



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

ÁREA BIOLÓGICA Y BIOMÉDICA

TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERIA

**Embarazo en adolescentes que acuden a la Maternidad Julia Esther
González Delgado, de la ciudad de Loja durante el periodo enero 2015
- diciembre 2017**

TRABAJO DE TITULACIÓN

AUTOR: Sarmiento Rojas, Paula Alexandra.

DIRECTORA: Flores Pérez, Enma Josefina, Mgtr.

LOJA – ECUADOR

2019



Esta versión digital, ha sido acreditada bajo la licencia Creative Commons 4.0, CC BY-NY-SA: Reconocimiento-No comercial-Compartir igual; la cual permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra, mientras se reconozca la autoría original, no se utilice con fines comerciales y se permiten obras derivadas, siempre que mantenga la misma licencia al ser divulgada. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>

2019

APROBACION DE LA DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACION

Magister.

Enma Josefina Flores Pérez

DOCENTE DE LA TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación denominado: **“Embarazo en adolescentes que acuden a la Maternidad Julia Esther González Delgado de la ciudad de Loja durante el periodo enero 2015 - diciembre 2017”**, realizado por **Sarmiento Rojas Paula Alexandra**, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, septiembre del 2019

f.....

DECLARACION DE AUTORÍA Y CESION DE DERECHOS

Yo **Paula Alexandra Sarmiento Rojas** con C.I.:**1104340714**, declaro ser la autora del presente trabajo de titulación: **“Embarazo en adolescentes que acuden a la Maternidad Julia Esther González Delgado de la ciudad de Loja durante el periodo enero 2015 - diciembre 2017”** de la Titulación de Enfermería, siendo con la cual constituye una elaboración personalizada y bajo la tutela del Mgtr. Enma Flores; eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además, certifico que las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad.

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art.88 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte pertinente textualmente dice: “Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado o trabajos de titulación que se realicen con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad”.

f.....

Autor: Paula Alexandra Sarmiento Rojas

Cedula de identidad: 1104340714

DEDICATORIA

El presente trabajo de investigación, se lo dedico a mi madre Alexandra, por haberme apoyado incondicionalmente en todo momento, por sus consejos, ejemplos, valores inculcados, por enseñarme que con esfuerzo, dedicación y perseverancia se puede llegar a cumplir cualquier meta propuesta, a mi padre, Miguel, por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo mantenido a través del tiempo, gracias a su motivación constante, que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.

A mis hermanos Miguel y Daniel, por creer en mí en todo momento, por sus consejos que me han ayudado a afrontar los retos de la vida.

Dedico con todo mi amor y cariño a, David Estrella, por el apoyo brindado durante toda la carrera, por ser mi fuerza para continuar y nunca rendirme, por ser el mejor ejemplo de perseverancia y constancia en la vida, por el valor mostrado para salir adelante y por su amor incondicional.

Paula Alexandra Sarmiento Rojas.

AGRADECIMIENTO

Principalmente quiero darle gracias a Dios por haberme permitido culminar esta fase importante de mi formación profesional y haberme permitido gozar de salud para lograr mis metas, además de su infinita bondad y amor.

A las Autoridades de la Universidad Técnica Particular de Loja, de la titulación de Enfermería y en especial a la Mgst. Enma Flores, por la orientación brindada durante la realización del trabajo de investigación.

A las autoridades de la Maternidad “Julia Esther González Delgado”, por permitirme realizar esta importante investigación y ayudar a solucionar el problema.

Paula Alexandra Sarmiento Rojas.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Contenido

TRABAJO DE TITULACIÓN.....	I
APROBACION DE LA DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACION	II
DECLARACION DE AUTORÍA Y CESION DE DERECHOS.....	III
DEDICATORIA	IV
AGRADECIMIENTO	V
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	VI
RESUMEN	1
ABSTRACT.....	2
INTRODUCCION.....	3
CAPITULO I.....	6
MARCO TEORICO.....	6
1. ADOLESCENCIA.....	7
1.1. CONCEPTO.....	7
1.2. ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA	7
1.2.1. <i>Adolescencia temprana</i>	7
1.2.2. <i>Adolescencia media</i>	7
1.2.3. <i>Adolescencia tardía</i>	8
1.3. DESARROLLO BIOFÍSICO DE LA ADOLESCENCIA	8
1.3.1. <i>Anatomía y Fisiología del aparato reproductor femenino</i>	8
1.3.2. <i>Características sexuales primarias</i>	12
1.3.3. <i>Características sexuales secundarias</i>	13
1.4. DESARROLLO PSICOLÓGICO DEL ADOLESCENTE.....	13
1.4.1. <i>Factores de riesgo en la salud del adolescente</i>	14
2. EMBARAZO	14
2.1. CONCEPTO.....	14
2.2. GENERALIDADES	15
2.2.1. <i>Fecundación</i>	15
2.2.2. <i>La placenta y el cordón umbilical</i>	15
2.2.3. <i>Membranas ovulares y líquido amniótico</i>	15
2.3. DESARROLLO DEL CIGOTO EN EL EMBARAZO	15
2.3.1. <i>Fases del desarrollo del cigoto en el útero</i>	15
2.4. CAMBIOS EN LA MADRE DURANTE EL EMBARAZO.....	17
3. EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA	18
3.1. CONCEPTO.....	18
3.2. FACTORES QUE INFLUYEN EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE	19
4. PARTO.....	19
4.1. PERIODOS DEL PARTO	20
4.1.1. <i>Periodo de Dilatación</i>	20
4.1.2. <i>Periodo expulsivo</i>	20
4.1.3. <i>Alumbramiento</i>	21

5. COMPLICACIONES OBSTETRICAS DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS	21
• COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO.....	21
5.1. TRASTORNOS HIPERTENSIVOS.....	21
5.1.1. <i>Hipertensión gestacional.....</i>	<i>21</i>
5.1.2. <i>Preclamsia.....</i>	<i>22</i>
5.1.3. <i>Eclampsia.....</i>	<i>23</i>
5.2. AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO	23
5.3. AMENAZA DE ABORTO.....	23
• COMPLICACIONES DURANTE EL PARTO.....	24
5.4. HEMORRAGIA OBSTÉTRICA	24
5.5. DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA.....	24
5.6. COMPLICACIONES DEL LÍQUIDO AMNIÓTICO	24
5.6.1. <i>Polihidramnios.....</i>	<i>25</i>
5.6.2. <i>Oligoamnios.....</i>	<i>25</i>
5.6.3. <i>Anidramnios.....</i>	<i>25</i>
5.7. ATONÍA UTERINA.....	25
5.8. DISTOCIAS	26
5.9. DESPROPORCIÓN CÉFALO PÉLVICA.....	26
5.10. DESGARROS	26
5.10.1. <i>Desgarro vaginal.....</i>	<i>26</i>
5.10.2. <i>Desgarro de cuello uterino.....</i>	<i>26</i>
5.11. PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO.....	27
5.11.1. CESÁREA	27
5.11.2. <i>Cesárea tipo 1.....</i>	<i>27</i>
5.11.3. <i>Cesárea tipo 2.....</i>	<i>27</i>
5.11.4. <i>Cesárea tipo 3.....</i>	<i>27</i>
CAPITULO II.....	28
DISEÑO METODOLOGICO	28
2.1. OBJETIVOS.....	29
2.1.1. OBJETIVO GENERAL.....	29
2.1.2. OBJETIVO ESPECIFICO	29
2.2. METODOLOGIA.....	30
2.2.1. <i>Tipo de estudio.....</i>	<i>30</i>
2.1.2. <i>Universo.....</i>	<i>30</i>
2.1.3. <i>Métodos e Instrumentos de recolección de datos.....</i>	<i>30</i>
2.1.3.1. <i>Procedimiento</i>	<i>30</i>
2.1.4. <i>Plan de Tabulación y Análisis.....</i>	<i>31</i>
CAPITULO III.....	32
RESULTADOS	32
CAPITULO IV	44
DISCUSION	44
DISCUSION	45
CONCLUSIONES.....	49
RECOMENDACIONES.....	51
BIBLIOGRAFIA.....	52

ANEXOS56

RESUMEN

El embarazo adolescente representa un riesgo para la Salud desde que inicia la concepción, generando un problema en Salud Pública, ya que afecta a la embarazada, su pareja, la familia de ambos, y la comunidad, tanto en lo económico como en lo social.

La presente investigación tuvo como objetivo recoger datos que nos orienten a la relación entre la edad, estado civil, procedencia, y complicaciones en el parto, de las adolescentes que acudieron a la Maternidad "Julia Esther González Delgado", con el propósito de contar con un estudio de base, para en lo posterior, planificar intervenciones coherentes con la situación encontrada. La metodología que se utilizó fue de tipo cualitativo, descriptivo; se obtuvo la información de historias clínicas; la muestra estuvo conformada por 132 adolescentes entre 10 a 19 años, en cuanto a los resultados obtenidos se constató mayor cantidad de embarazos a los 18 años con 28,79% y 19 años con un 32,58%; dentro de su estado civil 57% solteras, 30% unión libre; prioritariamente provienen del sector Urbano con 87,87%; la técnica quirúrgica más usada es cesárea con 67%.

PALABRAS CLAVES: Embarazo, adolescencia, estado civil, complicaciones, parto.

ABSTRACT

Adolescent pregnancy poses a health risk since the beginning of conception, generating a problem in public health, as it affects the pregnant, her partner, the family of both, and the community, both economically and socially.

The purpose of this research was to collect data that orients us to the relationship between age, marital status, provenance, and complications in childbirth, of adolescents who attended the maternity "Julia Esther González Delgado", with the purpose of counting with a baseline study, for the subsequent, to plan interventions consistent with the situation encountered. The methodology used was qualitative, descriptive; Information from clinical histories was obtained; The sample was made up of 132 adolescents between 10 and 19 years, as for the results obtained more pregnancies were found at 18 years with 28.79% and 19 years with 32.58%; Within its marital status 57% single, 30% free Union; They primarily come from the urban sector with 87.87%; The most commonly used surgical technique is caesarean section with 67%

KEYWORDS: Pregnancy, adolescence, marital status, complications, childbirth.

INTRODUCCION

Según la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia es el “Período de la vida, en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez, consolida la independencia socio económica y fija sus límites entre los 10 y 19 años”(Hernández, Martín, Hernández, & Brizuela, 2010, p. 2)

La adolescencia se identifica por ser un acontecimiento vital, en el que suceden un gran número de cambios, que afectan a todos los aspectos fundamentales de un individuo, de esta manera, a lo largo de estos años, se van modificando la estructura corporal, los pensamientos, la identidad y las relaciones con la familia y la sociedad en general.(Moreno, 2015, p. 10)

El embarazo en adolescentes es un problema de Salud Pública, que se ha ido incrementando considerablemente a lo largo del tiempo, como resultado del precoz inicio de la actividad sexual el cual se atribuye a varias causas y factores, ya sean de índole socioeconómicas, socioculturales; según Juliana vallejo en su trabajo investigativo, menciona que se da por la falta de conocimiento de la población adolescente, lo que representa e implica el embarazo temprano, también se toma como una situación predisponente la comunicación ineficaz en el entorno familiar, puesto que el adolescente busca una comunicación afectiva fuera y en donde va a encontrar una información distorsionada, hay que destacar la visión del autor sobre la influencia que ejercen los medios sociales, el uso de alcohol, drogas y el bajo nivel de educación, situaciones que acrecientan la incidencia del embarazo adolescente, que en la actualidad se ha convertido en una problemática de salud pública en el país.(Vallejo, 2013, pp. 65–69). Esta situación por otro lado incide directamente en los menores, limitando las oportunidades tanto personales como profesionales al asumir el rol de padres y en algunos casos asumiendo únicamente la adolescente embarazada, cuando en realidad esta población tiene que desempeñar sus roles propios de su etapa.(Soto, Bonal, Bonal, Valido, & Velazquez, 2003, pp. 3–5) (Sobeida & Blázquez, 2012, pp. 1–8)

Estudios Estadísticos Sanitarios Mundiales - Word Health Organization en el 2014, indica que la tasa media de natalidad mundial entre las adolescentes de 15 a 19 años es de 61 por cada 1000 mujeres jóvenes, lo que representa uno de los principales factores que contribuyen a la mortalidad tanto materna como infantil, la morbilidad y la pobreza. (OMS, 2016, pp. 1–88)

El informe dado por la ONU Mujeres, alerta que Ecuador ocupa el primer lugar en la región andina, y el segundo en América Latina, respecto a embarazos en adolescentes; en América Latica, el Ecuador se encuentra solo superado por Venezuela (Mujeres, 2013, p. 122); en Ecuador la tasa de fecundidad casi se ha estancado, de 85 a 83 por cada mil, en una década,

como consecuencia, se experimenta un incremento en los partos adolescentes sobre el total de partos desde 2002 hasta el 2010, la tendencia aumentado aproximadamente un 78.12% en partos de niñas de 10-14 años, en el mismo sentido en adolescentes de 15 a 19 años existe una tendencia creciente a partir del 2002 hasta el 2010 con un aumento del 11%.(Social, 2011, pp. 7–13)

Con lo expuesto anteriormente, es muy importante realizar la presente investigación, para obtener datos actualizados sobre el embarazo en adolescentes en la ciudad de Loja, visualizado como una problemática de Salud Pública, con la finalidad de que con los resultados obtenidos, se desarrollen nuevas estrategias para tratar a la población adolescente, que según la Organización mundial de la salud se considera entre los 10 a 19 años de edad.(Hernández et al., 2010, p. 2)

Como objetivo general de la presente investigación es identificar la edad, el estado civil, la procedencia y las complicaciones en el parto de las adolescentes embarazadas que acuden a la maternidad “Julia Esther González Delgado” durante el periodo enero 2015 – diciembre 2017.

Dentro de los objetivos específicos se planteó:

- Identificar la edad y el estado civil de las adolescentes embarazadas que acuden a la maternidad “Julia Esther González Delgado”, durante el periodo enero 2015 – diciembre 2017, con la finalidad de conocer cuál es la edad de mayor vulnerabilidad en el embarazo y determinar su relación con el estado civil.
- Determinar la procedencia de la adolescente embarazada que acude a la maternidad “Julia Esther González Delgado” durante el periodo enero 2015 – diciembre 2017, para determinar si la mayor incidencia de embarazos está en las adolescentes del sector urbano, o en el sector rural.
- Identificar en las adolescentes embarazadas que acuden a la maternidad “Julia Esther González Delgado” durante el periodo enero 2015 – diciembre 2017, las complicaciones que presentan en el proceso del parto.

El estudio de investigación se desarrolló con un enfoque cuantitativo, descriptivo, en el que se analizaron las variables de edad, procedencia, estado civil y complicaciones en el parto en las adolescentes que acudieron a la maternidad “Julia Esther González Delgado”, en un tiempo determinado de 3 años, el método que se usó para la recolección de datos fue la revisión de estadísticas e historias clínicas de cada una de las adolescentes que acudieron desde enero 2015- diciembre 2017.

La presente tesis está redactada en cuatro capítulos. El primer capítulo corresponde al marco teórico, en la que se expone la base científica sobre la adolescencia, sus etapas de clasificación, el desarrollo del embarazo, cambios fetales, los cambios maternos, el embarazo en adolescentes y los factores que influyen en su aparición, las complicaciones obstétricas que inciden en un embarazo juvenil. El segundo capítulo se indica la metodología utilizada en la presente investigación, definiendo así, las variables a analizar. En el tercer capítulo se presentan los resultados que se obtuvieron mediante el análisis de las historias clínicas, respecto a la edad, el estado civil, la procedencia y las complicaciones que presentaron las adolescentes durante el parto. Finalmente, en el cuarto capítulo mediante la discusión se comparan los resultados obtenidos en la investigación. Además, se exponen las conclusiones a las que se llegó, pensando en que se tomaran en cuenta para un futuro estudio dentro de las carreras de la Universidad Técnica Particular de Loja, con la finalidad que se disminuya el embarazo en las adolescentes jóvenes.

CAPITULO I
MARCO TEORICO

1. ADOLESCENCIA

1.1. Concepto

La adolescencia es conocida como el periodo de vida en donde acontecen una serie de cambios con rapidez vertiginosa, que se manifiestan con aspectos anatómicos, fisiológicos, culturales y sociales.(Camejo, 2015, p. 3)

Según la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia es el “Período de la vida, en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez, consolida la independencia socio económica y fija sus límites entre los 10 y 19 años” (Organizacion Mundial de la Salud, 2014, pp. 1–4)

La adolescencia es el periodo que transcurre entre la niñez y la adultez, en el que se van produciendo cambios biopsicosociales desde los 10 hasta los 21 años de edad, en esta etapa el adolescente va adquiriendo una identidad sexual, en comportamientos sexuales y la capacidad de tener relaciones íntimas.(Forcier, Blake, & Torchia, 2015, p. 1)

Esa así que, en esta etapa, el cuerpo se va desarrollando por completo, es una transformación de niño a un adulto, esto dado por la acción de las hormonas, que lo van modificando; hay que poner atención en el entorno psicológico ya que los adolescentes están sujetos a cambios, influenciados ya sea por la cultura, amigos, familia, es así como una buena estructuración dará como resultado una identificación del Yo apropiada.

1.2. Etapas de la adolescencia

1.2.1. Adolescencia temprana.

La adolescencia temprana comprende las edades entre 10- 13 años, en las que los adolescentes experimentan un crecimiento rápido, la aparición de caracteres sexuales secundarios, interacción con el sexo opuesto, aparecen cambios de humor, se hace presente la impulsividad, el adolescente se está adaptando a su nuevo cuerpo. (Organizacion Mundial de la Salud, 2015, pp. 1–2)

1.2.2. Adolescencia media.

La adolescencia media comprende las edades entre 14 – 16 años, en esta etapa los adolescentes completan los cambios pubertales, empiezan a separarse de la familia, se preocupan por la apariencia física, aparecen los primeros enamoramientos, sus conductas cambian con los amigos, familia, se encuentran con una búsqueda incansable de identidad, de personalidad y la definición de la orientación sexual. (Organizacion Mundial de la Salud, 2015, pp. 1–2)

1.2.3. Adolescencia tardía.

La adolescencia tardía comprende las edades entre 17 – 19 años, en esta etapa hay una maduración biológica completa, consolidación de la identidad, aceptación de la imagen corporal, autodefinición de su sexualidad y con un nivel de pensamiento adulto. (Organización Mundial de la Salud, 2015)

1.3. Desarrollo biofísico de la adolescencia

La mayoría de los sistemas de órganos del cuerpo funcionan continuamente para mantener el bienestar de la persona, sin embargo, el sistema reproductor parece estar adormecido, hasta la pubertad, las gónadas u órganos sexuales primarios son los testículos en los hombres y los ovarios en las mujeres, estas gónadas se encargan de producir células sexuales o gametos, y secretar hormonas sexuales. (Maieb, 2008, pp. 553–557)

1.3.1. Anatomía y Fisiología del aparato reproductor femenino.

1.3.1.1. Ovarios.

Los ovarios son órganos reproductores femeninos primarios, los ovarios elaboran tanto un producto exocrino, es decir, los óvulos y productos endocrinos como los estrógenos y progesterona, el sistema reproductor femenino tiene más órganos, que sirven como estructuras accesorias para el transporte, alimentación y para satisfacer las necesidades de las células reproductoras. (Marieb, 2008, pp. 553–557)

El par de ovarios tiene forma de almendra, con casi el doble de su tamaño, en el interior del ovario hay estructuras microscópicas, semejantes a sacos llamados folículos ováricos que son óvulos inmaduros llamados ovocitos, los mismos que se encuentran rodeados por una o más capas de células, denominadas células foliculares, a medida que el ovulo se va desarrollando dentro de un folículo, este va aumentando de tamaño y desarrollando una zona central llena de líquido llamado antró, en esta período el folículo vesicular o folículo de Graaf ya es maduro, y el ovulo está listo para ser expulsado del ovario, después de la ovulación el folículo roto se transforma en una estructura de aspecto diferente llamado cuerpo lúteo, que finalmente se degenera, la ovulación suele ocurrir cada 28 días. (Marieb, 2008, pp. 553–557)

Los ovarios están sujetos por las paredes laterales de la pelvis, por medio de los ligamentos suspensorios, estos flaquean en el útero por los laterales y se anclan a el centralmente mediante los ligamentos ováricos, en medio se encuentran contenidos por un pliegue del peritoneo llamado ligamento ancho. (Marieb, 2008, pp. 553–557)

1.3.1.2. Sistemas de Conductos.

Los sistemas de conductos del tracto reproductor femenino lo conforman: túbulos uterinos, el útero, y la vagina.(Marieb, 2008, pp. 553–557)

1.3.1.3. Trompas de Falopio.

Las trompas de Falopio o trompas uterinas forman la parte del sistema de conductos, que recibe el ovocito ovulado y facilitan un lugar en el que se pueda dar la fertilización, cada uno de los trompas de Falopio mide aproximadamente 10 cm de longitud y se extiende desde el ovario hasta la parte superior del útero. Los ovarios, las trompas de Falopio están rodeadas y sostenida por el ligamento ancho; en el extremo distal de cada trompa se abre como embudo, denominado infundíbulo, que tiene unas proyecciones semejantes a dedos llamadas fimbrias. Durante la ovulación, el ovario expulsa al ovocito, el mismo que se transporta por medio de las fimbrias que crean una corriente de líquido, que hace que el ovocito se mueva hacia las trompas uterinas donde empieza su recorrido hacia el útero mediante movimientos peristálticos y pulsaciones rítmicas de los cilios. El viaje hacia el útero dura alrededor 3 a 4 días, el ovocito es viable hasta las 24 horas después de la ovulación, donde se produce la fertilización suele ser en las trompas de Falopio, para llegar al ovocito, el espermatozoide debe nadar hacia arriba a través de la vagina y del útero hasta alcanzar las trompas uterinas.(Marieb, 2008, pp. 553–557)

1.3.1.4. Útero.

El útero, se encuentra ubicado en la pelvis entre la vejiga y el recto, es un órgano hueco que funciona para recibir, retener y alimentar un ovulo fertilizado, el útero en una mujer que nunca ha estado embarazada tiene forma y tamaño de una pera, cuando una mujer se encuentra en gestación el útero aumenta considerablemente su tamaño. (Marieb, 2008, pp. 553–557)

El útero está suspendido en la pelvis por el ligamento ancho y anclado anterior y posteriormente por el ligamento redondo y el uterosacro, anatómicamente la parte principal del útero es el cuerpo, es la región superior y redondeada por encima de la entrada de las trompas uterinas es el fundus y la estrecha salida, que sobresale hacia abajo, hacia la vagina es el cérvix. La pared del útero es gruesa y está compuesta por 3 capas, la capa anterior o mucosa denominada endometrio, cuando se produce la implantación, y el ovulo fecundado permanece ahí desarrollándose.(Marieb, 2008, pp. 553–557)

Cuando una mujer no está embarazada, cada mes se desprende la capa endometrial normalmente cada 28 días, esto se da como respuesta a los cambios en los niveles de

hormonas ováricas en la sangre, este proceso se denomina menstruación. El miometrio está formado por fibras de músculo liso, esta es la capa mediana del útero que es normalmente voluminosa, tiene un papel transcendental durante el proceso del parto, ya que se contrae rítmicamente para obligar al bebé a salir fuera del cuerpo de su madre; la capa más extensa del útero es el seroso perimetrio, o peritoneo visceral. (Marieb, 2008, pp. 553–557)

1.3.1.5. Vagina.

La vagina es un tubo conformado por paredes finas de 8 a 10 cm de longitud, se encuentra entre la vejiga y el recto y se extiende desde el cérvix hasta el exterior del cuerpo, frecuentemente es llamado canal del parto, el conducto vaginal facilita el paso del neonato, del flujo menstrual cada 28 días y el semen durante el acto sexual.(Marieb, 2008, pp. 553–557)

Un fino pliegue de mucosa denominado himen, cierra parcialmente la vagina, el himen tiene abundante vascularización y cuando se rompe suele sangrar, ya sea en el primer acto sexual, o realizando algún deporte, o al introducir un tampón o cuando se realiza un examen pélvico.(Marieb, 2008, pp. 553–557)

1.3.1.6. Genitales Externos.

Las estructuras reproductoras femeninas localizadas en el exterior de la vagina son los genitales externos, también llamados vulva, que constan de: monte de venus o pubis, los labios, el clítoris, los orificios uretral y vaginal y el orificio de la glándula vestibular mayor.(Marieb, 2008, pp. 553–557)

La zona grasa y redondeada es el monte de venus o pubis que cubre la sínfisis púbica, esta zona se cubre de vello púbico en la pubertad, aparece en la parte posterior dos pliegues alargados con vello, estos son los labios mayores, los mismos que rodean a los labios menores que son pliegues delicados sin vello púbico.(Marieb, 2008, pp. 553–557)

Los labios mayores rodean al vestíbulo, una zona que tiene las aberturas externas de la uretra, seguidas por la vagina. Las glándulas vestibulares mayores producen moco, esta excreción lubrica la vagina en el extremo durante el acto sexual; el clítoris se ubica en la zona anterior del vestíbulo, este tiene forma de diamante; el ano se encuentra entre los pliegues labiales y las tuberosidades isquiáticas laterales es el peritoneo.(Marieb, 2008, pp. 553–557)

1.3.1.7. Ciclo Ovárico.

Durante el desarrollo embrionario, las células germinales que viajan hacia los ovarios en la primera etapa de vida neonatal se multiplican, es decir, a los cinco meses de gestación, los

ovarios contienen de seis a siete millones de ovogonios, antes del nacimiento mediante un proceso de apoptosis, la mayoría de ovogonios mueren, el resto se convierte en ovocitos <primarios mediante el inicio de la meiosis hacia el final de la gestación, la células aun no son diploides, ya que se detiene en la profase de la primera división meiótica en el proceso de ovogénesis.(Ira fox, 2014, pp. 723–724)

En los ovarios una niña recién nacida, hay aproximadamente dos millones de ovocitos, cada uno contenido en el folículo ovárico que resulta ser una esfera de células huecas; el número de ovocitos y folículos se reducen a 400.000 cuando la niña llega a la pubertad, y de estos solo 400 ovocitos ovularán durante los años de reproducción, los demás ovocitos morirán mediante el proceso de apoptosis, cuando la mujer experimenta la menopausia, la ovogénesis finaliza.(Ira fox, 2014, pp. 723–724)

Los pequeños folículos primarios contienen los ovocitos que no han concluido la primera división meiótica, estos folículos primarios inmaduros están conformados por una capa de células foliculares, en respuesta a la estimulación de la Hormona Folículo Estimulante (FSH) aumenta de tamaño los ovocitos y folículos y se dividen las células foliculares para formar capas de granulosa que envuelven el ovocito y llenan el folículo.(Ira fox, 2014, pp. 723–724)

Cuando los folículos primarios aumentan más su tamaño y forman micro vesículas, cavidades llenas de líquido pasan a llamarse Folículos secundarios, el crecimiento de los mismos continua mientras se fusionan las micro vesículas para formar el antro, que es una cavidad llena de líquido, en esta etapa se lo denomina Folículo de Graaf o Folículo maduro, a medida que se va desarrollando el ovocito primario termina su primera división meiótica sin formar dos células completas, sino solo una el ovocito secundario que adquiere todo el citoplasmas, la otra célula se convierte en un corpúsculo polar pequeño, que luego desaparecerá; el ovocito secundario luego inicia la segunda división meiótica, deteniéndose en la metafase II, en esta etapa el ovulo crece lo suficiente para convertirse en un embrión en el caso de que sucediera la fecundación, culminándose así la segunda división meiótica.(Ira fox, 2014, pp. 723–724)

El ovocito secundario, en la metafase, este encuentra dentro del folículo de Graaf, algunas células granulosas del folículo forman un montículo denominado cumulus oophorus que ayudan al ovocito, las demás células granulosas forman un anillo que alrededor del ovocito llamado corona radiada, entre el ovocito y la corona radiada se encuentra una capa delgada gelatinosa de proteínas y polisacáridos que se denomina zona pelúcida que representa una barrera para los espermatozoides al momento de fecundar un ovocito ovular.(Ira fox, 2014, pp. 723–724)

Bajo la estimulación de la FSH de la adenohipófisis, las células de la granulosa de los folículos ováricos secretan cantidades crecientes del estradiol (estrógenos) a medida que crecen los folículos, esto mediante el precursor testosterona, que es proporcionada por las células de la teca interna, la capa que se encuentra inmediatamente fuera del folículo. (Ira fox, 2014, pp. 723–724)

1.3.1.8. Ovulación.

El proceso de ovulación sucede, hacia el décimo a décimo cuarto día después del primer día de la menstruación, solo un folículo que continúa creciendo se convirtió en un folículo de Graaf completamente maduro, los demás folículos secundarios durante este ciclo experimentan regresión y se vuelven atrésicos, es decir, sin un orificio, en mención a su falta de rotura este tipo de degeneración es mediante apoptosis que se debe a la interacción compleja de hormonas y reguladores de paracrinosis. (Ira fox, 2014, pp. 723–724)

Las gonadotropinas Folículo estimulante y luteinizante (FSH, LH) son encargadas de proteger a los folículos de la atresia, por otro lado los reguladores paracrinosis que son andrógenos son aquellos que favorecen a la atresia de los folículos, cuando el folículo que no atraviesa por la atresia, va aumentando de tamaño para convertirse en el folículo de Graaf, si continúa con la estimulación apropiada, el folículo se rompe, como romperse un ampolla, y termina liberando el ovocito hacia la trompa de Falopio en la ovulación, este ovocito secundario se encuentra rodeado por la corona radiada y la zona pelúcida, el mismo que si no se fecunda en un par de días se degenerará, en caso de que el espermatozoide atraviese tanto la corona radiada como la zona pelúcida entrando así al citoplasma, el ovocito secundario completará la segunda división meiótica, este proceso da como resultado dos células, el huevo o cigoto que tiene la mayor cantidad de citoplasma y un corpúsculo polar, que se degenerará. (Ira fox, 2016, pp. 725–727)

Después del proceso de la ovulación, el ovario continúa cambiando bajo la estimulación de la LH de la adenohipófisis, el ovulo se convierte en un cuerpo amarillo denominado cuerpo lúteo, que secreta estradiol y progesterona, al final del periodo no fértil, el cuerpo lúteo experimenta regresión para convertirse en un cuerpo albicans, que ya no funciona para la fecundación. (Ira fox, 2016, pp. 725–727)

1.3.2. Características sexuales primarias.

Las características sexuales primarias, son aquellas implicadas en la reproducción, por ejemplo, el desarrollo de las características sexuales, como la primera menstruación en las mujeres, y la primera eyaculación en los varones. (Moreno, 2015, p. 10)

En los órganos sexuales aparecen los cambios sexuales primarios, durante la pubertad los órganos aumentan de tamaño, el útero en las mujeres empieza a crecer y el revestimiento de la vagina se hace más grueso, inclusive antes de que sea visible los signos de crecimiento en el pecho o el vello púbico, al finalizar el periodo de pubertad los órganos sexuales se han hecho adecuadamente maduros para permitir la reproducción, para ello primero debe suceder el primer periodo menstrual es decir la menarquia, la cual indica la fertilidad, los primeros ciclos menstruales son anovulatorios, es decir, tienen lugar sin ovulación.(Stassen & Thompson, 1997, pp. 527–532)

Cuando el embarazo se da antes del desarrollo pleno del cuerpo de la adolescente, las exigencias nutricionales, tanto de su propio crecimiento como la de su feto, incrementan el riesgo de dar a luz a un bebé de bajo peso al nacer y disminuyen las posibilidades de la adolescente para alcanzar su máxima estatura corporal. (Stassen & Thompson, 1997, pp. 527–532)

1.3.3. Características sexuales secundarias.

Las características sexuales secundarias, son aquellas características que distinguen tanto a los hombres como las mujeres, en el hombre la aparición de vello púbico en la cara o en el pubis o el cambio de la voz; y en la mujer, la aparición del vello púbico y el aumento del pecho.(Moreno, 2015, p. 10)

Las características sexuales secundarias, no están íntimamente relacionadas con la función sexual o reproductiva, sino signos evidentes, por ejemplo: la forma corporal en las mujeres cambia, sus caderas se hacen más anchas como adaptación para tener hijos, esta característica se hace evidente desde la adolescencia y aumenta a lo largo de los años, otra diferencia es el desarrollo de los pechos, empieza con la acumulación de grasa, lo que provoca una ligera elevación de los tejidos alrededor de los pezones; durante la pubertad, los dos sexos sienten cambios en el vello de la cabeza y del cuerpo, normalmente se hace más fuerte y oscuro, el vello aparece de bajo los brazos, en la cara y en la región púbica.(Stassen & Thompson, 1997, pp. 527–532)

1.4. Desarrollo psicológico del adolescente

Dentro del desarrollo psicológico, el adolescente va construyendo su personalidad, en este proceso suceden cambios cognitivos, es decir, en el pensamiento, en el razonamiento, cambios emocionales por influencias socioculturales.(Casado, Planes, Mulet, & JR, 2009, pp. 2113–2115)

A medida que se va construyendo la personalidad, es primordial, las cuestiones relacionadas con la identidad: el adolescente se encuentra buscándola y construyéndola, para formar su propia manera de ser y hallar un lugar propio, tanto personal y social, evoluciona de un pensamiento infantil a un pensamiento concreto y presente, centrado en la realidad; los adolescentes se cuestionan los modelos ideales paternos y buscan modelos nuevos de identificación como: los vehículos y la relación con el grupo de amigos. (Casado et al., 2009, pp. 2113–2115)

El adolescente experimenta creencias de tener necesidades y capacidades únicas, que el resto de las personas ni comparten ni entienden, como consecuencia de ello, ellos se muestran omnipotentes, invulnerables e impulsivos, o bien inseguros, aislados y solidarios, así también se enfrentan a dificultades para analizar, relacionar y prever las consecuencias de sus actos: así sea que en una determinada conducta sea potencialmente peligrosa, si la ha realizado y no ha pasado nada, siempre será así, es decir un acto sin peligro alguno.(Casado et al., 2009, pp. 2113–2115)

1.4.1. Factores de riesgo en la salud del adolescente.

Los factores de riesgo son aquellos efectos que causan daño o resultados no deseados en los adolescentes, como son: familias disfuncionales, conductas de riesgo, consumo de alcohol y drogas, deserción escolar, accidentes, condiciones ambientales insalubres, marginales y poco seguras, enfermedades de transmisión sexual asociadas a prácticas riesgosas, el embarazo, desigualdad de oportunidades en acceso a servicios de salud, educación, empleo, bienestar social.(Pineda & Aliño, 2016, pp. 20–21)

1.4.2. Factores protectores en la salud de los adolescentes

Los factores protectores, son aquellas características, circunstancias, que facilitan e intervienen en la calidad de vida, desarrollo y bienestar social de los adolescentes, entre ellos tenemos: desarrollo de ambientes saludables y seguros, promoción del autocuidado en salud reproductiva, apropiada estructura y dinámica familiar, políticas sociales encaminadas a la atención de la niñez y adolescencia en salud integral, desarrollo y bienestar social, autoestima y sentido de pertenencia social y familiar, igualdad de oportunidades en salud, educación practica del tiempo libre, desarrollo y bienestar.(Pineda & Aliño, 2016, pp. 20–21)

2. EMBARAZO

2.1. Concepto

El embarazo es un conjunto de cambios fisiológicos, metabólicos y anatómicos que ocurren desde la implantación del huevo o cigoto hasta el parto, con el fin de que se pueda nutrir,

proteger y desarrollar el feto, estos cambios pueden sufrir alteraciones, por lo tanto, se debe seguir una serie de cuidados, para prevenir complicaciones o diagnosticarlas tempranamente. (Lopes, Doval, Blanco, & Alvarez, 2014)

Se considera al embarazo desde que se implanta el embrión en el útero, desde ahí pasaran 40 semanas de gestación, en el que se van desarrollando el feto hasta el parto, durante todo este tiempo, la mujer ira experimentando cambios físicos y emocionales como consecuencia de los cambios hormonales.

2.2. Generalidades

2.2.1.Fecundación.

Se considera fecundación a la fusión de un espermatozoide masculino y un ovulo femenino, los dos juntos forman un ovulo fecundado, que experimentara varias divisiones en las cuales ya están determinadas las características del padre y de la madre como el sexo, el color y forma del cabello, color de los ojos, piel, etc. La fecundación del ovulo y el espermatozoide suele producirse en la trompa de Falopio, en el infundíbulo, luego el huevo desciende progresivamente hacia el útero donde se implantará, crecerá y formara, el feto, la placenta con su cordón umbilical, las membranas ovulares y el líquido amniótico, estos órganos permiten la nutrición y comunicación entre la madre y su hijo. (Andalucia, 2006, pp. 16–18)

2.2.2.La placenta y el cordón umbilical.

La placenta es un órgano que se forma en el útero, este órgano es fundamental ya que permite que el feto pueda nutrirse, proporcionarse de oxígeno, filtra sustancias nocivas perjudicales para el feto y elimina desechos. El cordón umbilical es un conducto formado por dos arterias y una vena envueltas por una sustancia gelatinosa, que permite la comunicación entre el feto y la placenta, el cordón umbilical lleva sangre con sustancias nutritivas desde la placenta al feto, así mismo, la sangre del feto se devuelve a la placenta para oxigenarla y limpiarla. (Andalucia, 2006, p. 18)

2.2.3.Membranas ovulares y líquido amniótico.

Las membranas ovulares son una bolsa en la que se desarrolla el feto, este saco contiene líquido amniótico, liquido claro transparente que protege al feto de golpes y permite el movimiento del mismo. (Andalucia, 2006, p. 18)

2.3. Desarrollo del cigoto en el Embarazo

2.3.1.Fases del desarrollo del cigoto en el útero.

- La primera fase es el período embrionario, correspondiente a los primeros dos meses y medio de gestación. (Andalucía, 2006, p. 19)
- La segunda fase es el período fetal, comprende desde los dos meses y medio hasta terminar el embarazo.(Andalucía, 2006, p. 19)

En el primer mes de gestación, empiezan a formarse el cerebro, riñones, columna vertebral, el tracto digestivo, el hígado y unas prolongaciones que luego serán los brazos y piernas del embrión, en este mes el feto mide alrededor de medio centímetro.(Andalucía, 2006, p. 20)

El segundo mes de gestación, se puede visualizar la cabeza del embrión y en ella los ojos, boca, nariz y sus orejas, las prolongaciones mencionadas anteriormente ya se encuentran diferenciadas en brazos y piernas, en este mes el corazón ya comienza a latir, y mide alrededor de 2.5 cm. Al terminar el periodo embrionario, es decir, a los dos meses y medio el embrión termina midiendo 4 cm y toma el nombre de feto.(Andalucía, 2006, p. 21)

Al tercer mes de gestación el feto toma una forma humana, aunque su cabeza es más grande que su cuerpo que en ese momento ya está básicamente formado, su tracto digestivo funciona ya que puede deglutir o tragar, a medida que se acumula el meconio, sustancia verde que será eliminada al nacer. En este mes el feto mide alrededor de 8 a 10 cm.(Andalucía, 2006, p. 22)

En el cuarto mes de gestación, la piel de feto va produciendo una sustancia blanquecina, denominada vernix, que lo cubre, esta sustancia grasa protege la piel del contacto con el líquido amniótico. En este mes se pueden visualizar los genitales externos.(Andalucía, 2006, p. 23)

Alrededor del cuarto al quinto mes de gestación el feto se mueve enérgicamente y la madre lo puede notar, en esos movimientos el feto lleva sus manos a su cara, durante el día suele dormirse y despertarse, tienen hipo hasta tos. A los seis meses de gestación se hace evidente la presencia de pelo en su cabeza, crecen las cejas, pestañas, y todo su cuerpo se reviste de un vello fino denominado como lanugo. A los seis meses el feto pesa alrededor de 1000 gramos y mide unos 35 cm.(Andalucía, 2006, pp. 23–25)

En el séptimo mes de gestación los órganos del feto empiezan a madurar, entre ellos: el pulmón, órganos del tracto digestivo, etc. El feto aumentara de peso, la grasa empieza acumularse. En el octavo y noveno mes de gestación crecerá aún más el pelo, y las uñas, los movimientos fetales serán más bruscos y frecuentes, él bebe tendera a ubicar la cabeza hacia abajo es decir hacia la pelvis en dirección al cuello del útero; en estos meses el feto alcanzara

un peso de alrededor de 3 a 3.5 kilogramos y una longitud de 50 cm. (Andalucía, 2006, pp. 25–26)

El primer trimestre es de formación, el segundo de perfeccionamiento y el tercero de maduración y crecimiento.(Andalucía, 2006, p. 26)

2.4. Cambios en la madre durante el embarazo

Durante el embarazo, la madre experimenta cambios, debido a la influencia hormonal, se afecta el cuerpo anatómicamente como fisiológicamente, las emociones personales, el entorno familiar y social. (Andalucía, 2006, p. 33)

A medida que pasan los meses la madre aumentara el peso gradualmente, al finalizar el embarazo se espera que la madre haya aumentado de 8 a 12 kilos más, ideal para la salud materno- fetal; la mayor producción de prolactina prepara las mamas para la lactancia, externamente se observan más voluminosas, sensibles y las venas superficiales son más visibles, con respecto a las areolas se ponen más oscuras y al quinto mes de gestación la madre puede segregar calostro.(Andalucía, 2006, p. 33)

A medida que crece el feto, el útero se va agrandando, se contrae y se dilata, preparándose para el parto, como el útero crece ejerce más presión sobre la vejiga, como consecuencia de ello, aumenta la frecuencia de ir a orinar. La vagina se vuelve más elástica, aumenta el flujo vaginal y la mucosa vaginal se oscurece.(Andalucía, 2006, p. 33)

Todos los órganos de la madre trabajan más como el corazón, los pulmones, los riñones, con la finalidad de colaborar con el crecimiento fetal. La piel se oscurece, en zonas como los pezones, areolas, genitales y abdominal en la línea alba. Debido al aumento del tamaño en el abdomen y las mamas, la piel se estira, razón por la cual aparecen estrías en estas zonas.(Andalucía, 2006, p. 34)

La influencia de las hormonas sobre las glándulas sebáceas y folículos pilosos, afectan diferente en cada madre, algunas aumentan o se disminuyen la presencia de cabello y vello. Las uñas pierden su dureza y se rompen con facilidad, las encías en la boca sangran con el roce del cepillo.(Andalucía, 2006, p. 34)

Los primeros meses del embarazo, la gestante se siente más cansada y con más sueño de lo habitual, esto es normal, debido a la influencia hormonal, es recomendable descansar para favorecer la adaptación.(Andalucía, 2006, p. 35)

3. EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

En las mujeres adolescentes se presentan profundos cambios fisiológicos, sexuales, somáticos, mentales, emocionales y sociales necesarios para enfrentar con éxito, la etapa de su maternidad, progresivamente la madurez biológica, psicológica y social, se ha ido separando con el paso de los años, a nivel mundial el inicio de la menarquia es más pronto, lo que permitiría a las adolescentes, ser madres a la edad de 11 años, sin embargo la madurez psicosocial tiende a expandirse a edades más avanzadas para lograr ser autónoma o autónomo, en el ámbito relacional y social. (Hidalgo, A.M., & G.Castellano, 2012, pp. 249–258)

Cuando una mujer se embaraza antes de los 20 años, cuando el cuerpo se esta desarrollando, el embarazo representa un riesgo para su integridad, sin embargo, las adolescentes participan libremente, no obstante, a veces son eventos desafortunados. Considero que el embarazo en esta etapa se da más por desinformación sobre la sexualidad, el bajo nivel educativo, o un desinterés general de su salud o de su futuro, ya que la mayoría de las veces lo que ocurre es una deserción escolar, problemas familiares, problemas de pareja, problemas psicológicos, etc.

3.1. Concepto

El embarazo adolescente se lo considera como la gestación en mujeres, dentro del rango de edad, que según la OMS considera, entre los 10 y los 19 años, independientemente de la edad ginecológica, que se la conoce como los años transcurrido desde la menarquia. (Hidalgo et al., 2012, pp. 249–258)

El embarazo en una mujer adolescente irrumpe la vida cuando todavía no se ha alcanzado, la madurez física ni madurez mental, mucho más cuando el embarazo no ha sido planificado por la adolescente, puede ser debido a trastornos biológicos, principalmente si tiene menor a 15 años, ya que aun sus órganos y su sistema endocrino no está completamente maduro para responder a los cambios necesarios en el desarrollo de un embarazo a término. (Hidalgo et al., 2012, pp. 249–258)

Según (Hidalgo et al., 2012, pp. 249–258) manifiesta que el embarazo adolescente es la puerta de entrada al ciclo de la pobreza y viene a repercutir a nivel mundial, esta es una feminización del problema, ya que un hijo o hija en estas edades establece mayores dificultades socioeconómicas, menores posibilidades en la educación, debido al abandono de los estudios anticipadamente, lo que le repercute en la inserción laboral; la adolescente se ve más expuesta al abandono de su pareja y a la falta de apoyo familiar en la crianza de su hijo o hija .(Hidalgo et al., 2012, pp. 249–258)

3.2. Factores que influyen en el embarazo adolescente

Varios factores favorecen en que se produzcan embarazos en las adolescentes, se considera aspectos biológicos, psicológicos y socioculturales, que predisponen a relaciones sexuales sin protección, como consecuencia un embarazo no planificados, ni deseado en la gran mayoría de embarazos; la edad de inicio de las relaciones coitales es cada vez más temprano, este acontecimiento está relacionado directamente con los embarazos en la vida reproductiva de una mujer. (Hidalgo et al., 2012, pp. 249–258)

El bajo estatus socioeconómico y el menor nivel educativo incluido el abandono escolar incrementan el riesgo de que las relaciones coitales no se use protección eficaz, esta protección anticonceptiva ineficaz en las y los adolescentes está ligada a la demora en admitir que son sexualmente activas, y tardan en sentirse vulnerables y susceptibles de quedar embarazadas al precoz inicio de sus relaciones coitales. (Hidalgo et al., 2012, pp. 249–258)

El uso de alcohol y otras sustancias inhibitorias de conductas, facilita el descontrol de comportamientos de buenas prácticas para la salud sexual y reproductiva, por lo que dejan de utilizar preservativos en las relaciones coitales. (Hidalgo et al., 2012, pp. 249–258)

La adolescente embarazada es más vulnerable, cuando más cerca este su embarazo de la edad de la menarquia, estudios revelan relación entre el riesgo obstétrico con la edad de la mujer embarazada, es decir encuentran relación inversamente proporcional a la edad ginecológica, que es el número de años transcurridos entre la menarquia y el embarazo, cuando esta es superior a los 5 años el riesgo etario desaparece, es decir los embarazos que inician en los primeros 5 años tras la menarquia son más vulnerables a complicaciones obstétricas. (Hidalgo et al., 2012, pp. 249–258)

4. PARTO

El parto es un conjunto de procesos que se dan, con el objetivo del nacimiento de un recién nacido vivo y sano, pero sin olvidar la salud de la madre. Según la OMS (Organización Mundial de la Salud) parto, es aquel proceso de comienzo espontáneo, que se da con un bajo riesgo al comienzo y que se conserva como tal hasta el alumbramiento, es el niño o niña que nace espontáneamente en posición cefálica entre las semanas 37 a la semana 42 completas y que después de dar a luz, la madre y su hijo se encuentran en buenas condiciones de Salud. (Catan, 2015, p. 193)

- Parto Eutócico: Parto eutócico o normal es aquel evento fisiológico en que los factores del trabajo de parto como los conductos, tejidos óseos y blancos de la pelvis materna, fuerzas, contracciones uterinas, feto y placenta interactúan en forma adecuada y

determinan la expulsión de los productos de la concepción por vía vaginal. (Menchaca, 2005, p. 1)

- Parto Distócico: Se considera distocia como la consecuencia de varias anomalías que pueden presentarse en forma aislada o en combinación de tal manera que la interrelación entre las fuerzas agonistas y antagonistas no permite la expulsión de un feto sin lesión. (Clínica Versailles, 2014, p.1)

4.1. Periodos del parto

4.1.1.Periodo de Dilatación.

La primera etapa del parto se considera al periodo de dilatación en la que se diferencian dos fases: la fase latente y la fase activa.(Catan, 2015, p. 193)

- La fase latente es el periodo que transcurre entre el inicio del parto y los 3 a 4 cm de dilatación.(Catan, 2015, p. 193)
- La fase activa es el periodo que transcurre entre los 3 a 4 cm y los 10 cm, en este periodo ocurre un aumento de la frecuencia, intensidad y regularidad de las contracciones.(Catan, 2015, p. 193)

En el parto la duración cambia de una mujer a otra, esta duración se ve influenciada por la paridad; La duración de la fase latente no es sencillo de establecer debido a la dificultad de determinar el comienzo del parto.(Catan, 2015, p. 202)

La media de duración de la fase activa de un parto es: en primíparas de 8 horas, no obstante, puede prolongarse a más de 18 horas, en mujeres multíparas la media de duración de la fase activa es de 5 horas y es improbable que dure más de 12 horas.(Catan, 2015, p. 202)

Se debe dudar una progresión inadecuada del parto si existe:

- Retardo de la dilatación: ocurre cuando la dilatación cervical es menor de 2 cm tras 4 horas de evolución.
- Detección de dilatación: se da cuando hay ausencia de progreso de la dilatación en 3 horas.

4.1.2.Periodo expulsivo.

La segunda etapa del parto es el periodo expulsivo se da cuando hay una dilatación completa y la expulsión fetal como tal, el periodo expulsivo tiene dos fases.(Catan, 2015, p. 202)

- Periodo expulsivo pasivo: en este periodo no hay presencia de contracciones y hay una dilatación completa del cuello uterino, la duración de esta fase en nulíparas es de 2 horas así se haya administrado o no la anestesia epidural y en multíparas puede durar 1 hora sin anestesia y 2 horas si se le administro anestesia.(Catan, 2015, p. 202)
- Periodo expulsivo activo: en este periodo el neonato se lo puede observar y existen contracciones de expulsivo en presencia de dilatación completa, la duración de esta fase en nulíparas es de 1 hora sin la administración de anestesia y 2 horas si se la recibió, y en multíparas dura esta fase 1 hora con o sin la administración de anestesia.(Catan, 2015, p. 202)

4.1.3. Alumbramiento.

La tercera etapa del parto es el alumbramiento, es el tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta la expulsión de la placenta. (Catan, 2015, p. 205)

El promedio de duración es de 5 a 6 minutos, el 90% se suele producir en menos de 15 minutos, no obstante, puede llegar a los primeros 30 minutos después del nacimiento, el tiempo es importante, debido al aumento de hemorragias postparto, en esta complicación la cantidad de la pérdida sanguínea se relaciona con la rapidez con la que la placenta se separa del útero y con la efectividad de la contracción uterina después del parto. Se considera prolongada la duración de la tercera etapa del parto si no se completa en los 30 minutos posteriores al nacimiento del neonato con manejo activo.(Catan, 2015, pp. 206–207)

5. COMPLICACIONES OBSTETRICAS DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS

• COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO

Dentro de las complicaciones obstétricas, se consideró las principales patologías dadas en la maternidad, tomando en cuenta que no hay una unidad especializada para casos de cuidados intensivos, en el caso de la aparición de Urgencias Obstétricas como la eclampsia.

5.1. Trastornos Hipertensivos

Los trastornos hipertensivos complican del 5% a 10% de todos los embarazos, constituyen uno de los miembros de la triada letal, junto con la hemorragia y la infección, que contribuye en buena medida a las tasas de morbilidad y mortalidad maternas. (G. Cunningham et al., 2015, pp. 728–885)

5.1.1. Hipertensión gestacional.

La hipertensión gestacional, se establece en mujeres cuya presión arterial alcanza 140/90 mmHg o más por vez, después de la mitad del embarazo (semana 20 de embarazo) en dos tomas, separadas 6 horas, pero en quienes no se identifica proteinuria. (G. Cunningham et al., 2015); Cuando la TAS se encuentre entre 140-159 mmHg y/o una TAD entre 90-109 mmHg, se trata de una HTA gestacional no grave. (F. Cunningham et al., 2008, pp. 540–550)

Cuando encontremos una TAS ≥ 160 y/o una TAD ≥ 110 mmHg se habla de una hipertensión arterial gestacional grave, en la que pueden aparecer síntomas y signos propios de la preeclampsia como: disfunción del sistema nervioso central: visión borrosa, escotoma, alteración del estado mental, cefalea grave, distensión hepática, epigastralgia, náuseas y vómitos, daño hepatocelular, aumento de las transaminasas por encima del doble de la normalidad, trombocitopenia es decir menos de 100×10^9 plaquetas/L, oliguria es decir menos de 500 ml/24 horas y crecimiento intrauterino restringido. (F. Cunningham et al., 2008, pp. 540–550)

5.1.2. Preeclampsia.

La preeclampsia es un síndrome que se da únicamente en el embarazo, que incluye la aparición de proteinuria como criterio diagnóstico, la excreción anormal de proteína se precisa como una excreción urinaria > 300 mg en 24 horas, otros criterios diagnósticos incluyen la trombocitopenia, disfunción renal, necrosis hepatocelular, alteraciones del sistema nervioso central o edema pulmonar, presencia de cefaleas, o trastornos visuales. (G. Cunningham et al., 2015, pp. 728–885)

En la preeclampsia leve hay hipertensión arterial y proteinuria sin ningún criterio de gravedad, no obstante, la preeclampsia grave es aquella en la que aparece una hipertensión arterial severa, tensión arterial sistólica mayor o igual 160 mmHg y/o tensión arterial diastólica mayor o igual a 110 mmHg en dos ocasiones separadas por 6 horas con la paciente en reposo; la preeclampsia es un síndrome específico del embarazo en el que se afecta la perfusión de los órganos como consecuencia del vasoespasmo y de la activación endotelial. (F. Cunningham et al., 2008, pp. 540–550)

La preeclampsia grave se da cuando nos encontramos uno o más de los criterios mencionados a continuación: la tensión arterial sistólica ≥ 160 mmHg y/o tensión arterial diastólica ≥ 110 mmHg en dos tomas separadas por 6 horas, estando la paciente en reposo en cama, presencia de proteinuria ≥ 2 gramos en orina de 24 horas, oliguria ≤ 500 ml en 24 horas, creatinina sérica $> 1,2$ mg/dl, alteraciones cerebrales o visuales como hiperreflexia con clonus, cefalea grave, escotomas, visión borrosa, amaurosis, edema de pulmón o cianosis, dolor epigástrico o en hipocondrio derecho, alteración de las pruebas funcionales hepáticas,

alteraciones hematológicas, trombocitopenia presencia de $< 100 \times 10^9$ plaquetas/L, coagulación vascular diseminada, hemólisis, afectación placentaria con manifestaciones fetales, crecimiento intrauterino restringido. (Obstetrica, 2009, p. 2)

Las causas potenciales de preeclampsia son: invasión trofoblástica anormal, intolerancia inmunitaria entre tejidos maternos y fetoplacentarios, mala adaptación de la madre a cambios cardiovasculares o inflamatorios del embarazo normal, deficiencias de la dieta: niveles bajos de vitamina C, cinc, calcio y magnesio. (Magee, Helewa, & Rey, 2008, pp. 51–52)

5.1.3. Eclampsia.

El síndrome de la eclampsia se hace evidente con la presencia de convulsiones generalizadas, su aparición puede ocurrir antes del trabajo de parto, durante o después del mismo, en la actualidad, un 25% de las crisis acontecen durante las 48 horas siguientes al alumbramiento. (F. Cunningham et al., 2008, pp. 540–550)

5.2. Amenaza de parto pretérmino

Se considera como amenaza de parto pretérmino a la presencia de dinámica regular uterina ligada a modificaciones cervicales que se aparecen de manera progresiva desde la semana 22 hasta la semana 36,6 de gestación. La causa de la amenaza de parto pretérmino es de origen multifactorial, en varios casos se desconoce la causa que desencadena esta complicación, no obstante, se atribuye a las gestaciones múltiples, polihidramnios, oligoamnios, focos infecciosos en el organismo como pielonefritis, apendicitis, etc. En un 13 % se atribuye a una infección e inflamación intraamniótica. (Albela et al., 2015, pp. 407–425)

5.3. Amenaza de aborto

En la amenaza de aborto, hay presencia de metrorragias y contracciones en el útero de la mujer que se encuentra embarazada antes de la semana 22, cuando ocurre esta complicación se debe realizar una exploración con un espejuelo, para visualizar el cuello del útero y a través del orificio cervical, observar si hay sangrado, material ovular o pólipos, cuando una mujer atraviesa por esta complicación, se recomienda que debe realizar reposo en cama y abstenerse a realizar esfuerzos físicos. El médico con esta condición debe realizar una ecografía obstétrica para descartar otras patologías como embarazo ectópico, mola u otras patológicas, si la metrorragia continua y en el proceso aparecieran restos placentarios o en cuello uterino estuviera dilatado, estaríamos en presencia de un aborto en curso, en ese caso se debe ir inmediatamente al hospital. (Regan & Rai, 2000, pp. 839–854)

- **COMPLICACIONES DURANTE EL PARTO**

5.4. Hemorragia obstétrica

La hemorragia obstétrica puerperal se la considera como la expulsión de 500ml de sangre o más cantidad, una vez terminado el trabajo de parto, es decir la fase expulsiva, la hemorragia obstétrica puede también ocurrir en el periodo prenatal, ya sea en presencia de placenta previa o un desprendimiento prematuro de membranas, cuyas causas suelen ser por la presencia de atonía uterina o desgarros uterinos. (G. Cunningham et al., 2015, pp. 728–885)

5.5. Desprendimiento prematuro de placenta

Desprendimiento prematuro de placenta, se considera a la separación de la placenta, en su sitio de implantación antes de que ocurra el parto, que expresaría como un accidente inesperado de separación prematura de la placenta (G. Cunningham et al., 2015, pp. 728–885). La rotura prematura de membranas, sucede antes de que inicie el trabajo de parto, si es que sucede antes de las 37 semanas de gestación se la conoce como rotura de membranas pretérmino.(Albela et al., 2015, pp. 407–425)

En la rotura prematura de las membranas, la causa es multifactorial como una corioamnionitis, es decir una infección con presencia de una temperatura de 37.8° C y dos o más criterios como: taquicardia materna mayor a 100 latidos por minuto, irritabilidad en el útero, leucorrea mal oliente, leucocitosis mayor a 15.000 células por mm y presencia de taquicardia fetal, es decir más de 160 latidos por minuto. (Albela et al., 2015, pp. 407–425)

5.6. Complicaciones del líquido amniótico

El líquido amniótico realiza un papel primordial en el crecimiento y desarrollo del feto, este líquido permite el desarrollo normal del sistema respiratorio y sistema gastrointestinal, también amortigua traumas físicos y proporciona una barrera contra la infección en un ambiente termorregulado. La cantidad de líquido amniótico resulta del balance entre su producción y su eliminación; En el primer trimestre de gestación existe un transporte de agua y moléculas pequeñas entre los amnios y la piel fetal, de manera que la composición del líquido amniótico es muy parecida al líquido extracelular. En el inicio del segundo trimestre es decir mayor a las 17 semanas, el volumen del líquido amniótico está regulado por la entrada y salida a través de la placenta y el feto, cerca del tercer trimestre cuando la mayoría de los sistemas estas completamente formados como el tracto urinario, las secreciones traqueales y las membranas fetales funcionan de manera que participan en la eliminación del líquido amniótico como el sistema gastrointestinal mediante la deglución fetal, el sistema respiratorio mediante movimientos respiratorios fetales y reabsorción intramembranosa.(Albela et al., 2015, pp. 407–425)

5.6.1. Polihidramnios.

Se considera polihidramnios a la cantidad de líquido amniótico mayor a 25 cm o una columna máxima mayor 10 cm. Cuando la cantidad de líquido amniótico esta entre 20-25 cm se considera dentro del límite normal, cuando el líquido amniótico entre 25-32 cm se considera como un polihidramnios moderado, por último, cuando el líquido amniótico esta mayor a 32 cm se considera como un polihidramnios moderado. (Albela et al., 2015, pp. 407–425)

El polihidramnios se da como resultado de un desequilibrio en las entradas, por producción renal fetal y las salidas por deglución fetal, se conoce que el 60% de polihidramnios son idiopáticos y el 40% se puede identificar una causa alterna fetal o placentaria. (Albela et al., 2015, pp. 407–425)

5.6.2. Oligoamnios.

Se considera oligoamnios como la cantidad de líquido amniótico inferior a 5 cm o a la presencia de una máxima columna vertical inferior a 2cm es decir menos de 500 ml. (Albela et al., 2015, pp. 407–425)

5.6.3. Anidramnios.

Se considera Anidramnios cuando de forma cualitativa no hay presencia de líquido amniótico y cuando de forma cuantitativa no hay presencia de ninguna columna superior a 1 cm. El 5% de casos de oligoamnios se atribuye a una causa idiopática, en el segundo trimestre de gestación la presencia de una rotura prematura de membranas explica el 50% de casos de Anidramnios, así mismo, por el retraso del crecimiento intrauterino aparece con un 18% y las malformaciones fetales se presenta en el 15% de los casos. (Albela et al., 2015, pp. 407–425)

5.7. Atonía uterina

Se considera como atonía uterina a la falta de contracciones efectivas en el útero después del parto, cuando esto sucede, se la puede diagnosticar cuando el útero no se fortalece después del tratamiento de rutina en la tercera etapa del parto es decir se realiza el masaje uterino y la oxitocina; la atonía uterina puede estar o no estar asociado a algún tejido retenido o trastornos placentarios como la placenta mórbida adherente, placenta previa, placenta abrupta hasta productos retenidos de la concepción y la inversión uterina. Cuando hay presencia de una atonía uterina, la pérdida de sangre es mucho mayor ya que el útero se encuentra flácida y dilatado, con la atonía focal localizada, el fondo del útero puede estar contraído mientras que en el segmento inferior dilatado y atónico, por lo tanto, es difícil de

valorar en el examen abdominal, pero puede detectarse en un examen vaginal exhaustivo. (Belfort, 2018, p. 1)

5.8. Distocias

Las distocias de dilatación aparecen cuando no hay actividad uterina o hay, pero actividad defectuosa, ineficaz e inapropiada para producir la dilatación cervical. Para diagnosticar una distocia de dilatación uterina, se debe evaluar las contracciones, la intensidad y la duración de las contracciones. Se debe determinar las contracciones que se presentan en un periodo de 10 minutos, se considera normal de 3 a 5 contracciones cada 10 minutos, en la intensidad, se evalúa la presión en el tono basal, normalmente de 30 a 50 mmHg, por último, la duración normal de las contracciones oscila entre 30 a 90 segundos. (Guerrero, 2008, p. 2)

5.9. Desproporción céfalo pélvica

La desproporción céfalo pélvica, se considera como una desproporción entre la cabeza del neonato, la pelvis de la madre y la contracción uterina, esta complicación es la causa más frecuente de cesárea en todo el mundo. El tamaño de la pelvis es hereditario y está asociada a la talla baja de la madre, y más cuando se trata de una adolescente embarazada, por tal razón esta complicación se da con más frecuencia en este grupo. (Pacora, Ingar, Buzzio, Reyes, & Oliveros, 2007, p. 2)

Además, se debe tomar en cuenta el tamaño del feto, influenciado por la talla de la madre, el estado nutricional materno, peso pregestacional, ganancia del peso, edad y paridad. (Pacora et al., 2007, p. 2)

5.10. Desgarros

5.10.1. Desgarro vaginal.

El desgarro vaginal se define como un corte o rasgadura en el orificio vaginal, el interior del canal vaginal o en la piel de la vagina hasta el ano. Los desgarros vaginales se pueden dar como causa de un parto en expulsivo, presentación fetal de nalgas o sentado, usar de manera inadecuada las herramientas para dar a luz como pinzas o fórceps. El tratamiento para esta complicación es realizar una sutura. (Elsevier Interactive Patient Education, 2018, p. 1)

5.10.2. Desgarro de cuello uterino.

El desgarro de cuello uterino se produce más en parto normal, en la expulsión del recién nacido, cuando el obstetra no realiza una revisión sistemática del cuello uterino, también se producen cuando hay una dilatación forzada del conducto cervical para la extracción del feto

o cuando fuertes contracciones uterinas actúan sobre un cuello uterino no dilatado correctamente. Los desgarros del cuello uterino se descubren por una hemorragia, ya que se pudo haber roto una importante arteria uterina, es necesario realizar un examen visual del cuello uterino posparto.(Elsevier Interactive Patient Education, 2018, pp. 2–3)

5.11. Procedimiento Quirúrgico

5.11.1. Cesárea

La cesárea abdominal es un procedimiento quirúrgico en el que extrae el feto mediante una incisión de la pared abdominal denominado laparotomía y de la pared uterina denominado histerectomía, la práctica de este procedimiento se ha ido incrementando progresivamente, desde un 5% a un 25% según las estadísticas de los hospitales.(Catan, 2015, p. 212)

Clasificación de las cesáreas:

5.11.2. Cesárea tipo 1.

Este tipo de cesárea es urgente de realización inmediata ya que puede haber una amenaza grave para la salud materna y/o fetal como rotura uterina, hemorragia persistente, desprendimiento prematuro de placenta, prolapso de cordón umbilical, sufrimiento fetal.(Catan, 2015, p. 212)

5.11.3. Cesárea tipo 2.

Este tipo de cesárea es urgente de realización no inmediata ya que hay un compromiso materno-fetal sin amenaza inmediata como distocia de presentación, falla en la inducción del parto, presentación transversa, presentación podálica, prematuridad extrema, presencia de un tumor previo, sin embargo, el riesgo se potencia con el pasar del tiempo(Catan, 2015, p. 212)

5.11.4. Cesárea tipo 3.

Este tipo de cesárea es programada no urgente ya que no existe compromiso materno fetal.(Catan, 2015, p. 212)

CAPITULO II
DISEÑO METODOLOGICO

2.1. OBJETIVOS

2.1.1 OBJETIVO GENERAL.

- Identificar la edad, el estado civil, la procedencia y las complicaciones en el parto de las adolescentes embarazadas que acuden a la maternidad “Julia Esther González Delgado” durante el periodo enero 2015 – diciembre 2017.

2.1.2 OBJETIVO ESPECIFICO.

- Identificar la edad y el estado civil de las adolescentes embarazadas que acuden a la maternidad “Julia Esther González Delgado”, durante el periodo enero 2015 – diciembre 2017, con la finalidad de conocer cuál es la edad de mayor vulnerabilidad en el embarazo y determinar su relación con el estado civil.
- Determinar la procedencia de la adolescente embarazada que acude a la maternidad “Julia Esther González Delgado” durante el periodo enero 2015 – diciembre 2017, para determinar si la mayor incidencia de embarazos está en las adolescentes del sector urbano, o en el sector rural.
- Identificar en las adolescentes embarazadas que acuden a la maternidad “Julia Esther González Delgado” durante el periodo enero 2015 – diciembre 2017, las complicaciones que presentan en el proceso del parto.

2.2 METODOLOGIA

2.2.1. Tipo de estudio.

El presente estudio de investigación es cuantitativo, descriptivo, en la que se describen las variables de edad, procedencia, estado civil y complicaciones durante el parto de las adolescentes que acudieron a la maternidad “Julia Esther González Delgado”, en un tiempo de 3 años desde enero 2015- diciembre 2017.

2.1.2. Universo.

El universo del estudio fueron todas las mujeres adolescentes embarazadas, que, según la OMS, son las mujeres entre 10 y 19 años de edad, se tomó en cuenta a las mujeres embarazadas que ingresaron a la Maternidad por emergencia o consulta externa a dar a luz a la unidad de Ginecología y Obstetricia de la Maternidad “Julia Esther González Delgado” durante el periodo enero 2015 – diciembre 2017.

2.1.3. Métodos e Instrumentos de recolección de datos.

Se utilizó para la recolección de datos un formato diseñado en Microsoft Excel versión 2016, en el formato se ubicó las variables que se deseaba conocer y un cuaderno de apuntes se tomó toda la información necesaria de las historias clínicas de las pacientes de la Maternidad para luego pasar al formato, de manera que se obtuvo una base de datos para el desarrollo de la investigación.

2.1.3.1. Procedimiento.

Para el desarrollo del proyecto de investigación, primero se realizó la revisión bibliográfica del tema mediante el uso de documentos virtuales como de documentos, revistas, publicaciones científicas, libros en físico, después se procedió a la redacción de la investigación e identificación de variables, realizando las correcciones pertinentes.

Una vez aprobado el proyecto se procedió de la siguiente manera:

- Redacción y entrega de oficio, para solicitar el permiso correspondiente a las autoridades del Patronato de Amparo Social de Loja, para acceder a la recolección de datos en la Maternidad Municipal “Julia Esther González Delgado”
- Para cumplir con los objetivos: identificación de las edades, estado civil, procedencia y complicaciones durante el parto en las adolescentes embarazadas, se extrajo la información de las historias clínicas de cada paciente.
- Una vez recolectada la información se procedió a elaborar una base de datos en Excel, para la tabulación y análisis de los datos obtenidos.

2.1.4. Plan de Tabulación y Análisis.

Del cuaderno de campo se ingresaron los datos para la estructuración de la base de datos, se usó el software Microsoft Excel versión 2016, ubicando en columnas cada uno de los indicadores de las variables, después se realizó la tabulación con estadística descriptiva, utilizando porcentajes y media aritmética.

CAPITULO III
RESULTADOS

El presente estudio, se lo realizo tomando en cuenta a todas las adolescentes que dieron a luz desde Enero 2015 – Diciembre 2017 en la Maternidad “Julia Esther Delgado González”. A continuación, se realiza el análisis de los resultados obtenidos.

Tabla N° 1. Edad de las Adolescentes Embarazadas que acudieron a la Maternidad “Julia Esther Delgado González”

Edad	Frecuencia	Porcentaje
14	2	1,52%
15	8	6,06%
16	19	14,39%
17	22	16,67%
18	38	28,79%
19	43	32,58%
TOTAL	132	100,00%

Fuente: Historias Clínicas de la Maternidad
Elaboración: Paula Alexandra Sarmiento Rojas

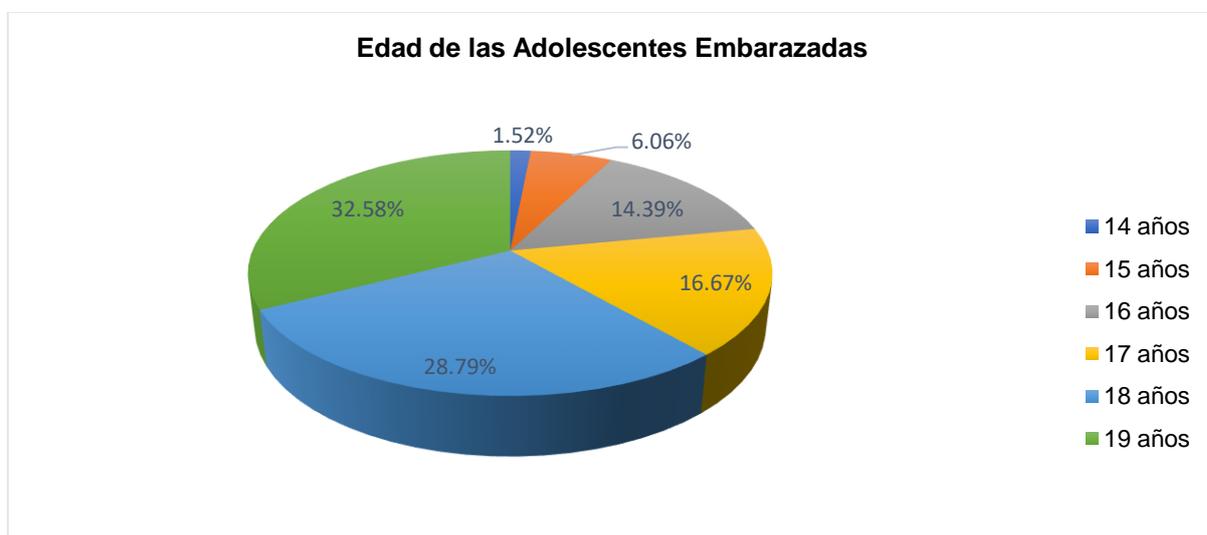


Gráfico N° 1. Edad de las Adolescentes Embarazadas que acudieron a la Maternidad “Julia Esther Delgado González”

Fuente: Historias Clínicas de la Maternidad
Elaboración: Paula Alexandra Sarmiento Rojas

Análisis: Del total de las 132 adolescentes embarazadas que acudieron a la Maternidad “Julia Esther González Delgado”, 2 adolescentes representan el 1,52 % tienen 14 años, 8 adolescentes representan el 6,06% tienen 15 años, 19 adolescentes representan el 14,39% tienen 16 años, 22 adolescentes representan el 16,67% tienen 17 años, 38 adolescentes

representan el 28,79% tienen 18 años, finalmente 43 adolescentes representan el 32,58% tienen 19 años. Siendo las edades de 18 y 19 años más incidencia en embarazo adolescente.

Tabla N° 2. Estado Civil de las Adolescentes Embarazadas que acudieron a la Maternidad “Julia Esther Delgado González”

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Casada	17	13%
Soltera	75	57%
Unión Libre	40	30%
TOTAL	132	100%

Fuente: Historias Clínicas de la Maternidad
Elaboración: Paula Alexandra Sarmiento Rojas



Gráfico N° 2. Estado Civil de las Adolescentes Embarazadas que acudieron a la Maternidad “Julia Esther Delgado González”

Fuente: Historias Clínicas de la Maternidad
Elaboración: Paula Alexandra Sarmiento Rojas

Análisis: Del total de las 132 adolescentes embarazadas que acudieron a la Maternidad “Julia Esther González Delgado”, 17 adolescentes representan el 13 % se encuentran casadas, 75 adolescentes representan el 57% se encuentran solteras, 40 adolescentes representan el 30% se encuentran en unión libre. Siendo la mayor incidencia, las adolescentes embarazadas Solteras y menor incidencia adolescentes embarazadas Casadas.

Tabla N° 3. Estado Civil de las Adolescentes Embarazadas de 14 – 16 años, que acudieron a la Maternidad “Julia Esther Delgado González”

ESTADO CIVIL DE LAS ADOLESCENTES DE 14 - 16 AÑOS, QUE ACUDIERON A LA MATERNIDAD “JULIA ESTHER DELGADO GONZÁLEZ”		
Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	21	72%
Unión Libre	6	21%
Casada	2	7%
TOTAL	29	100%

Fuente: Historias Clínicas de la Maternidad
Elaboración: Paula Alexandra Sarmiento Rojas

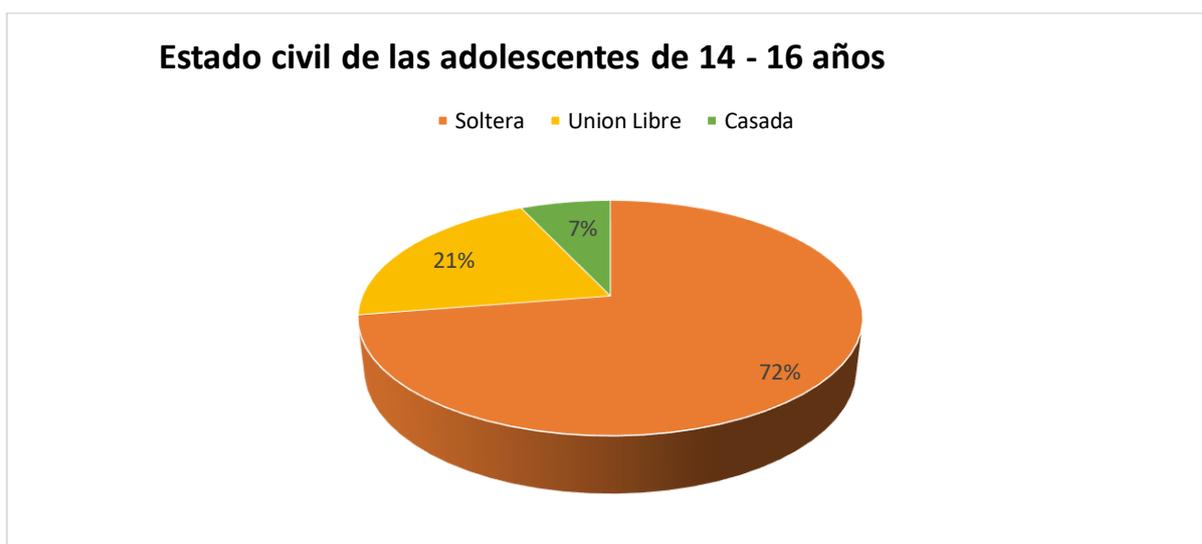


Gráfico N° 3. Relación entre Edad y Estado Civil de las Adolescentes Embarazadas de 14- 16 años, que acudieron a la Maternidad “Julia Esther Delgado González”

Fuente: Historias Clínicas de la Maternidad
Elaboración: Paula Alexandra Sarmiento Rojas

Análisis: Del total de las 132 adolescentes embarazadas que acudieron a la Maternidad “Julia Esther González Delgado”, 29 adolescentes de edad media, se encuentran 21 adolescentes solteras que representan el 72%, 6 adolescentes en unión libre que representan el 21%, 2 adolescentes casadas que representan el 7%. Siendo la mayor incidencia, las adolescentes embarazadas Solteras y menor incidencia adolescentes embarazadas Casadas.

Tabla N° 4. Estado Civil de las Adolescentes Embarazadas de 17 – 19 años, que acudieron a la Maternidad “Julia Esther Delgado González”

ESTADO CIVIL DE LAS ADOLESCENTES DE 17 - 19 AÑOS		
ESTADO CIVIL	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	54	52%
Unión Libre	34	33%
Casada	15	15%
TOTAL	103	100%

Fuente: Historias Clínicas de la Maternidad
Elaboración: Paula Alexandra Sarmiento Rojas

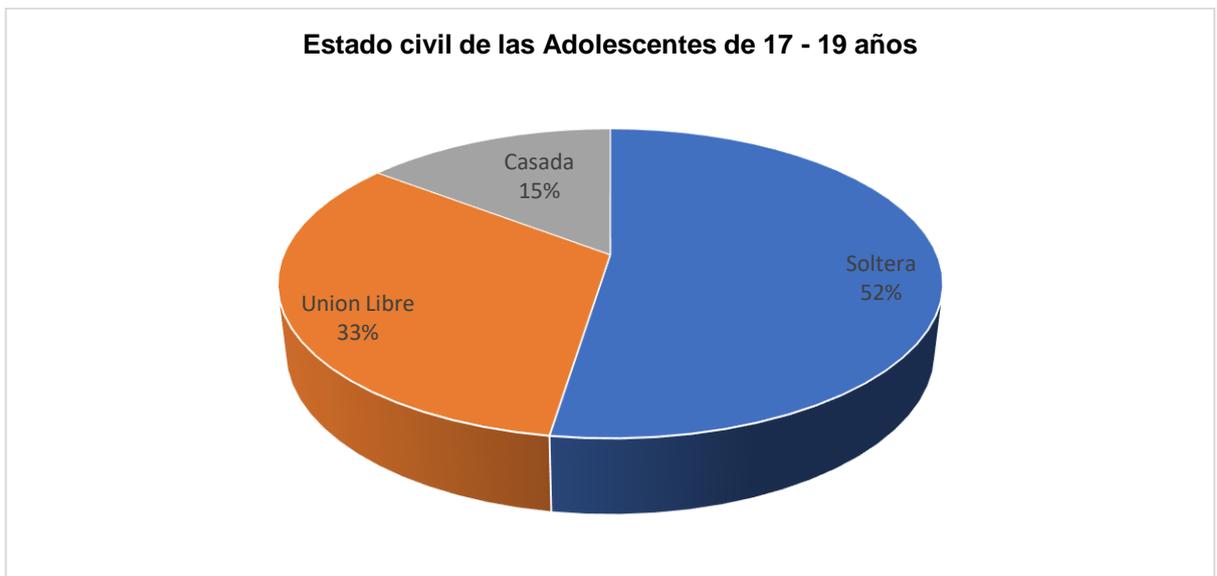


Gráfico N° 4. Relación entre Edad y Estado Civil de las Adolescentes Embarazadas de 17- 19 años, que acudieron a la Maternidad “Julia Esther Delgado González”

Fuente: Historias Clínicas de la Maternidad
Elaboración: Paula Alexandra Sarmiento Rojas

Análisis: Del total de las 132 adolescentes embarazadas que acudieron a la Maternidad “Julia Esther González Delgado”, 103 adolescentes de edad tardía, se encuentran 54 adolescentes solteras que representan el 52%, 34 adolescentes en unión libre que representan el 33%, 15 adolescentes casadas que representan el 15%. Siendo la mayor incidencia, las adolescentes embarazadas Solteras y menor incidencia adolescentes embarazadas Casadas.

Tabla N° 5 Procedencia de las Adolescentes Embarazadas que acudieron a la Maternidad “Julia Esther Delgado González”

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Urbano	116	87,87%
Rural	16	12,12%
TOTAL	132	100%

Fuente: Historias Clínicas de la Maternidad

Elaboración: Paula Alexandra Sarmiento Rojas

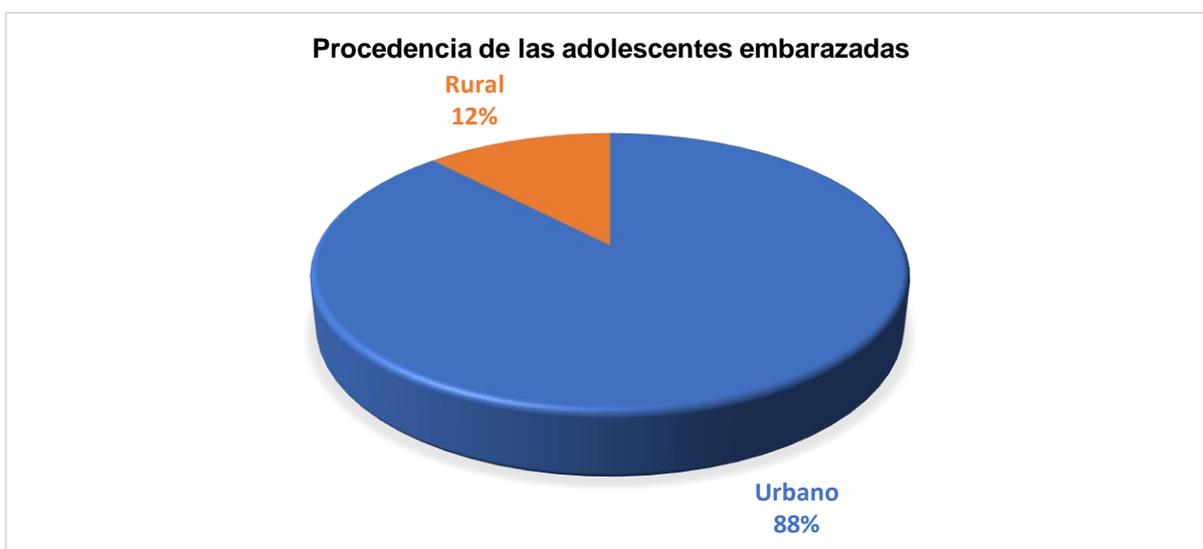


Gráfico N° 5. Procedencia de las Adolescentes Embarazadas que acudieron a la Maternidad “Julia Esther Delgado González”

Fuente: Historias Clínicas de la Maternidad

Elaboración: Paula Alexandra Sarmiento Rojas

Análisis: Del total de las 132 adolescentes embarazadas que acudieron a la Maternidad “Julia Esther González Delgado”, 116 adolescentes provienen del sector Urbano que representan el 87,87%, 16 adolescentes provienen del sector Rural que representan el 12,12%. Siendo la mayor incidencia las adolescentes embarazadas que provienen del sector Urbano.

Tabla N° 6. Tipo de Parto en las Adolescentes Embarazadas que acudieron a la Maternidad “Julia Esther Delgado González”

TIPO DE PARTO: EUTOCICO O DISTOCICO		
Parto	Frecuencia	Porcentaje
Eutócico	44	33%
Distócico	88	67%
TOTAL	132	100%

Fuente: Historias Clínicas de la Maternidad
Elaboración: Paula Alexandra Sarmiento Rojas

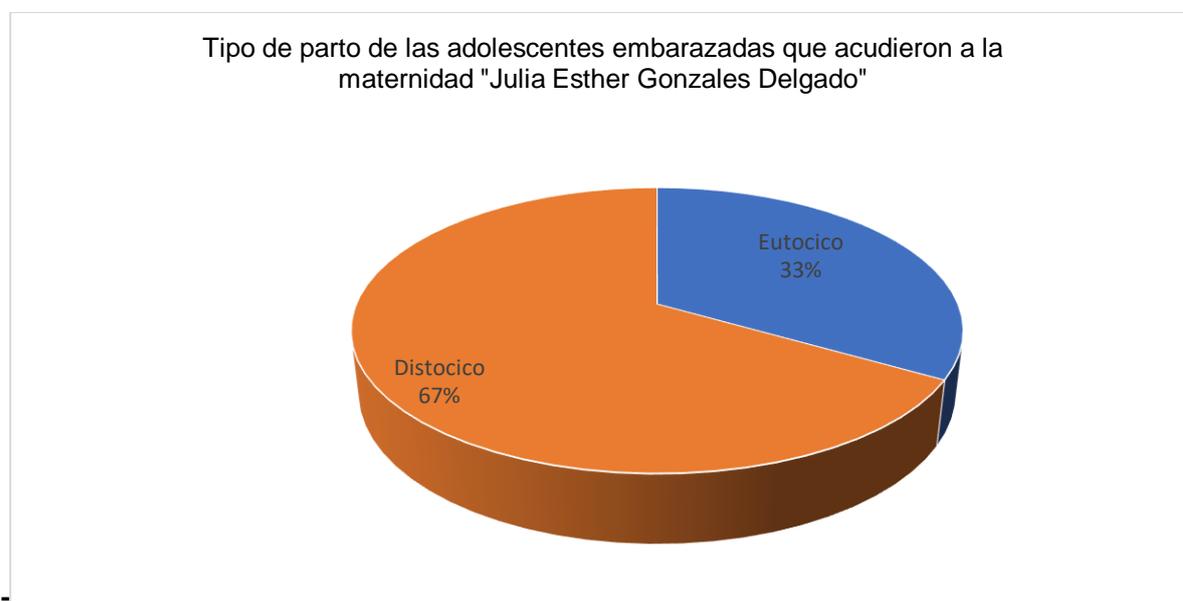


Gráfico N° 6. Forma de Alumbramiento en las Adolescentes Embarazadas que acudieron a la Maternidad “Julia Esther Delgado González”

Fuente: Historias Clínicas de la Maternidad
Elaboración: Paula Alexandra Sarmiento Rojas

Análisis: Del total de las 132 adolescentes embarazadas que acudieron a la Maternidad “Julia Esther González Delgado”, 44 adolescentes tuvieron un parto eutócico que representan el 33%, 88 adolescentes tuvieron un parto distócico que representan en 67%. Siendo la mayor incidencia los partos distócicos.

Tabla N° 7. Complicaciones durante el parto en las Adolescentes Embarazadas que acudieron a la Maternidad “Julia Esther Delgado González”

COMPLICACIONES DURANTE EL PARTO	Frecuencia	Porcentaje
Polihidramnios	1	1.34%
Hemorragia	1	1.34%
Corioamnionitis	2	2.67%
Desgarro Vaginal	4	5.33%
Distocia de Dilatación	6	8.00%
Rotura Prematura de Membranas	8	10.66%
Atonia Uterina	9	12.00%
Desproporción Cefalopélvica	13	17.33%
Oligohidramnios	13	17.33%
Desgarro de Cuello Uterino	18	24.00%
TOTAL	75	100.00%

Fuente: Historias Clínicas de la Maternidad

Elaboración: Paula Alexandra Sarmiento Rojas

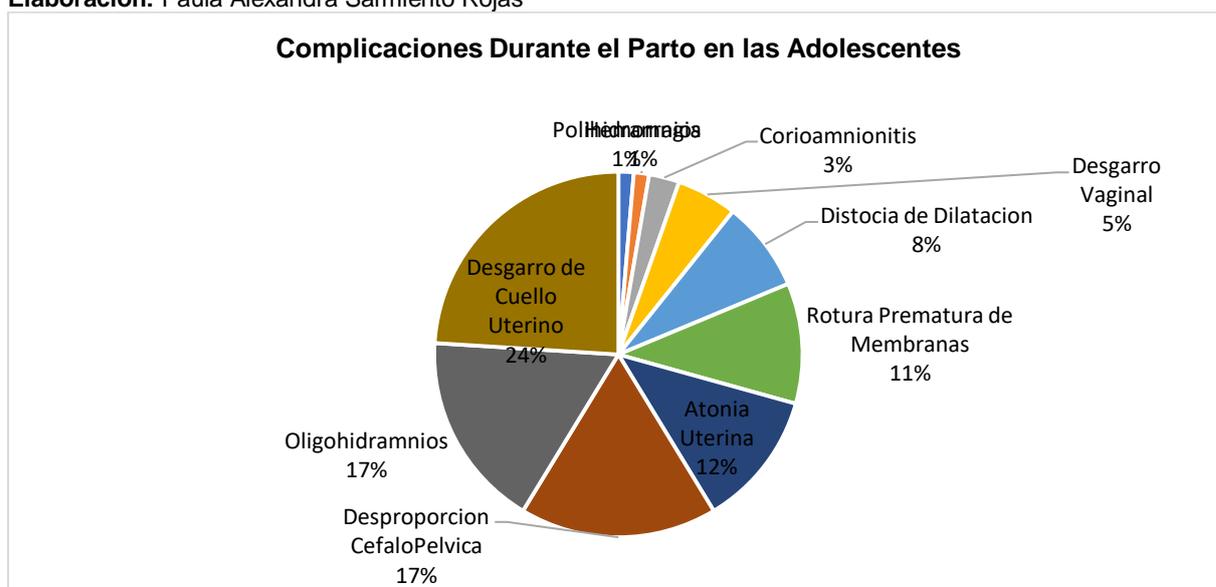


Gráfico N° 7. Complicaciones durante el parto de las Adolescentes Embarazadas que acudieron a la Maternidad “Julia Esther Delgado González”

Fuente: Historias Clínicas de la Maternidad

Elaboración: Paula Alexandra Sarmiento Rojas

Análisis: Los resultados obtenidos indican que del total de adolescentes embarazadas, es decir de las 132 adolescentes embarazadas que acudieron a la Maternidad “Julia Esther González Delgado”, 1 adolescente presentó Polihidramnios que representa el 1.34%, 1 adolescente presentó Hemorragia que representa el 1.34%, 2 adolescentes presentaron Corioamnionitis que representan el 2.67%, 4 adolescentes presentaron Desgarro Vaginal que representan el 5.33%, 6 adolescentes presentaron Distocia de Dilatación que representan el 8.00%, 8 personas presentaron Rotura Prematura de Membranas que representan el 10.66%, 9 adolescentes presentaron Atonía Uterina que representan el 12.00%, 13 adolescentes

presentaron Desproporción Céfalo Pélvica que representan el 17.33%, 13 personas presentaron Oligohidramnios que representan el 17.33%,por último, 18 personas presentaron Desgarro de Cuello Uterino que representan el 24.00% como complicaciones durante el parto en la Maternidad “ Julia Esther Gonzales Delgado”

Tabla N° 8. Complicaciones durante el parto de las Adolescentes Embarazadas en edad media (14-16 años) que acudieron a la Maternidad “Julia Esther Delgado González”

COMPLICACIONES DURANTE EL PARTO EN ADOLESCENCIA MEDIA 14 - 16 AÑOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Oligohidramnios	3	20.00%
Atonia Uterina	2	13.33%
Desproporción Céfalo Pélvica	6	40.00%
Desgarro de Cuello Uterino	2	13.33%
Polihidramnios	1	6.67%
Distocia de Dilatación	1	6.67%
TOTAL	15	100.00%

Fuente: Historias Clínicas de la Maternidad

Elaboración: Paula Alexandra Sarmiento Rojas

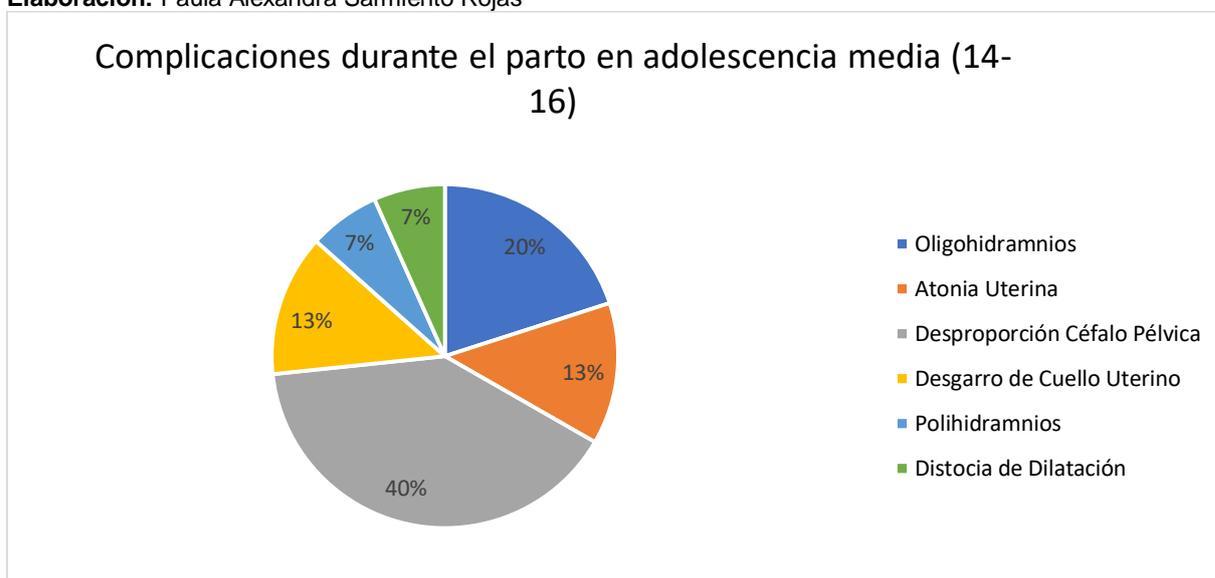


Gráfico N° 8. Complicaciones de las Adolescentes Embarazadas en edad media (14-16 años) que acudieron a la Maternidad “Julia Esther Delgado González”

Fuente: Historias Clínicas de la Maternidad

Elaboración: Paula Alexandra Sarmiento Rojas

Análisis: Los resultados obtenidos indican que, del total de las adolescentes en edad media, es decir 29 adolescentes embarazadas presentan: 3 adolescente presento Oligohidramnios que representa el 20.00%, 2 adolescentes presentaron Atonía Uterina que representan el 13.33%, 6 adolescentes presentaron Desproporción Céfalo Pélvica que representan el 40.00%, 2 adolescentes presentaron Desgarro de Cuello Uterino que representan el 13.33%, 1 adolescente presento Polihidramnios que representan el 6.67%, por ultimo 1 adolescente presento Distocia de Dilatación que representa en 6.67% de las complicaciones durante el parto de las adolescentes que acudieron a la Maternidad “Julia Esther Gonzales Delgado”.

Tabla N° 9. Complicaciones de las Adolescentes Embarazadas en edad tardía (17-19 años) que acudieron a la Maternidad “Julia Esther Delgado González”

COMPLICACIONES DURANTE EL PARTO EN ADOLESCENCIA TARDIA 17 - 19 AÑOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Hemorragia	1	1.66%
Corioamnionitis	2	3.33%
Desgarro Vaginal	4	6.66%
Atonia Uterina	7	11.66%
Desproporción Céfalo Pélvica	7	11.66%
Rotura Prematura de Membranas	8	13.33%
Distocia de Dilatación	5	8.33%
Oligohidramnios	10	16.66%
Desgarro de Cuello Uterino	16	26.66%
TOTAL	60	100.00%

Fuente: Historias Clínicas de la Maternidad
Elaboración: Paula Alexandra Sarmiento Rojas

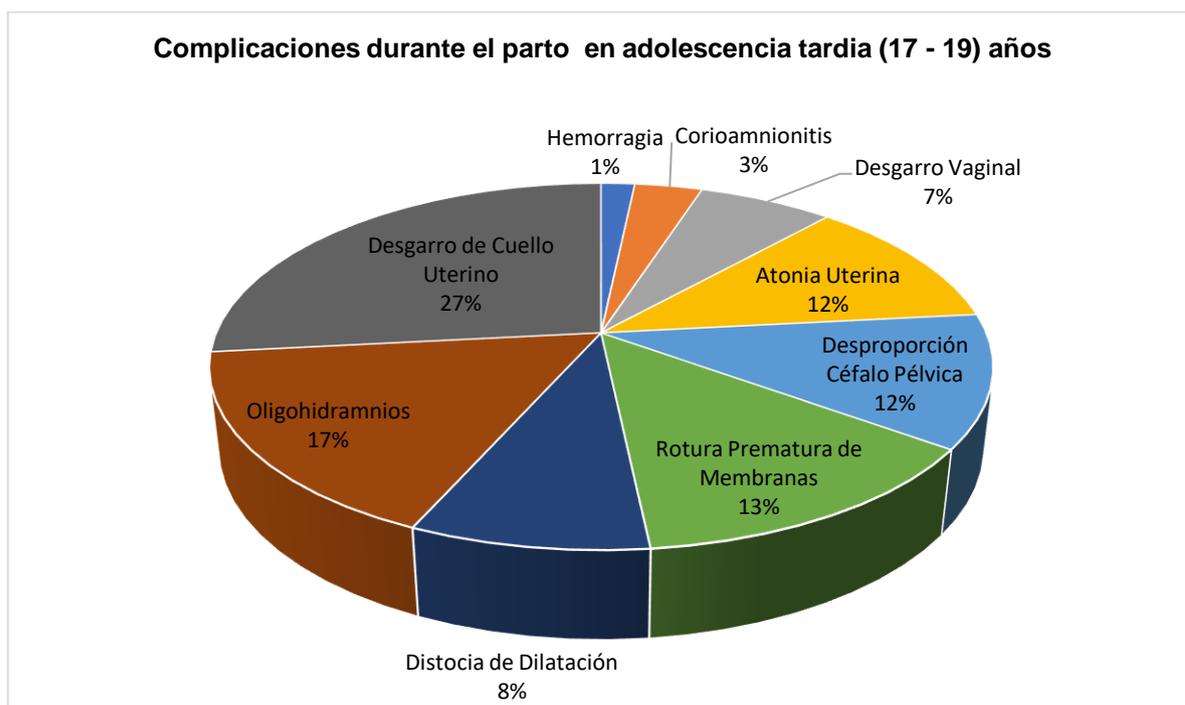


Gráfico N° 9. Complicaciones de las Adolescentes Embarazadas en edad tardía (17-19 años) que acudieron a la Maternidad “Julia Esther Delgado González”

Fuente: Historias Clínicas de la Maternidad
Elaboración: Paula Alexandra Sarmiento Rojas

Análisis: Los resultados obtenidos indican que, del total de las adolescentes en edad tardía, es decir 103 adolescentes embarazadas presentan: 1 adolescente presento Hemorragia que representa el 1.66%, 2 adolescentes presentaron Corioamnionitis que representan el 3.33%, 4 adolescente presento Desgarro Vaginal que representan el 6.66%, 7 adolescentes

presentaron Atonía Uterina que representa el 11.66% 7 adolescentes presentaron Desproporción Céfalo Pélvica que representan el 11.66%, 8 adolescentes presentaron Rotura Prematura de Membranas que representan el 13.33%, 5 adolescentes presentaron Distocia de Dilatación que representan el 8.33%, 10 adolescentes presentaron Oligohidramnios que representan el 16.66%, por último, 16 adolescentes presentaron Desgarro de Cuello Uterino que representa el 26.66%, de las complicaciones durante el parto en la Maternidad “ Julia Esther Gonzales Delgado”

CAPITULO IV

DISCUSION

DISCUSION

La adolescencia descrita por varios autores (Sobeida & Morales, 2012) consideran que es una etapa de crecimiento y desarrollo, en la que se van adaptando a nuevas funciones reproductivas, dado por el inicio del periodo de fertilidad, en donde el adolescente cree estar preparado para lo que se aproxima como la concepción; la mujer que concibe en esta etapa se encuentra con un sistema reproductor no maduro en su totalidad; simultáneamente el nivel psicosocial se va desarrollando, el adolescente asume nuevos roles lo cual se complica, ya que hay una confusión sin una autodefinición correcta de ser niño o adolescente. (Sobeida & Blázquez, 2012, pp. 1–8)

Dentro del primer objetivo se menciona conocer en qué edad se da más el embarazo juvenil, como resultado de la investigación, se determinó que de las mujeres adolescentes estudiadas en la Maternidad “Julia Esther González Delgado” el 1.52% tienen 14 años, 6.06% tienen 15 años, 14.39% tienen 16 años, 16.67% tienen 17 años, 28.79% tienen 18 años, 32,58% tienen 19 años, esto concuerda con los datos obtenidos en la investigación fecundidad adolescente, género y desarrollo realizada en Colombia en la que aparece un aumento en la tasa de fecundidad adolescente frente al descenso en la fecundidad total, es así que en el 2005 la tasa de fecundidad adolescente aporta con el 19%, esto se puede atribuir a que la proporción de adolescentes con actividad coital se ha duplicado, en los últimos 10 años ha pasado de 21% en 1990 a 44% en el 2005, es así que la edad en la que los adolescentes inician sus relaciones sexuales ha disminuido, en 1990 el 5% de adolescentes habían iniciado sus relaciones antes de los 15 años y en el 2005 el porcentaje aumento llegando al 13.7%.(Henao, Gonzalez, & Vargas, 2007, pp. 47–70)

De igual manera en la Maternidad “Julia Esther González Delgado” se determinó que el 1.52% tienen 14 años, 6.06% tienen 15 años, 14.39% tienen 16 años, 16.67% tienen 17 años, 28.79% tienen 18 años, 32,58% tienen 19 años, el mismo que concuerda con la investigación realizada por ENIPLA la tasa de embarazos adolescentes en Latinoamérica y el Caribe es de 70.5 por cada 1000 nacidos vivos, es decir el 7.05% cada 100. En el 2011 la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico de los países de ingresos medios menciona que existen alrededor de 13 millones de partos anuales de niñas entre 15 a 19 años de edad.(Henao et al., 2007, pp. 6–7)

Por otro lado, también en la Maternidad “Julia Esther González Delgado” se determinó que el 1.52% tienen 14 años, 6.06% tienen 15 años, 14.39% tienen 16 años, 16.67% tienen 17 años, 28.79% tienen 18 años, 32,58% tienen 19 años, estas cifras se pueden corroborar con los datos del INEC, en Ecuador el embarazo en adolescente es importante, ya que la

población total del es de 15'687.033, de los cuales el 49.56% son hombres y 50,44% son mujeres; según el censo realizado en el 2010 revela que 3'645.167 son madres, de ellas, 122.301 son madres adolescentes (INEC, 2010, pp.2-3). (Henaó et al., 2007, pp. 6–7)

Como resultado de ello las adolescentes embarazadas pierden posibilidades de seguir adelante, con respecto a los estudios suele darse una deserción escolar, así también económicamente no son activas, ya que no hay una inserción laboral, de manera que se crea un ciclo de pobreza y una calidad de vida deficiente en la mayoría de los casos, se ah visto que la adolescente se ve más expuesta al abandono de su pareja y a la falta de apoyo familiar en la crianza de su hijo o hija.

De acuerdo con el objetivo de conocer el estado civil, en el que se encontraron las adolescentes embarazadas, se encontró que del 100% de las adolescentes embarazadas que acudieron a la Maternidad “Julia Esther González Delgado”, el 13 % se encuentran casadas, 57% se encuentran solteras, 30% se encuentran en unión libre, siendo la mayor incidencia, las adolescentes embarazadas solteras y en unión libre y menor incidencia adolescentes embarazadas casadas, estos datos concuerdan con el censo realizado en el 2010 en Ecuador, donde el estado civil de las mujeres con un hijo nacido vivo entre 12 a 19 años de edad son: 55.8% en unión libre, 20.2% solteras, 15.7% casadas, 7.6% separadas y tan solo 0.2% divorciadas.(Burneo, Cordova, Gutierrez, & Ordoñez, 2015, p. 23) (INEC,2010, pp. 2-10)

Relacionando la edad en la que ocurrió el embarazo precoz, con el estado civil se determinó que, del 100% de adolescentes en edad media, el 72% son solteras, el 21% están en unión libre y el 7% están casadas; respecto a las adolescentes en edad tardía, el 52% son solteras,33% se encuentran en unión libre, y el 15 % casadas, este trabajo investigativo se relaciona con un estudio piloto sobre las consecuencias del embarazo adolescente en el estado civil de la madre joven, efectuado en Colombia, en el que se determinó que durante el embarazo el 60% de las madres estaban solteras, de las cuales después de un determinado tiempo, el 20% opta por casarse y el 13.3% prefiere unión libre como estado civil, el 40% restante, prefiere tener algún tipo de relación o unión esporádica.(Salazar, Acosta, Lozano, & Quintero, 2018, pp. 175–176)

La realidad del estado civil en embarazo adolescente no coincide con el núcleo familiar tradicional, en la que estaba formada por padre y madre casados que enseñan a su hijo y se encargan como núcleo de la sociedad de su hijo, mediante la investigación se visualiza compromiso más de la madre que del padre, la mayoría están cerca de su pareja, pero no conviven es decir, en unión libre, otras solteras asumiendo el rol de madre solas sin su pareja.

Según el segundo objetivo de la investigación, se determinó que la procedencia de las adolescentes embarazadas que acudieron a la Maternidad “Julia Esther González Delgado”, del 100% de las investigadas, 87.87% provienen del sector urbano, 12,12% provienen del sector rural, siendo la mayor incidencia las adolescentes embarazadas que provienen del sector urbano, estos datos difieren con la investigación sobre la fecundidad adolescente, género y desarrollo ya que muestran una tendencia creciente en la zona rural, respecto a embarazos juveniles, en el 2005 la tasa de fecundidad adolescente rural es mayor en un 50% frente a embarazos urbanos.(Henaó et al., 2007, pp. 47–70).

Se considera que el embarazo adolescente se da más en el sector rural, donde no hay acceso temprano de información sexual o apoyo en métodos anticonceptivos, es por ello por lo que en el sector rural aparecen jóvenes adolescentes madres de uno o más hijos, con varias parejas.

Las complicaciones durante el parto son mayores cuando se trata de adolescentes, esto se relaciona con la falta de desarrollo en la pelvis materna como también de sus zonas blandas, el resultado es el incremento de desproporción cefalopélvica, presentaciones podálicas o transversas, trabajos de parto mucho más prolongados, presencia de trastornos hipertensivos, desgarros de cuello uterino, perineales, así como también, mayor incidencia de cesáreas (Burneo et al., 2015, pp. 22–45)

De acuerdo al tercer objetivo se identificó que las complicaciones durante el parto en las adolescentes embarazadas que acudieron a la Maternidad “Julia Esther González Delgado”, 1.34% presento Polihidramnios, el 1.34% presento Hemorragia, el 2.67% presento Carioamniotits, el 5.33% presento Desgarro Vaginal, el 8.00% presento Distocia de Dilatación, el 10.66% presento Rotura Prematura de Membranas, el 12.00% presento Atonía Uterina, el 17.33% presento Desproporción Céfalo Pélvica, el 17.33% presento Oligohidramnios, por último, el 24.00% presento Desgarro de Cuello Uterino como complicaciones durante el parto en la Maternidad “ Julia Esther Gonzales Delgado”, este análisis se relaciona con la investigación realizada en la Zona de Cono Norte en Lima- Perú, en la que se identificó las complicaciones materno perineales en adolescentes embarazadas como: el 0.62% presento amenaza de aborto, 29% presento infección de vías urinarias, 0.6% presento Oligohidramnios, 11.1% presento preeclampsia, 13.6% presento rotura prematura de membranas, por último, 16.7% presentaron distocias de presentación, es así, que en esta investigación hay un mayor cantidad de casos con trabajo de parto prolongados y expulsivo prolongado.(Sandoval & Ortiz, 2017, pp. 30–33)

Así también, los resultados obtenidos sobre las complicaciones durante el parto en las adolescentes embarazadas que acudieron a la Maternidad “Julia Esther González Delgado”, 11.34% presento Polihidramnios, el 1.34% presento Hemorragia, el 2.67% presento Carioamniotits, el 5.33% presento Desgarro Vaginal, el 8.00% presento Distocia de Dilatación, el 10.66% presento Rotura Prematura de Membranas, el 12.00% presento Atonía Uterina, el 17.33% presento Desproporción Céfalo Pélvica, el 17.33% presento Oligohidramnios, por último, el 24.00% presento Desgarro de Cuello Uterino como complicaciones durante el parto en la Maternidad “ Julia Esther Gonzales Delgado”, de manera que los datos del estudio realizado en la Universidad de Cuenca sobre las complicaciones obstétricas en adolescentes atendidas en el servicio de obstetricia del hospital “Homero Castanier Crespo” en el periodo enero- diciembre 2008” en el que se demuestra similitud con la presencia de complicaciones como: 41.82% presentaron cesárea, 30.91% presento infección de vías urinarias, 10% presento amenaza de parto pretérmino, 2.73% presento rotura prematura de membranas, 8.64% presento desproporción cefalopélvica, 4.55% presento preclamsia, 1.82% presento desgarro perineal.(Lopez, 2018, pp. 1–3)

Según el tipo de parto de las adolescentes embarazadas que acudieron a la Maternidad “Julia Esther González Delgado”, el 33% tuvieron un parto eutócico y el 67% tuvieron un parto distócico, estos datos difieren con los obtenidos en una investigación realizada en la Zona de Cono Norte en Lima- Perú, en la que se identificó en un grupo control 66.6% tuvieron un parto eutócico y el 33.3% tuvieron un parto distócico. (Sandoval & Ortiz, 2017, pp. 31–32),

Así mismo, el tipo de parto de las adolescentes embarazadas que acudieron a la Maternidad “Julia Esther González Delgado”, el 33% tuvieron un parto eutócico y el 67% tuvieron un parto distócico, los datos obtenidos, se asemejan a la investigación realizada en Colombia sobre la Adolescencia Materna y su Asociación con la realización de cesárea, en la que se identificó que el 56.6% de pacientes finalizó su gestación con parto vaginal o instrumentado, y el 43.3% se le practico cesárea.(Gallardo & Guerrero, 2015, pp. 56–59)

CONCLUSIONES

El embarazo juvenil es considerado como un problema de salud pública, que afecta directamente en la salud tanto de la madre como de su hijo, tanto en el ámbito psicológico como social de la mujer adolescente, limitando su nivel económico, laboral y académico, exponiéndola a complicaciones mayores, es por ello, que se debe considerar en implementar una campaña de educación sexual para toda la comunidad, con el fin de reducir la tasa de embarazos en este grupo etario.

Las primordiales conclusiones conseguidas en la presente investigación con respecto al embarazo en adolescentes son las siguientes:

- Del total de adolescentes embarazadas que acudieron a la Maternidad “Julia Esther Gonzales Delgado” la edad de mayor incidencia de embarazos es a los 17 años con 16,67%, 18 años con 28,79% y 19 años con 32,58%, por lo tanto, el embarazo en esta etapa limita oportunidades personales y profesionales para los padres adolescentes ya que deben asumir roles que aún no les compete y no son propios de su etapa de vida.
- Dentro del estado civil, las adolescentes embarazadas que acudieron a la Maternidad “Julia Esther González Delgado”, se encuentran el 57% Solteras y el 30% en unión libre, de manera que se puede concluir que no hay presencia de un núcleo familiar en donde madre y padre se preocupa por su hijo, más bien, se observa que hay relaciones abiertas y esporádicas, esto se puede atribuir a las manifestaciones de la nueva sociedad, a los choques generacionales que marcan diferencia en nuestra cultura.
- Se evidencia que de acuerdo a la procedencia de las 132 adolescentes embarazadas que acudieron a la Maternidad “Julia Esther González Delgado”, que el 87,87% provienen del sector Urbano y 12,12% provienen del sector Rural, siendo la mayor incidencia las adolescentes embarazadas que provienen del sector Urbano, esta diferencia se puede atribuir a la ubicación de la maternidad ya que se encuentra en una zona urbana de la ciudad de Loja, por lo tanto, las adolescentes urbanas tienen acceso temprano y directo al centro materno, así también, la maternidad brinda el servicio con un pago previo, por lo tanto, las adolescentes embarazadas del sector rural, son transferidas, directamente al Hospital Isidro Ayora por ser una unidad de referencia del segundo nivel de atención, y quizá por la situación económica.

El embarazo juvenil es más probable en lugares pobres, con poco o nada de nivel de enseñanza y en sectores rurales en todo el mundo, por lo tanto, las mujeres que

tuvieron un embarazo en la adolescencia alcanzan una educación sensiblemente menor, tienen mayores probabilidades de ser pobres, tienen hogares menos estables que otras mujeres que no se embarazaron en su adolescencia. (Social, 2011)

- Dentro del tipo de parto de las adolescentes embarazadas que acudieron a la Maternidad “Julia Esther González Delgado”, se encontró que el 33% tuvo un parto eutócico y un 67% tuvo un parto distócico, con complicaciones, por lo tanto, esto se puede atribuir, a que, las adolescentes aun no tienen su aparato reproductor maduro y destinado al acto de tener un hijo, es por lo que, en este grupo de edad ya sea por estrechez pélvica u otras condiciones hay más incidencia de partos por cesáreas.
- Respecto a las complicaciones y técnica quirúrgica, las adolescentes embarazadas que acudieron a la Maternidad “Julia Esther González Delgado”, presentaron más cantidad de cesáreas en un 67%, desgarro Vaginal en un 5.12%, distocia de dilatación en un 7.69%, rotura prematura de membranas con un 10.25%, atonía uterina con un 11.54%, desproporción céfalo pélvica con un 16.68%, oligohidramnios que representan el 16.68%, y desgarro de cuello uterino con un 23.08% estas complicaciones ocurrieron durante el parto en la Maternidad, haciendo una correlación con otros estudios, las adolescentes presentan más complicaciones, es por ello que hay que poner atención para tratar como equipo de salud a minimizar estas condiciones.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda a la Maternidad “Julia Esther González Delgado” que se priorice la atención médica a las adolescentes en periodo de gestación, enfocándose directamente en los factores de riesgo que desencadenan las complicaciones durante el parto, especialmente la presencia de Desgarros Perianales como Desgarros Vaginales.
- Se recomienda realizar campañas masivas sobre educación sexual, dentro de la Maternidad y fuera de la misma, de manera que se valla educando a la comunidad sobre la presencia de embarazos en adolescentes y los riesgos obstétricos que acarrea esta condición tanto para la madre como para el feto, para tratar de prevenir el embarazo precoz en nuestra provincia, teniendo en cuenta que, como Municipio de Loja, podemos tener una mayor acogida en nuestro sector de influencia.
- Se recomienda divulgar los resultados obtenidos en esta investigación, con la finalidad de crear conciencia sobre este problema de Salud Pública.
- Continuar realizando este tipo de investigaciones con adolescentes de diferentes zonas, para determinar el incremento o la disminución de la presencia de embarazos juveniles, y planificar estrategias interinstitucionales con la finalidad de disminuir su presencia.

BIBLIOGRAFIA

- Albela, S., Alonso, I., Auge, J., Balasch, J., Barrios, P., Bataller, E., Caparros, X. (2015). *Obstetricia y Ginecología* (tomo 1). Barcelona: Ergon.
- Andalucía, J. de. (2006). *Embarazo* (primera ed). españa: junta de andalucía. Retrieved from http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/c_3_c_1_vida_sana/embarazo_y_salud/lactancia_materna/embarazo.pdf
- Belfort, M. (2018, April 17). Descripción general de la Hemorragia Posparto. *UpToDate - Descripción General de Hemorragia Posparto*, p. 1. Retrieved from https://www.uptodate.com/contents/overview-of-postpartum-hemorrhage?search=atonía_uterina&source=search_result&selectedTitle=1~51&usage_type=default&display_rank=1
- Burneo, C., Cordova, A., Gutierrez, M., & Ordoñez, A. (2015). *Embarazo adolescente en el marco de la estrategia nacional intersectorial de planificación familiar (ENIPLA) 2014 y el plan nacional de fortalecimiento de la familia*. (primera). Quito: Ministerio de Salud Pública.
- Camejo, R. (2015, November). Embarazo en la Adolescencia. *Policlinico Docente Manuel Fajardo Rivero - Embarazo En Adolescentes*, 3.
- Casado, V., Planes, M., Mulet, T., & JR, D. (2009). *Medicina de Familia y Comunitaria* (segunda ed). España: Editorial Panamericana.
- Catan, M. (2015). *Manual del Riesgo Obstetrico* (2° edición). Panama: Panamericana. Retrieved from <https://svpn.utpl.edu.ec/+CSCO+1075676763663A2F2F6A6A6A2E7A727176706E636E616E7A726576706E616E2E70627A++/VisorEbookV2/Ebook/9788498358391?token=9bd66c00-355d-4d81-90ac-1546e640f042#%7B%22Pagina%22:%221%22,%22Vista%22:%22Indice%22,%22Busqueda%22:%22%22%7D>
- Cunningham, F., Leveno, K., Bloom, S., Hauth, J., Gilstrap, I. L., & Wenstrom, K. (2008). *Obstetricia de Williams*. Mexico: Mc Graw Hill Education.
- Cunningham, G., Leveno, K., Bloom, S., Spong, C., Dashe, J., Hoffman, B., ... Sheffield, J. (2015). *Williams Obstetricia* (24° Edicio). Mexico: Mc Graw Hill Education.
- Elsevier Interactive Patient Education. (2018). *Vaginal Laceration- ClinicalKey* (primera ed). Lima: Elsevier. Retrieved from

https://svpn.utpl.edu.ec/+CSCO+0075676763663A2F2F6A6A6A2E7079766176706E7978726C2E7266++/#!/content/patient_handout/5-s2.0-pe_ExitCare_DI_Vaginal_Laceration_en

Forcier, M., Blake, D., & Torchia, M. (2015). Adolescent sexuality - UpToDate. Retrieved April 21, 2018, from <https://www.uptodate.com/contents/adolescent-sexuality#H7>

Gallardo, H., & Guerrero, I. (2015). *Adolescencia materna y su asociacion con la realizacion de cesarea*. Universidad Militar Nueva Granada. Retrieved from [https://repository.unimilitar.edu.co/bitstream/10654/7336/5/PROTOCOLO TRABAJO DE GRADO CESAREA Y ADOLESCENCIA.pdf](https://repository.unimilitar.edu.co/bitstream/10654/7336/5/PROTOCOLO_TRABAJO_DE_GRADO_CESAREA_Y_ADOLESCENCIA.pdf)

Guerrero, T. (2008). *Distocias Dinamicas: Conducta* (primera ed). Granada: Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Retrieved from http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/cr08.distocias_dinamicas.pdf

Henao, J., Gonzalez, C., & Vargas, E. (2007). *Fecundidad adolescente, genero y dearrollo- Evidencias de la investigacion* (primera). Bogota: Territorios. Retrieved from <file:///C:/Users/pauli/Desktop/PAULA/out.pdf>

Hernández, I., Martín, M., Hernández, R., & Brizuela, S. (2010). El embarazo y sus riesgos en la adolescencia. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 14(1), 0–0. Retrieved from http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552010000100013

Hidalgo, M. I., A.M., R., & G.Castellano. (2012). *Medicina de la adodescencia atencion integral* (2° edicion). España: Ergon. S.A.

Ira fox, S. (2014). *Fisiologia Humana*. (M. Bernal, Ed.) (decima ter). Mexico: Mc Graw Hill Education. <https://doi.org/9786071511515>

Ira fox, S. (2016). *Fisiologia Humana* (decimocuar). Mexico: Mc Graw Hill Education.

Lopes, X., Doval, X., Blanco, S., & Alvarez, X. (2014). *Embarazo. Clinicalkey- Embarazo* (primera). mexico: elsevier. Retrieved from https://svpn.utpl.edu.ec/+CSCO+0075676763663A2F2F6A6A6A2E7079766176706E7978726C2E7266++/#!/content/guides_techniques/52-s2.0-mt_fis_125

Lopez, E. (2018). *Complicaciones obstetricas en adolescentes atendidas en el servicio de Obstetricia del Hospital "Homero Castanier Crespo" en el periodo enero - diciembre 2008*. UNIVERSIDAD DE CUENCA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS ESCUELA DE MEDICINA. Retrieved from

http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3739/1/MED_37.pdf

- Magee, L. A., Helewa, M., & Rey, I. (2008). Diagnosis, evaluation, and management of the hypertensive disorders of pregnancy. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada : JOGC = Journal D'obstetrique et Gynecologie Du Canada : JOGC*, 30(3 Suppl), 51–52. [https://doi.org/10.1016/S1701-2163\(16\)32776-1](https://doi.org/10.1016/S1701-2163(16)32776-1)
- Maieb, E. (2008). *Anatomia y Fisiologia Humana* (segunda ed). Madrid: Pearson Education.
- Marieb, E. (2008). *Anatomia y Fisiologia Humana* (novena edi). Madrid: Pearson Education S.A. <https://doi.org/1158566>
- Moreno, A. (2015). *La adolescencia* (primera). Barcelona: Editorial UOC.
- Mujeres, O. (2013). Conferencia sobre el Desarrollo Sostenible en América Latina y el Caribe: seguimiento de la agenda para el desarrollo post-2015 y Río+20. *Onu Mujeres*. <https://doi.org/Naciones unidas>
- Obstetrica, S. E. de G. y. (2009). Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Retrieved December 1, 2009, from <http://www.sego.es/>
- OMS. (2016). Catalogación por la Biblioteca de la OMS. *Organizacion Mundial de La Salud*, 1–88. <https://doi.org/publicaciones Francesas designsgood.info>
- Organizacion Mundial de la Salud. (2014). *OMS | El embarazo en la adolescencia*. Lima: World Health Organization. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>
- Organizacion Mundial de la Salud. (2015). OMS | Desarrollo en la adolescencia. *Organizacion Mundial de La Salud - Desarrollo de La Adolescencia, primer vol*, 1. Retrieved from http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
- Pacora, P., Ingar, W., Buzzio, Y., Reyes, M., & Oliveros, M. (2007). Desproporcion fetopelvica en el Hospital de Lima: prevalencia, consecuencias, prediccion y prevencion. *Revista Peruna de Ginecologia Y Obstetricia, volumen 53*, 2. Retrieved from http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol53_n3/pdf/a10v53n3.pdf
- Pineda, S., & Aliño, M. (2016). *Manual de Practicas Clinicas para la atencion en la Adolescencia* (primera ed). lima: Editorial Panamericana.
- Regan, L., & Rai, R. (2000). Epidemiology and the medical causes of miscarriage. *Bailliere's Best Practice & Research. Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 14(5), 839–854.

<https://doi.org/10.1053/beog.2000.0123>

- Salazar, A., Acosta, M., Lozano, N., & Quintero, M. (2018). Consecuencias del embarazo adolescente en el estado civil de la madre joven. *Persona Y Bioética*, 12(Embarazo adolescente), 169–182. <https://doi.org/0123-3122>
- Sandoval, J., & Ortíz, M. (2017). Complicaciones Materno Perinatales del Embarazo en Primigestas Adolescentes. *Revista Peruana de Ginecología Y Obstetricia*, 53(2017-3–1), 28–34. Retrieved from <http://www.redalyc.org/pdf/3234/323428183005.pdf>
- Sobeida, M., & Blázquez, L. (2012). Embarazo adolescente Adolescent pregnancy. *Revista Electronica de Medicina Embarazo Adolescente*, 1–8. Retrieved from http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/williamsoler/embarazo_adolescente_2012.pdf
- Social, M. C. de D. (2011a). Estrategia Intersectorial de Prevención del Embarazo Adolescente y Planificación Familiar. *Estrategia Intersectorial de Prevención Del Embarazo Adolescente Y Planificación Familiar*, 1, 7–13. Retrieved from http://www.todaunavida.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/04/Proyecto_enipla.pdf
- Social, M. C. de D. (2011b). *Estrategia Intersectorial de Prevención del Embarazo Adolescente y Planificación Familiar*. Quito. Retrieved from http://www.todaunavida.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/04/Proyecto_enipla.pdf
- Soto, O., Bonal, A., Bonal, A., Valido, J., & Velazquez, G. (2003). Embarazo en la adolescencia y conocimientos sobre sexualidad. *Embarazo En La Adolescencia Y Conocimientos Sobre Sexualidad*. <https://doi.org/1561-3038>
- Stassen, K., & Thompson, R. (1997). *El Desarrollo de la persona desde la niñez a la adolescencia* (cuarta edi). Mexico: Editorial Panamericana.
- Vallejo, J. (2013). Embarazo en adolescentes - Complicaciones. *Revista Medica Costa Rica Y Centro America - Embarazo En Adolescente*, 65–69. Retrieved from <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc131m.pdf>

ANEXOS

DATOS ESTADISTICOS DE LA MATERNIDAD "JULIA ESTHER GONZALEZ DELGADO" 2015 - 2016 - 2017		
Nombre de la Adolescente Embarazada:		
Edad:		
Adolescencia baja:		
Adolescencia media:		
Adolescencia alta:		
Estado Civil:		
Soltera		
Casada		
Unión Libre		
Divorciada		
Procedencia:		
Urbano		
Rural		
Complicaciones		
Polihidramnios		
Desgarro de Cuello Uterino		
Hemorragia		
Corioamnionitis		
Oligohidramnios		
Desgarro Vaginal		
Distocia de Dilatación		
Rotura Prematura de Membranas		
Atonía Uterina		
Desproporción Céfalo Pélvica		
TIPO DE PARTO		
Normal		
Cesárea		

