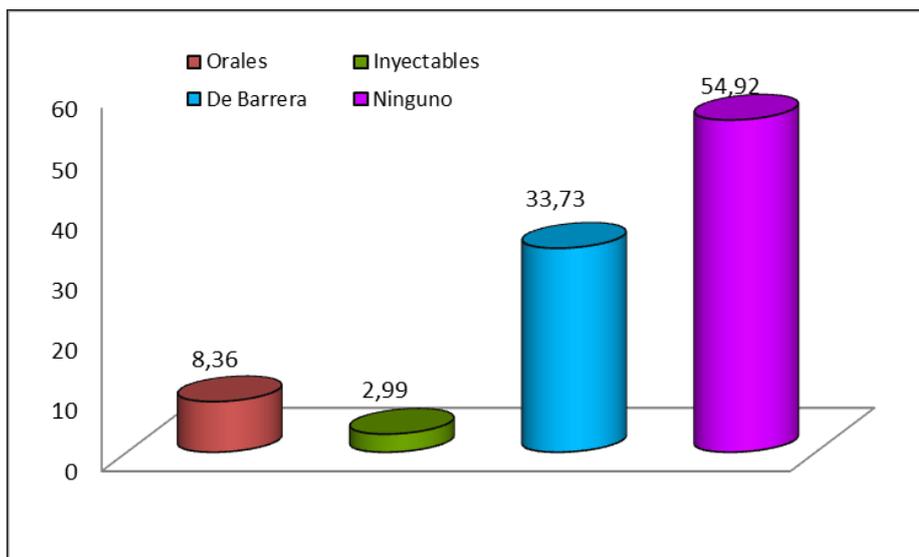
FUENTE: Cuadro #12

CUADRO 13: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE 138 ADOLESCENTES EMBARAZADAS, SEGÚN EL MÉTODO ANTICONCEPTIVO UTILIZADO.

| MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS | NUMERO DE PACIENTES ENCUESTADAS | VALOR EN PORCENTAJE |
|-------------------------|---------------------------------|---------------------|
| Orales | 16 | 11,60% |
| Inyectables | 2 | 1,45 |
| De Barrera | 50 | 36,23 |
| Ninguno | 70 | 50,72 |
| TOTAL | 138 | 100% |

FUENTE: Áreas de Hospitalización del Hospital Obstétrico Ángela Loayza de Ollague.

GRAFICO 13: Los resultados explicados en el cuadro 13 se puede visualizar claramente de la siguiente manera.



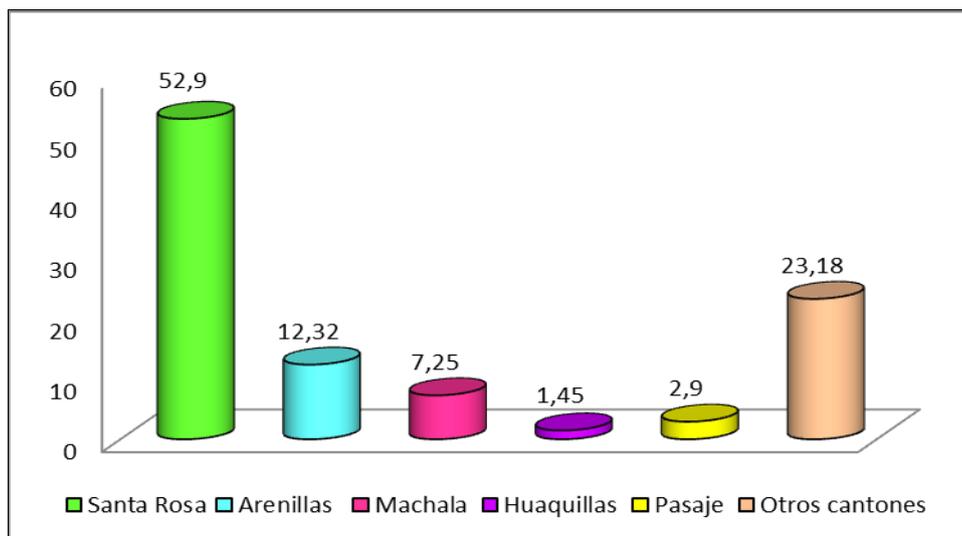
FUENTE: Cuadro #13

CUADRO 14: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE 138 ADOLESCENTES EMBARAZADAS, SEGÚN EL LUGAR DE PROCEDENCIA.

| LUGAR DE RESIDENCIA | NUMERO DE PACIENTES | VALOR EN PORCENTAJE |
|---------------------|---------------------|---------------------|
| Santa Rosa | 73 | 52,90 |
| Arenillas | 17 | 12,32 |
| Machala | 10 | 7,25 |
| Huaquillas | 2 | 1,45 |
| Pasaje | 4 | 2,90 |
| Otros cantones | 32 | 23,18 |
| TOTAL | 138 | 100% |

FUENTE: Áreas de Hospitalización del Hospital Obstétrico Ángela Loayza de Ollague.

GRAFICO 14: Los resultados explicados en el cuadro 14 se puede visualizar claramente de la siguiente manera



FUENTE: Cuadro #14

CAPITULO V

5.1. CONCLUSIONES

Terminado el presente trabajo de titulación, realizado en el Hospital Obstétrico Ángela Loayza de Ollague, de la ciudad de Santa Rosa, desde Junio a Diciembre del 2014, se han revisado 335 casos de pacientes embarazadas, de las cuales 138 fueron adolescentes que acudieron al servicio de admisión de dicho hospital.

Este estudio es de mucha importancia por cuanto me permite establecer las siguientes conclusiones:

1. Que la incidencia de adolescentes embarazadas es más frecuente en las edades comprendidas entre los 17-19 años, en frecuencia descendente siguen las adolescentes de 14-16 años, y las adolescentes de 10-13 años. Representado por un alto índice de hogares disfuncionales lo que hace a este grupo ser más vulnerables a sufrir embarazos.
2. Que hay predominio de los embarazos a término, ya que 126 pacientes cursaron con gestación comprendidas entre las 37 y 42 semanas y fueron atendidas por parto. Solo se produjeron 12 partos pretérminos entre las 28 y 36 semanas.
3. Que, según el estudio realizado se concluye que las adolescentes que cursaban con un nivel de instrucción secundaria, asistieron a los controles prenatales con más frecuencia que aquellas que tenían educación primaria. Esto me permite deducir la importancia de la educación en las adolescentes, en relación al control prenatal, para prevenir la presencia de embarazos de alto riesgo, y así evitar un crecido tributo de vidas maternoinfantiles, muy a menudo evitables.

CAPITULO VI

6.1. RECOMENDACIONES

Al concluir el presente estudio y dado el gran peligro que representa para la adolescente poseer un embarazo, en algunos casos de alto riesgo me siento obligada a dar algunas recomendaciones a quienes, de una u otra forma, participan con mayor o menor responsabilidad, en la aparición de este problema social.

Es por ello que, para enfrentar esta problemática de las adolescentes, deberíamos esperar:

1. Que las políticas implementadas por el Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Inclusión Económica y Social, Ministerio de Educación y otros, se ejecuten de manera adecuada con la difusión de programas relacionados a prevenir embarazos a edades tempranas, brindando al adolescente información clara, sobre su sexualidad, lo que puede lograrse mediante el fortalecimiento de las habilidades del personal de salud para mejorar el diálogo con adolescentes y formar alianzas con las organizaciones de la comunidad y fortalecer el liderazgo de jóvenes.
2. Fomentar la participación de los padres en talleres sobre educación sexual y reproductiva, donde puedan adquirir conocimientos de forma adecuada y profesional, para que en lo posterior sea transmitida a sus hijos.
3. Insistir en las adolescentes, ya que siendo ellas el eje sobre el cual gira su embarazo, deben hacer conciencia de la importancia de su estado para precautelar posibles complicaciones que podrían causar la destrucción de la unidad materno fetal. Lo ideal es el oportuno control prenatal desde etapas tempranas de su gestación a cargo del médico especialista.

CAPITULO VII

7.1. BIBLIOGRAFÍA

1. Trillo V, Loreto N, Figueroa C. Año 10; No 49: Especial No 1. CULCyT//Enero-Abril 2013.
Disponible en: <http://erevistas.uacj.mx/ojs/index.php/culcyt/article/view/140/138>
2. Issler J. Revista de Posgrado de la Cátedra VIa Medicina N° 107 - Agosto/2001.
Página: 11-23
Disponible en: http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html
3. American Psychological Association. 750 First St. NE, Washington, DC 200024242.
2014. Disponible en: <http://www.apa.org/centrodeapoyo/adolescencia.aspx>
4. Rangel JL, Valerio L, Patiño J, Gracia M. Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada. Revista Fac. Med. UNAM. Vol. 47. N°1. México Enero-Febrero, 2004
5. Embarazo adolescentes y madres jóvenes en Mexico: una visión desde el Promajoven. Primera edición, 2012. ISBN978-607-9200-63-3. Disponible en: http://www.promajoven.sep.gob.mx/archivos/titulos/Embarazo_Adolescente.pdf
6. Rigol O. Obstetricia y Ginecología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004.Reimpresion 2011. ISBN:959-7132-98-2
7. Norma y Protocolo Materno, Agosto. Quito.2008. Disponible en: <http://www.conasa.gob.ec/codigo/publicaciones/MaternoNeonatal/2.%20Componente%20Normativo%20Materno.pdf>
8. Saez V. Morbilidad de la madre adolescente. Rev Cubana Obstet Ginecol [online]. 2005, vol.31, n.2, pp. 0-0. ISSN 1561-3062. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v31n2/gin03205.pdf>
9. Peláez Mendoza Jorge. Adolescente embarazada: características y riesgos. Rev Cubana Obstet Ginecol [revista en la Internet]. 1997 Jun [citado 2015 Sept. 25] ; 23(1): 13-17. . ISSN 1561-3062.
Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X1997000100003&lng=es

10. Instituto nacional de estadísticas y censos. INEC. Censo 2010. Disponible en:
http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Manu-lateral/Resultados-provinciales/el_oro.pdf
11. Ministerio de salud pública. Diagnóstico y tratamiento de la anemia en el embarazo. Guía de Práctica Clínica. Dirección Nacional de Normatización-MSP; Quito.2014. ISBN 978-9942-07-570-3. Disponible en:
<http://instituciones.msp.gob.ec/documentos/Guias/guias%202014/GPC%20Anemia%20en%20el%20embarazo.pdf>
12. Clavijo Balart Idalberto, Rodríguez Tabares Alejandro, González Montero Ramón. Condilomatosis vulvar grave. MEDISAN [revista en la Internet]. 2010 Abr [citado 2015 Sept 10]; 14(3):ISSN1029-3019. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192010000300014&lng=es.
13. Martínez FO. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas. Volumen 19, Núm. 4, Octubre-Diciembre 2014. disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/quirurgicas/rmq-2014/rmq144a.pdf>
14. Menéndez Guerrero Gilberto Enrique, Navas Cabrera Inocencia, Hidalgo Rodríguez Yusleidy, Espert Castellanos José. El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. Rev Cubana Obstet Ginecol [revista en la Internet]. 2012 Sep [citado 2015 Agosto 01] ; 38(3): 333-342. ISSN 0138-600X. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000300006&lng=es
15. Panduro-Barón JG, Jiménez--Castellanos PM, Pérez-Molina JJ, Panduro-Moore EG, Peraza--Martínez D, Quezada-Figueroa NA. Embarazo en adolescentes y sus repercusiones materno perinatales. Ginecol Obstet Mex 2012;80(11):694-704
Disponible en:
http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/williamsoler/repercusiones_materno_perinatales.pdf
16. León P, Minassian M, Borgoño R., Bustamante F. Rev. Ped. Elec. [en línea] 2008, Vol 5, N° 1. ISSN 0718-0918 Disponible en:
http://clasev.net/v2/pluginfile.php/37834/mod_resource/content/1/5_EMBARAZO%20ADOLESCENTE.pdf

17. Organización Panamericana de la Salud. Porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años que son madres o están embarazadas.
Disponible en:
<http://www.cepal.org/mujer/noticias/noticias/0/33810/Embarazoadolescente.pdf>
18. Mafla AC. Adolescencia: Cambios bio-psicosociales y salud oral. Colombia Médica. 2008; Vol. 39 N° 1
Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/cm/v39n1/v39n1a6.pdf>
19. Idrovo I. Prevención Del Embarazo Subsecuente En Adolescentes. Centro De Salud De Catamayo. 2010. Tesis Magíster. Universidad de Guayaquil. Guayaquil. 2012.
20. Rodríguez V. “Incidencia del embarazo en la adolescencia en mujeres de 12 a 18 años en maternidad Mariana de Jesús” de Septiembre 2012 a Febrero del 2013. Tesis para Obstetra. Universidad de Guayaquil. Guayaquil. 2013.
Disponible en: [Repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/1978](http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/1978)
21. Ministerio de Salud Pública. Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención de Embarazo en Adolescentes (ENIPLA). Sexualidad sin misterios. Quito. 2013
22. Ministerio de Salud Pública. Trastornos hipertensivos del embarazo. Guía de Práctica Clínica. Dirección Nacional de Normatización-MSP; Quito.2013. ISBN-978-9942-07-466-9. Disponible en:
http://instituciones.msp.gob.ec/documentos/Guias/Guia_de_trastornos_hipertensivos.pdf
23. Ochoa A, Pérez Dettoma J. Amenaza de parto prematuro: Rotura prematura de membranas. Corioamnionitis. Anales Sis San Navarra [revista en la Internet].2009 [citado 2015 Ago 15]; 32(1): ISSN1137-6627. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272009000200011&lng=es.
24. Cruz M. Embarazo en adolescentes y comunicación familiar. Licenciatura Trabajo Social. Universidad de Guadalajara, México. Junio. 2011 Disponible en:
<http://www.margen.org/suscri/margen61/marquez.pdf>

25. Aliño M, López J, Navarro R. Adolescencia: Aspectos generales y atención a la salud. Rev Cubana Med Gen Integr [online]. 2006, vol.22, n.1, pp. 0-0. ISSN 1561-3038. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol22_1_06/mgi09106.htm
26. Cutié Bressler Marta Lucía, Figueroa Mendoza Mariela, Segura Fernández Anadys B, Lestayo Dorta Constantino Macrosomía fetal: Su comportamiento en el último quinquenio. Rev Cubana Obstet Ginecol [revista en la Internet]. 2002 Abr [citado 2015 Oct 01] ; 28(1): 34-41
Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2002000100006&lng=es.

ANEXOS

INGRESO AL HOSPITAL OBSTÉTRICO ÁNGELA LOAYZA DE OLLAGUE



