

33

EDUCACIÓN SEXUAL Y FACTORES ASOCIADOS AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN EL CANTÓN TAISHA

SEX EDUCATION AND FACTORS ASSOCIATED WITH ADOLESCENT PREGNANCY IN THE TAISHA CANTON

Ana Lucía Quezada Cabrera¹

E-mail: ana.quezada.87@est.ucacue.edu.ec

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1498-8681>

Nancy Yolanda Fernández-Aucapiña¹

E-mail: nfernandez@ucacue.edu.ec

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9137-5104>

Bertha Janet Cárdenas Lata¹

E-mail: bcardenasl@ucacue.edu.ec

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2523-8309>

¹ Universidad Católica de Cuenca. Ecuador.

Cita sugerida (APA, séptima edición)

Quezada Cabrera, A. L., Fernández-Aucapiña, N. Y., & Cárdenas Lata, B. J. (2023). Educación sexual y factores asociados al embarazo en adolescentes en el Cantón Taisha. *Revista Conrado*, 19(S1), 302-309.

RESUMEN

Los datos estadísticos reflejan que Ecuador tiene una tasa alta de embarazo adolescente lo que constituye un problema para la salud, ya que el embarazo adolescente trae consigo factores de riesgo. Se realizó un estudio descriptivo con método cuantitativo que involucró 323 adolescentes embarazadas en edades comprendidas entre 14 a 19 años, en los establecimientos de salud del I Nivel de Atención en el periodo 2022. El objetivo fue determinar algunos factores asociados al embarazo en la adolescencia en el cantón Taisha, Ecuador. En la investigación predominó el difícil acceso a los establecimientos de salud con una distancia mayor a 40Km del II Nivel de Atención. Prevalenció el grupo de 19 años 28.48%, etnia Shuar 75.54%, solteras 58.82%, primigestas 82.04% que tuvieron su parto en el domicilio 33.44%. Predominó la no utilización de métodos anticonceptivos y las morbilidades maternas neonatales que ameritaron referir a las gestantes al II Nivel de Atención, sobresalió el antecedente de infección de vías urinarias en el embarazo, la hemorragia tardía o excesiva después de un aborto espontáneo y la sepsis bacteriana del recién nacido en este estudio. Los establecimientos de salud del I Nivel de Atención se encuentran en zonas de difícil acceso lo que dificulta una atención plena y oportuna a la población por lo que se debe establecer una estrategia que garantice el acceso a los servicios.

Palabras clave:

Embarazo, adolescencia, gestantes, riesgos, complicaciones.

ABSTRACT

Statistical data show that Ecuador has a high rate of adolescent pregnancy, which constitutes a health problem, since adolescent pregnancy brings with it risk factors. A descriptive study was conducted with a quantitative method involving 323 pregnant adolescents between 14 and 19 years of age, in health facilities of the first level of care in the period 2022. The goal was to determine some factors associated with adolescent pregnancy in Taisha canton, Ecuador. The research was dominated by difficult access to health facilities with a distance of more than 40 km from the second level of care. The predominant age group was 19 years old 28.48%, Shuar ethnicity 75.54%, single 58.82%, primigravidae 82.04% who gave birth at home 33.44%. Non-use of contraceptive methods predominated and maternal neonatal morbidities that merited referring pregnant women to the II Level of Care stood out the history of urinary tract infection in pregnancy, late or excessive bleeding after spontaneous abortion and bacterial sepsis of the newborn in this study. The health facilities of the I Level of Care are located in areas of difficult access which makes it difficult to provide full and timely care to the population; therefore, a strategy should be established to guarantee access to services.

Keywords:

Pregnancy, adolescence, pregnant women, risks, complications.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es el periodo en que una persona alcanza la capacidad reproductiva, es la transición de la niñez a la edad adulta va de los 10 y 19 años y consta a su vez de tres subfases: a) Adolescencia temprana de 10 a 13 años, b) Adolescencia media de 14 a 16 años y c) Adolescencia tardía que va desde los 17 a 19 años (Valdiviezo et al., 2021).

Por otra parte, el Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS describe los cuidados a personas y familias, teniendo en cuenta las características y necesidades de cada grupo etario en función del enfoque de género. Por lo que, divide a la adolescencia en dos etapas: la primera etapa comprende la adolescencia entre las edades de 10 a 14 años y la segunda entre los 15 a 19 años (Ecuador. Ministerio de Salud Pública, 2018).

A nivel mundial, el embarazo en mujeres muy jóvenes es considerado un problema de salud porque al ser un evento no planeado y en otros casos no deseado la situación se agrava cuando se pone en peligro la salud de las madres y los recién nacidos, cuando la economía de la madre no le permite satisfacer sus necesidades y las del hijo, cuando los servicios de salud no son accesibles por diversos factores o por un entorno social desigual, todos estos aspectos a corto o largo plazo cambian la vida de las jóvenes.

Los embarazos adolescentes están asociados con un mayor riesgo de complicaciones maternas y perinatales, como lo demuestran las altas tasas de embarazo lo que genera significativas preocupaciones de salud pública. Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), de los nacidos vivos en el Ecuador, tres de cada 1.000 son hijos de jóvenes entre 10 y 14 años y 80 de cada 1.000 nacidos vivos son hijos de adolescentes de 15 a 19 años. La mayor tasa de natalidad se da entre las mujeres con menor nivel educativo que viven en el sector rural, este indicador se agrava en el caso de las jóvenes de 10 a 14 años, donde nueve de cada diez tuvieron su primera relación sexual con personas mayores a ellas y de éstas, ocho de cada cien quedaron embarazadas de hombres de 30 años o más (Soliz Ordoñez, 2021; Cedeño-Marín et al., 2022).

Por otra parte, según datos publicados por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2022), en el 2021 se registraron 251.106 nacidos vivos, de los cuales 2,2 nacidos vivos son cada mil niñas de 10 a 14 años y por cada mil adolescentes de 15 a 19 años hay 49,4 nacidos vivos; mientras que, entre las jóvenes de Morona Santiago la tasa de nacidos vivos es de 89,1 (Estadísticas Vitales, 2022).

Para la presente investigación se analizó la tasa de embarazo en las adolescentes de 14 a 19 años en el Cantón Taisha. El Cantón Taisha se considera un área de difícil acceso, por lo que, la mayor parte de partos que se dan en el hogar presentan complicaciones perinatales a largo plazo sin olvidar los factores psicosociales que provocan disfunciones en la familia y los nuevos roles creados por esta situación.

El impacto que genera el embarazo precoz en la vida de las adolescentes significa cambios; por lo que, requiere un abordaje integral y multidisciplinario de los condicionantes, y con ello la identificación oportuna de los factores de riesgo individuales, sociales, familiares, biológicos y sus conexiones. Partiremos de la hipótesis relacionada con la edad cronológica, el entorno familiar y sociocultural, si influyen en el embarazo de las adolescentes; por lo tanto, este estudio tiene como objetivo describir los factores asociados con el embarazo adolescentes en el cantón Taisha.

Según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), 15 millones de mujeres entre los 15 y 19 años dan a luz cada año en países en vías de desarrollo, con una incidencia aproximada del 95% (Figueroa Oliva et al., 2021). Frente a esta realidad, surgen perspectivas sobre posibles efectos en la situación económica, social y emocional, desde el crecimiento de las futuras madres hasta posibles sentimientos de separación de sus hijos.

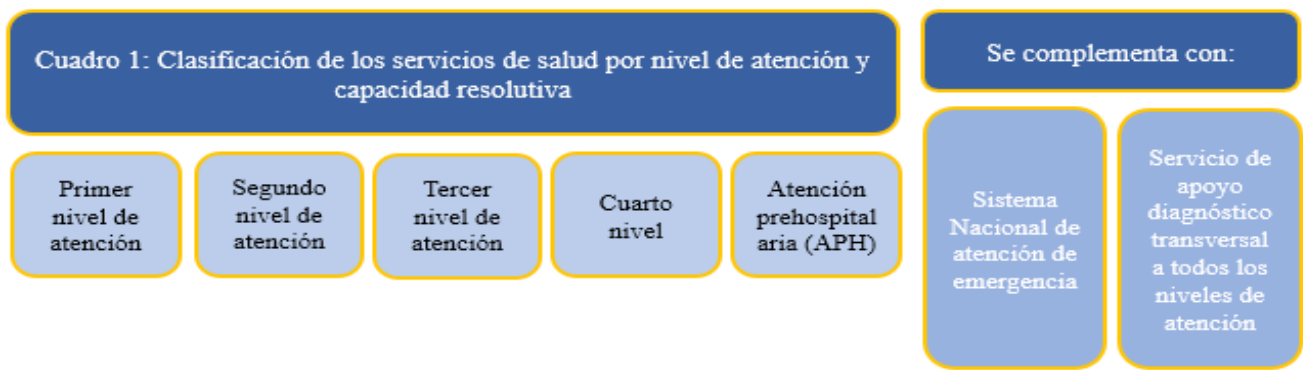
Una encuesta reciente de UNFPA que abarca el 96% de la población adolescente mundial excepto China y países de altos ingresos señalan que una de cada tres mujeres da a luz en la adolescencia, casi la mitad de estas madres adolescentes eran niñas menores de 17 años y, por lo general, tuvieron hijos durante el resto de su infancia, de todas las mujeres jóvenes en los países en desarrollo inician la maternidad durante la primera etapa de la adolescencia (Organización de las Naciones Unidas, 2022).

Bajo esta perspectiva la maternidad temprana se define como un embarazo adolescente que ocurre en las primeras etapas de la pubertad o durante y al final de la adolescencia (Mulet et al., 2021). Los problemas de salud pueden ocurrir en esta etapa, debido a que la mortalidad materna es de 2 a 5 mayor en comparación con las mujeres embarazadas de 20 a 29 años (Moreno Acero et al., 2019); es por ello, mediante la Estrategia de Atención Primaria de Salud Renovada (APS-R) el I Nivel de Atención es el más cercano a la población por su contacto directo con la colectividad, resuelven problemas de salud en corta estancia, la atención es dirigida a la familia, individuo y comunidad; y, el II Nivel de Atención comprende todas aquellas acciones y servicios de atención ambulatoria y

las que requieran hospitalización, en ambos niveles se desarrollan actividades de curación y rehabilitación enfatizando en la promoción y prevención (Ecuador. Ministerio de Salud Pública, 2018).

Considerando los modelos culturales y los efectos de los procesos reproductivos, la educación sexual integral ayuda a promover la responsabilidad colectiva de los jóvenes con programas dirigidos a la prevención del embarazo. Para los autores, las iniciativas de investigación y prevención del embarazo juvenil son fundamentales para trabajar con perspectiva de género, y urge desarrollar enfoques de ESI en los que los jóvenes para que sean actores protagónicos (Gayou Esteva et al., 2021). De esta forma, se retrasa la edad de iniciación sexual, disminuye el número de parejas sexuales y mejora la protección frente a las enfermedades de transmisión sexual.

Con la finalidad de acercar los servicios de salud y disminuir los casos de muerte materna-neonatal (Figura 1). Los médicos del I Nivel juegan un papel importante para evitar los embarazos adolescentes, asesorar el parto adolescente y el seguimiento adecuado considerando los riesgos previos al embarazo (Solano Fernández et al., 2022).



Elaborado por: Equipo SNGSP. MAIS (2018) *Componentes del Modelo de Atención Integral de Salud*, p. 85

Figura 1. Niveles de Atención del Sistema Nacional de Salud.

El embarazo adolescente también es definido como un embarazo que ocurre en una mujer entre el inicio de la edad fértil y el final de la pubertad, desde el punto de vista biopsicosocial aún no están listas para la maternidad (Figueroa Oliva et al., 2021). La biología de la pubertad presenta riesgos obstétricos debido a su edad, ya que pueden ocurrir muchas complicaciones potencialmente mortales para la madre y el recién nacido.

Un aspecto importante a considerar es el abordaje intercultural, según el Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva (2017) el enfoque de interculturalidad permite comprender la salud, salud reproductiva, sexual como: “un proceso que se construye desde las cosmovisiones, imaginarios y prácticas culturales de las diversas personas. Es así que la interculturalidad en salud se vincula como el enfoque que permite la interrelación entre culturas sanitarias distintas”.

Moreno et al. (2019), señalan que las virtudes y los valores se forman dentro de la familia y que los padres son los principales responsables de la crianza de sus hijos. Sin embargo, los cambios socioeconómicos y culturales que han ocurrido desde la industrialización han afectado las relaciones y roles de los padres. Por lo tanto, las “prácticas de crianza familiar” tale como autoritarias, permisivas, democráticas y negligentes están influenciadas por varios factores como los antecedentes socioculturales, la composición familiar y la psicología de los padres. En este sentido, las prácticas de crianza familiar difieren de padre a padre y de cultura a cultura, por lo que, los valores y la personalidad formada en los niños y adolescentes difieren según su origen sociocultural.

En el ámbito de la salud, las complicaciones obstétricas son poco frecuentes pero devastadoras, no solo para la madre y el niño, sino también para la familia y los profesionales de la salud responsables de su cuidado. Según la Organización Mundial de la Salud (2023). durante el embarazo, el parto o el puerperio señala que las complicaciones obstétricas y los factores asociados con las complicaciones pueden surgir de condiciones maternas directas, indirectas o accidentales.

Los riesgos y complicaciones asociados con el embarazo adolescente son más comunes en mujeres menores de 20 años y especialmente en las menores de 15 años. Esto se debe a las altas tasas de mortalidad o aborto, partos prolongados y distócicos, infertilidad y trastornos hipertensivos del embarazo, entre otras cosas limitan el crecimiento fetal. Estas condiciones son factores de riesgo social y de salud pública que enfrentan las adolescentes en términos de salud reproductiva y que afectan su salud mental (Buitrago Ramírez et al., 2022).

MATERIALES Y MÉTODOS

La investigación fue de tipo documental y de campo partió del alcance descriptivo con método cuantitativo que involucró a 323 adolescentes embarazadas en edades comprendidas entre 14 a 19 años que fueron captadas en las Unidades del I Nivel de Atención en el Cantón Taisha en el periodo de 2022, con la finalidad de determinar algunos factores asociados al embarazo en la adolescencia.

Se analizaron las siguientes variables: acceso a los servicios de salud, edad, etnia, estado civil, lugar de parto, paridad, utilización de métodos anticonceptivos, comorbilidades maternas (Infección de vías urinarias, amenaza de aborto, amenaza de parto pretérmino, rotura prematura de membranas, cervicovaginitis, aborto) y morbilidades perinatales (Sepsis neonatal, síndrome de dificultad respiratoria, prematuridad, malformación congénita, bajo peso al nacimiento, edad gestacional menor de 37 semanas, neumonía).

Mediante el análisis inductivo y deductivo, en el I Nivel de Atención, se analizó los datos estadísticos (No nominales), la información clínica del Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias (RDACCA) y la información registrada en la Historia Clínica Materna Perinatal-MSP (MSP/DNEAIS/DNCSS/form.051/mayo/2016) que contienen información sobre lugar de residencia, edad, autoidentificación étnica, alfabetización e instrucción estado civil, establecimiento del control prenatal, antecedentes personales, datos obstétricos, de morbilidad, complicaciones del embarazo, datos del nacimiento, postparto, prácticas interculturales, datos del recién nacido, defectos congénitos, anticoncepción y otros.

En el II Nivel de atención se analizó la información clínica materna-perinatal del libro de partos, libro de legrados, del Sistema Automatizado de Atención en Salud (SAAS) en los servicios de Emergencia y Hospitalización y del SNS-MSP/HCU-form.038/2008 Trabajo Social-Evaluación.

Las variables recolectadas se registraron en una hoja de cálculo en el programa Excel, mientras que en Word se

elaboró las bitácoras de campo, la información recolectada se tabuló y expresaron en cuadros estadísticos hasta llegar al cumplimiento del objetivo de esta investigación y obtener conclusiones.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En el cantón Taisha, el I Nivel de Atención está conformado por veinte establecimientos de salud (4 Centros de Salud y 16 Puestos de Salud) de las cuales 12 son aéreas y 9 terrestres. El II Nivel cuenta con un Hospital Básico, este sistema de atención va direccionado a una población estimada de 27.913 habitantes radicados en 189 comunidades.

Con relación a la distancia de los establecimientos de salud del I Nivel al II Nivel de Atención el 52.94% son de acceso aéreo y el 46.06% de acceso terrestre, en el análisis de ubicación geográfica 16 de los 20 establecimientos se encuentran a una distancia mayor a 20 Km con relación a la Dirección Distrital y al Hospital.

En este contexto, la Tabla 1 detalla el número de adolescentes embarazadas por establecimiento de salud, el medio de acceso y la distancia con relación al II Nivel de Atención. Los resultados demuestran que 323 gestantes fueron captadas en 17 establecimientos de salud, siendo el CS Taisha con el mayor número de casos (81, 25.08%) seguido del CS Macuma (45, 13.93 %).

Tabla 1. Distribución de gestantes según la captación en los Establecimientos de Salud del I Nivel de Atención.

| Establecimiento | Captación | % | Acceso | Distancia en Km (Al Distrito-Hospital) |
|---------------------|-----------|-------|-----------------|--|
| CS Taisha - Anidado | 81 | 25.08 | Terrestre | 0 (cabecera) |
| PS Cumbantsa | 26 | 8.05 | Terrestre | 41.2 |
| PS Ipiak | 3 | 0.93 | Aéreo | 71 |
| PS Juyukamentsa | 9 | 2.79 | Aéreo | 82.7 |
| PS Kaapatinetza | 12 | 3.72 | Aéreo y Fluvial | 57.9 |
| CS Macuma | 45 | 13.93 | Terrestre | 58.3 |
| PS Mamayak | 20 | 6.19 | Aéreo | 76 |
| PS Nunki Nunka | 18 | 5.57 | Terrestre | 50 |
| PS Pimpints | 19 | 5.88 | Terrestre | 21 |
| PS Pumpuentsa | 12 | 3.72 | Terrestre | 37 |
| PS Shinkiatan | 15 | 4.64 | Terrestre | 57 |

| | | | | |
|-----------------------|-----|--------|-----------------|--------------|
| PS Tsunkintsa | 7 | 2.17 | Aéreo | 93 |
| PS Tukupi | 18 | 5.57 | Aéreo y fluvial | 78.5 |
| CS Tuutinenta | 23 | 7.12 | Terrestre | 33 |
| PS Wampuik | 5 | 1.55 | Aéreo | 102 |
| CS Wasakentsa | 7 | 2.17 | Aéreo | 66.2 |
| PS Saapapentsa | 3 | 0.93 | Aéreo | 74.2 |
| PS Kusutka (I) | 0 | 0.00 | Aérea | 76 |
| PS Yuwints (I) | 0 | 0.00 | Aérea | 41.2 |
| PS Wachirpas (I) | 0 | 0.00 | Aérea | 120 |
| HB San José de Taisha | 0 | 0.00 | Terrestre | 0 (cabecera) |
| Total | 323 | 100.00 | | |

Nota: Provisión de los Servicios de Salud, Calidad de los Servicios de Salud, Bases de Datos Estadísticos, DD14D05 Taisha-Salud (2022). Nomenclatura: PS Puesto de Salud, CS Centro de Salud, HB Hospital Básico, (I) Itinerante

Al evaluar los datos demográficos de las gestantes (Tabla 2) por un lado, tenemos la distribución según su edad, encontramos que el grupo que predomina son las de 19 años (92; 28.48%), seguido de las adolescentes de 18 años (73; 22.60%) y en tercer lugar las de 17 años (60; 18.53%). También, en la distribución según la autoidentificación étnica, existe predominio en las mujeres de etnia Shuar (244, 75.54%) seguido de las adolescentes Achuar (68, 21.05%) y las mestizas (11, 3.41%); y, según el estado civil existe un predominio en adolescentes gestantes sin pareja (181, 58.82%) seguido de las adolescentes con pareja cuyo sistema de convivencia es por unión libre sin vínculo legal con su pareja (142, 41.18%).

Tabla 2. Distribución de gestantes según grupo etario, autoidentificación étnica y estado civil.

| Rango etario | Nro. | % |
|---------------------------|------|-------|
| 14 años | 12 | 3.72 |
| 15 años | 43 | 13.31 |
| 16 años | 43 | 13.31 |
| 17 años | 60 | 18.53 |
| 18 años | 73 | 22.60 |
| 19 años | 92 | 28.48 |
| Autoidentificación étnica | | |
| Indígena Shuar | 244 | 75.54 |
| Indígena Achuar | 68 | 21.05 |

| | | |
|--------------|-----|-------|
| Mestiza | 11 | 3.41 |
| Estado Civil | | |
| Con pareja | 142 | 41.18 |
| Sin pareja | 181 | 58.82 |
| TOTAL | 323 | 100 |

Nota: RDACAA y Bases de Datos Estadísticos, Historia Clínica Materna Perinatal-MSP (MSP/DNEAIS/DNCSS/form.051/mayo/2016), SNS-MSP/HCU-form.038/2008 Trabajo Social-Evaluación.

La Normativa Sanitaria para la Certificación de Establecimientos de Salud del Sistema Nacional de Salud como Amigos de la Madre y del Niño (ESAMyN) busca promover el parto humanizado y la adecuada atención del recién nacido en el Ecuador; sin embargo, debido a la ubicación geográfica de las comunidades o bajo el enfoque del parto intercultural en la tabla 3, se describe el lugar donde las adolescentes embarazadas tuvieron su alumbramiento, predominando el parto domiciliario 33.44% seguido por el parto hospitalario 15.79%, así mismo, tenemos 43 adolescentes que siguen es estado de gestación y 109 adolescentes cuyo embarazo fue interrumpido por un aborto. De igual manera; según la paridad, las nulíparas resultó superior (265, 82.04%) frente a las adolescentes que tienen una paridad anterior (58, 17.96%), finalmente se observa que el 46.13% de adolescentes embarazadas no usaron ningún método anticonceptivo antes del embarazo; mientras que el 31.89% usaba la medicina ancestral basado en el consumo de infusiones de hierbas de la zona (Malicahua, piripri, floripondio, flor de canela, sangre de drago, entre otros), seguido por los métodos hormonales con el 21.98%, con lo que se evidencia el desconocimiento sobre el uso adecuado de métodos anticonceptivos.

Tabla 3. Distribución de gestantes según lugar de parto, paridad y anticoncepción.

| Lugar de parto | Nro. | % |
|----------------------------------|------|-------|
| Hospitalario | 51 | 15.79 |
| Domiciliario | 108 | 33.44 |
| En estado de gestación | 55 | 17.03 |
| Embarazo interrumpido por aborto | 109 | 33.75 |
| Paridad | | |
| Nulípara | 265 | 82.04 |
| Con paridad anterior | 58 | 17.96 |
| Método Anticonceptivo | | |
| Hormonales | 71 | 21.98 |
| Natural (Medicina Ancestral) | 103 | 31.89 |

| | | |
|---------|-----|-------|
| Ninguno | 149 | 46.13 |
| TOTAL | 323 | 100 |

Nota: RDACAA, Bases de Datos Estadísticos, Historia Clínica Materna Perinatal-MSP (MSP/DNEAIS/DNCSS/form.051/mayo/2016), SNS-MSP/HCU-form.038/2008 Trabajo Social-Evaluación.

La mayoría de los embarazos son normales; sin embargo, también puede representar una amenaza para la salud y la vida general de la mujer. En las consultas prenatales se han identificado patologías asociadas a la comorbilidad materna-perinatal de las cuales por los factores de riesgo obstétrico (Primigesta, adolescente, infección de vías urinarias más infección genital, escasos controles prenatales, soltera) y el riesgo para preeclampsia (Primigesta, adolescente, infección de vías urinarias), del total de gestantes estudiadas, se registraron 176 casos que ameritaron referencia al II Nivel de Atención para el manejo de complementarios, en las morbilidades maternas la Tabla 4 describe 105 adolescentes gestantes (59.66%) con diagnóstico de Infección no especificada de las vías urinarias en el embarazo (O234) más Infección genital en el embarazo (O235), seguido de 29 gestantes (16.48%) con falso trabajo de parto antes de las 37 semanas completas de gestación (O470) y 18 gestantes (10.23%) con Ruptura prematura de membranas, sin otra especificación (O429).

Con relación a las complicaciones obstétricas, se describe 109 casos en los que el embarazo fue interrumpido por un aborto que ameritó el ingreso hospitalario de la adolescente. De los casos registrados, el 38.53% de adolescentes tuvieron un aborto espontáneo completo, o no especificado, complicado con hemorragia excesiva o tardía, seguido del aborto retenido con el 22.94%; y, frente a las comorbilidades neonatales prevalece la sepsis neonatal con el 28.16% seguido de los recién nacidos con bajo peso 27.18% y la neumonía, no especificada en los menores de 6 meses de vida con el 20.39%.

Tabla 4. Distribución de gestantes con ingreso hospitalario según morbilidad materna, aborto y morbilidad neonatal.

| Gestantes con ingreso hospitalario | Nro. | % |
|------------------------------------|------|-------|
| IVU + Infección genital | 105 | 59.66 |
| Amenaza de aborto | 13 | 7.39 |
| Amenaza de parto pretérmino | 29 | 16.48 |
| Ruptura prematura de membranas | 18 | 10.23 |
| Vaginitis | 11 | 6.25 |
| Total | 176 | 100 |

| Gestantes con interrupción del embarazo por aborto | Nro. | % |
|---|------|-------|
| Aborto retenido | 25 | 22.94 |
| Aborto espontáneo incompleto, complicado por hemorragia excesiva o tardía | 8 | 7.34 |
| Aborto espontáneo incompleto, sin complicación | 20 | 18.35 |
| Aborto espontaneo completo o no especificado, complicado por hemorragia excesiva o tardía | 42 | 38.53 |
| Aborto medico completo o no especificado, sin complicación | 11 | 10.09 |
| Aborto no especificado incompleto, complicado con infección genital y pelviana | 3 | 2.75 |
| Total | 109 | 100 |
| Morbilidad neonatal | Nro. | % |
| Sepsis Neonatal | 29 | 28.16 |
| Síndrome de dificultad respiratoria | 8 | 7.77 |
| Prematuridad | 4 | 3.88 |
| Malformaciones congénitas | 3 | 2.91 |
| Recién nacido con bajo peso | 28 | 27.18 |
| Edad gestacional < 37 semanas | 10 | 9.71 |
| Neumonía recién nacido < 6 meses | 21 | 20.39 |
| Total | 103 | 100 |

Nota: RDACAA y Bases de Datos Estadísticos

Desde esta perceptiva el embarazo en la adolescencia y maternidad temprana se ve agravada por la condición de madre soltera, los datos de esta investigación señalan que la media de adolescentes embarazadas está en los 18 años, de la población total de estudio el 58.82% de gestantes son solteras. Datos similares demostraron la investigación de Fory & Olivera (2021), en el estudio realizado en el Hospital Central Militar de Bogotá en la que identificaron 147 historias clínicas de gestantes adolescentes en el periodo de estudio de las cuales el 64.6% son solteras

Por la ubicación geográficas de los establecimientos de salud del I y II Nivel de Atención el 33.44% de partos de las gestantes se han dado en el domicilio sin cumplir con las normas de sepsia y antisepsia con parteras no calificadas o asistido por las madres de las gestantes; y, el 82.04% de las adolescentes eran primigestas. En la investigación realizada por Sánchez et al. (2020), sobre el parto domiciliario en países como Canadá, Inglaterra, Islandia, Holanda, Nueva Zelanda y el Estado de Washington evidencias un sistema integrado de atención médica; mientras que, en países occidentales varían desde el 0.1% en Suecia hasta el 20% en Holanda. Según Sánchez et al. (2020). En los Países Bajos, las mujeres embarazadas de bajo riesgo después de las 37 semanas de gestación

pueden optar por dar a luz en casa, en un centro de parto dirigido por parteras o en un hospital ya que disponen de una guía multidisciplinar sobre indicaciones de traslado consensuada por todos los profesionales implicados en la atención perinatal. Existiendo una gran diferencia con la realidad actual del sistema de atención ecuatoriano.

En el análisis del alto índice de embarazo en adolescentes, el 67.7% de mujeres de 15 a 24 años no utilizó ningún método anticonceptivo en su primera relación sexual; por lo que, bajo el enfoque intercultural y en el marco del enfoque de la identidad cultural, el Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2017-2021 busca promover y fortalecer la práctica cultural y la cultura de la salud bajo el enfoque de interculturalidad y la libre elección de un método anticonceptivo (Ecuador. Ministerio de Salud Pública, 2017). En este estudio, el 46.13% de las adolescentes no usaron ningún método anticonceptivo mientras que el 31.89% eligieron el método natural basado en la medicina ancestral a pesar de haber recibido la asesoría de planificación familiar. La mayoría de los adolescentes no declararon el uso de métodos anticonceptivos (Valdiviezo et al., 2021).

Los cuidados prenatales en las gestantes deben ser realizado por un profesional de la salud con la finalidad de capacitar a las futuras madres sobre los cuidados y signos de alarma durante el embarazo. Desde el control prenatal y la aplicación del SCORE MAMA se pueden identificar los factores de riesgo y disminuir la morbilidad (Ecuador. Ministerio de Salud Pública, 2015). En la investigación realizada se identificaron 176 adolescentes que fueron hospitalizadas por presentar una Infección no especificada de las vías urinarias en el embarazo (O234) más Infección genital en el embarazo (O235). Caso similar tenemos en el estudio realizado sobre las características de la maternidad adolescente en un hospital del segundo nivel en Ecuador, donde el 45.16% desataron infecciones de vías urinarias (Valdiviezo et al., 2021).

Finalmente, las hemorragias durante el primer trimestre del embarazo pueden llevar a un aborto, según los datos estadísticos, el 80% de abortos se presentan en las primeras 12 semanas, el 20% restante de la semana 12 hasta la semana 20; del 15% al 20% de los embarazos diagnosticados en la adolescencia entre el 10% y 12% presentan un aborto (Ecuador. Ministerio de Salud Pública, 2013). Según la casuística analizada al II Nivel de Atención ingresaron 109 adolescentes cuyo embarazo fue interrumpido por un aborto; y, el 38.53% presentó un aborto espontáneo completo o no especificado, complicado por hemorragia excesiva o tardía. Acerca de las tendencias actuales de aborto: a nivel mundial, el 29% de todos los embarazos planificados como embarazos

no deseados terminan en aborto. Esto representa un promedio de 73 millones de abortos por año desde 2015 hasta 2019. Cuando estos abortos se realizan en condiciones inseguras, las mujeres corren un mayor riesgo de morbilidad a corto y largo plazo e incluso de muerte (Organización de las Naciones Unidas, 2022).

CONCLUSIONES

Los establecimientos de salud del I Nivel de Atención se encuentran en zonas de difícil acceso lo que dificulta una atención plena y oportuna a la población; por lo que, se debe establecer una estrategia formativa y tecnológica que garantice el acceso a los servicios.

En los establecimientos de salud del I Nivel de Atención se atendieron a 323 adolescentes embarazadas, predominó en el grupo con edades comprendidas entre 18 y 19 años indígenas Shuar y Achuar. Predominaron en la población estudio las gestantes adolescentes solteras primigestas que tuvieron su parto asistido por parteras no calificadas en el domicilio. Prevalió la no utilización de algún método anticonceptivo seguido de la medicina ancestral, los antecedentes de infecciones de vías urinarias y abortos en este grupo.

Con relación a los factores de riesgo en la adolescencia prevaleció la ubicación geográfica, la edad, el no uso de métodos anticonceptivos, la autoidentificación étnica, estado civil y el parto domiciliario sin las normas de sepsis y antisepsia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Buitrago Ramírez, F., Ciurana Misol, R., Fernández Alonso, M., Tizón, J. L., & Miembros del grupo de Salud Mental. (2022). Prevención de los trastornos de la salud mental. Embarazo en la adolescencia. *Atención Primaria*, 54(Suplemento 1), 1-19.
- Cedeño-Marín, C. L., Barzallo-Pazhar, M. R., & Velásquez-Pesántez, J. M. (2022). Incompetencia cervical: presentación de un caso. *Revista Transdisciplinaria De Estudios Sociales Y Tecnológicos*, 2(2), 49-55.
- Ecuador. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2022). *Estadísticas Vitales: Registro Estadístico de Nacidos Vivos y Defunciones Fetales 2021*. Presentación de los principales resultados de las estadísticas de Nacidos Vivos y Defunciones. INEC. https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/Nacidos_vivos_y_def_fetales_2021/Principales_resultados_ENV_EDF_2021%20.pdf

- Ecuador. Ministerio de Salud Pública. (2013). *Intranet: Dirección Distrital 14D05 Taisha-Salud*. <http://186.42.188.158:8090/guias/DIAGNOSTICO%20Y%20TRATAMIENTO%20DEL%20ABORTO%20ESPONTANEO%2C%20INCOMPLETO%2C%20DILFERIDO%20Y%20RECURRENTE.pdf>
- Ecuador. Ministerio de Salud Pública. (2015). *Intranet_Dirección Distrital 14D05 Taisha-Salud*. <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/09/GPC-RPMP-FINAL-08-10-15.pdf>
- Ecuador. Ministerio de Salud Pública. (2017). Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva. <https://ecuador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/PLAN%20NACIONAL%20DE%20SS%20Y%20SR%202017-2021.pdf>
- Ecuador. Ministerio de Salud Pública. (2018). *Manual del Modelo de Atención Integral de Salud – MAIS*. <https://www.studocu.com/ec/document/universidad-de-cuenca/medicina/mais-2018-modelo-de-atencion-integral-de-salud/17554759>
- Figuerola Oliva, D. A., Negrin Garcia, V. A., & Garcell Fernández, E. T. (2021). Riesgos y complicaciones asociados al embarazo en la adolescencia. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 25(5), 1-14.
- Fory, J. A., & Olivera, M. J. (2021). Caracterización de la población gestante adolescente atendida en el Hospital Militar Central de Bogotá D.C., Colombia. 2012-2015. *Revista de la Facultad de Medicina*, 68(2), 202-206.
- Gayou Esteva, Ú., Meza de Luna, M. E., Noriega Vivanco, S., & Vázquez Bautista, L. G. (3 de Marzo de 2021). Panorama sobre Educación Sexual Integral, deseo y prospectiva de embarazo entre adolescentes de Quequéro. *Diálogos sobre educación. Temas actuales en investigación educativa*, 11(21), 1-22.
- Moreno Acero, I. D., Mosquera Mosquera, N., París Silva, L. M., Hernández Álvarez, J., & Venegas Rodríguez, C. G. (Junio de 2019). Prácticas educativas familiares de un grupo de madres adolescentes del Distrito de Buenaventura, Colombia. *Investigación y desarrollo*, 27(1), 50-86.
- Mulet, P., Deya, M., Hernández, M., & Frías, A. (30 de Noviembre de 2021). Consecuencias del embarazo adolescente: Una revisión bibliográfica. *Revista de Educación, Tecnologías y Salud*, 2(9e), 13-22.
- Organización de las Naciones Unidas. (2022). *Visibilizar lo Invisible: La necesidad de actuar para poner fin a la crisis desatendida de los embarazos no intencionales*. Informe Anual. Fondo de Población de las Naciones Unidas. https://argentina.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/es_swp22_report-web_-_29_march_0.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2023). *Mortalidad materna*. OMS. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
- Sánchez Redondoa, M. D., Cernada, M., Boixc, H., Espinosa Fernández, M. G., González Pacheco, N., Martín, A., Pérez, A., & Couceg, M. (2020). Parto domiciliario: un fenómeno creciente con potenciales riesgos. *Anales de Pediatría*, 93(4).
- Solano Fernández, E., Valdés Álvarez, V., & Figueredo Echague, G. (2022). Embarazo en la adolescencia como reto para el primer nivel de atención. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 37(4), 1-20.
- Soliz Ordoñez, L. (2021). Validación de instrumento para evaluar la prevalencia y consecuencias de los embarazos en la adolescencia del área de influencia del Cento de Salud Macuma zona indígena Shuar. *Más Vida. Revista de Ciencias de Salud*, 3(2), 30-39.
- Valdiviezo, M., Rivera, E., Barahona, J., Haro, G., & González, T. (2021). Características de la maternidad adolescente en un hospital de segundo nivel en el contexto ecuatoriano. *Revista Eugenio Espejo*, 15(2), 28-38.