



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

ESPECIALIZACIÓN EN PEDIATRÍA

**EVALUACIÓN DE LA PREVALENCIA DEL EMBARAZO Y SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN
ADOLESCENTES DEL CANTÓN LATACUNGA DE LA PROVINCIA DE COTOPAXI EN EL PERIODO
2007-2014.**

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA

Dra. MÓNICA MARIBEL SÁNCHEZ MOREIRA

Dr. DARWIN EFRAIN SARABIA MALDONADO

DIRECTORA ACADÉMICA: Dra. MARISOL BAHAMONDE

TUTOR METODOLÓGICO: Dr. HUGO PEREIRA

QUITO 15 DE JULIO 2017

DEDICATORIA

Agradezco a Dios por ponerme en el camino correcto durante el desarrollo de mi carrera, y sobre todo por las bendiciones recibidas, metas realizadas, tristezas superadas y también por aquellas personas que me permitió conocer, y que marcaron mi vida en este largo camino que se llama postgrado.

Dedico orgullosamente a mis padres por aquel amor incondicional que me brindan siempre y por darme la confianza para poder realizar este gran sueño.

Mónica Sánchez

Este proyecto de tesis está dedicado a Dios por haberme concedido la vida y permitirme haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional.

A mi padres quienes a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación, siempre depositando su entera confianza en cada reto que se me presentaba sin dudar ni un solo momento en mi inteligencia y capacidad, porque sin ellos y su presencia nada de esto hubiera sido posible.

A mi querido hijo que con su cariño inmenso, ha sido mi motor y fortaleza para seguir adelante.

Y finalmente a los niños de cada rincón del planeta por ser la fuente de inspiración para elegir y seguir en esta noble profesión porque no imagino un trabajo sin ellos y sobre todo a aquellos que no cuentan con las potencialidades humanas completas para poder desenvolverse en este reto llamado vida.

“Establecer metas es el primer paso para transformar lo invisible en visible”.

Anthony Robbins.

Darwin Sarabia

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer a Dios por todas las bendiciones, los triunfos y los momentos difíciles que me han enseñado a valorar la vida cada día.

A mis padres y familia por el apoyo brindado a lo largo de mi carrera.

A la prestigiosa Pontificia Universidad Católica del Ecuador por la oportunidad de permitir mi desarrollo profesional.

A mis queridos docentes en especial a mi querido Dr. Ramos por ser muestra de inteligencia, sabiduría, habilidad, amor por los niños, por ser parte de una constante enseñanza a lo largo de mi carrera.

Y a todos quienes intervinieron de una u otra manera durante estos tres años, apoyándome, ayudándome, guiándome y creyendo en mí.

Darwin Sarabia

TABLA DE CONTENIDO

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTO	III
TABLA DE CONTENIDO.....	IV
LISTA DE TABLAS	VII
LISTA DE GRÁFICOS	IX
CAPITULO 1	1
1. INTRODUCCIÓN	1
2. JUSTIFICACIÓN	6
CAPITULO 2	8
3. MARCO TEÓRICO.....	8
3.1 SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LA ADOLESCENCIA	8
3.2 EMBARAZO ADOLESCENTE	10
3.3 RIESGOS	14
3.4 MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.....	16
3.4.1 Métodos Modernos	17
3.4.2 Métodos Tradicionales	20

3.5	ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ETS).....	22
3.5.1	Tipos de ETS:.....	24
CAPÍTULO 3		31
4.	MÉTODOS	31
4.1	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	31
4.2	OBJETIVOS	31
4.3	FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS	32
4.4	METODOLOGÍA	33
4.4.1	Operacionalización De Variables Del Estudio.....	33
4.4.2	Población y Muestra.....	35
4.4.3	Tipo de estudio.....	35
4.4.4	Procesamiento de la recolección de la información:.....	35
4.4.5	Plan de análisis de datos.....	36
4.4.6	Costo.	36
4.4.7	Duración estimada del proyecto.....	37
4.5	ASPECTOS BIOETICOS:.....	37
CAPÍTULO 4		38
5.	RESULTADOS.....	38

CAPÍTULO 5.....	54
6. DISCUSIÓN	54
CAPITULO 6.....	59
7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	59
ANEXOS:	65

LISTA DE TABLAS

Tabla 1: Nacimientos de hijos (as) de madres adolescentes por provincia en el 2010...	10
Tabla 2. Mujeres de 15 a 45 años de edad que tuvieron la primera relación sexual, primera unión y primer nacimiento antes de cumplir las edades específicas, según edad actual.	12
Tabla 3. Conocimiento de métodos anticonceptivos, por método y por estado civil (MEF de 15 a 49 años)	21
Tabla 4. Adolescentes embarazadas por grupo de edad en el Cantón Latacunga	38
Tabla 5. Enfermedades de transmisión sexual (ETS) según grupo etario atendidos en el Cantón Latacunga en el periodo 2008-2010.	40
Tabla 6. Enfermedades de transmisión sexual (ETS) según adolescentes atendidos en el Cantón Latacunga en el periodo 2011-2014.	41
Tabla 7. Población de adolescentes atendidos en D01 cantón Latacunga	43
Tabla 8. Acceso a planificación familiar de adolescentes por grupos de edad del Cantón Latacunga	44
Tabla 9. Porcentaje de adolescentes que acceden a PF y porcentaje de embarazos adolescentes según población total de adolescentes atendidos por año en el Cantón Latacunga.	46
Tabla 10. Estado civil de adolescentes atendidas por año en el Cantón Latacunga.....	47
Tabla 11. Nivel de escolaridad de adolescentes atendidas por año en el Cantón	

Latacunga.	49
Tabla 12. Porcentaje según etnia de adolescentes atendidas por año en el Cantón Latacunga.	50
Tabla 13. Zona de residencia de adolescentes atendidas por año en el Cantón Latacunga.	52

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Métodos Anticonceptivos	16
Gráfico 2: Diferencias en el uso actual de métodos anticonceptivos, por método (mujeres casadas unidas y mujeres no casadas/unidas sexualmente activas)	22
Gráfico 3. Adolescentes embarazadas por grupo de edad en el Cantón Latacunga	39
Gráfico 4. Enfermedades de transmisión sexual (ETS) según grupo etario atendidos en el Cantón Latacunga en el periodo 2008-2010.	40
Gráfico 5. Enfermedades de transmisión sexual (ETS) según adolescentes atendidos en el Cantón Latacunga en el periodo 2011-2014	42
Gráfico 6. Porcentaje de la población de adolescentes atendidos en D01 cantón Latacunga por grupo etario.	43
Gráfico 7. Acceso a planificación familiar de adolescentes por grupos de edad del Cantón Latacunga.....	45
Gráfico 8. Porcentaje de adolescentes que acceden a PF y porcentajede embarazos adolescentes según población total de adolescentes atendidos por año en el Cantón Latacunga.	46
Gráfico 9. Nivel de escolaridad de adolescentes atendidas por año en el Cantón Latacunga	49
Gráfico 10. Porcentaje según etnia de adolescentes atendidas por año en el Cantón Latacunga.	51

Gráfico 11. Zona de residencia de adolescentes atendidas por año en el Cantón	
Latacunga	52

**PARA TÍTULO PROFESIONALES DE ESPECIALISTAS DE CUARTO NIVEL
PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Nosotros, MÓNICA MARIBEL SÁNCHEZ MOREIRA C.I. 1308171188 y DARWIN EFRAIN SARABIA MALDONADO, C.I. 1716182058, autores del trabajo de graduación titulado: “EVALUACIÓN DE LA PREVALENCIA DEL EMBARAZO Y SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ADOLESCENTES DEL CANTÓN LATACUNGA DE LA PROVINCIA DE COTOPAXI EN EL PERIODO 2007-2014”, en la Facultad de Medicina:

- Declaramos tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior de entregar a la SENECYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador, para su difusión pública respetando los derechos del autor.
- Autorizamos a la Pontificia Universidad Católica de Ecuador a difundir a través del sitio web de la biblioteca de la PUCE el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Mónica Maribel Sánchez Moreira
C.I. 1308171188

Darwin Efrain Sarabia Maldonado
C.I. 1716182058

Quito, 31 de octubre del 2016

RESUMEN

El Objetivo principal es evaluar elementos concernientes a las estrategias de Salud Sexual y Reproductivas y otros de carácter sociodemográfico que pueden estar relacionados con la evolución de la prevalencia de embarazos en adolescentes en el cantón Latacunga de la provincia de Cotopaxi. Para ello se realizó una intervención de tipo descriptivo de estudio ecológico, en el total de la población adolescente que recibió atención en el distrito 05D01 del cantón Latacunga.

Se realizó una exploración de los datos que se encuentran en un repositorio del distrito de salud 05D01 en el área de estadísticas del cantón Latacunga, para luego seleccionar los datos relevantes de acuerdo a las variables necesarias para el estudio. El formato u hoja electrónica en la que se encuentran los datos se asemeja a una hoja de cálculo en Excel en donde constan: lugar de atención, fecha, edad, sexo, auto identificación étnica del paciente, entre otros.

El tiempo estimado para la elaboración del presente proyecto fue de 6 meses, y de este estudio se ha podido identificar que la edad de mayor incidencia de embarazos registrados en adolescentes del cantón Latacunga en el periodo 2007 – 2014 son las adolescentes que pertenecen al grupo etario de 15-19 años.

ABSTRACT

The main objective is to evaluate elements related to sexual and reproductive health strategies and other socio-demographic variables that may be related in the evolution of the prevalence of teenage pregnancies in canton Latacunga province of Cotopaxi. For this we proposed a descriptive ecological study intervention, on the total of the adolescent population that received care in the district 05D01 of the canton Latacunga.

The data exploration was carried out in a repository of the health district 05D01 in the statistical area of the canton Latacunga, then we selected the relevant data according to the variables needed for investigation. The format in the electronic sheet in which the data is found is similar a spreadsheet in Excel and they include: place of attention, date, age, sex, ethnic identification, among others.

The estimated time for the preparation of the present project was 6 months, and from this study it was possible to identify the age of greatest incidence of pregnancies recorded in the adolescents of the canton Latacunga in the period 2007 - 2014 being the group aged 15-19 years

CAPITULO 1

1. INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), adolescencia es el período de vida del hombre que abarca los 10 años de edad hasta los 19. Sin embargo, hoy en día existen muchos casos en que esta etapa de la vida se ve interrumpida cuando la mujer joven queda embarazada. En el mundo la situación es que de cada cinco mujeres una ya tiene un hijo antes de los 18 años, además se conoce que cada año nacen 16 millones de niños, hijos de madres adolescentes. Sobre todo en las regiones más pobres, de cada tres mujeres una es madre en la adolescencia (OMS, 2017).

En el Ecuador se ha reducido de forma gradual la fecundidad. En los años 1975 y 1979, las mujeres fértiles normalmente en promedio tenían 5,4 hijos. Este número se vio reducido para el periodo 2007- 2012, disminuyendo la concepción por mujer solo a tres hijos. Esto se nota tanto en zonas rurales como en zonas urbanas. “Entre las provincias en las que se denota una menor tasa de fecundidad, según ENSANUT (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición) están: Tungurahua, El Oro, Galápagos, Chimborazo y **Cotopaxi**. Morona Santiago sin embargo posee alto nivel de fecundidad dando como resultado un promedio de 5,5 hijos por mujer” (MSP, INEC, 2012).

El incremento de embarazos en adolescentes varían dependiendo de la región, grupo cultural y étnico, además de darse también por las propias actitudes y factores sociales. (OPS, 2010). Esto ocasiona que se complique cada vez más la prevención de embarazos en adolescentes.

La tendencia en el uso actual de métodos anticonceptivos ha ido en aumento desde el 2004 al 2012. Sin embargo, el conocimiento de un método no implica que se tenga una profunda comprensión sobre el método y en qué forma utilizarlo. (MSP, INEC, 2012)

En el informe realizado por el ENSANUT se muestra que el nivel de conocimiento de las mujeres de 12 a 14 años en cuestión de métodos de anticoncepción es mucho menor que el nivel de conocimiento de las mujeres de 15 a 49 años. Mientras que las mujeres más jóvenes que conocen como mínimo un método es del 79.5 %, en aquellas de 15 a 49 años el nivel de conocimiento es del 98 % (MSP, INEC, 2012)

La gestación adolescente conlleva a una problemática en el ámbito social, económico y de salud pública, con magnitud considerable, que afecta muchas veces tanto a los jóvenes como a todo su entorno. En el ámbito familiar, el embarazo de una adolescente impacta directamente sobre la familia, provocando cambios internos o externos. “El embarazo reduce las posibilidades de que los adolescentes puedan seguir sus estudios,

muchas veces se produce dificultades en los vínculos familiares”. A largo plazo en el área social los adolescentes tienen menor instrucción ya que abandonan sus estudios, teniendo como consecuencia baja accesibilidad a un trabajo adecuado y estable, son mal remunerados, explotados, llevándoles a conseguir un trabajo no acorde a su edad. (Carla, 2013)

Las consecuencias de un embarazo temprano son muy costosas para las familias, para la sociedad y para el desarrollo nacional; propicia que la mortalidad materno infantil aumente, incrementando costos al sistema de salud y seguridad social, imposibilita erradicación de la pobreza, disminuye el capital humano calificado y limita las posibilidades de desarrollo personal de las madres y de los hijos (Gonzalez, 2016).

Se realiza una importante reflexión cuando analizamos que en el Ecuador, dos de cada diez adolescentes iniciaron su vida sexual entre los 12 y 14 años. “Según los adolescentes varones y mujeres, conocen casos de chicas de su entorno que han quedado embarazadas. Algunas terminan siendo madres, mientras otras recurren al aborto como la alternativa para solucionar un problema personal y social para el que no encuentran otra salida posible. En los sectores populares y marginales, ocho de cada diez adolescentes embarazadas tienen el bebé. Los dos restantes acuden al aborto” (Coello & Maddelyn, 2012). En cambio, en los estratos sociales medios altos y altos, el número de adolescentes que recurren al aborto es mayor porque en estos grupos la maternidad

adolescente es muy mal tolerada. Según investigaciones recientes realizadas en el Ecuador, el 30% de mujeres indica que su último embarazo no fue ni deseado ni planificado. Este porcentaje se refiere a mujeres casadas o que han organizado una familia a través de unión libre consensual. Cuando se trata de adolescentes solteras, este porcentaje bordea el 100%. (OPS/OMS, 2011) (Velasco, Alvarez, & Vasconez, 2012) (Subsecretaria de Información, 2013) (MIES;MSP, 2012)

De la misma manera en un informe de encuestas realizadas a nivel nacional se identificó que el conocimiento de las ITS es más bajo en las áreas rurales, respecto de las áreas urbanas. Además, la información desglosada por subregión evidencia que el porcentaje de mujeres que han oído hablar sobre las distintas ITS es mayor en la ciudad de Guayaquil, frente a las otras subregiones. Dentro de las ITS más conocidas en esa ciudad se destacan la gonorrea (92.2 %), el VPH (78.3 %) y el herpes genital (77.5 %) (MSP, INEC, 2012).

Estos datos son alarmantes para la salud pública, generando un sin número de problemas y desafíos, relacionados con el desconocimiento de los adolescentes acerca de planificación familiar y salud sexual.

El gobierno Nacional en el 2011 frente a esta problemática desarrolló una nueva iniciativa conocida como la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar

y Prevención del Embarazo Adolescente (ENIPLA), que tuvo como objetivo fundamental la reducción del embarazo adolescente en un 25% mediante capacitaciones en planificación familiar y salud sexual. (MIES;MSP, 2012)

El embarazo en la adolescencia no se explica únicamente por el nivel de instrucción. “Se trata de una común desinformación en torno a lo que es y significa la adolescencia en la vida de los jóvenes dentro de los valores, cambios y contradicciones que caracterizan a la sociedad contemporánea” (UNICEF, 2016).

Según un informe dado a conocer por UNICEF denominado “Ocultos a plena luz”, se muestran datos muy alarmantes que deja al descubierto la prevalencia respecto a la violencia contra los niños, niñas y adolescentes en todo el mundo.

De ello se conoce que : de 10 adolescentes en edades que fluctúan entre 15 y 19 años, 7 sufrieron de violencia física y/o sexual, un gran número de ellas ni siquiera pensaban que estaban sufriendo una forma de violencia. Entre los hallazgos alarmantes se encuentra que por lo menos la mitad de las niñas en todo el mundo (126 millones) justifican el maltrato que las parejas propician a sus conyugues. En Ecuador de acuerdo a la “Encuesta Nacional de Violencia de Género y la Agenda Nacional de las Mujeres e Igualdad de Género” realizada en el periodo (2014-2017) se identificó que de cada 10 mujeres, 6 de ellas han sufrido algún tipo de violencia.; y por lo menos una ha sufrido abuso sexual en su adolescencia (UNICEF, 2016).

2. JUSTIFICACIÓN

La equivocada percepción sobre la sexualidad por parte de los adolescentes en el Ecuador ha sido el causante de una enorme problemática en el área de la salud pública, y estos se han debido a diferentes factores ya conocidos como los sociales, psicológicos, religiosos y el más emergente en la actualidad, el tecnológico. Por ello, es cada vez de mayor importancia analizar y comprender el comportamiento de este segmento de la población respecto a la salud sexual y la planificación familiar. (EMBARAZO ADOLESCENTE EN ECUADOR, 2012)

La maternidad a temprana edad o adolescente es un motivo de preocupación en el cantón Latacunga de la Provincia de Cotopaxi ya que sus índices se han elevado, y debido a que su población posee una estructura formada tanto por foráneos provenientes de varias provincias, así como por indígenas de la región Sierra, es de gran interés un estudio de los diferentes segmentos de población que permita reconocer grupos con mayor vulnerabilidad. (INEC, 2014)

La finalidad de la presente investigación es el estudio y análisis de indicadores que permitan reconocer la causa del incremento de embarazos en la población adolescente del cantón Latacunga de la Provincia de Cotopaxi en el periodo 2007-2014. Los

resultados obtenidos permitirán establecer nuevos lineamientos y enfoques para futuros proyectos de planificación familiar enfocados a los adolescentes.

Los adolescentes son un grupo prioritario de nuestra población, y en cuanto al embarazo y todo aquellos que afecte su salud sexual y reproductiva constituyen una de las mayores preocupaciones de la sociedad. Por lo tanto, las consecuencias que pueden acontecer con el mismo, son marcadas para este grupo de edad e incluso pueden interferir con la vida del adolescente. Es necesario actuar de manera oportuna y eficaz en esta esfera para contrarrestar y si fuera posible erradicar todo lo que perjudique los derechos sexuales y reproductivos y así logra un impacto en el mejoramiento de la calidad de vida de los adolescentes, en especial de las niñas y de la sociedad en donde viven. (OPS, 2010)

CAPITULO 2

3. MARCO TEÓRICO

3.1 SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LA ADOLESCENCIA

La población de adolescente incluidos los jóvenes es la mayor en la historia de la región, representan el 24.5% de la población total (232 millones), en donde La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la “población joven como las personas de 10 a 24 años de edad. Los adolescentes pertenecen al grupo de edad de 10 a 19 años y los jóvenes al de 15 a 24 años”. (OPS, 2010)

Entre las prioridades para el desarrollo de los países a nivel internacional se considera “la salud de los adolescentes y los jóvenes, incluida la salud sexual y reproductiva”, en la cual se incluyen la necesidad de hacer políticas innovadoras pero eficaces a nivel regional que fomenten una mayor sensibilización y una participación más activa de los propios adolescentes y jóvenes, sus familias y sus comunidades. Esto con visión de que todos estos logros se protejan, se impulsen y además se amplíen a mayor escala, llegando así a tener las prácticas más adecuadas. (OPS, 2010)

De esta manera no solo en la región sino en el Ecuador la salud de los adolescentes y los jóvenes, incluida la salud sexual y reproductiva se ha convertido un bien necesario e

imprescindible, por lo que el tema distributivo al que se enfrenta el Estado es de suma importancia en el momento de la creación de las políticas públicas que serán orientadas a resolver problemas en cuanto al acceso a este bien. (OPS, 2010)

La nueva o actual generación de adolescentes se diferencia por la forma en la toma decisiones sobre su sexualidad con respecto a generaciones anteriores, esto puede ser resultado del conjunto de servicios con los que cuentan, estimulado principalmente por el entorno de oportunidades que encuentra en la educación y la capacidad de desarrollo disponibles que poseen, teniendo un importante efecto en su calidad de vida y en las tendencias poblacionales de las siguientes décadas.

Sin embargo a pesar de verse inmersos en un sin número de oportunidades, la falta o mala orientación con respecto a la salud sexual y reproductiva (SSR) conlleva grandes riesgos entre los cuales se puede destacar:

- El inicio de su vida sexual, siendo este no elegido, involuntario y/o desprotegido.
- Tener un embarazo de riesgo, embarazos no planificados, o no deseados (UNFPA, 2010).
- Verse expuesta a infecciones de transmisión sexual (ITS), incluida la enfermedad del VIH/Sida. (UNFPA, 2010).

En todo el mundo, una gran cantidad de adolescentes, tienen una vida sexualmente activa y se conoce que “alrededor del 60% de los adolescentes no utiliza ninguna protección contra el embarazo, ni contra el riesgo de adquirir una ITS o infectarse de VIH”. (UNFPA, 2010)

3.2 EMBARAZO ADOLESCENTE

En el embarazo existe un riesgo 4 veces más alto de morir en las adolescentes de 10 a 16 años que en las mujeres de 20 a 30 años, y en las muertes de sus neonatos este porcentaje supera el 50%, según James E Rosen, quien estuvo a cargo del estudio de la reducción de los riesgos del embarazo de la OMS. En una estimación arrojada por el mismo estudio se dice que 16 millones de adolescentes del grupo etario de 15 a 19 años dan a luz cada año. (OMS, 2009)

En Ecuador en un estudio realizado por ENSANUT del 2012 sobresale en el análisis el comportamiento de la tasa específica de fecundidad adolescente que a diferencia del resto de tasas aumenta a 111 nacimientos por cada mil mujeres entre 15 y 19 años de edad en el último período de estudio, una tendencia que ya se había observado en el período anterior (1999-2004).

En la **Tabla 1** se puede observar el número de hijos de madres adolescentes según información el VII Censo de Población y Vivienda 2010.

Tabla 1: Nacimientos de hijos (as) de madres adolescentes por provincia en el 2010.

Provincia	n	Porcentaje
Azuay	2033	4,2
Bolívar	561	1,2
Cañar	889	1,8
Carchi	492	1,0
Cotopaxi	1236	2,5
Chimborazo	1200	2,5
El Oro	2036	4,2
Esmeraldas	2650	5,5
Guayas	12162	25,1
Imbabura	1065	2,2
Loja	1285	2,7
Los Ríos	3663	7,6
Manabí	5232	10,8
Morona Santiago	927	1,9
Napo	401	0,8
Pastaza	386	0,8
Pichincha	6130	12,6
Tungurahua	1196	2,5
Zamora Chinchipe	468	1,0
Galápagos	44	0,1
Sucumbíos	809	1,7
Orellana	742	1,5
Santo Domingo de los Tsáchilas	1450	3,0
Santa Elena	1273	2,6
Zonas No Delimitadas	145	0,3
Total	48475	100,0

Fuente: INEC. VII Censo de Población y Vivienda 2010.
Elaborado por: Dra. Mónica Sánchez & Dr. Darwin Sarabia

Tabla 2. Mujeres de 15 a 45 años de edad que tuvieron la primera relación sexual, primera unión y primer nacimiento antes de cumplir las edades específicas, según edad actual.

Edad en la primera relación sexual	< 15	< 18	< 20	< 22	< 25	Ha tenido relaciones sexuales	No ha tenido relaciones sexuales	Edad mediana (años)
	%	%	%	%	%	%	%	
15-19	10.6	34.4	39.1	39.1	39.1	39.1	60.9	NA
20-24	7.4	43.0	69.2	77.1	79.2	79.2	20.8	18.5
25-29	9.4	40.8	66.1	78.2	88.0	91.0	9.0	18.6
30-34	10.6	49.6	68.6	79.4	88.6	95.8	4.2	18.0
35-39	8.7	44.2	66.4	79.4	89.1	96.9	3.1	18.5
40-44	10.3	40.8	60.1	72.4	84.4	96.7	3.3	18.7
45-49	8.7	38	57.1	69.8	81.1	95.0	5.0	19.2
Total	8.7	37.6	54.7	63.0	69.2	74.0	26.0	18.5
Edad en la primera unión	< 15	< 18	< 20	< 22	< 25	Alguna vez unida	Soltera	Edad mediana (años)
	%	%	%	%	%	%	%	
15-19	3.5	16.3	19.0	19.0	19.0	19.0	81.0	NA
20-24	2.5	20.4	38.3	46.6	50.4	50.4	49.6	22.4
25-29	3.3	20.9	35.8	47.6	60.7	67.5	32.5	22.4
30-34	5.0	27.3	43.6	55.2	67.9	82.5	17.5	20.9
35-39	3.8	22.9	42.8	57.0	69.6	85.6	14.4	20.8
40-44	4.7	23.2	39.5	52.4	66.4	90.3	9.7	21.4
45-49	4.0	22.2	37.8	52.0	64.4	89.0	11.0	21.5
Total	3.5	19.5	32.4	41.1	49.2	58.5	41.5	21.6
Edad en el primer nacimiento	< 15	< 18	< 20	< 22	< 25	Ha tenido nacimiento (s)	Ningún nacimiento	Edad mediana (años)
	%	%	%	%	%	%	%	
15-19	1.8	16.7	20.9	20.9	20.9	20.9	79.1	NA
20-24	1.2	19.6	41.9	56.6	62.1	62.2	37.8	20.9
25-29	2.5	21.9	41.2	56.1	70.7	79.5	20.5	21.1
30-34	3.0	25.3	45.7	60.5	73.8	90.1	9.9	20.5
35-39	1.5	17.8	40.2	57.7	75.1	92.4	7.6	21.0
40-44	2.4	17.1	33.3	48.9	69.4	93.6	6.4	22.2
45-49	1.0	14.7	29.0	47.0	64.5	91.9	8.1	22.7
Total	1.8	17.5	32.7	44.3	54.6	64.8	35.2	21.2

Fuente: ENSANUT ECU 2012 MSP/INEC

En el **Tabla 2** se presenta información en la que se puede ver la edad en que las mujeres tuvieron su primera relación sexual, primera unión y primer nacimiento de acuerdo con la edad declarada por las mujeres al momento en que se realizó la entrevista. Siendo así que los valores analizados en la **Tabla 2** dieron como resultado que el 38.0 % de las

mujeres de 45 a 49 años tuvo por primera vez actividad sexual en la adolescencia, y el 43% las mujeres de 20 a 24. Claramente se evidencia además en la **Tabla 1** y **Anexo 1** un adelanto en el inicio de la maternidad pues el 41.2 % de las mujeres de 25 a 29 años tuvo su primer hijo antes de cumplir los 20 años de edad, cifra superior a la mencionada por las mujeres con edad actual entre 45 y 49 años (29 %). (MSP, INEC, 2012)

A pesar de los valores analizados en la **Tabla 2**. Según indicadores oficiales establecidos por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) “el Ecuador en el año 2010-2013 habría logrado un record internacional en la disminución de embarazos adolescentes con un 10,2%, en mujeres de 10 a 14 años; y, 12,9%, en mujeres de 15 a 19 años comparados con datos del Fondo de Población de las Naciones Unidas y del Banco Mundial” (MIES;MSP, 2012). Este logro, según información publicada en su página web por el Ministerio de Salud Pública (MSP), obedece a varias estrategias empleadas por diversos sectores del Estado ecuatoriano, y una de las políticas empleada en busca de reducción de embarazos en adolescentes desde el 2012 es conocida como ENIPLA (Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en adolescentes).

En el Ecuador el MSP en marzo del 2013 se dio a conocer un Reglamento cuyo fin es regular el acceso y la disponibilidad de métodos anticonceptivos. Donde se estableció que el MSP se encargue de informar, asesorar y entregar métodos anticonceptivos, a

través de sus establecimientos de Salud. En este reglamento se priorizó el acceso métodos anticonceptivos de forma gratuita y oportuna, incluyendo la anticoncepción oral de emergencia. Con esto la planificación familiar alcanzo 14% de cobertura a nivel nacional hasta enero del 2014.

Sin embargo entre los datos más alarmantes que se pudo extraer de esta información es que el embarazo en adolescentes de 10 a 14 años es mayoritariamente ocasionado por abuso sexual, y así según datos de la Fiscalía en su departamento de Servicio de Atención Integral de cada 10 víctimas de violación, seis corresponden a niñas, niños y adolescentes. (Gonzales M. A., 2015)

3.3 RIESGOS

El embarazo adolescente conlleva riesgos no solo para las adolescentes sino también para el niño. Según datos de la OMS “las adolescentes de entre 10 y 19 años representan el 11% de todos los partos que se producen en el mundo y el 23% de la carga global de morbilidad (en años de vida ajustados en función de la discapacidad) atribuible al embarazo y al parto” (OMS, 2017).

Una de los mayores riesgos que se encuentran sobre todo en países con bajos ingresos e ingresos medios corresponden a los abortos practicados en sin cuidados sanitarios

adecuados y sumándose a esto, las mujeres de este grupo etario están más afectadas por complicaciones propias del parto que las de más edad.

Otra de las consecuencias graves del embarazo adolescente, se encuentran relacionados con problemas en la salud como por ejemplo: la anemia, la malaria, el VIH y otras infecciones de transmisión sexual, las hemorragias puerperales y diversos trastornos mentales, como la depresión. (OMS, 2017).

Vale mencionar que además de los riesgos a la salud que trae consigo el embarazo en las adolescencia, debe analizarse la secuela psico-social que esto conlleva, ya que en la mayoría de casos afectan a sus proyectos de vida y contribuye a la deserción escolar.

Con respecto a los riesgos en el niño se conoce por datos de la OMS que en las primeras semanas el índice mortalidad es de 50% mayor en madres adolescentes que en madres con del grupo etario de 20 a 29 años. De la misma manera se ha identificado según la OMS que la muerte neonatal antes de los 30 días de vida es de 50% a 100% más frecuentes, por lo que; si la madre es más joven se denota un riesgo mayor.

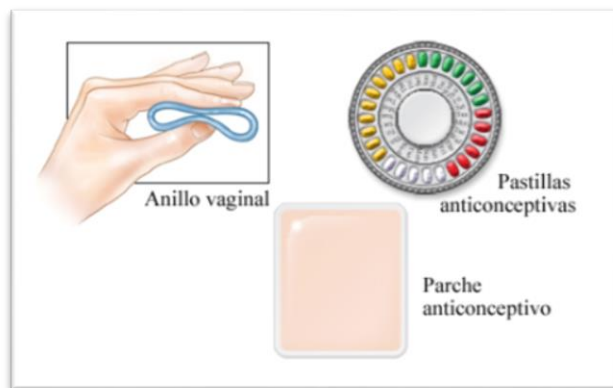
“Las tasas de nacimientos prematuros, bajo peso al nacer y asfixia son más altas entre los hijos de adolescentes; todos estos factores aumentan el riesgo de defunción o de futuros problemas de salud del niño” (OMS, 2017).

3.4 MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

La planificación familiar permite tener a las mujeres y sus parejas la oportunidad de elegir el número de hijos que quieren tener y en qué momento, fomenta el espaciamiento de embarazos y pospone o evita el embarazo en las mujeres con mayor riesgo de morir, sobre todo en las más jóvenes y aquellas que ya han tenido varios hijos y/o hijas (OMS, 2013). Además, dependiendo del método anticonceptivo utilizado, se contribuye a la prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS), incluida el VIH/sida.

En este contexto, la OMS categoriza los métodos anticonceptivos de planificación familiar en métodos modernos y métodos tradicionales.

Gráfico 1: Métodos Anticonceptivos



Fuente: Cigna 2016

3.4.1 Métodos Modernos

Anticonceptivos orales (pastilla o píldora): Los anticonceptivos orales buscan la inhibición de la ovulación con una eficiencia del 99%. Disminuye el riesgo de cáncer endometrial ovárico. (OMS, 2017)

Pastillas de progestágeno (minipastillas o minipíldora): Esta pastilla hace que el moco del cuello uterino se haga más viscoso de lo normal, previniendo la ovulación ya que el espermatozoide no llega a encontrarse con él óvulo, tiene una eficiencia del 99%. (OMS, 2017)

Implantes: Hace que el moco del cuello uterino sea más viscoso de lo normal, previniendo la ovulación ya que el espermatozoide no llega a encontrarse con él óvulo tiene una efectividad >99%. Su implantación puede durar de 3 a 5 años, según el tipo, se pueden presentar hemorragias vaginales que no son dañinas. (OMS, 2017)

Inyectables mensuales o anticonceptivos inyectables en combinación: Impide que los ovarios liberen óvulos, tienen una efectividad >99%. (OMS, 2017)

Parche anticonceptivo combinado y anillo vaginal anticonceptivo combinado: Impide la ovulación. Son métodos nuevos por lo que los estudios sobre su eficiencia son limitados, sin embargo algunos estudios indican que puede ser más eficaz que los anticonceptivos orales combinados. (OMS, 2017)

Dispositivo intrauterino DIU de cobre: Con el cobre se busca eliminar a los espermatozoides impidiendo que se unan con el óvulo, eficacia >99%. (OMS, 2017)

Dispositivo intrauterino DIU de levonorgestel: Suprime el crecimiento de la cavidad uterina, tiene una efectividad del 99%. Con el tiempo reduce el sangrado en la menstruación, disminuye los dolores menstruales (OMS, 2017).

Condón masculino y femenino: Es un método de barrera que no permite el encuentro de los espermatozoides con el óvulo, con efectividad del 98% en el caso masculino y el 90% para el caso femenino, protegiendo de infecciones de transmisión sexual si es usado correctamente. (OMS, 2017)

Esterilización masculina (vasectomía): Se elimina el paso de espermatozoides por el conducto deferente, tiene una efectividad >99%. No afecta el funcionamiento sexual del hombre (OMS, 2017).

Esterilización femenina (ligadura de las trompas; salpingectomía): Se impide el encuentro de los espermatozoides con los óvulos, efectividad del >99%. Para este procedimiento debe ser de elección voluntaria. (OMS, 2017)

Método de la amenorrea del amamantamiento: Impide la ovulación, tiene eficacia del 99%. Es un método temporal de planificación familiar que se basa en el efecto natural del amamantamiento sobre la fecundidad (OMS, 2017).

Píldoras anticonceptivas de emergencia (acetato de ulipristal, 30 mg, o levonorgestrel, 1,5 mg): Retrasa la ovulación, siendo así, si 100 mujeres tomaran la píldora probablemente solo una quede embarazada. No altera el embarazo si este ya se ha producido. (OMS, 2017)

Método de días fijos: Busca evitar el coito sin protección en los días más fértiles, eficacia del 95%. (OMS, 2017)

Método de la temperatura basal corporal: Busca evitar el coito sin protección en los días más fértiles, tiene una efectividad de 99%. (OMS, 2017).

Método de los dos días: Se debe vigilar la presencia de moco cervical, para evitar el coito durante los días fértiles, efectividad del 96%. (OMS, 2017)

Método sintotérmico: Se trata vigilar la temperatura corporal para así evitar el coito en los días más fértiles, tienen una efectividad del 98%. (OMS, 2017).

3.4.2 Métodos Tradicionales

Método del calendario o método del ritmo: En este se evita el coito ya sea con preservativos o la abstinencia de relaciones desde el posible primer día fértil hasta el último, efectividad del 91%. (OMS, 2017).

Marcha atrás (coitus interruptus): Se impide que el espermatozoide entre en la vagina, logrando que se evite la fecundación, efectividad el 96. (OMS, 2017)

A pesar de ser extenso los métodos anticonceptivos existentes, el conocimiento que se tiene de ellos varía dependiendo la edad como lo corrobora la información publicada por ENSANUT según **Anexo 2**. De este anexo se desprende que, el nivel de conocimiento de las mujeres de 12 a 14 es mucho menor que el nivel de conocimiento de las mujeres de 15 a 49 años. Mientras que en las mujeres más jóvenes, el nivel de conocimiento de al menos un método es del 79.5 %, en las mujeres de 15 a 49 años el nivel de conocimiento es del 98 %.

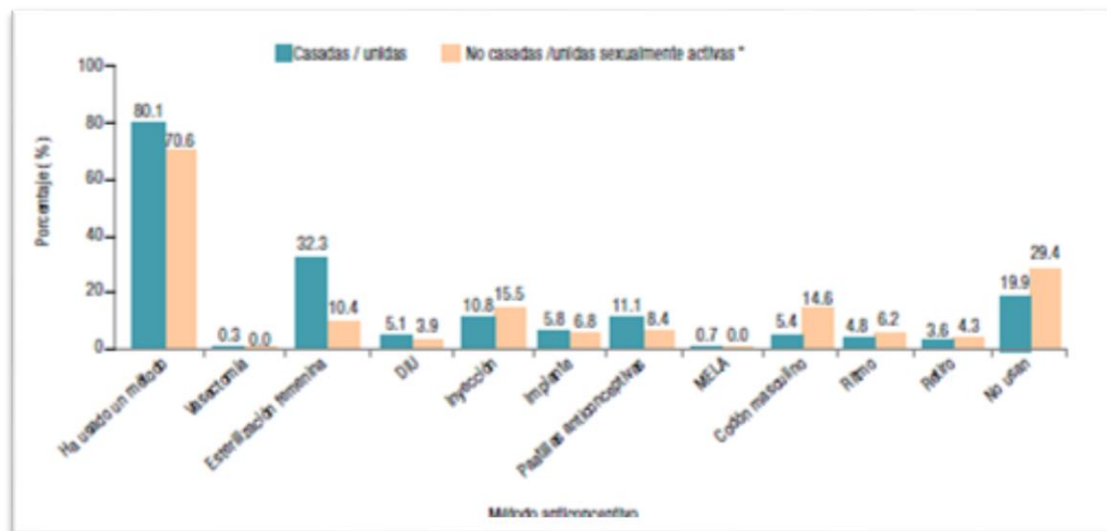
En la **Tabla 3** y el **Anexo 3** se presenta información de cuál es el “conocimiento de métodos anticonceptivos en las MEF (Mujeres en edad fértil) de 15 a 49 años, por método y por estado civil. De ello se desprende que prácticamente todas las MEF conocen al menos un método anticonceptivo (98 %)” (MSP, INEC, 2012). Así mismo se muestra que el 97,9% conoce al menos un método anticonceptivo moderno. En cambio a lo que se refiere al conocimiento de al menos un método tradicional, se observa que solo el (71.3 %) lo posee.

Tabla 3. Conocimiento de métodos anticonceptivos, por método y por estado civil (MEF de 15 a 49 años)

Método anticonceptivo	Unida/ casada	Soltera	Divorciada/ separada/viuda	Total	
	%	%	%	%	n
Al menos un método conocido	99.0	96.0	99.3	98.0	17 377
Método moderno conocido					
Al menos un método moderno conocido	98.8	96.0	99.2	97.9	17 309
Vasectomía	51.5	51.6	55.4	52.0	8 564
Esterilización femenina	92.5	84.0	92.8	89.6	15 885
Implante	72.0	61.1	76.7	68.7	13 474
Inyección anticonceptiva	93.0	86.7	95.3	91.1	16 304
Pastillas anticonceptivas	94.5	89.1	95.3	92.7	16 447
Condón femenino	47.0	57.6	54.0	51.3	7 951
Condón masculino	90.0	89.9	92.7	90.2	15 878
Píldora anticonceptiva de emergencia	46.6	59.4	55.0	51.8	8 043
DIU, espiral o T de cobre	91.0	76.4	91.5	86.0	15 266
Métodos vaginales	33.1	30.2	37.5	32.5	5 162
MELA	35.0	24.3	34.2	31.2	5 315
Método tradicional conocido					
Al menos un método tradicional conocido	74.4	64.5	77.4	71.3	12 742
Retiro	48.8	37.6	51.4	45.2	8 407
Ritmo, calendario, moco cervical	65.8	58.5	69.4	63.6	11 189
Otro	1.3	2.1	1.1	1.6	248

Fuente: ENSANUT-ECU 2012, MSP/INEC

Gráfico 2: Diferencias en el uso actual de métodos anticonceptivos, por método (mujeres casadas unidas y mujeres no casadas/unidas sexualmente activas)



Fuente: ENSANUT-ECU 2012, MSP/INEC

3.5 ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ETS)

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) son infecciones capaces de transmitirse a través del contacto sexual, y por medios no sexuales, por ejemplo, las transfusiones de sangre o productos sanguíneos. “Los causantes de las ETS son las bacterias, parásitos, hongos y virus”. (MedlinePlus, 2016)

La mayoría de las ETS afectan a los dos géneros, sin embargo puede haber mayores complicaciones en las mujeres, este riesgo suele ser mayor si la mujer está embarazada ya que se puede contagiar al niño generando incluso muerte prenatal, muerte neonatal,

bajo peso al nacer, prematuridad, septicemia, neumonía, conjuntivitis neonatal y deformidades congénitas.

ETS como la gonorrea y la clamidia son causas principales de enfermedad inflamatoria de la pelvis, cuyas consecuencias dan origen a infertilidad. (OMS, 2016). Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) como sífilis, gonorrea y chancro se producen y propagan en aquellas comunidades desorganizadas, donde el comercio sexual está presente. (OMS, 2016)

La forma más segura de evitar ser contagiado con una ETS es abstenerse de cualquier tipo de actividad sexual. Existen algunas formas en las que se puede reducir el riesgo de desarrollar una enfermedad de transmisión sexual, entre ellas: mantener relaciones monogámicas por parte de las dos personas que conforman la pareja, usar correctamente el condón tanto masculino como femenino, evitar tener relaciones sexuales a muy temprana edad, usar en la actividad sexual microbicidas tópicos, evitar las relaciones sexuales durante la menstruación, realizarse duchas vaginales frecuentemente, usar agujas esterilizadas o nuevas al colocar fármacos intravenosos; y así mediante la prevención y el control de las ETS se reduce también la susceptibilidad al VIH. Es necesario realizar controles periódicos de VIH y ETS.

3.5.1 Tipos de ETS:

Clamidia: Proceso inflamatorio que afecta al epitelio cervical y al estroma que puede provocar una infección ascendente del tracto genital superior. “Constituye el 10 al 30 % de las enfermedades de transmisión sexual”. (Grupo de trabajo sobre ITS del Gobierno de España, 2011)

Manifestaciones clínicas:

“Aumento o alteración del flujo vaginal (síntoma más frecuente), dolor abdominal bajo, dispareunia, si aparece uretritis, puede producir disuria, amenorrea, sangrado en mitad del ciclo menstrual, o postcoital en el caso de cervicitis”. “La complicación más frecuente es la enfermedad inflamatoria pélvica (EIP)”. (Grupo de trabajo sobre ITS del Gobierno de España, 2011)

Herpes genital: “Infección vírica crónica caracterizada por una lesión primaria, seguida de período de latencia y tendencia a reaparecer en forma localizada” (Grupo de trabajo sobre ITS del Gobierno de España, 2011). “Producido por el virus herpes simple (VHS), tipos 1 y 2. El VHS tipo 1 es la causa habitual del herpes labial y el tipo 2 del herpes genital, aunque el VHS 1 también puede originar el herpes genital” (Grupo de trabajo sobre ITS del Gobierno de España, 2011).

La primera infección se presenta al exponerse al virus, por lo que no existen anticuerpos fáciles de detectar. Puede ser asintomática; cuando hay síntomas, aparecen lesiones vesiculares las mismas que evolucionan a úlceras que suelen ser dolorosas. Se puede asociar a sintomatología general. Los virus de tipo 1 y 2 generan similar sintomatología en la primera infección (Grupo de trabajo sobre ITS del Gobierno de España, 2011).

En los casos recurrentes las lesiones suelen reaparecer en el mismo sitio que apareció en la primera infección siendo menos intensas, menos extensas y de duración menor.

Puede afectar también al área no genital. (Grupo de trabajo sobre ITS del Gobierno de España, 2011).

Manifestaciones clínicas:

Presencia de vesículas que se evolucionan a úlceras múltiples en donde se encontrará también edemas. Cicatrizan en un lapso de 4-15. (Grupo de trabajo sobre ITS del Gobierno de España, 2011)

Gonorrea: Puede causar infecciones en los genitales, el recto y la garganta. “Es una infección muy común, encontrada mayormente en jóvenes de 15 a 24 años” (Grupo de trabajo sobre ITS del Gobierno de España, 2011).

Manifestaciones clínicas

Algunos hombres no suelen presentar ningún síntoma y si lo hacen estos son: disuria, secreción blanquecina, amarillenta o verdosa proveniente del pene, dolor o inflamación en los testículos (Grupo de trabajo sobre ITS del Gobierno de España, 2011).

“En las mujeres los síntomas no suelen presentarse frecuentemente o son leves. Sin embargo esto puede llevar a tener complicaciones graves por la infección. Las mujeres pueden presentar los siguientes síntomas: disuria, mayor secreción vaginal, sangrado vaginal entre periodos. (CENTRO PARA EL CONTROL Y LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES, 2014)

VIH/SIDA: El virus de inmunodeficiencia humana (VIH) es el virus que causa el SIDA. Su ataque va dirigido al sistema inmunológico, provocando un mayor riesgo de adquirir infecciones y patologías oncológicas. Si esto sucede la patología es denominada SIDA (Grupo de trabajo sobre ITS del Gobierno de España, 2011).

Manifestaciones Clínicas

La persona infectada por primera vez tiene síntomas similares a los de la gripe u otras enfermedades virales. Síntomas comunes: fiebre y mialgia, cefalea, odinofagia, sudoración nocturna, úlceras bucales, candidiasis, ganglios linfáticos inflamados, diarrea. Sin embargo hay casos de personas asintomáticas (Grupo de trabajo sobre ITS del Gobierno de España, 2011).

“Los síntomas dependen del tipo de infección particular y de la parte del cuerpo que esté infectada. Las infecciones pulmonares son comunes en casos de SIDA y normalmente causan tos, fiebre, y dificultad para respirar. Las infecciones intestinales también son comunes y pueden causar diarrea, dolor abdominal, vómito, o problemas para tragar. La pérdida de peso, fiebre, transpiraciones, erupciones, y ganglios inflamados son comunes en personas con infecciones de VIH y SIDA.” (MedlinePlus, 2016)

VPH: La infección por el VPH es una ITS muy frecuente, y puede ocurrir al inicio de la vida sexual. Se conocen unos 100 tipos de VPH, de los que 40 aproximadamente son capaces de infectar la región genital. “Según su riesgo oncogénico, se clasifican como: a) VPH de bajo riesgo (6, 11, 40, 42, 43, 54, 61, 70, 72, 81) que están asociados a las verrugas genitales, y b) VPH de alto riesgo (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73, 82), relacionados con el cáncer de cérvix, ano, pene, vulva, vagina y orofaringe. Los tipos 6 y 11 se asocian a papilomatosis respiratoria recurrente de aparición juvenil. Los condilomas acuminados están habitualmente producidos por el VPH tipo 6 y 11, aunque se ha descrito coinfección con tipos de VPH de alto riesgo oncogénico” (Grupo de trabajo sobre ITS del Gobierno de España, 2011).

Manifestaciones clínicas:

La manifestación más conocida son las verrugas genitales o condilomas acuminados, aunque la mayoría de las infecciones son subclínicas o latentes. En una misma persona

pueden coexistir las tres formas de presentación de la infección por VPH: condilomas, lesiones subclínicas y latentes. (Grupo de trabajo sobre ITS del Gobierno de España, 2011)

Los condilomas acuminados suelen estar bien delimitados. Frecuentemente asintomáticas pero con cierto nivel de irritación y dolor, especialmente en la zona perianal. (Grupo de trabajo sobre ITS del Gobierno de España, 2011)

Las verrugas normalmente aparecen a los 2-3 meses de la infección, y las parejas o cónyuges que mantienen actividad sexual son los pacientes se pueden contagiar en un periodo de 2 a 8 meses. “La respuesta inmune suele dar lugar a una remisión clínica mantenida y la infección se resuelve sin secuelas. Un pequeño porcentaje de casos se convierten en portadores crónicos” (Grupo de trabajo sobre ITS del Gobierno de España, 2011).

Sífilis: Su causante es una espiroqueta que invade el organismo a través de las mucosas intactas o de pequeñas lesiones del epitelio. El riesgo de contagio bordea el 60% dependiendo de la fase en que la infección se encuentra y del tipo de práctica sexual. (Grupo de trabajo sobre ITS del Gobierno de España, 2011)

Manifestaciones Clínicas

En los adultos encontramos tres fases:

- Fase primaria: Puede aparecer una llaga en el sitio por donde la sífilis entró al cuerpo. Estas llagas pueden estar presentes duran de 3 a 6 semanas y aunque desaparezcan se debe recibir tratamiento para que la sífilis no pase a la fase secundaria.
- Fase secundaria: Posible presencia de erupciones en la piel o boca, la vagina o el ano. Estas erupciones pueden darse en la palma de la mano o de los pies, como puntos duros, de color rojo o marrón. Otros síntomas pueden incluir alza térmica, inflamación ganglionar, odinofagia, pérdida parcial del cabello, cefalea, pérdida de peso, mialgia.
- Fases latente y avanzada: Comienza al finalizar las fases anteriores si no se ha recibido tratamiento. El virus puede seguir latente por años sin presentar ningún signo o síntoma. (Grupo de trabajo sobre ITS del Gobierno de España, 2011)

Tricomoniasis: Frecuentemente asintomática con mayor presencia en las mujeres. Es posible que se observe un flujo genital inusual. “Las mujeres embarazadas con tricomoniasis pueden tener bebés prematuros o de bajo peso” (CENTRO PARA EL CONTROL Y LA PREVENCION DE ENFERMEDADES, 2014).

Manifestaciones Clínicas

Alrededor del 70% de las personas infectadas no presentan sintomatología y si la presentan pueden ir desde una irritación leve a una inflamación grave. Los síntomas pueden aparecer y desaparecer (Grupo de trabajo sobre ITS del Gobierno de España, 2011).

Los hombres infectados pueden sentir picazón o irritación dentro del pene, disuria, ardor al eyacular, o secreción del pene. Las mujeres pueden sentir prurito, ardor, enrojecimiento o dolor en los genitales, disuria, o secreción con un olor. (CENTRO PARA EL CONTROL Y LA PREVENCION DE ENFERMEDADES, 2014)

CAPÍTULO 3

4. MÉTODOS

4.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

- Considerando edad, etnia, nivel de escolaridad, uso de métodos anticonceptivos de los adolescentes. ¿Qué factores tienen mayor influencia en la evolución de la prevalencia de embarazos en adolescentes en el cantón Latacunga de la provincia de Cotopaxi?

4.2 OBJETIVOS

a. Objetivos generales:

Evaluar elementos concernientes a las estrategias de Salud Sexual y Reproductivas y otros de carácter sociodemográfico que pueden estar relacionados con la evolución de la prevalencia de embarazo en adolescentes en el cantón Latacunga de la provincia de Cotopaxi.

b. Objetivos específicos:

1. Identificar la edad de mayor prevalencia de embarazos en adolescentes del cantón Latacunga en el periodo 2007 – 2014.
2. Conocer cuáles son las infecciones de transmisión sexual más frecuentes en los adolescentes considerando sexo y edad del adolescente en el periodo-2007 – 2014.
3. Identificar en que grupo de edad se utiliza la anticoncepción oral de emergencia por periodos de tiempo, 2007-2014.
4. Analizar indicadores tales como: porcentaje de prevalencia de métodos anticonceptivos, número de adolescentes que acuden a los servicios de salud sexual y reproductiva diferenciando su sexo, porcentaje de incremento de adolescentes con algún tipo de enfermedad de transmisión sexual; en los periodos establecidos para el estudio.
5. Identificar los factores sociodemográficos que influyen en el embarazo adolescente en el periodo 2007 - 2014.

4.3 FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS

Los factores más influyentes para el aumento de embarazos en adolescentes son los relacionados al acceso a las prestaciones de salud del Ministerio de Salud Pública.

4.4 METODOLOGÍA

Se ha optado por una metodología de enfoque cuantitativo. Para el levantamiento de datos estos se tomarán directamente del centro de estadísticas del distrito perteneciente al Ministerio de Salud Pública del cantón Latacunga de la provincia de Cotopaxi e información seleccionada del último informe del ENSANUT 2012, en la cual se analizará principalmente variables como: edad, escolaridad, etnia y número de embarazos en adolescentes.

4.4.1 Operacionalización De Variables Del Estudio

Variables	Definición conceptual	Tipo de Variable	Indicador definición operacional	Escala
Edad de adolescente	Uno de los periodos en que se considera dividida la vida humana	Cualitativa Ordinal	Distributiva porcentual (Número de adolescentes por periodo) / total de adolescentes *100	1=% de 10-14 años 2=% de 15-19 años
Etnia de los adolescentes	Caracteres diferenciales que se perpetúan por herencia	Cualitativa nominal	Distributiva porcentual	1=Mestizo 2=Afroecuatoriano 3=Montubio 4=Indígena 5=Blanco

Nivel de escolaridad de los adolescentes	Se refiere al nivel máximo que ha alcanzado una persona en cuanto a su instrucción	Cualitativa nominal	Distributiva porcentual	1=Centro de alfabetización 2=Primaria 3=Secundaria Básica 4=Secundaria Media 5=Bachiller 6=Post bachillerato
Estado Civil de las adolescentes	Estado conyugal que refiere la adolescente	Cualitativa nominal	Distributiva porcentual	1=Soltera 2=Casada 3=Divorciada 4=Unión Libre 5=Viuda
Uso de métodos anticonceptivos orales e inyectables en los adolescentes	Según refiera la adolescente algún método para prevenir el embarazo	Cualitativa	Distributiva porcentual	1=Si 2=No
Embarazos de adolescentes al año	Se refiere al número de embarazos por año de las adolescentes	Cuantitativa	Medidas de dispersión y de tendencia central	Numérica
Pacientes adolescentes atendidos por infecciones de transmisión sexual al mes	Se refiere a todos los adolescentes que fueron atendidos en la unidades de salud del MSP de Cotopaxi	Cualitativa	Medidas de dispersión y de tendencia central	Numérica

Elaborado por: Dra. Mónica Sánchez & Dr. Darwin Sarabia

4.4.2 Población y Muestra

La población está representada por todas las adolescentes del cantón Latacunga de la Provincia de Cotopaxi:

No existe una muestra definida, pues se recolectará información disponible de los registros de los distritos de salud que están en el territorio del cantón Latacunga.

4.4.3 Tipo de estudio.

Descriptivo de estudio Ecológico.

4.4.4 Procesamiento de la recolección de la información:

1. Debido a que la información se encuentra en un repositorio del distrito de salud 05D01 en el área de estadísticas del cantón Latacunga de la Provincia de Cotopaxi, como primera gestión se pedirá autorización para obtener los datos de las adolescentes que acudieron a los mismos.

2. Se realizará una exploración de los datos en el sistema para luego seleccionar los datos relevantes de acuerdo a las variables necesarias para el estudio. El formato u hoja electrónica en la que se encuentran los datos se asemeja a una hoja de cálculo en Excel

en donde constan: lugar de atención, fecha, edad, sexo, auto identificación étnica del paciente, entre otros.

3. Se realizará una prueba piloto para probar la eficacia del instrumento de recolección.

4.4.5 Plan de análisis de datos.

Para la elaboración de la presente investigación se va aplicar un análisis Uni variante con representaciones gráficas apoyados en medidas de tendencia central.

Para el análisis se utilizará el coeficiente de correlación de Pearson, que permite explorar asociaciones lineales entre variables.

Para el análisis y procesamiento de datos cualitativos y cuantitativos se utilizará Excel 2010, que permitirá extraer información de forma gráfica.

4.4.6 Costo.

Los autores financiarán 2000 dólares americanos para la realización del estudio.

4.4.7 Duración estimada del proyecto.

6 meses

4.5 ASPECTOS BIOETICOS:

El tipo de estudio según lineamientos del Ministerio de Salud, corresponde a una “investigación sin riesgo”, puesto que el objetivo es obtener información de fuentes secundarias sobre la salud sexual y reproductiva del adolescente y no de realizar intervenciones que pongan en riesgo su salud sexual, física, psicológica y emocional.

CAPÍTULO 4

5. RESULTADOS

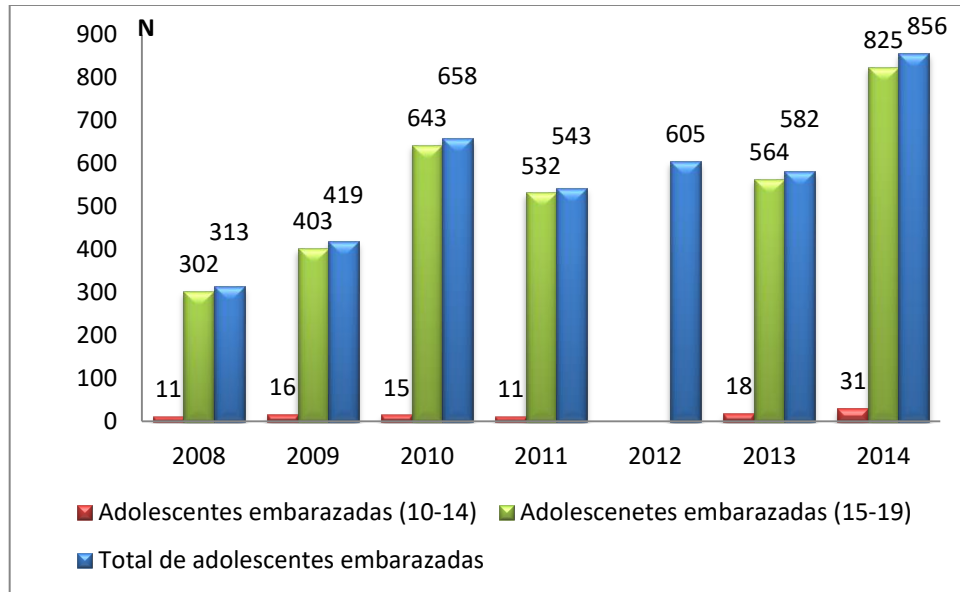
Para la realización del estudio y análisis se procedió a la recolección de los datos del Cantón Latacunga y se los dividió en dos grupos: Grupo 1: Adolescentes de 10-14 años y Grupo 2: Adolescentes de 15 a 19 años para poder utilizar la mayor cantidad de datos adquiridos.

Tabla 4. Adolescentes embarazadas por grupo de edad en el Cantón Latacunga

AÑO	TOTAL DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS	NUMERO DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS (10-14)	NÚMERO DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS (15-19)
2008	313	11	302
2009	419	16	403
2010	658	15	643
2011	543	11	532
2012	605		
2013	582	18	564
2014	856	31	825

Elaborado por: Dra. Mónica Sánchez & Dr. Darwin Sarabia

Gráfico 3. Adolescentes embarazadas por grupo de edad en el Cantón Latacunga



Elaborado por: Dra. Mónica Sánchez & Dr. Darwin Sarabia

El número total de adolescentes embarazadas en el Cantón Latacunga se ha incrementado teniendo como los años en los que más embarazos habido los años 2010 y 2014.

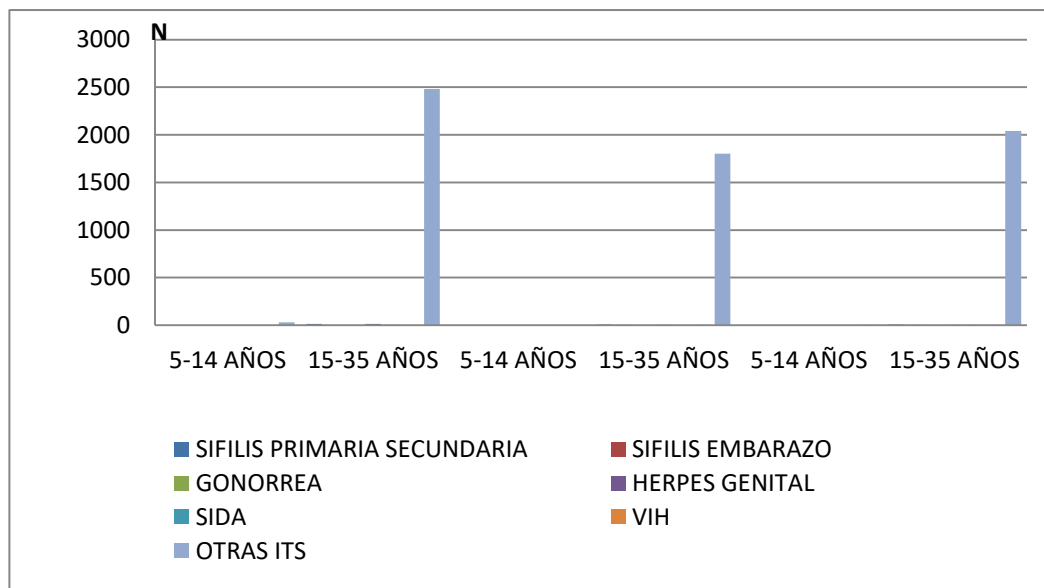
En el periodo comprendido entre el 2008 – 2011 el aumento de adolescentes embarazadas de 10 a 14 años tiene una tendencia casi constante, mientras que en los años 2013 y 2014 los embarazos de este grupo etario tiende a aumentar de forma proporcional respecto al total de adolescentes embarazadas.

Tabla 5. Enfermedades de transmisión sexual (ETS) según grupo etario atendidos en el Cantón Latacunga en el periodo 2008-2010.

	2008		2009		2010	
	5-14 AÑOS	15-35 AÑOS	5-14 AÑOS	15-35 AÑOS	5-14 AÑOS	15-35 AÑOS
SIFILIS	0	15	0	6	0	7
SIFILIS EMBARAZO	0	0	0	1	0	2
GONORREA	0	2	0	0	0	0
HERPES GENITAL	0	13	0	4	0	1
SIDA	0	2	0	0	0	1
VIH	0	0	0	2	0	2
OTRAS ITS	30	2481	0	1802	2	2039

Elaborado por: Dra. Mónica Sánchez & Dr. Darwin Sarabia

Gráfico 4. Enfermedades de transmisión sexual (ETS) según grupo etario atendidos en el Cantón Latacunga en el periodo 2008-2010.



Elaborado por: Dra. Mónica Sánchez & Dr. Darwin Sarabia

Desde el 2008 al 2010 existe prevalencia de ETS, siendo mayor en las edades comprendidas de 15 a 35 años.

En los años 2009 y 2010 se presentan 2 casos de VIH en el grupo etario de 15 a 35 años.

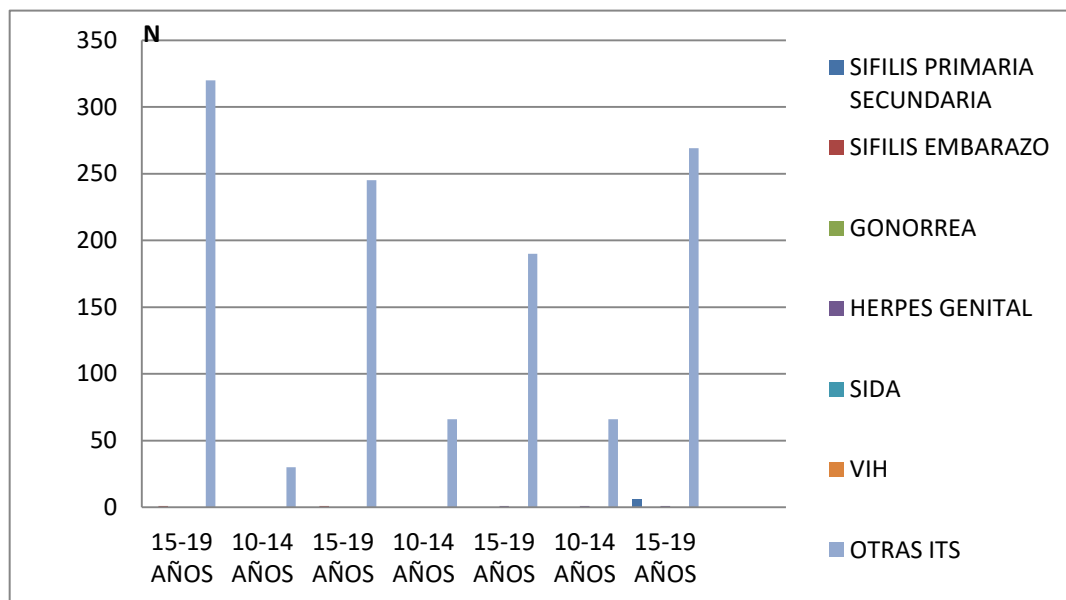
En el año 2008 se observa 30 casos de ETS en el grupo etario de 5 a 14 años.

Tabla 6. Enfermedades de transmisión sexual (ETS) según adolescentes atendidos en el Cantón Latacunga en el periodo 2011-2014

	2011		2012		2013		2014	
	10-14 AÑOS	15-19 AÑOS	10-14 AÑOS	15-19 AÑOS	10-14 AÑOS	15-19 AÑOS	10-14 AÑOS	15-19 AÑOS
SIFILIS	0	0	0	0	0	0	0	6
SIFILIS EMBARAZO	0	1	0	1	0	0	0	0
GONORREA	0	0	0	0	0	0	0	0
HERPES GENITAL	0	0	0	0	0	1	1	1
SIDA	0	0	0	0	0	0	0	0
VIH	0	0	0	0	0	0	0	0
OTRAS ITS	1	320	30	245	66	190	66	269

Elaborado por: Dra. Mónica Sánchez & Dr. Darwin Sarabia

Gráfico 5. Enfermedades de transmisión sexual (ETS) según adolescentes atendidos en el Cantón Latacunga en el periodo 2011-2014.



Elaborado por: Dra. Mónica Sánchez & Dr. Darwin Sarabia

Se observa un incremento progresivo de adolescentes con ETS, en el grupo etario de 10 a 14 años, teniendo el valor más alto en el año 2014 con 67 casos.

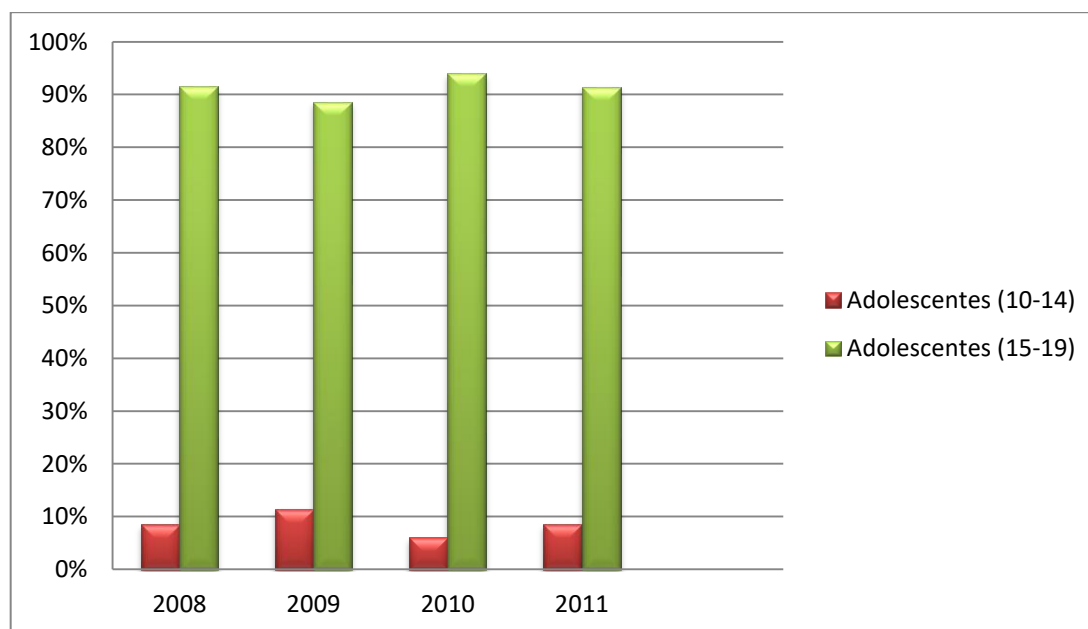
En el grupo etario de 15 a 19 años se observa que hay un mayor registro de casos con ETS en el año 2011 alcanzando los 321 casos.

Tabla 7. Población de adolescentes atendidos en D01 cantón Latacunga

AÑO	PACIENTES ADOLESCENTES 10-14 AÑOS		PACIENTES ADOLESCENTES DE 15-19 AÑOS		TOTAL	
	n	%	n	%	N	%
2008	55	8,46	595	91,54	650	100,00
2009	94	11,41	730	88,59	824	126,77
2010	71	6,07	1098	93,93	1169	179,85
2011	101	8,54	1081	91,46	1182	181,85

Elaborado por: Dra. Mónica Sánchez & Dr. Darwin Sarabia

Gráfico 6. Porcentaje de la población de adolescentes atendidos en D01 cantón Latacunga por grupo etario.



Elaborado por: Dra. Mónica Sánchez & Dr. Darwin Sarabia

El acceso a la salud pública se incrementó en 81.85 % desde el 2008 hasta el 2011 en el Cantón Latacunga para los dos grupos de edad.

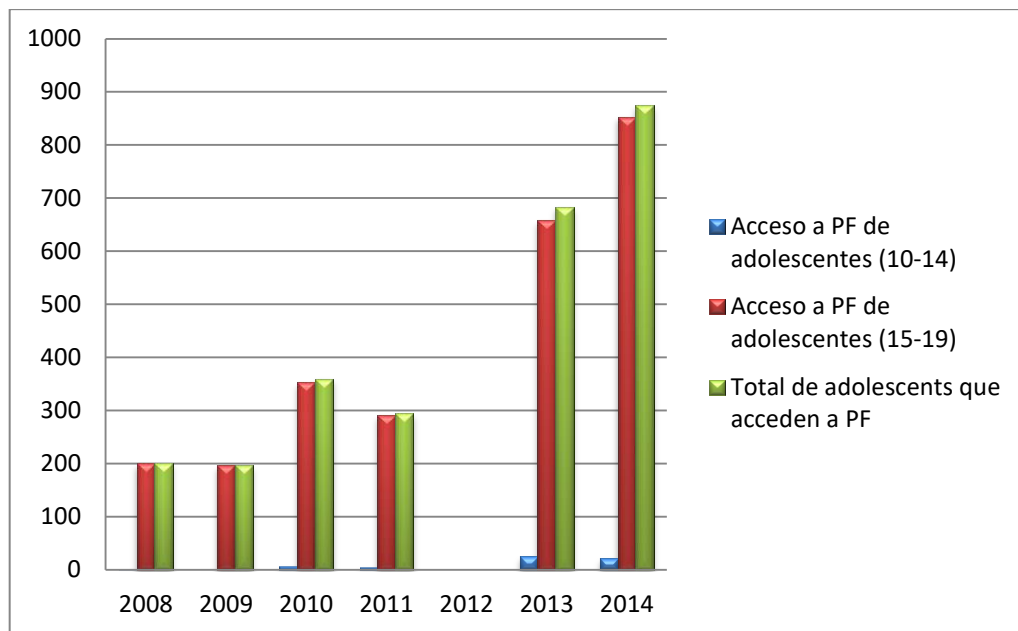
La mayor cantidad de adolescentes que acuden a los centros de atención de salud en el periodo 2008- 2011 son en un 90% adolescentes de entre 15 a 19 años.

Tabla 8. Acceso a planificación familiar de adolescentes por grupos de edad del Cantón Latacunga

AÑO	N	PLANIFICACION FAMILIAR DE ADOLESCENTES (10-14)		PLANIFICACION FAMILIAR DE ADOLESCENTES (15-19)	
		n	%	n	%
2008	201	1	0,50	200	99,50
2009	197	0	0,00	197	100,00
2010	359	6	1,67	353	98,33
2011	294	4	1,36	290	98,64
2012					
2013	683	25	3,66	658	96,34
2014	874	21	2,40	853	97,60
TOTAL	2608	57	2,18	2551	97,82

Elaborado por: Dra. Mónica Sánchez & Dr. Darwin Sarabia

**Gráfico 7. Acceso a planificación familiar de adolescentes por grupos de edad del
Cantón Latacunga**



Elaborado por: Dra. Mónica Sánchez & Dr. Darwin Sarabia

Del total de adolescentes que accedieron a planificación familiar en el periodo 2008-2014; el 2,18% corresponden al grupo etario de 10 a 14 años, y el 97,82% corresponden al grupo etario de 15 a 19 años.

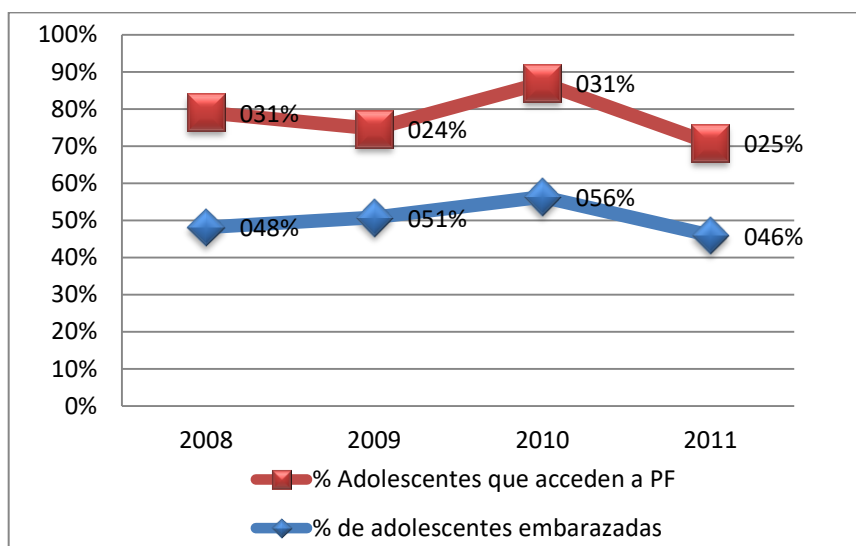
En el **Gráfico 7** se observa que existió un aumento importante en acceso a planificación familiar por parte de adolescentes de los dos grupos etarios, teniendo un incremento marcado en el grupo etario de adolescentes de 10 a 14 años en el periodo 2013 -2014.

Tabla 9. Porcentaje de adolescentes que acceden a PF y porcentaje de embarazos adolescentes según población total de adolescentes atendidos por año en el Do1 del Cantón Latacunga.

AÑO	N	% DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS	% ADOLESCENTES QUE ACCEDEN A PF
2008	650	48,15	30,92
2009	825	50,79	23,88
2010	1169	56,29	30,71
2011	1182	45,94	24,87

Elaborado por: Dra. Mónica Sánchez & Dr. Darwin Sarabia

Gráfico 8. Porcentaje de adolescentes que acceden a PF y porcentaje de embarazos adolescentes según población total de adolescentes atendidos por año en el Cantón Latacunga.



Elaborado por: Dra. Mónica Sánchez & Dr. Darwin Sarabia

Los embarazos adolescentes se han incrementado en el periodo 2008 al 2010 de 48,15% al 56,29% respectivamente mientras que en el año 2011 se observa un descenso al 45,94%.

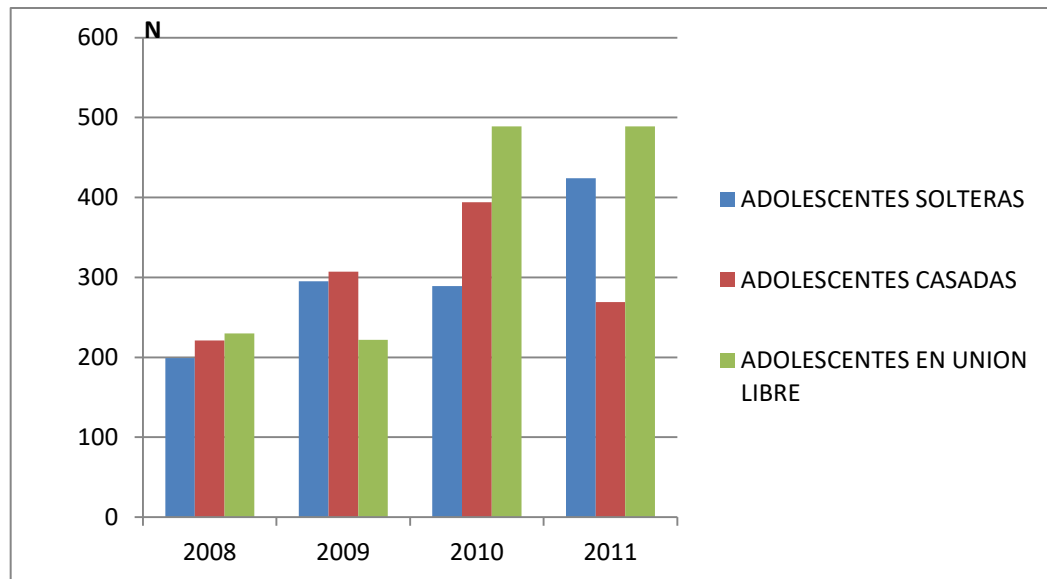
El acceso a planificación familiar por parte de adolescentes presenta un decrecimiento de 6,05% desde el periodo 2008 al 2010, teniendo un decrecimiento de 5,84% al 2011.

Tabla 10. Estado civil de adolescentes atendidas por año en el Cantón Latacunga.

AÑO	SOLTERAS	CASADAS	UNION LIBRE
2008	199	221	230
2009	295	307	222
2010	289	394	489
2011	424	269	489

Elaborado por: Dra. Mónica Sánchez & Dr. Darwin Sarabia

Gráfico 9. Estado civil de adolescentes atendidas por año en el Cantón Latacunga



Elaborado por: Dra. Mónica Sánchez & Dr. Darwin Sarabia

En el año 2008 el tipo de estado civil de las adolescentes atendidas en el Cantón, tanto solteras, casadas y unión libre es similar con leve tendencia a mantener la unión libre. En el año 2010 y 2011 la tendencia de las adolescentes en mantener un estado civil de unión libre.

Tabla 11. Nivel de escolaridad de adolescentes atendidas por año en el Cantón

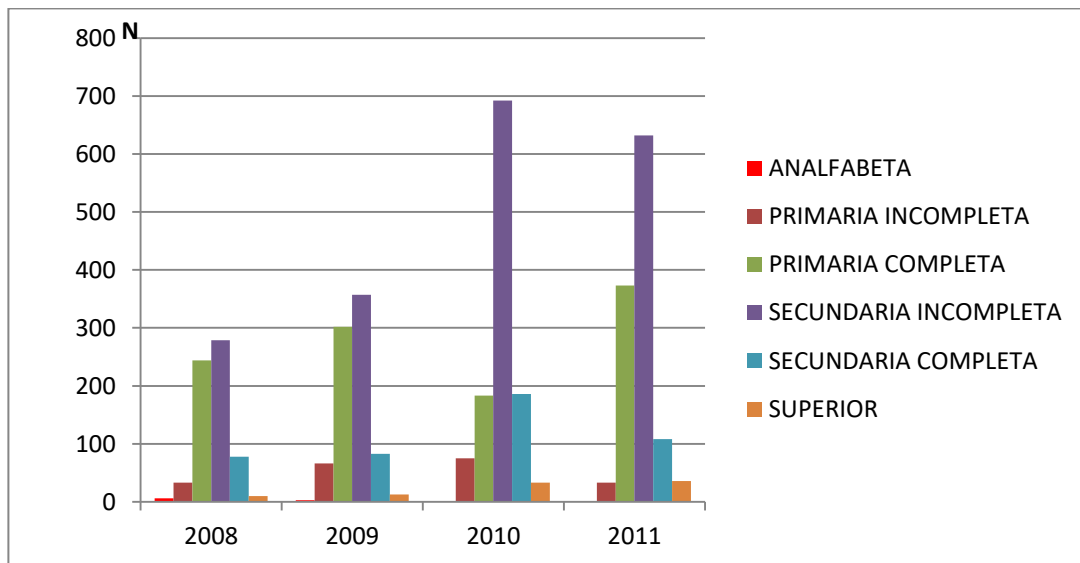
Latacunga.

AÑO	N	ANALFABETAS		PRIMARIA INCOMPLETA		PRIMARIA COMPLETA		SECUNDARIA INCOMPLETA		SECUNDARIA COMPLETA		SUPERIOR	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
2008	650	6	0,92	33	5,08	244	37,54	279	42,92	78	12,00	10	1,54
2009	824	3	0,36	66	8,00	302	36,65	357	43,32	83	10,07	13	1,57
2010	1169	0	0	75	6,42	183	15,65	692	59,20	186	15,91	33	2,82
2011	1182	0	0	33	2,79	373	31,56	632	53,47	108	9,14	36	3,05
TOTAL	3825	9	0,23	207	5,41	1102	28,8	1960	51,24	455	11,89	92	2,40

Elaborado por: Dra. Mónica Sánchez & Dr. Darwin Sarabia

Gráfico 10. Nivel de escolaridad de adolescentes atendidas por año en el Cantón

Latacunga



Elaborado por: Dra. Mónica Sánchez & Dr. Darwin Sarabia

Los adolescentes atendidos en el distrito D01 del Cantón Latacunga desde el 2008 al 2011 tienen predominantemente secundaria incompleta.

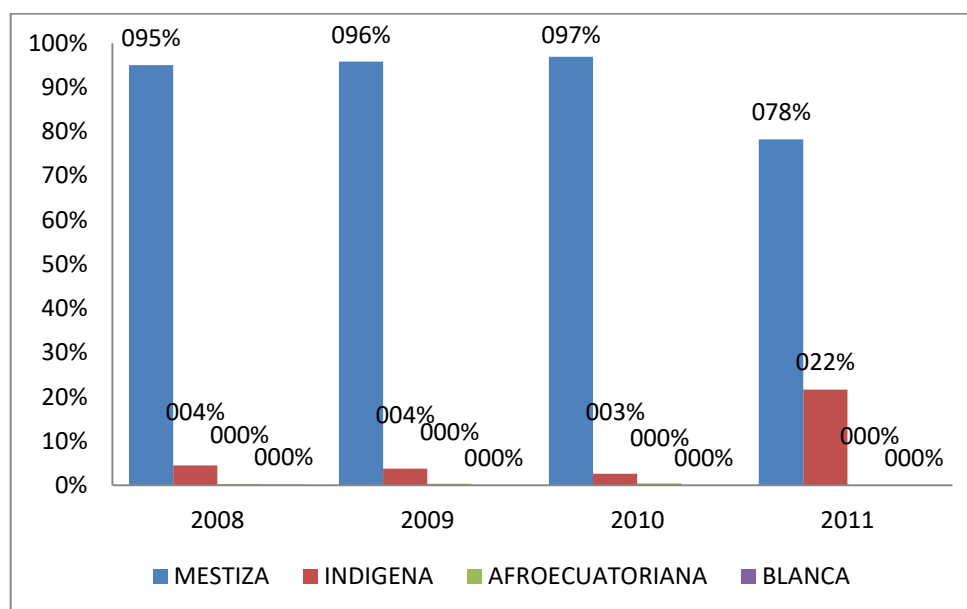
Existen muy pocos adolescentes en condición de analfabetismo que acuden a los centros de salud del MSP del Cantón Latacunga, observándose incluso una reducción en el año 2010 y 2011.

Tabla 12. Porcentaje según etnia de adolescentes atendidas por año en el Cantón Latacunga.

AÑO	N	MESTIZA		INDIGENA		AFROEDCUA TORIANA		BLANCA	
		n	%	n	%	n	%	n	%
2008	650	618	95,08	29	4,46	2	0,31	1	0,15
2008	824	790	95,87	31	3,76	3	0,36	0	0,00
2010	1169	1133	96,92	30	2,57	5	0,43	1	0,09
2011	1182	925	78,26	256	21,66	1	0,08	0	0,00
TOTAL	3825	3466	90,61	346	9,04	11	0,28	2	0,05

Elaborado por: Dra. Mónica Sánchez & Dr. Darwin Sarabia

Gráfico 11. Porcentaje según etnia de adolescentes atendidas por año en el Cantón Latacunga.



Elaborado por: Dra. Mónica Sánchez & Dr. Darwin Sarabia

En el periodo 2008-2011 se observa que predomina la etnia mestiza.

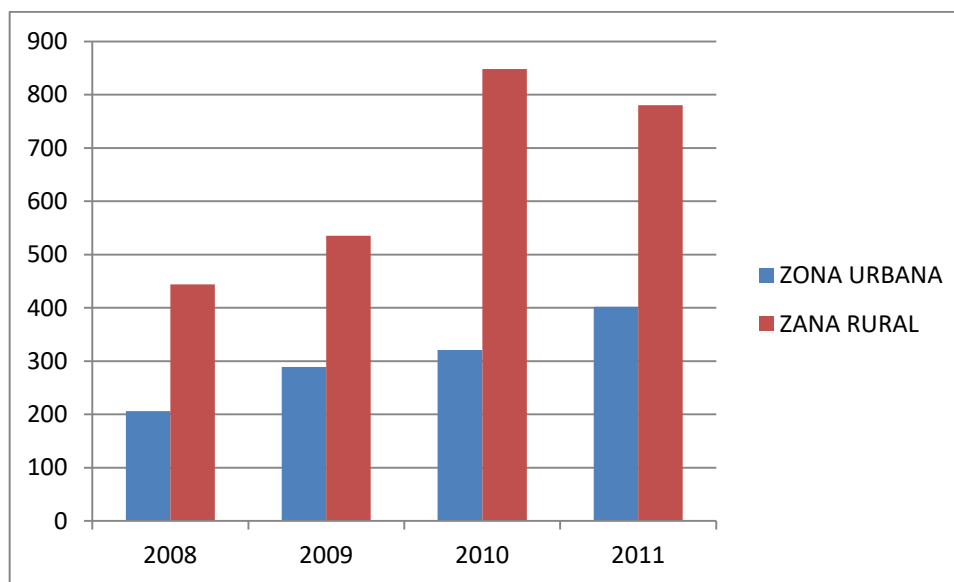
En el 2011 existe un incremento del 17.2% con respecto al 2008 de la etnia indígena.

Tabla 13. Zona de residencia de adolescentes atendidas por año en el Cantón Latacunga.

AÑO	N	URBANA		RURAL	
		n	%	n	%
2008	650	206	31,69	444	68,30
2009	824	289	35,07	535	64,92
2010	1169	321	27,45	848	72,54
2011	1182	402	34,01	780	65,98
TOTAL	3825	1218	31,84	2607	68,15

Elaborado por: Dra. Mónica Sánchez & Dr. Darwin Sarabia

Gráfico 12. Zona de residencia de adolescentes atendidas por año en el Cantón Latacunga



Elaborado por: Dra. Mónica Sánchez & Dr. Darwin Sarabia

Adolescentes que viven en zonas rurales son las que acuden en su mayoría al servicio de salud pública en el Cantón Latacunga en el periodo 2008-2011 teniendo así un incremento del 444 a 870 respectivamente.

CAPÍTULO 5

6. DISCUSIÓN

En el Ecuador, hasta el 2004 vivían cerca de dos millones y medio de adolescentes entre 10 y 19 años, y de cada tres adolescentes dos del grupo etario de 15 a 19 años que no tenían educación, eran madres o estaban embarazadas por primera vez. La maternidad adolescente era más alta en aquellas que no poseían ningún nivel de instrucción (43%), comparadas con aquellas que si contaban con cierto nivel de instrucción (11% con secundaria completa).Y al realizar un análisis de las tasas de fecundidad tomando en cuenta el área geográfica, se observó esta era mayor en áreas rurales (30%) que en áreas urbanas (ENDEMAIN 2004)

Para dar solución a esta problemática se puso en marcha acciones como la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENIPLA), buscando, en el período 2011 y 2012 prevenir el embarazo no deseado en un 16,18%; y aumentar las atenciones en planificación familiar en 9,53%. (MSP, 2012). Mientras que en el periodo 2013 las metas planteadas fueron la reducción del embarazo adolescente en un 25% y la reducción de mortalidad materna en un 35%. (Ministerio Coordinador de Desarrollo Social, 2011)

La información obtenida en nuestra investigación corresponde al distrito D01 del Cantón Latacunga de la Provincia de Cotopaxi. Ella evidencia, que a partir de la implementación de la estrategia ENIPLA se ha incrementado las atenciones en planificación familiar del 2008 al 2014 en el grupo etario (10 - 14 años) de 11 a 31 adolescentes, mientras que en el grupo etario comprendido entre 15 a 19 años se ha incrementado de 200 a 853 adolescentes como se muestra en la **tabla 7**.

El Estado Ecuatoriano, a través de la ENIPLA ha enfatizado de manera prioritaria intersectorial, su implementación a fin de orientar y fortalecer sus servicios en salud sexual y salud reproductiva. “Se puso a disposición de mujeres y hombres en edad fértil los servicios de atención integral en salud sexual y reproductiva. Además se garantizó la calidad de esos servicios y el acceso a la información y asesoría sobre planificación familiar, anticoncepción oral de emergencia, entre otros” (MIES;MSP, 2012).

La aplicación de esta estrategia ayudó, según indicadores nacionales oficiales establecidos por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), a que el Ecuador en el año 2010-2013 logre un record internacional en la disminución de embarazos adolescentes con un 10,2%, en mujeres de 10 a 14 años; y, 12,9%, en mujeres de 15 a 19 años, comparados con datos del Fondo de Población de las Naciones Unidas y del Banco Mundial. Pero según datos obtenidos de nuestra

investigación, el número total de adolescentes embarazadas en el Cantón Latacunga se ha incrementado de 313 embarazos en el 2008 a 856 en el 2014, teniendo su mayor expresión en los años 2010 (658) y 2014 (856). De ello cabe mencionar que: no se encuentra relación con el comportamiento de la población nacional total de adolescentes embarazadas reportadas por el INEC, y la población de adolescentes embarazadas del Cantón Latacunga de nuestro estudio.

El incremento de embarazos en adolescentes de nuestra área de estudio se puede atribuir: a la redistribución poblacional que trae consigo implicaciones demográficas, sociales, culturales y económicas; otro factor atribuible a este fenómeno puede ser la facilidad al acceso a los servicios de salud incrementándose el registro estadístico de pacientes adolescentes sobretodo de zonas rurales.

Con los datos e información analizada en nuestro estudio, creemos necesario plantearse la interrogante ¿existe relación entre violencia sexual y embarazo adolescente del grupo etario de 10 a 14 años? Las respuestas a esta interrogante permitirán visualizar de manera clara los factores atribuibles al incremento de embarazos y enfermedades de transmisión sexual de este grupo etario.

Otra interrogante que genera nuestro estudio es ¿Qué motiva a las adolescentes a no embarazarse a pesar de vivir en el mismo contexto social de aquellas que si lo

hacen?. Las respuestas a esta pregunta permitirían conocer los factores protectores que a su vez sirvan en la elaboración de nuevas estrategias para disminuir los embarazos a edades tempranas.

Se debe plantear y formular nuevas interrogantes no solo en base a índices y factores tradicionales que visualizan al embarazo adolescente como problemática central, sino hacer un estudio inverso del cual se desprenda información del porque el embarazo es utilizado por adolescentes como un escape al medio cultural, familiar, social en el que se desarrollan. Considerando lo antes mencionado, en el Banco Interamericano de Desarrollo BID se ha llevado a cabo un estudio en el que según Emma Naslund-Hadley, especialista en educación y líder del estudio “muchas adolescentes están en una situación de desventaja tan compleja, que en su mente un embarazo precoz no va a alterar su trayectoria de vida sino que simplemente la va a acelerar... De acuerdo con el informe, los embarazos muchas veces son hasta planeados o no activamente evitados. Para jóvenes con mal rendimiento en la escuela, fueron una excusa conveniente para abandonarla.” (BID, 2011) de ello que se desprende que baja de calidad del sistema educativo podría estar aumentando los embarazos en adolescentes. (BID, 2011)

Para lograr una buena investigación es necesario contar con datos de calidad que permitan obtener información idónea y confiable del tema a investigar, sin embargo

para nuestra investigación, el factor datos fue uno de los aspectos más complicados ya que en el periodo de estudio se contó con formatos diferentes, lo que generó pérdida de datos importantes para nuestra investigación. Lo que provoco:

- Que no existan datos del año 2007 de atención diferenciada al adolescente.
- En el año 2012 debido al cambio de formato (505 A) se cuenta solo con datos de atención de control prenatal en el grupo etario unificado (10-19 años) sin diferenciar atenciones primeras con subsecuentes.
- En el año 2013 y 2014 se implementa la utilización del registro diario automatizado de consultas y atenciones ambulatorias (RDACCA) de la cual no se pudieron extraer datos para el estudio de prevalencias.

CAPITULO 6

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

Se ha podido identificar que el grupo etario de mayor incidencia de embarazos registrados en adolescentes del cantón Latacunga en el periodo 2007 – 2014, son las adolescentes que pertenecen al grupo etario de 15-19 años.

A pesar de no poder conocer cuáles son las infecciones de transmisión sexual más frecuentes en los adolescentes considerando sexo y edad, por los datos obtenidos se pudo conocer que desde el 2008 al 2014 se mantiene una prevalencia elevada de las ETS siendo mayor en las edades comprendidas de 15 a 19 años. Además, se observa un incremento progresivo de adolescentes con ETS de edad comprendida entre 10 a 14 años teniendo el punto más alto en el año 2014 con 67 casos.

No es posible evaluar claramente elementos concernientes a las estrategias de Salud Sexual y Reproductivas implementadas en los años de estudio ya que no se cuenta con todos los datos necesarios.

El nivel de escolaridad de adolescentes atendidos en el distrito D01 del Cantón Latacunga desde el 2008 al 2011 tiene predominantemente secundaria incompleta, lo que se relaciona con el grupo etario de 15 a 19 años que forman parte del grupo de prevalencia de embarazos y de mayor acceso a planificación familiar.

Los adolescentes que viven en zonas rurales son las que acuden en su mayoría al servicio de salud pública en el Cantón Latacunga, este factor se relaciona fuertemente con los embarazos en adolescentes ya que el coeficiente de correlación de Pearson es $r=0,727129264$.

RECOMENDACIONES

La presente investigación permitió constatar la falta de datos desglosados por edad y sexo del adolescente, y planificación familiar a la que accede. Por lo que se recomienda mayor estandarización del repositorio de datos que se maneja en las entidades de salud pública con visión a futuros estudios en salud sexual y reproductiva de adolescentes (SSRA).

Se recomienda promover políticas basadas en evidencias de la salud sexual y reproductiva de adolescentes (SSRA) propia de cada provincia que permitan asegurar el desarrollo de entornos favorables para su adecuada y efectiva implementación

Los derechos de los adolescentes necesitan ser enfatizados y protegidos sobre todo en lo que se refiere en su salud sexual y reproductiva pero no solo visto como servicio de salud , sino como servicio incluso de asesoría legal.

El apoyo entre diferentes establecimientos de salud, escuelas, universidades y la comunidad es esencial para la consolidación de datos e información del adolescente para proyecciones y formación de equipos multidisciplinarios para mejorar el conocimiento sobre los adolescentes y hacia los adolescentes en el área de la salud sexual y reproductiva.

Fortalecer la intervención en el entorno familiar en cuanto al empoderamiento de educación sexual desde el núcleo familiar hacia la adolescencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (2010). *ESTRATEGIA Y PLAN DE ACCION REGIONAL SOBRE LOS ADOLESCENTES Y LOS JOVENES 2010-2018*. WASHINGTON DC.
- Alati, R. (2009). Fetal growth and behaviour problems in early adolescence: findings from the Mater University Study of Pregnancy. *International Journal of Epidemiology*, 38, 1390–1400.
- Alba, C. (s.f.). *Embarazo adolescente: riesgos y consecuencias*. Recuperado el 05 de 2016, de Guiainfantil.com:
<http://www.guiainfantil.com/articulos/embarazo/embarazo-adolescente-riesgos-y-consecuencias/>
- Ana María Mora, M. H. (2015). Embarazo en la adolescencia. *Ginecol Obstet Mex*, 294-301. Obtenido de Embarazo en la adolescencia.
- BID. (05 de 12 de 2011). *El Fracaso Educativo: Embarazos para no ir a clase*. Obtenido de <http://www.iadb.org/es/noticias/articulos/2011-12-05/embarazos-en-adolescentes-en-america-latina-y-el-caribe,9721.html>
- Braine, T. (06 de 2009). *Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo*. Obtenido de Who: <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/>
- Carla, V. (2013). El embarazo adolescente: un problema de salud pública. QUITO. CENTRO PARA EL CONTROL Y LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES. (4 de 06 de 2014). *Enfermedades de transmisión sexual*. Obtenido de <https://www.cdc.gov/std/spanish/tricomoniasis/default.htm>
- CNII. (09 de 2012). *La niñez y adolescencia en el Ecuador contemporáneo*. Recuperado el 05 de 2016, de <http://www.odna.org.ec/>
- Coello, Y., & Maddelyn, C. (2012). *LOS EMBARAZOS EN ADOLESCENTES Y SU IMPACTO EN EL ENTORNO FAMILIAR Y SOCIAL EN PACIENTES QUE ACUDEN AL CENTRO MATERNO INFANTIL DE LA CIUDAD DE BABAHOYO DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DEL AÑO 2012*. Babahoyo.
- El personal de Healthwise. (30 de 05 de 2016). *Métodos anticonceptivos*. Obtenido de Cigna: <https://www.cigna.com/healthwellness/hw-en-espanol/temas-de-salud/metodos-anticonceptivos-hw237864>
- EMBARAZO ADOLESCENTE EN ECUADOR. (29 de 02 de 2012). Obtenido de Todo acerca del embarazo adolescente:
<https://elembarazoadolescente.wordpress.com/2012/02/29/embarazo-adolescente-en-ecuador-2-2/>
- ENDEMAIN 2004. (10 de 2005). *ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD MATERNA E INFANTIL*. Obtenido de <https://cssr-ecuador.org/downloads/2016/11/32.-Encuesta-Demografica-y-de-salud-materna-e-infantil-ENDEMAIN.pdf>
- Gonzales, D. (28 de 02 de 2011). *Factores asociados al embarazo en la adolescencia*.

- Recuperado el 17 de 05 de 2016, de PortalesMedicos.com:
<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/3046/13/Factores-asociados-al-embarazo-en-la-adolescencia>
- Gonzales, M. A. (11 de 11 de 2015). Ecuador reduce los índices de embarazos adolescentes. *El Comercio*.
- Gonzalez, M. (10 de octubre de 2016). *Revista Virtual*. Obtenido de Embarazo a temprana edad: <http://ballisticoverkill.blogspot.com/2016/10/embarazo-temprana-edad-miriam-gonzalez.html>
- Grupo de trabajo sobre ITS del Gobierno de España. (2011). *Infecciones de Transmisión sexual: Diagnóstico, tratamiento, prevención y control*. Obtenido de <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/DocITS2011.pdf>
- INEC. (17 de 10 de 2014). Recuperado el 01 de 01 de 2017, de <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/msp-e-inec-presentan-resultados-de-demografia-y-salud-sexual-y-reproductiva/>
- Instituto Nacional de la Mujeres. (2016). *Estrategia nacional para la prevención del embarazo en adolescentes*. Informe ejecutivo anual, Mexico.
- MedlinePlus. (29 de 07 de 2016). *Enfermedades de Transmisión Sexual*. Obtenido de Biblioteca Nacional de Medicina de los EE. UU.: <https://medlineplus.gov/spanish/sexuallytransmitteddiseases.html>
- MIES;MSP. (05 de 07 de 2012). *ENIPLA-Ecuador*. Recuperado el 05 de 2016, de Scribd: <https://es.scribd.com/doc/106476325/ENIPLA>
- Ministerio Coordinador de Desarrollo Social. (2011). Obtenido de www.desarrollosocial.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/04/Proyecto_enipla.pdf
- MSP. (2012). Obtenido de <http://www.salud.gob.ec/ecuador-estrategia-intersectorial-trabaja-en-salud-sexual-y-reproductiva-de-adolescentes/>
- MSP, INEC. (2012). *ENSANUT-ECU 2012*.
- OMS. (Junio de 2009). *Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo*. Obtenido de <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/>
- OMS. (08 de 2016). *INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL*. Obtenido de WHO: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/es/>
- OMS. (2017). Obtenido de Salud de la madre, del recién nacido, del niño y del adolescente: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
- OMS. (2017). *Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente*. Obtenido de http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/adolescent_pregnancy/es/
- OMS. (s.f.). *Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas*. Obtenido de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/96349/1/9243592653_spa.pdf
- OPS. (2010). *Plan y estrategia regional de salud adolescente*. Obtenido de Paho.org:

- www.new.paho.org
- OPS/OMS. (10 de 2011). ENIPLA, una estrategia para garantizar los derechos sexuales y reproductivos. *Boletín Informativo*, 29, 89.
- Sharon Duroousseau. (May de 2003). Associations of Intrauterine Growth Restriction Among Term Infants and Maternal Pregnancy Intendedness. Initial Happiness About Being Pregnant, and Sense of Control. *PEDIATRICS*, 111(5).
- Subsecretaria de Información. (2013). *Agenda Regional De Población y Desarrollo despues del 2014 en Ecuador*. Semplades, Quito.
- UNFPA. (2010). *Salud Sexual y Reproductiva en Adolescentes y Jovenes*. Obtenido de http://www.unfpa.org.mx/ssr_adolescentes.php
- UNICEF. (2011). *PREVENCION DEL EMBARAZO EN ADOLECENTES CON PERSPECTIVA DE GENERO Y ENFOQUE DE DERECHOS HUMANOS "HACIA UNA POLITICA NACIONAL"*. Republica Dominicana: Indiana Barinas.
- UNICEF. (2016). *Ocultos a Plena Luz*. Obtenido de www.unicef.org/ecuador/media_28087.htm

ANEXOS:

ANEXO 1

Grupos de edad	Edad a la primera relación sexual															
	<15								<18							
	N	n	%	IC 95% -	IC 95% +	N	n	%	IC 95% -	IC 95% +	N	n	%	IC 95% -	IC 95% +	
15-19	737.5	1697	10.6	8.3	12.9	737.5	1697	34.4*	30.3	38.5	737.5	1697	39.1*	34.7	43.4	
20-24	713.9	2871	7.4	6.0	8.8	713.9	2871	43.0	39.9	46.1	713.9	2871	69.2	66.0	72.3	
25-29	618.8	3206	9.4	7.7	11.0	618.8	3206	40.8	37.8	43.8	618.8	3206	66.1	62.8	69.3	
30-34	588.5	3084	10.6	8.8	12.5	588.5	3084	49.8	46.5	53.1	588.5	3084	68.6	65.6	71.6	
35-39	514.6	2587	8.7	6.8	10.6	514.6	2587	44.2	40.9	47.4	514.6	2587	66.4	63.4	69.3	
40-44	441.0	2071	10.3	7.9	12.7	441.0	2071	40.8	37.2	44.4	441.0	2071	60.1	56.5	63.7	
45-49	407.0	1602	8.7	6.4	10.9	407.0	1602	38.0	34.2	41.8	407.0	1602	57.1	52.9	61.4	
Total	4465.2	17670	8.7	7.9	9.4	4465.2	17670	37.6	36.2	39.0	4465.2	17670	54.7	53.2	56.3	
Grupos de edad	Edad a la primera unión															
	<15								<18							
	N	n	%	IC 95% -	IC 95% +	N	n	%	IC 95% -	IC 95% +	N	n	%	IC 95% -	IC 95% +	
15-19	738.1	1709	3.5	2.2	4.8	738.1	1709	16.3*	13.7	18.9	738.1	1709	19.0*	16.1	21.9	
20-24	725.2	2906	2.5	1.8	3.2	725.2	2906	20.4	18.2	22.7	725.2	2906	38.3	35.3	41.2	
25-29	621.7	3223	3.3	2.4	4.2	621.7	3223	20.9	18.7	23.2	621.7	3223	35.8	33.0	38.6	
30-34	590.5	3104	5.0	3.5	6.6	590.5	3104	27.3	24.3	30.3	590.5	3104	43.6	40.4	46.9	
35-39	515.4	2584	3.8	2.3	5.3	515.4	2584	22.9	20.1	25.7	515.4	2584	42.8	39.5	46.2	
40-44	443.3	2069	4.7	3.2	6.3	443.3	2069	23.2	20.0	26.4	443.3	2069	39.5	36.0	43.1	
45-49	418.7	1638	4.0	2.2	5.7	418.7	1638	22.2	18.9	25.4	418.7	1638	37.8	34.0	41.6	
Total	4497.0	17785	3.5	2.9	4.0	4497.0	17785	19.5	18.4	20.7	4497.0	17785	32.4	31.0	33.8	
Grupos de edad	Edad al primer nacimiento															
	<15								<18							
	N	n	%	IC 95% -	IC 95% +	N	n	%	IC 95% -	IC 95% +	N	n	%	IC 95% -	IC 95% +	
15-19	740.3	1715	1.8	1.1	2.4	740.3	1715	16.7*	14.1	19.3	740.3	1715	20.9*	18.0	23.9	
20-24	730.4	2936	1.2	0.9	1.6	730.4	2936	19.6	17.3	21.8	730.4	2936	41.9	38.9	44.9	
25-29	635.5	3275	2.5	1.7	3.3	635.5	3275	21.9	19.5	24.3	635.5	3275	41.2	38.2	44.1	
30-34	602.6	3151	3.0	1.9	4.0	602.6	3151	25.3	22.6	27.9	602.6	3151	45.7	42.6	48.9	
35-39	518.6	2614	1.5	0.8	2.3	518.6	2614	17.8	15.3	20.2	518.6	2614	40.2	37.0	43.5	
40-44	442.6	2056	2.4	1.2	3.7	442.6	2056	17.1	14.3	19.9	442.6	2056	33.3	30.0	36.6	
45-49	403.5	1560	1.0	-	2.1	403.5	1560	14.7	12.0	17.5	403.5	1560	29.0	25.4	32.6	
Total	4517.4	17859	1.8	1.5	2.2	4517.4	17859	17.5	16.4	18.5	4517.4	17859	32.7	31.3	34.0	
* Tiempo expuesto truncado parcialmente, por que no todos los casos han estado expuestos durante todo el período de análisis.																
NA: No aplica																

Edad Mediana														
<25					Ha tenido relaciones sexuales					No ha tenido relac. Sexuales				
N	n	%	IC _{95%} -	IC _{95%} +	N	n	%	IC _{95%} -	IC _{95%} +	N	n	%	IC _{95%} -	IC _{95%} +
NA	NA	NA	NA	NA	737,5	1697	39,1	34,7	43,4	737,5	1697	60,9	56,6	65,3
713,9	2871	79,2*	76,3	82,1	713,9	2871	79,2	76,3	82,1	713,9	2871	20,8	17,9	23,7
618,8	3206	88,0	85,7	90,4	618,8	3206	91,0	88,8	93,1	618,8	3206	9,0	6,9	11,2
588,5	3084	88,6	86,4	90,7	588,5	3084	95,8	94,4	97,3	588,5	3084	4,2	2,7	5,6
514,6	2587	89,1	87,0	91,2	514,6	2587	96,9	95,6	98,3	514,6	2587	3,1	1,7	4,4
441,0	2071	84,4	81,5	87,3	441,0	2071	96,7	95,2	98,3	441,0	2071	3,3	1,7	4,8
407,0	1602	81,1	77,6	84,6	407,0	1602	95,0	92,7	97,3	407,0	1602	5,0	2,7	7,3
4465,2	17670	69,2	67,6	70,8	4465,2	17670	74,0	72,3	75,6	4465,2	17670	26,0	24,4	27,7
Edad Mediana														
<25					Alguna vez unida					Soltera				
N	n	%	IC _{95%} -	IC _{95%} +	N	n	%	IC _{95%} -	IC _{95%} +	N	n	%	IC _{95%} -	IC _{95%} +
NA	NA	NA	NA	NA	738,1	1709	19,0	16,1	21,9	738,1	1709	81,0	78,1	83,9
725,2	2906	50,4*	47,2	53,7	725,2	2906	50,4	47,2	53,7	725,2	2906	49,6	46,3	52,8
621,7	3223	60,7	57,3	64,0	621,7	3223	67,5	64,2	70,8	621,7	3223	32,5	29,2	35,8
590,5	3104	67,9	64,6	71,2	590,5	3104	82,5	79,7	85,4	590,5	3104	17,5	14,6	20,3
515,4	2584	69,6	66,4	72,7	515,4	2584	85,6	82,9	88,3	515,4	2584	14,4	11,7	17,1
443,3	2069	66,4	62,8	70,1	443,3	2069	90,3	87,7	92,9	443,3	2069	9,7	7,1	12,3
418,7	1638	64,4	60,4	68,5	418,7	1638	89,0	86,0	92,0	418,7	1638	11,0	8,0	14,0
4497,0	17785	49,2	47,6	50,8	4497,0	17785	58,5	56,8	60,2	4497,0	17785	41,5	39,8	43,2
Edad Mediana														
<25					Ha tenido nacimient(o)s					Ningún Nacimiento				
N	n	%	IC _{95%} -	IC _{95%} +	N	n	%	IC _{95%} -	IC _{95%} +	N	n	%	IC _{95%} -	IC _{95%} +
NA	NA	NA	NA	NA	740,3	1715	20,9	18,0	23,9	740,3	1715	79,1	76,1	82,0
730,4	2936	62,1*	58,7	65,6	730,4	2936	62,2	58,7	65,6	730,4	2936	37,8	34,4	41,3
635,5	3275	70,7	67,6	73,9	635,5	3275	79,5	76,6	82,4	635,5	3275	20,5	17,6	23,4
602,6	3151	73,8	70,9	76,7	602,6	3151	90,1	87,9	92,2	602,6	3151	9,9	7,8	12,1
518,6	2614	75,1	72,2	78,0	518,6	2614	92,4	90,2	94,6	518,6	2614	7,6	5,4	9,8
442,6	2056	69,4	66,2	72,7	442,6	2056	93,6	91,4	95,9	442,6	2056	6,4	4,1	8,6
403,5	1560	64,5	60,4	68,6	403,5	1560	91,9	89,1	94,6	403,5	1560	8,1	5,4	10,9
4517,4	17859	54,6	53,0	56,1	4517,4	17859	64,8	63,1	66,5	4517,4	17859	35,2	33,5	36,9

ANEXO 2

SECCIÓN IV . PLANIFICACIÓN FAMILIAR						
ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.						
ENCUESTADOR/A, LÉALE A LA ENTREVISTADA: Ahora le voy hacer algunas preguntas acerca de la Planificación Familiar, es decir, de las cosas que usan las parejas para evitar que la mujer quede embarazada. LUEGO, HAGA LA PREGUNTA 400 EN FORMA VERTICAL Y LUEGO LAS PREGUNTAS 401, 402 Y 403, EN FORMA HORIZONTAL PARA CADA UNO DE LOS MÉTODOS LISTADOS..						
MÉTODO	400: ¿Qué métodos de Planificación Familiar conoce usted?	401: ¿Conoce o ha oído hablar de (...)?		402: ¿Alguna vez ha usado (...)?		403: ¿Usa actualmente ? (últimos 30 días)
	NO LEA, ESPERE LA RESPUESTA ESPONTÁNEA	(LEA, LOS MÉTODOS QUE NO MENCIÓNÓ ESPONTANEAMENTE)		(SI NO HA USADO, PASE A SIGUIENTE MÉTODO)		
	SÍ ESPONTÁNEO	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ NO
1. Esterilización masculina o vasectomía	1	1	2	1	2	1 2
2. Esterilización femenina o ligadura	1	1	2	1	2	1 2
3. Implante (Implanon, Jadelle)	1	1	2	1	2	1 2
4. Inyección anticonceptiva	1	1	2	1	2	1 2
5. Píldora o pastilla anticonceptiva	1	1	2	1	2	1 2
6. DIU, espiral o T de Cobre	1	1	2	1	2	1 2
7. Condón (preservativo femenino)	1	1	2	1	2	1 2
8. Condón (preservativo masculino)	1	1	2	1	2	1 2
9. Retiro (él se retira cuando va a terminar)	1	1	2	1	2	1 2
10. Ritmo, calendario o control de la temperatura, moco cervical (Billings)	1	1	2	1	2	1 2
11. Métodos vaginales (jaleas/espumas/diafragma/cremas/óvulos/tabletas)	1	1	2	1	2	1 2
12. MELA (lactancia materna)	1	1	2	1	2	1 2
13. Pastillas anticonceptivas de emergencia (píldora del día después)	1	1	2	1	2	1 2
14. Otro, Cuál? _____ ESPECIFIQUE	1			1	2	1 2

ENCUESTADOR/A: Si en la pregunta 402-2 la mujer indica que ha usado esterilización femenina (código 1) circular también código 1 en la pregunta 403 (uso actual)

404	ENCUESTADOR/A: VEA PREGUNTAS 402 Y 403 Y CIRCULE LO CORRESPONDIENTE LA ENTREVISTADA ESTÁ USANDO ALGÚN MÉTODO ACTUALMENTE 1 PASE A PREG. 420 LA ENTREVISTADA NUNCA HA USADO MÉTODOS 2 PASE A PREG. 410 LA ENTREVISTADA HA USADO MÉTODOS PERO NO USA ACTUALMENTE 3 PASE A PREG. 405
------------	--

ANEXO 3:

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

AÑO	P 10 a 14 años	P15a 19 años	#E 10 a 14 años	# E 15 a 19 años	PF 10-14	PF 15-19
2007						
2008	55	595	11	302	1	200
2009	94	730	16	403	0	197
2010	71	1098	15	643	6	353
2011	101	1081	11	532	4	290
2012				605		
2013	235		18	564	25	658
2014			31	825	21	853

AÑO	solteras	casadas	UL	solteras	casadas	UL
2007						
2008	199	221	230	199	221	230
2009	295	307	222	295	307	222
2010	289	394	489	289	394	489
2011	424	269	489	424	269	489
2012						
2013						
2014						

AÑO	Analfabetas	Primarial	PrimariaC	Secundaril	SecundariaC	Superior
2007						
2008	6	33	244	279	78	10
2009	3	66	302	357	83	13
2010	0	75	183	692	186	33
2011	0	33	373	632	108	36
2012						
2013						
2014						

AÑO	Mestiza	India	Afro Ecuatoriana	Blanca	Urbana	Rural
2007						
2008	618	29	2	1	206	444
2009	790	31	3	0	289	535
2010	1133	30	5	1	321	848
2011	925	256	1	0	402	780
2012						
2013						
2014						

ANEXO 4

Pontificia Universidad
Católica del Ecuador
Facultad de Medicina
Oficina de Educación Médica



SUBCOMITÉ DE BIOÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN

Quito, 29 de marzo de 2017
OEM-84-2017

Mds.
Mónica Maribel Sánchez Moreira
Darwin Efraín Sarabia Maldonado
Estudiantes del Postgrado de Pediatría de la PUCE
Presente

De nuestra consideración:

Por medio de la presente el Subcomité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, resuelve **Aprobar** el proyecto titulado: "EVALUACIÓN DE LA PREVALENCIA DEL EMBARAZO Y SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ADOLESCENTES DEL CANTÓN LATACUNGA DE LA PROVINCIA DE COTACACHI EN EL PERÍODO 2007-2014".

Atentamente,

Dr. Carlos Acuña
Subcomité de Bioética
Facultad de Medicina PUCE

ANEXO 5



Coordinación Zonal 3 - Salud
Dirección Distrital 09001 - Latacunga - Salud



Oficio Nro. MSP-CZ3-DS050006-PLANE-2017-0063-0

Latacunga, 19 de mayo de 2017

Asunto: Información estadística con el tema " EVOLUCIÓN DE LA PREVALENCIA DEL EMBARAZO Y SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ADOLESCENTES DEL DISTRITO 09001 LATACUNGA EN EL PERÍODO 2007-2014

Doctor
Darwin Surobio
Medico Pongradista Mop
En su Despacho

De mi consideración:

Por medio del presente recibes un cordial saludo y a la vez en respuesta al Documento No. Latacungauno-7-2017 en el que se solicita información estadística con el tema " EVOLUCIÓN DE LA PREVALENCIA DEL EMBARAZO Y SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ADOLESCENTES DEL DISTRITO 09001 LATACUNGA EN EL PERÍODO 2007-2014", adjunto remito lo detallado a continuación:

- En el año 2007 no se cuenta con información exclusiva de adolescentes atendidos por Control Prenatal o Salud Reproductiva y no es posible obtenerla ya que durante ese año la recolección de información se realizaba de forma Pílea en el Form 505 A, por lo que se adjunta las atenciones de Control Prenatal y salud reproductiva en general.
- En el año 2008 se inicia con la atención diferenciada a Adolescentes de 10 a 14 años y de 15 a 19 años en el mes de Julio por lo que se remite la información de Adolescentes atendidos por Control Prenatal o Salud Reproductiva durante el periodo Julio - Diciembre del 2008.
- En el año 2009 se remite la información de Adolescentes de 10 a 14 años y de 15 a 19 años atendidos por Control Prenatal o Salud Reproductiva durante el todo el año.
- En el año 2010 se remite la información de Adolescentes de 10 a 14 años y de 15 a 19 años atendidos por Control Prenatal o Salud Reproductiva durante el todo el año.
- En el año 2011 se remite la información de Adolescentes de 10 a 14 años y de 15 a 19 años atendidos por Control Prenatal o Salud Reproductiva durante el todo el año.
- En el año 2012 se cambia al Form 505 A y se cuenta solo con las atenciones de control prenatal en el grupo etario unificado (10 a 19 años) por lo que se remite la información de Adolescentes atendidos por Control Prenatal durante el todo el año y no se cuenta con datos de Salud Reproductiva de Adolescentes.
- En el año 2013 se inicia con la utilización del Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias (RDACAA) y se cuenta con una base de datos completa y se remite la información de Adolescentes de 10 a 14 años y de 15 a 19 años atendidos por Control Prenatal así como las atenciones de Salud reproductiva

Marques de Ubenza y Sánchez de Cevallos
Teléfono: 033 3730844
www.salud.gov.ec



118

Oficio Nro. MSP-CZ3-DSD01-PLAN-2017-0001-0

Latacunga, 19 de mayo de 2017

- por tipo de método anticonceptivo de todo el todo el año.
- En el año 2014 se afilia al Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias (RDACAA) y se cuenta con una base de datos completa y se recibe la información de Adolescentes de 10 a 14 años y de 15 a 19 años atendidos por Control Prenatal así como las atenciones de Salud reproductiva por tipo de método anticonceptivo de todo el todo el año.
 - Población censada por el INEC por cada Año.
 - Perfil Epidemiológico (Causa de Mortalidad) por Grupo etario de cada año.

Además para su conocimiento del año 2007 al 2013 la información remitida es como Área de Salud N°1 Latacunga, la misma que estaba conformada por 13 Unidades Operativas 2 de ellas pertenecientes al cantón Sigchos (Las Parpas y Pálo Quemado) y no como cantón Latacunga ya que las Unidades Operativas de 11 de Noviembre, Gueyocoma, Píscocillo, Lasso, Taticuchi, Tuzaco y Pálo pertenecían a los áreas de Píscos y Sigchos respectivamente.

En el año 2014 se conforman los Distritos de Salud y se procede a la entrega-recepción de las Unidades Operativas a su respectiva cantón por lo que en este año la información se pertenece al cantón Latacunga.

El Centro de Salud de Lasso se inauguró como un Centro de Salud Tipo C y las unidades Operativas de Taticuchi, Píscocillo y Gueyocoma fueron anexionadas a una.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Ing. Angella María Polaherrera Arce
ANALISTA DISTRICTAL DE ESTADÍSTICA Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN DE SALUD

Referencia:
MSP/CZ3-DSD01-PL-2017-0001-0



Ministerio
de Salud Pública

Coordinación Zonal 3 - Salud
Dirección Distrital ESD01 - Latacunga - Salud

Oficio No. MSP-CZ3-DDSESD01-PLA/SI-2017-0001-0

Latacunga, 19 de mayo de 2017

Atento

- informacion_personal_salud_cotacachi@proteccion.gob.ec



ANEXO 6

Latacunga, marzo 7 del 2017

Sra. Abg.
Estefanía Lanas López
DIRECTORA DISTRITAL 05D01 LATACUNGA-SALUD
En su despacho;

Saludos cordiales:

El presente tiene por objeto hacer llegar un atento y cordial saludo a su vez solicitarle de la manera muy comedida autorice a quien corresponda se nos facilite información estadística, la misma que servirá de mucha ayuda para nosotros como posgradistas en la Especialidad de Pediatría en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador del programa becario del Ministerio de Salud Pública con el tema **"Evolución de la Prevalencia del Embarazo y Salud Sexual y Reproductiva en Adolescentes del Distrito 05D01 Latacunga-Salud en el periodo 2007 - 2014"**.

Seguros de contar con su aprobación nos suscribimos de usted deseándole éxitos en sus funciones y esperando que nuestra investigación sea de gran ayuda para la colectividad latacungueña.

Atentamente;



Dr. Darwín Sarabia
MÉDICO POSGRADISTA MSP



Dra. Mónica Sánchez
MÉDICO POSGRADISTA MSP.

