UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA HUMANA

TÍTULO

“FACTORES DE RIESGO Y COMPLICACIONES DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA DE LOJA”

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO GENERAL

AUTORA:

Katherine Piedad Cuenca Granda

DIRECTOR DE TESIS:

Dr. Guillermo Enrique Coronel Astudillo

Ginecólogo - Obstetra

LOJA – ECUADOR

CERTIFICACIÓN

Dr. Guillermo Enrique Coronel Astudillo
DIRECTOR DE TESIS

CERTIFICA:

Que el presente trabajo de investigación **"Factores de riesgo y complicaciones del embarazo en adolescentes que acuden al Hospital Regional Isidro Ayora de Loja"**, realizado por la estudiante Katherine Piedad Cuenca Granda; ha sido cuidadosamente revisado por el suscrito, con lo que se ha podido constatar que cumple con todos los requisitos de fondo y de forma establecidos por la Universidad Nacional de Loja y por el Área de la Salud Humana para la obtención del título de Médico General, por lo que autorizo su presentación.

Lo Certifico:

Loja, 5 de noviembre de 2015

Dr. Guillermo Enrique Coronel Astudillo
DIRECTOR DE TESIS

AUTORÍA

Yo, Katherine Piedad Cuenca Granda, declaro ser autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional-Biblioteca Virtual.

Autora: Katherine Piedad Cuenca Granda
Firma: .....
Cédula: 1104813116
Fecha: Loja, octubre del 2015

CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS POR PARTE DEL AUTOR PARA LA CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL, Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DEL TEXTO COMPLETO.

Yo, **Katherine Piedad Cuenca Granda**, declaro ser autora de la Tesis titulada: **"Factores de riesgo y complicaciones del embarazo en adolescentes que acuden al Hospital Regional Isidro Ayora de Loja".** Como requisito para optar al Grado de: MÉDICO GENERAL autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional:

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la Tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 5 días del mes de noviembre del dos mil quince, firma la autora.

Firma:.....

Autor: Katherine Piedad Cuenca Granda
Cédula: 1104813116
Dirección: Avda. Panamericana Norte Km 5 ½ vía a Cuenca - Barrio Carigán
Correo electrónico: kathycuenca002@hotmail.es
Teléfono: 2105174 **Celular**: 0997619902

DATOS COMPLEMENTARIOS

Director de tesis: Dr. Guillermo Enrique Coronel Astudillo

Tribunal de Grado: Dr. Colón Ángel Ortega Gutiérrez
Dra. María de los Ángeles Sánchez Tapia
Dra. Alba María Guerrero Iñiguez

DEDICATORIA

A mi Dios, creador y constructor de mi destino, eterno maestro de la vida, preceptor en el camino del éxito.

A mis padres, perfectos orientadores que siempre me acompañaron y me guiaron durante mi carrera.

A mis hermanos, tiernos y adorables por demostrar el inmenso amor y calidez de familia a la cual amo.

Katherine Piedad

AGRADECIMIENTO

A mi Dios, por la vida, las experiencias, fortalezas y por brindarme la oportunidad de poder conocer esta hermosa y sacrificada profesión.

A mis queridos padres: Víctor y Olivia por el apoyo incondicional moral, económico y por ser el motor fundamental de mi vida que me permitió alcanzar tan anhelada meta.

A mis adorados hermanos: Analía, Víctor y María Paula por ser el impulso y la motivación para culminar mis estudios.

A mis amigos/as de clase por compartir hermosos y memorables momentos, por estar siempre a mí lado y a mi familia por los ánimos y su apoyo absoluto.

Autora
Katherine Piedad

a. TÍTULO

“FACTORES DE RIESGO Y COMPLICACIONES DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA DE LOJA”

b. RESUMEN

El presente estudio investigativo de tipo descriptivo, retrospectivo y transversal; tuvo como interrogante determinar los Factores de riesgo y Complicaciones del embarazo en adolescentes que acuden al Hospital Regional Isidro Ayora de Loja, se tomó como grupo de estudio a 97 adolescentes embarazadas que fueron atendidas en áreas de consulta externa y hospitalización, desde el 1 de junio hasta el 30 de noviembre del 2014. La información fue recogida de las historias clínicas de las adolescentes embarazadas; donde se obtuvo los siguientes resultados: el 25,9% de gestantes adolescentes fueron atendidas en el servicio de Ginecología–Obstetricia del hospital; el 3,09% de embarazos adolescentes fueron entre los 10 a 14 años, el bajo peso materno estuvo presente en el 27,84% y el 18,55% distribuidas entre sobrepeso y obesidad; 34,02% de jóvenes embarazadas fueron solteras; el 7,22% son empleadas domésticas, el 2,06% no tuvo acceso a la educación. El 20,62% de las adolescentes embarazadas han recibido menos de 5 controles prenatales; el 26,80% con antecedente de consumo de alcohol y el 18,56% con antecedente de consumo de tabaco. Las complicaciones más frecuentes fueron: Infecciones vaginales 23,71%, Amenaza de aborto 22,68%, Infección de las vías urinarias 20,62%, Amenaza de Parto pre término 17,53%, Anemia 7,22%, Ruptura Prematura de membranas 4,12% Hemorragia de la segunda mitad del embarazo 2,06% y Trastorno Hipertensivo 2,06%.

PALABRAS CLAVE: Embarazo Adolescente, Factores de riesgo, Complicaciones del embarazo.

SUMMARY

This research work was as purpose: to determine the population of teenage pregnancy of the study group, recognize the most important risk factors that occur during the teenage pregnancy and know the most frequent complications to develop in the course of adolescent pregnancy, it was descriptive, retrospective and cross-sectional, taking as study group to 97 pregnant adolescents who were treated in the areas of outpatient and hospitalization of the Gynecology Department - Obstetrics of the Regional Hospital Isidro Ayora of Loja, from June 1 until November 30 of 2014. The information was collected from the medical histories of the pregnant adolescents; where it was obtained the following results: 25.9 % of pregnant adolescents were served in the service of gynecology-obstetrics of the hospital; the 3.09 % of teenage pregnancies were at ages 10 to 14 years, low maternal weight was present in 27.84 % and 18.55 % distributed between overweight and obesity; 34.02 % of young pregnant women were unmarried; 7.22 % domestic workers, the 2.06 % did not have access to education. The 20.62 % of the pregnant teens have received less than 5 prenatal checkups; 26.80 % with a history of alcohol consumption and the 18.56 % with a history of tobacco consumption. The most frequent complications were: vaginal infections 23.71 %, threatened abortion 22.68 %, infection of the urinary tract 20.62 %, threat of childbirth pre term 17.53 %, anemia 7.22 %, premature rupture of membranes 4.12 % hemorrhage from the second half of pregnancy 2.06 % and hypertensive disorder 2.06 %.

KEY WORDS: Teenage Pregnancy, risk factors, complications of pregnancy.

c. INTRODUCCIÓN

El embarazo a cualquier edad constituye un hecho biopsicosocial muy importante, pero la adolescencia conlleva a una serie de situaciones que pueden atentar la salud de la madre y la del hijo, convirtiéndose en un problema de salud, que no debe ser considerado solamente en términos del presente sino del futuro por las complicaciones que acarrea. Dicha situación produce un serio problema biomédico, ya que presentan altas tasas de morbimortalidad materna, perinatal y neonatal, agregándose el impacto que produce a nivel sociocultural y psicológico con un elevado costo a nivel personal, educacional, familiar y social.

De acuerdo al ensayo "Embarazo en adolescentes", realizado por (Noguera, Norma, & Herly, 2012), menciona

> En América Latina por cada 1000 mujeres embarazadas 76 fueron adolescentes, cifras que sitúan a este continente como el segundo en tener las tasas de fecundidad más altas en este grupo etario, en Colombia 19 niñas menores de 15 años alumbran un niño y 90 de cada mil adolescentes resultan embarazadas cada año. (SEMLAC, 2010)

En Ecuador más del 17% de las jóvenes entre 15 y 19 años fueron madres, para el año 2010 según el Instituto de Estadísticas y Censos se registró un incremento del 74% de embarazos en adolescentes a edades de 10 a 14 años, mientras que entre 15 a 19 años, aumentó en un 9%; por lo que nuestro país se ha convertido en el segundo en América Latina con más alto índice de embarazo adolescente.

Por tal razón esta investigación estuvo orientada a dar a conocer, los factores de riesgo y las complicaciones del embarazo en adolescentes, para brindar un mejor desarrollo y bienestar de la madre y su futuro hijo/a, permitiendo que las madres adolescentes tomen conciencia de la importancia de acudir a controles médicos, y de llevar a cabo medidas adecuadas en el cuidado de su niño/a; medida fundamental para la prevención de complicaciones en el embarazo,

que podrían ser evitables en muchos de los casos para mejorar la calidad de vida de la madre y el recién nacido. Es así que se planteó como objetivos general: identificar los factores de riesgo y las complicaciones del embarazo en adolescentes que acuden al Hospital Regional Isidro Ayora de Loja, durante el periodo Junio-Noviembre 2014 y como objetivos específicos: determinar la prevalencia del embarazo adolescente del grupo en estudio, reconocer los factores de riesgo más importantes que se presentan durante el embarazo adolescente y finalmente conocer las complicaciones más frecuentes a desarrollarse en el transcurso del embarazo adolescente.

El estudio fue descriptivo, retrospectivo y transversal, llevado a cabo en adolescentes del Hospital Isidro Ayora de Loja, formado por un universo de 374 gestantes y una muestra de 97 adolescentes embarazadas en las áreas de consulta externa y hospitalización; la recolección de información se efectuó a base de una ficha recolectora de datos con las variables que constan en los objetivos y que fue previamente elaborada por los autores, obteniéndose la mayor parte de datos de la Historia Clínica Perinatal desde el 1 de Junio al 30 de Noviembre del año 2014, finalmente se utilizó fórmula para determinar la prevalencia del embarazo adolescente.

d. REVISIÓN DE LITERATURA

1. ADOLESCENCIA

De acuerdo a la (Organización Panamericana de la Salud, 1995)

> La adolescencia es la etapa que transcurre entre los 10 a 19 años, considerándose como una etapa entre la niñez y la edad adulta que se inicia por los cambios puberales y se caracteriza por profundas transformaciones biológicas psicológicas y sociales muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones . No es solamente un periodo de adaptación a los cambios corporales sino una fase de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social.

1.1. Clasificación de la adolescencia

1.1.1. Adolescencia temprana.- Según los conceptos aceptados por la (OMS, 2010), se entiende por etapa temprana “aquella que cursa entre los 10 a 14 años, caracterizada por el crecimiento y desarrollo somático acelerado, inicio de los cambios puberales y de los caracteres sexuales secundarios”.

Preocupación por los cambios físicos, torpeza motora, marcada curiosidad sexual, búsqueda de autonomía e independencia, por lo que conflictos con la familia, maestros u otros adultos son más marcados. Es también frecuente cambios bruscos en su conducta y emotividad.

1.1.2. Adolescencia media.- Comprende edades entre 14 a 17 años en la cual, el crecimiento y la maduración sexual prácticamente han finalizado adquiriendo alrededor del 95% de la talla adulta y siendo los cambios mucho más lentos, lo que permite restablecer la imagen corporal. La capacidad cognitiva va siendo capaz de utilizar el pensamiento abstracto, aunque este vuelve a ser completamente concreto durante períodos variables y sobre todo con el estrés. Esta nueva capacidad les permite disfrutar con sus habilidades

cognitivas empezándose a interesar por temas idealistas y gozando de la discusión de ideas por el mero placer de la discusión. Son capaces de percibir las implicaciones futuras de sus actos y decisiones aunque su aplicación sea variable.

1.1.3. Adolescencia tardía.- De acuerdo a (Pérez Pineda & Aliño, 2009) señala:

> Se ubica entre las edades 17 a 19 años, en esta fase ha culminado gran parte del crecimiento y desarrollo, el adolescente va a tener que tomar decisiones importantes en su perfil educacional y ocupacional. Se ha alcanzado un mayor control de los impulsos y maduración de la identidad, inclusive en su vida sexual, por lo que está muy cerca de ser un adulto joven.

1.2. Embarazo

Así también (Barón Vallejo, 2013) determina:

> El embarazo o gravidez (de grávido, y este del latín *gravidus*) es el período que transcurre entre la implantación del cigoto en el útero, al momento del parto que incluyen cambios significativos como: fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, como la interrupción de los ciclos menstruales, o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia. El término gestación hace referencia a los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno.

1.2.1. Embarazo en adolescentes.- Según (Domínguez & Erazo, 2009) el embarazo en la adolescencia se define como: “el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarca, y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen". En lo biológico se ve claramente un descenso en la edad de

la menarquia, lo que permite a la adolescente ser madre en edades tempranas como a los 11 años de edad.

Este es un período crítico en el desarrollo de los comportamientos sexuales que pueden llevar a adquirir un embarazo no planeado y una infección de transmisión sexual (ITS), incluyendo VIH, por el alto grado de promiscuidad. Son experiencias difíciles que afectan la salud integral tanto de los padres adolescentes como la de sus hijos, familiares y de la sociedad en sí; actualmente es considerado un problema de salud pública debido al creciente aumento. Existen millones de adolescentes mujeres en el mundo expuestas a riesgos que las pueden llevar a embarazos no deseados.

Con respecto (Domínguez & Erazo, 2009) aclara:

> El embarazo en una pareja de jóvenes es un evento inesperado, sorpresivo, generalmente se desarrollan reacciones de angustia propias del momento y trastornos en el proceso normal del desarrollo de la personalidad, fenómenos que están asociados a la aparición de patologías orgánicas propias del embarazo. Las adolescentes en embarazo son consideradas un grupo de alto riesgo reproductivo, no sólo por las implicaciones sociales y psicológicas propias de la gestación, sino porque su cuerpo aún está en proceso de formación.

2. FACTORES DE RIESGO

Factor de riesgo es la característica o atributo biológico, ambiental o social que cuando está presente se asocia a un aumento de la posibilidad de sufrir un daño la madre, el feto o ambos. Para ello se enlista una serie de factores responsables de causar complicaciones durante el periodo de gestación.

2.1. Edad

De acuerdo a (Noguera, Norma, & Herly, 2012) explica: “la edad de las adolescentes embarazadas es un factor que se debe tener en cuenta al bridar atención médica, ya que esta repercute en las complicaciones que se puedan presentar”.

Al respecto, un estudio realizado en Colombia, por las doctoras (Domínguez & Erazo, 2009), reporta que “las adolescentes de 13 a 15 años tienen más riesgo que las adolescentes de 16 a 18 años de presentar pre-eclampsia, parto pre término y parto por cesárea”.

Ciertas literaturas señalan que el recién nacido de madre adolescente menor de 15 años presenta una mayor incidencia de malformaciones especialmente las del cierre del tubo neural. El hecho de que las adolescentes se embaracen con un intervalo de tiempo menor de 5 años entre la menarquía y el parto es considerado un factor de riesgo para que se presenten resultados perinatales desfavorables.

2.2. Índice de masa corporal

Actualmente (Domínguez & Erazo, 2009) determina “el control de la variación de peso durante la gestación, se considera básico, especialmente en aquellas mujeres que ya en el inicio del embarazo se encuentran en una situación patológica, ya sea por exceso (obesidad) o por defecto (adelgazamiento)” (p. 75).

También (Dr. Artieda Jácome, 2011) aclara:

> Se acepta que el peso medio de una mujer debe aumentar durante la gestación, partiendo de un peso adecuado para su edad y talla, será de 10 a 12 kg, considerándose que no debe ser inferior al 10% del peso inicial ni superior al 20% del habitual. Este aumento de peso no es longitudinal a lo largo del embarazo.

La **evaluación antropométrica** se realiza con dos finalidades:

- Evaluar el estado nutricional al inicio del embarazo para determinar las condiciones en las cuales la gestante enfrentará las exigencias fisiológicas del embarazo y poder realizar según su evolución las recomendaciones dietéticas.

- Evaluar el riesgo inicial de peso bajo al nacer, retardo del crecimiento intrauterino (RCIU) y recién nacido pequeño para edad gestacional (RNPEG).

La evaluación antropométrica debe incluir una evaluación inicial y un seguimiento que incluye los indicadores tradicionales, el indicador mixto y los indicadores de composición corporal. La selección y aplicación de los indicadores dependerá además de la etapa evolutiva del problema, del nivel de recursos disponibles.

Además, en el seguimiento la ganancia de peso y la altura uterina son de gran importancia. Es de hacer notar, que se han establecido rangos desiguales de incremento ponderal para la embarazada: éste debe ser entre 11,5 y 16,0 kilos para una gestante eutrófica, de 12,5 a 18,0 kilos si es desnutrida y entre 7,0 y 11,5 kilos si es obesa. A pesar de la importancia que tienen los indicadores de composición corporal en la evaluación inicial y en el seguimiento del estado nutricional de la embarazada, los comités de expertos no recomiendan su aplicación hasta que no existan estudios que validen los mismos.

Para la adecuada interpretación de algunos de los indicadores antropométricos se requiere calcular la edad gestacional. Así mismo, en adolescentes se debe determinar la edad ginecológica.

Es esencial realizar una **evaluación dietética** de la embarazada, para conocer las características de la alimentación de la paciente y saber si la misma cubre o

no las necesidades de la madre y del feto.

Esta incluye el recordatorio de 24 horas y/o registro de ingesta durante 3 días o más y la frecuencia de consumo semanal, para determinar la adecuación de calorías, proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas y minerales.

Según (Dr. Artieda Jácome, 2011) determina:

> La historia dietética debe prestar particular atención al consumo de alcohol, cafeína, edulcorantes artificiales, anticonvulsivantes y vitaminas. De igual manera, a los trastornos de la conducta alimentaria propios del embarazo: rechazo de alimentos, antojos, pica y aversiones. Por último, a los síntomas y signos frecuentes del embarazo relacionado con la dieta como son: náuseas, vómitos, ptialismo, pirosis, estreñimiento, hemorroides, edema y calambres.

2.3. Estado civil

El estado civil de las madres adolescentes parece depender de la concepción que tengan la mujer y la sociedad, y todo su entorno, sobre la función de la mujer; por esto, en una sociedad tradicional hay mayor número de madres adolescentes casadas, mientras que en una sociedad donde la mujer es activa laboralmente se encuentra madres adolescentes solteras.

En la actualidad se observa un comportamiento diferente; aunque la mayoría de las madres adolescentes antes de quedar en embarazo eran solteras (93,3%), aproximadamente la mitad ya tienen algún tipo de unión durante el embarazo (40%), aumentado este porcentaje a un 54% después del embarazo, y a un 66% en el estado civil actual; sin embargo estudios realizados en Colombia (Salazar Arango, Acosta Murcia, Lozano Restrepo, & Quintero Camacho, 2008), indican:

> A menor edad de la mujer embarazada mayor es la cantidad de madres solteras y el fracaso de la posibilidad de una unión estable; ocasionando depresión, síndrome de decepción de la madre, sentimiento de pérdida de la juventud e incluso suicidio, poniendo en riesgo el periodo gestacional.

2.4. Escolaridad

En la gestante adolescente la deserción escolar conlleva a un nivel educativo bajo lo cual le disminuye la posibilidad de acceder a un trabajo digno que le permita satisfacer al menos sus necesidades básicas.

Según (Noguera, Norma, & Herly, 2012) señalan:

> La baja escolaridad que alcanzan y la dificultad para reinsertarse al sistema escolar, tiene un efecto negativo en la formación del capital humano y en la superación de la pobreza a nivel social, situación que se ve agravada por la condición de madre soltera en que queda la mayoría de estas adolescentes, debido a que la pareja es generalmente un adolescente o joven que no asume su responsabilidad paterna, provocando una situación de abandono afectivo, económico y social en la madre y el niño.

2.5. Controles prenatales

Según (MSP - Ecuador, 2008) define como:

> Las actividades y procedimientos que el equipo de salud ofrece a la adolescente embarazada con la finalidad de identificar factores de riesgo en la gestante y enfermedades que puedan afectar el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido/a.

Debe ser completo, integral, afectivo, con enfoque intercultural e iniciarse lo más temprano posible (en el primer trimestre) por la relación entre la edad gestacional del primer control con los resultados del embarazo; además debe

ser periódico, en la cual todas las adolescentes embarazadas consideradas de BAJO RIESGO deberán completar mínimo 5 controles prenatales (uno de diagnóstico y cuatro de seguimiento) y con el cumplimiento de todas las actividades que se registran en la historia clínica perinatal.

3. COMPLICACIONES DEL EMBARAZO ADOLESCENTE

Las complicaciones del embarazo son los problemas de salud que se producen durante el embarazo. Pueden afectar la salud de la madre, del bebé o de ambos. Algunas mujeres tienen problemas de salud antes del embarazo que podrían dar lugar a complicaciones. Otros problemas surgen durante el embarazo. Tenga en cuenta que, ya sea una complicación frecuente o rara, existen formas de manejar los problemas que surgen durante el embarazo.

3.1. Amenaza de Aborto

Es la interrupción del embarazo antes de las 20 semanas de amenorrea, con un peso del producto de la gestación inferior a 500 g, puede ser espontaneo o provocado; de causas ovulares propiamente dichas, debidas a factores hereditarios o defectos cromosómicos adquiridos; causas maternas orgánicas, generales (TBC, toxoplasmosis, enfermedad de Chagas) y locales (infecciones genitales, tumores, displasias y desgarros cervicales; otras causas como: traumatismos físicos, psicológicas y de origen toxico.

De acuerdo a (Schwarcz D. , 2013) “la sintomatología cursa con hemorragia genital, dolores hipogástricos y lumbares con ausencia de dilatación cervical. Sus complicaciones más frecuentes son: retención, hemorragias e infección y el tratamiento es profiláctico cuando la causa es reconocida” (p. 206).

3.2. Anemia

Es la disminución de la concentración de hemoglobina en sangre por debajo del límite normal para la edad, sexo y estado fisiológico, su presencia en el

embarazo se asocia con un aumento del riesgo de mortalidad materna, parto pre término y de bajo peso al nacer.

Siendo más característico la Anemia ferropénica que ocurre durante el embarazo por la deficiencia de hierro que lleva a la disminución de los niveles de hemoglobina por debajo de 11 g/dl en el primer y tercer trimestre y de 10,5 g/dl en el segundo trimestre. Corresponde a 50% de todas las anemias. Clasificada de la siguiente manera:

Anemia leve:	Hb	10,1-10,9g/dl
Anemia moderada:	Hb	7,1 – 10,0 g/dl
Anemia grave:	Hb	< 7,0 g/dl

Dicha complicación cursa con: Malestar, cefalea, disnea de pequeños esfuerzos, Palidez mucocutánea, taquicardia, palpitaciones, glositis, datos actuales de restricción de crecimiento fetal, parto prematuro o ruptura de membranas. Para ello es fundamental la realización de exámenes de sangre para determinar hematocrito y hemoglobina antes y después de la semana 20. El tratamiento incluye administración de ácido fólico + hierro y recomendar el consumo adecuado de frutas, verduras, vitaminas, fibra y alimentos de origen animal.

3.3. Infecciones Vías urinarias

Es la infección más común en el embarazo, se caracteriza por la presencia marcada de bacterias en cualquier lugar a lo largo del tracto urinario: uretra, vejiga, uréteres y riñones.

Según (MSP - Ecuador, 2008) las infecciones urinarias incluyen:

- Bacteriuria asintomática caracterizada por presentar colonización de bacterias en el tracto urinario con más de 100.000 colonias/ml en una sola muestra del chorro medio de orina, en ausencia de síntomas

específicos. Presente en 2 a 10% de embarazos se asocia a restricción del crecimiento fetal y bajo peso al nacer, puede progresar a Pielonefritis en 20-40%, cursa con fiebre bajo38°C, dolor abdominal supra púbico, urgencia miccional, disuria, polaquiuria, nicturia y tenesmo.

- Cistitis que consiste en la colonización sintomática de bacterias en el tracto urinario con más de 100.000 colonias/ml que se acompaña de sintomatología urinaria y sistémica, presente en 1 a 4% de embarazos.

- Pielonefritis es la infección bacteriana grave más común que compromete el tracto urinario alto y puede llevar a complicaciones perinatales y maternas como: parto pre término, bajo peso al nacer, anemia, insuficiencia renal temporal, etc. Presente en 1-2% y recurrencia de 10-20% en la misma gestación, cuya sintomatología consiste en fiebre > 38°C, dolor lumbar, taquicardia y deshidratación variable. Tratamiento uso de antibióticos específicos para cada germen causal.

3.4. Hipertensión transitoria o inducida del embarazo

Es la hipertensión diagnosticada por primera vez durante la gestación después de las 20 semanas, sin proteinuria, las cifras de presión arterial retornan a la normalidad antes de las 12 semanas posparto, con lo que se confirma el diagnóstico.

Para establecer aún más el diagnostico las cifras de tensión arterial deberán ser 140/90 mmHg en dos tomas con una diferencia de 4 a 6 horas, o un solo registro de una tensión arterial 110mmHg, para registrarla se puede considerar la fase IV de Korotkoff, tomada en el brazo derecho con la paciente sentada.

El tratamiento debe ser enfocado a bloquear los canales de calcio usando Nifedipina 10mg que puede ser repetida en 30 minutos hasta 20 -40 mg/día.

Igualmente (Schwarcz S. , 2012) infiere: “los cuidados pre concepcionales y el control prenatal precoz, periódico y completo, hábitos saludables y el nivel socio-económico ayudan a remover o controlar algunos factores de riesgo que se asocian con el desarrollo de la hipertensión” (p. 301).

3.5. Parto pre término

Se denomina parto pre término o prematuro al que se produce antes de las 37 semanas de gestación, cuando el embarazo tiene 20 semanas y 36 semanas completas contadas desde el primer día de la última menstruación.

Su aparición oscila entre el 5 al 9% tiene probablemente dos causas: a) errores en la estimación de la edad gestacional cuando ésta se calcula sólo por la fecha de la última menstruación y b) cifras provenientes de poblaciones con distintas características (socioeconómicas, modelos de prevención, etc).

Se han descrito diferentes mecanismos de iniciación del parto prematuro pero aisladamente ninguno se asocia al mismo como para utilizarlo como un marcador seguro predictor de riesgo. Entre la diversidad de factores encontramos:

- Estrés psicosocial materno que puede causar estrés fetal con una reducción de flujo útero-placentario y puede activar prematuramente el mecanismo fetal del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, debido al factor liberador de la Corticotrofina como principal mediador inductor de prematurez por estrés.

- Infecciones ascendentes del tracto genitourinario que junto con las infecciones amnióticas contribuyen a la activación de interleuquinas que estimulan la síntesis de prostaglandinas a nivel de la decidua y de las membranas ovulares.

- Hemorragias de la decidua uterina encontradas en el 60% de los partos prematuros, cuando estos desprendimientos de la placenta son mayores clínicamente se aprecian por pequeñas metrorragias durante el primero y el

segundo trimestre del embarazo. Estas hemorragias activan localmente una serie de factores que generan trombina, destrucción de la decidua y delas membranas ovulares. La trombina se une a los receptores del miometrio y estimula las contracciones uterinas.

- En embarazo múltiple y el hidramnios se produce un sobre-distensión del útero que puede exceder su capacidad de compensación y ser causa de parto prematuro. El estiramiento de las miofibrillas uterinas y sus puentes de unión entre ellas, activarían los receptores de la oxitocina y la síntesis de prostaglandinas de origen amniótico, decidual y cervical.

- Intervalo intergenésico (periodo comprendido entre la finalización del último embarazo, haya terminado en parto o aborto y el inicio del actual), cuanto menor sea el intervalo intergenésico mayor es la incidencia de niños de bajo peso, con exámenes neurológicos anormales al año de vida y de la mortalidad perinatal.

3.5.1. Factores de riesgo del parto prematuro

a) Factores potencialmente removibles durante el embarazo

- Bacteriuria asintomática
- Infección urinaria
- Infección ovular-fetal
- Vaginosis (Gardnerella vaginalis y Mycoplasma hominis) e infecciones por Chlamydia trachomatis y Estreptococo grupo B.
- Insuficiente ganancia de peso materno.
- Trabajo con esfuerzo físico o posición prolongada de pie.
- Inducción del parto o cesárea anticipada.

b) Factores potencialmente no removibles pero controlables durante el embarazo

- Pobreza y desventajas sociales
- Bajo peso previo materno
- Desnutrición materna

- Edad menor a 17 años o mayor de 35 años
- Rotura prematura de las membranas
- Embarazo múltiple
- Malformaciones y miomas útero-cervicales
- Intervalo corto desde el último embarazo
- Metrorragias del primero y el segundo trimestre

3.5.2. Prevención.- En la mayoría de los casos el desencadenamiento del parto prematuro es multicausal, por ello son de mayor importancia, en la etapa pre concepcional y del embarazo, las actividades dirigidas a la promoción de la salud sexual, reproductiva y perinatal y de prevención de enfermedades aplicadas con un enfoque integral.

De acuerdo a (Dra. Mujica Valenzuela & Dr. Alvarado, 2013) a continuación se analizan intervenciones preventivas:

- Apoyo social
- Betamiméticos preventivos por vía oral: se cree que procuran reducir e inhibir las contracciones del trabajo de parto y por esta razón sigue siendo dosificada por los obstetras; sin embargo no hay datos suficientes sobre el uso de los fármacos betamiméticos administrados por vía oral para reducir el parto prematuro en las mujeres con alto riesgo de trabajo de parto prematuro y con embarazos únicos.
- Antibióticos: en las gestaciones con riesgo, en la amenaza de parto o durante el parto prematuro, con las membranas integras y sin una patología infecciosa evidente, no se ha demostrado su eficacia; solamente son efectivos en la rotura prematura de membranas, en dicho caso previo a la semana 37, la administración de eritromicina es beneficiosa para reducir la corio-amnionitis y mejorar variables de morbilidad neonatal pero sin bajar la mortalidad perinatal. Si el trabajo de parto se desencadena, la administración profiláctica de antibióticos intraparto reduce el riesgo de infección del recién nacido prematuro por estreptococos del grupo B.

3.5.3. Diagnóstico.- Con respecto (Dra. Mujica Valenzuela & Dr. Alvarado, 2013) aduce el diagnostico precoz de la amenaza de parto prematuro, principalmente se basa en tres elementos:

- La edad del embarazo, entre las 22 y 36 semanas de amenorrea.
- Las características de las contracciones uterinas, dolorosas y detectables por palpación abdominal o por tocografía externa. Su frecuencia deberá exceder los valores normales para la edad del embarazo.
- El estado del cuello uterino, con modificaciones en relación al último examen vaginal, signos a tener en cuenta: borramiento, dilatación y posición del cuello, apoyo de la presentación y estado de las membranas ovulares. (p. 351)

3.5.4. Tratamiento de la amenaza o del parto pre término.- De acuerdo a (Biblioteca Cochrane Plus, 2013) se puede diagnosticar el tratamiento a partir de:

a. Útero inhibidores (tocolíticos): inhiben la contractilidad uterina de la mujer grávida
   - Fármacos betamiméticos: intravenosa logran la máxima potencia con rápida instalación del efecto.
   - Fármacos antagonistas de la oxitocina
   - Fármacos anti prostaglandinas: la indometacina, 100 mg/día x 3 días, reduce significativamente la contractibilidad uterina y la frecuencia de parto prematuro, uso opcional y sólo para gestaciones menores a 32 semanas.

b. Maduración pulmonar fetal: si el embarazo se encuentra entre > 24 y < 34 semana administrar:
   - Betametasona 12 mg IM y a las 24 horas (total 2 dosis)
   - Dexametasona 6 mg IM y cada 12 horas (total 4 dosis)

c. Tratamiento inicial
   - Útero inhibidor de rápida instalación
   - Útero inhibidor de lenta instalación: indometacina 100mg vía rectal, uso opcional y en gestantes < 32 semanas.
   - Inductor de la madurez pulmonar fetal: Betametasona o Dexametasona.

d. Tratamiento de sostén
   - Primeras 48 horas, reposo en cama alternando con periodos de movilidad sin esfuerzo físico.
   - Restricción de exámenes vaginales
   - Indometacina por vía oral, 25 mg c/6horas o 100 mg/día via rectal hasta completar la dosis total de 300 mg.

e. Tratamiento ambulatorio
   - Retorno gradual a sus actividades hasta el inicio de la 37 semana.
   - Control prenatal, el primero al 4to día del alta; los siguientes cada 7 días.

3.6. Ruptura prematura de Membranas

También (Barón Vallejo, 2013) define “es la rotura espontánea de las membranas fetales antes del inicio de la labor de parto independiente de la edad gestacional, algunos lo consideran por lo menos 1 hora antes” (p. 69).

Se denomina período de latencia el tiempo trascurrido entre el momento en que se produce la rotura y el parto. Cuando este período supera las 24 horas, a la rotura se la define como prolongada.

La frecuencia y gravedad de ésta se encuentra estrechamente vinculada con la duración del período de latencia, cuando el mismo supera las 24 horas (rotura prolongada) el riesgo se incrementa significativamente.

La rotura prematura de las membranas ovulares eleva la morbimortalidad perinatal, este riesgo, que en la rotura prolongada es aún más alto, depende

de:

- ✓ Inmadurez: principal factor determinante de la morbimortalidad, con anticipación del momento del parto, la misma que produce un incremento de la incidencia de presentaciones pelvianas.
- ✓ Infecciones: el riesgo aumenta con la duración del periodo de latencia; según varios autores, pasadas las 24 horas de rotura de membranas las cifras oscilan entre el 5 y el 25% de los casos.
- ✓ Accidentes de parto: el riesgo de prolapso del cordón y/o partes fetales es significativamente mayor que cuando la rotura se produce intraparto.

3.6.1. Etiología

- Traumatismos; determinados por los tactos vaginales en especial cuando se intenta despegar las membranas de la pared segmento-cervical, la colocación de amnioscopios, sondas para iniciar el parto, constituyen maniobras que con mayor frecuencia pueden producir una amniotomía accidental involuntaria.
- Infección local: originado por colonización de tricomonas en el tracto genital, estreptococos del grupo B, Neisseria gonorrhoeae y Chlamydia trachomatis muestran mayor incidencia de rotura prematura de membranas. Así mismo hay una asociación entre la vaginosis bacteriana producida por bacterias anaerobias Gardnerella vaginalis y Mycoplasma hominis con rotura prematura de membranas.
- Incompetencia ístmico-cervical: a consecuencia del aumento de dilatación cervical que disminuye el soporte de las membranas cervicales.

3.6.2. Diagnóstico.- La embarazada acude por lo general en forma espontánea y refiere haber tenido una pérdida de líquido, el interrogatorio debe dirigirse, en estas circunstancias a establecer con la mayor precisión posible, el color, la cantidad y en especial la fecha y hora del comienzo de la pérdida.

El examen genital externo se lo realizara al visualizar la zona vulvar, en la cual se evidencia fluido del líquido amniótico blanco claro, a veces opaco o ambarino o teñido de meconio, de olor característico; con esta

evidencia el diagnóstico se confirma y por ende se debe evitar cualquier acción como: colocación de espéculo, tactos vaginales a repetición), que pueda contribuir a infectar la cavidad ovular. El examen genital interno (tacto o especuloscopia) se realizará únicamente si el cuadro se asocia con contractilidad uterina y/o signos de sufrimiento fetal. (Schwarcz D. , 2013)

Las pruebas auxiliares de diagnóstico muestran mayor confiabilidad, en especial si hablamos de: pruebas del pH y de la cristalización que consiste en tomar muestra con hisopo del fondo de saco posterior de vagina, colocar en portaobjetos dejar secar al aire y valorar la cristalización en helecho, siempre antes de realizar tacto vaginal.

La ecografía de tiempo real puede ayudar a confirmar el diagnóstico al observarse ausencia o escasez de líquido amniótico; además será útil para confirmar la edad gestacional, estimar el crecimiento fetal y la madurez placentaria.

3.6.3. Tratamiento.- La conducta obstétrica depende de:

- ✓ La sospecha o presencia de infección ovular
- ✓ El desarrollo y madurez fetal, en especial del pulmón

Según el (MSP - Ecuador, 2008) determina:

Si embarazo >34 semanas y no se espera el parto antes de 12 horas:

Antibioticoterapia con UNO de los siguientes fármacos:

i. Eritromicina 250 mg VO cada 6 horas por 7 días o hasta el parto
ii. Ampicilina 2g IV y luego 1g cada 4 horas por 7 días o hasta el parto
iii. Clindamicina 900 mg IV cada 8 horas por 7 días o hasta el parto en alérgicas a la penicilina.

Terminación del embarazo según criterio obstétrico por parto o cesárea según protocolo.

Si embarazo <34 semanas:

Antibioticoterapia con Eritromicina 250 mg VO cada 6 horas por 7 días o hasta el parto:

i. Tocólisis con Nifedipina 10 mg VO cada 20 minutos por 3 dosis, luego 20 mg cada 4-8 horas hasta completar maduración pulmonar fetal o 72 horas.
ii. Maduración Pulmonar con Betametasona 12 mg IM y a las 24 horas (total 2 dosis). Dexametasona 6 mg IM y cada 12 horas (total 4 dosis).

Terminación del embarazo según criterio obstétrico por parto o cesárea según protocolos si no se controlan las contracciones o signos infecciosos.

Si hay Corioamnionitis:

Antibioticoterapia:

i. Ampicilina 2 g IV cada 6 horas
ii. Gentamicina 2 mg/Kg dosis inicial IV luego 1.5 mg/Kg IV cada 8 horas
iii. Gentamicina 5 mg/Kg IV cada día.
iv. Clindamicina 900 mg IV cada 8 horas (Incluir si se indica cesárea)

Terminación del embarazo según criterio obstétrico por parto o cesárea independientemente de la edad gestacional.

3.7. Infecciones vaginales

Las bacterias ubicadas en la región vaginal son lactobacilos, las cuales se conoce como *flora vaginal.* La cantidad y tipo de bacterias presentes tienen implicancias significativas para la salud global femenina. La presencia de flora vaginal normal ayuda en la prevención de infecciones por hongos y levaduras y otros problemas posibles por ocupar. Así en existencia de bacterias dañinas, y/o un desbalance de bacterias se puede desencadenar la infección.

Cuando nos referimos a la flora habitual, tenemos como referencia a la secreción vaginal de la mujer en edad reproductiva, pero hay que tener en cuenta que existen variaciones de acuerdo a la edad y a las condiciones hormonales de la mujer como el periodo menstrual, embarazo y puerperio.

Las infecciones vaginales se caracterizan por uno o más de los siguientes síntomas: aumento en el volumen de secreción, color anormal (amarillento o verdoso) de la secreción, prurito vaginal, irritación o ardor, dispareunia y mal olor.

La vaginitis puede ser causada por agentes infecciosos (Cándida, Gardnerella y Trichomonas) o por cambios atróficos. Los síntomas de otras enfermedades vulvo vaginales incluyen distrofia vulvar, dermatitis vulvar y otros trastornos cutáneos de la vulva que pueden ser similares a los de vaginitis.

3.7.1. Tipos de infecciones vaginales

3.7.1.1. ***Vaginosis bacteriana.-*** Es la infección más común causada por proliferación excesiva de diversos tipos de bacterias en particular anaerobios que a menudo se encuentran en forma normal en la vagina; las bacterias anaerobias producen enzimas que degradan a aminoácidos y a aminas, lo que ocasiona compuestos asociados con la secreción y olor característico de esta infección.

Alrededor del 50% de las pacientes con vaginosis bacteriana cursan asintomáticas, en las pacientes sintomáticas las manifestaciones más comunes mal olor y secreción vaginal grisácea.

Para el diagnostico se debe basar en cuatro criterios:

- El pH vaginal por lo común se encuentra entre 5.0 y 5.5
- Las preparaciones en fresco con solución salina muestran pocos o ningún leucocito, abundantes bacterias y células guía características.
- La aplicación de hidróxido de potasio (KOH) al 10% a la preparación en fresco ocasiona un olor a pescado, lo que indica un resultado positivo de la prueba.
- Hay secreción fétida, homogénea y de color grisáceo.

El tratamiento se basa en el uso de fármacos con actividad contra anaerobios y sustancias de uso tópico y sistémico.

- Preparados vaginales
  - ✓ Clindamicina al 2% intra vaginal, por las noches al acostarse por 7 días.
  - ✓ Metronidazol intra vaginal aplicar cada 12 horas por 7 días.

- Regímenes orales
  - ✓ Metronidazol dosis de 500 mg 2 veces al día por 7 días, 250 mg 3 veces al día por 7 días o una dosis única de 2 g.
  - ✓ Clindamicina dosis de 300 mg 3 veces al día por 7 días

El tratamiento es decisivo durante el embarazo; hay datos que sugieren una asociación entre la vaginosis bacteriana y resultados maternos y fetales adversos.

- ✓ La *Clindamicina* puede usarse durante el embarazo
- ✓ El *Metronidazol* podrá utilizarse después del primer trimestre

a. Vaginitis por Cándida.- Es la segunda causa más común de infección vaginal, cuyo agente etiológico es la Cándida albicans, aproximadamente un 30 % de las mujeres tiene colonización vaginal sin síntomas de infección.
Varios factores como anticonceptivos, esteroides sistémicos, uso de antibióticos alteran la microbiología de la vagina. Las pacientes se quejan de forma característica de secreción turbia, blanquecina y prurito vulvar intenso, que ocurren con mayor frecuencia durante el embarazo.

El diagnostico se establece con el interrogatorio, exploración física y microscópica de la secreción vaginal en solución salina y KOH al 10%.

- En la exploración física se observan excoriaciones de la vulva; la vulva y vagina podrían estar eritematosas con placas de secreción adherente con aspecto similar al requesón.

- El pH vaginal podría ser normal o un poco más alcalino de lo normal (4.0 a 4.7).

De acuerdo a (Morgan & Siddighi, 2006) se debe tomar en cuenta:

> El tratamiento consiste en sustancias tópicas y fármacos orales; los antimicóticos intra vaginales se administran en forma de supositorios o cremas y se encuentran disponibles en tres regímenes: dosis única, ciclo de tres días o ciclo de siete días que se conoce como Clotrimazol. (p. 287)

b. Vaginitis por Trichomonas vaginalis.- Es la tercera causa de vaginitis causado por el protozoario T. vaginalis, es una enfermedad de transmisión sexual, la mayoría de las mujeres reportan una secreción que la describen de color verdoso y espumosa y podría relacionarse con el mal olor e irritación vulvar o prurito.

El diagnostico se basa en la exploración física en la cual se observara la secreción verdosa, el pH vaginal por lo general se encuentra entre 5.0 y 7.0, las preparaciones en fresco con solución salina de la secreción vaginal muestran numerosos leucocitos y tricomonas muy móviles y flageladas.

Para el tratamiento (Morgan & Siddighi, 2006) este debe ser

> De pareja con Metronidazol 2 g en una sola dosis para facilitar el cumplimiento, un régimen alternativo es 500 mg cada 12 h por 7 días o 250 mg 3 veces al día por 7 días. El Metronidazol está contraindicado durante el primer trimestre del embarazo. (p. 287)

3.8. Medidas de prevención

El embarazo es un estado fisiológico normal, el objetivo de la atención prenatal es obtener un recién nacido sano y mantener la salud de la madre.

Control prenatal se entiende como las actividades y procedimientos que el equipo de salud ofrece a la embarazada con la finalidad de identificar factores de riesgo en la gestante y enfermedades que puedan afectar el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido/a.

Los componentes que abarca son: promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud materna y neonatal con enfoques de interculturalidad, género y generacional.

El control prenatal debe ser completo e integral, atendido por personal calificado, con detección precoz del embarazo y un control periódico e integral de la embarazada; enfocado en el estado nutricional, detección de discapacidades y enfermedades perinatales, maltrato sexual, violencia intrafamiliar y drogodependencia, infecciones de transmisión sexual, consejería pre/pos prueba de VIH/SIDA, detección y referencia, enfermedades buco-dentales y referencia de usuarias con riesgo obstétrico perinatal.

Según el (MSP - Ecuador, 2008) determina:

> Se habla de un control prenatal precoz, cuando se inicia lo más temprano posible (en el primer trimestre) por la relación entre la edad gestacional del primer control con los resultados del embarazo. Es un control prenatal periódico cuando, la mujer embarazada de BAJO RIESGO deberá completar mínimo 5 controles prenatales (uno de diagnóstico y cuatro de seguimiento), el primer control en las primeras 20 semanas, el segundo entre las semanas 22 y 27 de gestación, el tercero en las semanas 28 y 33 de gestación, el cuarto en las 34 a 37 semanas y el quinto entre las 38 y 40 semanas de gestación, con el cumplimiento de todas las actividades que se registran en la historia clínica perinatal del CLAP/SMR–OPS/OMS. MSP.

Además el control prenatal debe ser afectivo, atendiendo a la embarazada adolescente con calidez y calidad, los horarios de atención deben favorecer la

concurrencia al control prenatal, cuanto mayor el número de horas de atención, más elevado el número de mujeres que pueden concurrir, cumplir con el horario de turnos y reducir el tiempo de espera de las pacientes y realizar exámenes, pruebas que responden a un propósito inmediato y que se ha demostrado que son beneficiosas.

A continuación (Morgan & Siddighi, 2006) detallan los elementos que deben tomarse en consideración:

i. Identificación de los riesgos antes de la concepción y valoración de los antecedentes.
ii. Estado nutricional
iii. Exposición ambiental y ocupacional y aspectos sociales
iv. Medicamentos que actualmente consume la paciente
v. Uso de sustancias tóxicas (incluye alcohol, tabaco y drogas ilegales).
vi. Estado de inmunización
vii. Trastornos genéticos que serán valorados a los padres a través de exámenes que permiten buscar enfermedades y detectar otros trastornos genéticos, los cuales se determinaran por los antecedentes familiares.
viii. Uso de vitaminas
ix. Antecedentes Gineco-obstétricos

i. Tratamiento prenatal basado en los exámenes de laboratorio como: Hemoglobina y hematocrito, Examen de orina y Urocultivo, Grupo y Rh sanguíneo, Búsqueda de anticuerpos, Pruebas serológicas para sífilis y hepatitis B, Cultivos cervicales para gonorrea e infección por Chlamydia, Análisis citológico del cuello uterino y Pruebas de tolerancia a la glucosa.
ii. Las visitas al consultorio en un embarazo no complicado deberán valorarse a la adolescente cada 4 semanas durante las primeras 28 semanas, cada 2 semanas hasta la semana 36 y en lo sucesivo cada semana hasta el momento del parto. Las adolescentes con embarazo de alto riesgo con otros problemas médicos y obstétricos necesitan vigilancia más estrecha a intervalos que se determinan con base en la gravedad del problema. La vigilancia a la adolescente embarazada implica valoración de los signos vitales, peso, signos y síntomas que refiera la usuaria, examen pélvico y tacto vaginal, así mismo el feto debe ser evaluado minuciosamente. También se deberá informar a la

paciente sobre signos de alerta y alarma.

iii. En cuanto a la nutrición, el aumento de peso recomendado en un embarazo normal es de 11,5 a 16 kg, para algunos obstetras aunque estas cifras suelen cambiar. La mujer embarazada necesita cerca de 300 kcal/día por arriba de sus necesidades antes del embarazo, consumo de proteínas, minerales en especial el consumo de hierro que se requiere de 30 a 60 mg por día, el consumo recomendado de calcio es de 1200 mg/día; consumo de vitaminas fundamentalmente el ácido fólico 1 mg por día para prevenir defectos del tubo neural. (Morgan & Siddighi, 2006, pág. 36)

Por esta razón (López, 2010) aclara: “es evidente que el control prenatal adecuado en cantidad, calidad, contenidos y oportunidad, diferenciado, acorde al riesgo, tiene un enorme potencial de contribución a la salud familiar y es un claro ejemplo de medicina preventiva”.

e. MATERIALES Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO

Descriptiva, retrospectiva y transversal.

UNIDAD DE ANÁLISIS

Hospital Regional Isidro Ayora de Loja, ubicado en las calles Av. Iberoamérica y Juan Samaniego, perteneciente al Cantón y Provincia de Loja, Parroquia Sucre.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Gestantes adolescentes que deseen colaborar
- Gestantes adolescentes de cualquier paridad.
- Gestantes adolescentes que acuden a atención prenatal en el Hospital.
- Gestantes adolescentes que ingresan a hospitalización, en el servicio de Ginecología – Obstetricia.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Gestantes adolescentes que no desean colaborar.
- Gestantes mayores de 20 años de edad.
- Gestantes con patologías previas al embarazo.
- Gestantes que no acuden a atención prenatal, ni a hospitalización en el Hospital Isidro Ayora.

UNIVERSO Y MUESTRA

El Universo lo constituyen las 374 mujeres embarazadas que acuden al servicio de Ginecología – Obstetricia del Hospital Isidro Ayora de Loja, en el periodo comprendido junio a noviembre del 2014.

La muestra estuvo conformada por 97 embarazadas adolescentes que ingresaron al Hospital ya mencionado, de las áreas de consulta externa y hospitalización.

MATERIALES DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

La recolección de la información se efectuó a base de una ficha recolectora de datos, previamente elaborada por los autores y se recopiló la mayor parte de datos de la Historia clínica Perinatal desde el 1 de Junio a 30 de Noviembre del año 2014.

- Lugar de la investigación: Servicio de Ginecología – Obstetricia del Hospital Regional Isidro Ayora.
- Periodo de investigación: 1 de Junio al 30 de Noviembre del año 2014.

TÉCNICA

Ficha recolectora de datos con las variables que constan en los objetivos (Anexo 1.) elaborada por la autora.

Para determinar la prevalencia del embarazo adolescente se utilizó la siguiente fórmula:

$$\text{Prevalencia} = \frac{\text{\# de casos con la enfermedad en un momento dado}}{\text{Total de la población en un momento dado}}$$

PROCEDIMIENTO

a) Para realizar la presente investigación se procedió a presentar el tema, posterior a ello la asignación de asesor del proyecto de tesis, pertinencia y designación de director de tesis.
b) Posteriormente se visitó el Hospital Regional Isidro Ayora, para reunirse con el director y solicitar la autorización para revisión del historial clínico de las usuarias gestantes que acuden a consulta externa y hospitalización.
c) Seguidamente se elaboró una ficha recolectora de datos la misma que permitió registrar datos de las historias clínicas de las adolescentes embarazadas seleccionadas.
d) Se tabuló y organizó resultados en tablas de frecuencia que faciliten la interpretación, análisis, discusión, conclusiones y recomendaciones.
e) Finalmente se incorporó la bibliografía e índice para mejor ubicación y compresión del trabajo investigativo.

f. RESULTADOS

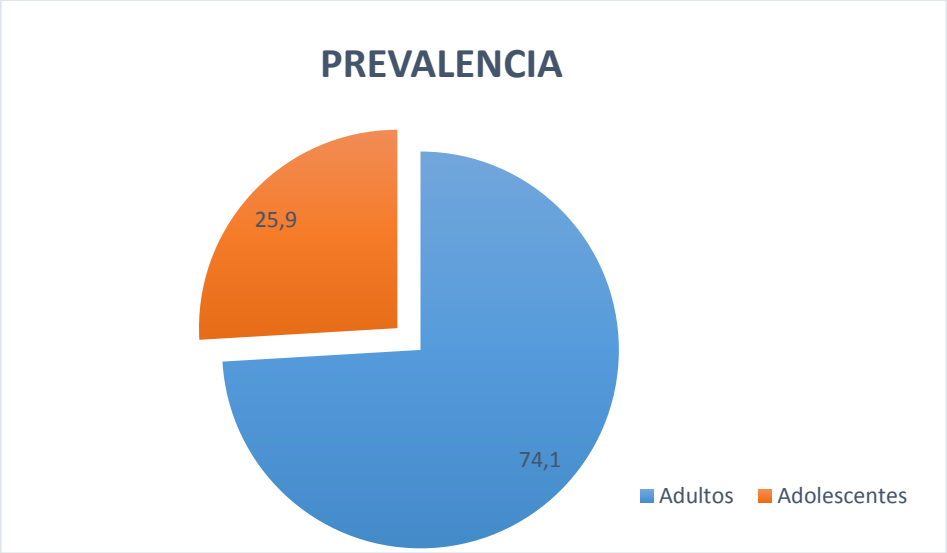
Población de adolescentes

Tabla 1

Embarazos	Frecuencia	Porcentaje
Adultos	277	74,1
Adolescentes	97	25,9
TOTAL	374	100,0

Fuente: Archivo Hospital Isidro Ayora de Loja
Elaborado por: Katherine P. Cuenca G.

Gráfico 1.



Análisis:

El gráfico muestra el 25,9% de embarazadas adolescentes y el 74,1% de adultas.

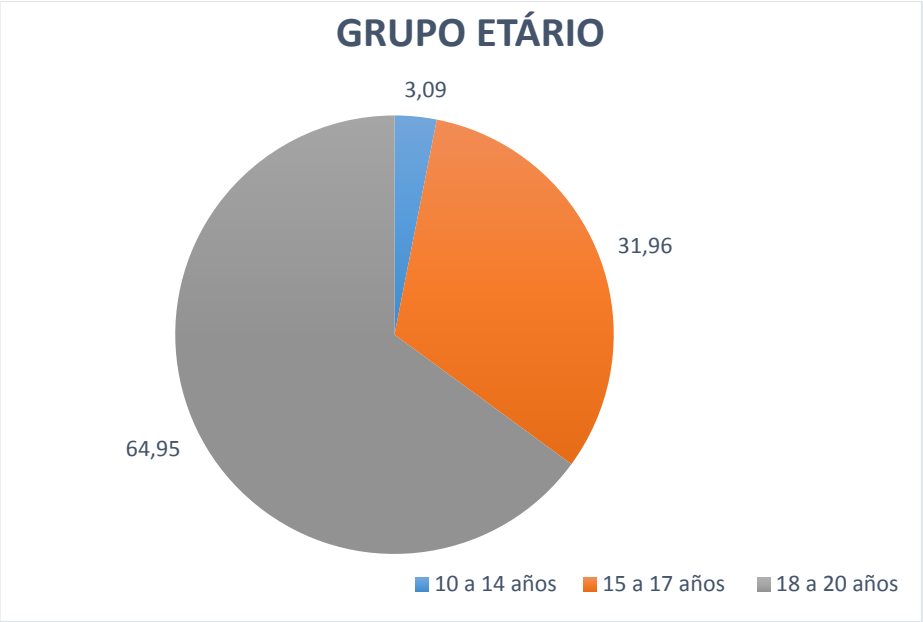
Edad

Tabla 2

Edad	Frecuencia	Porcentaje
10 a 14 años	3	3,09
15 a 17 años	31	31,96
18 a 19 años 11 meses	63	64,95
TOTAL	**97**	**100,00**

Fuente: Archivo Hospital Isidro Ayora de Loja
Elaborado por: Katherine P. Cuenca G.

Gráfico 2.



Análisis:

El 64,95% de embarazas adolescentes son de 18 a 20 años y el 3,09% de 10 a 14 años.

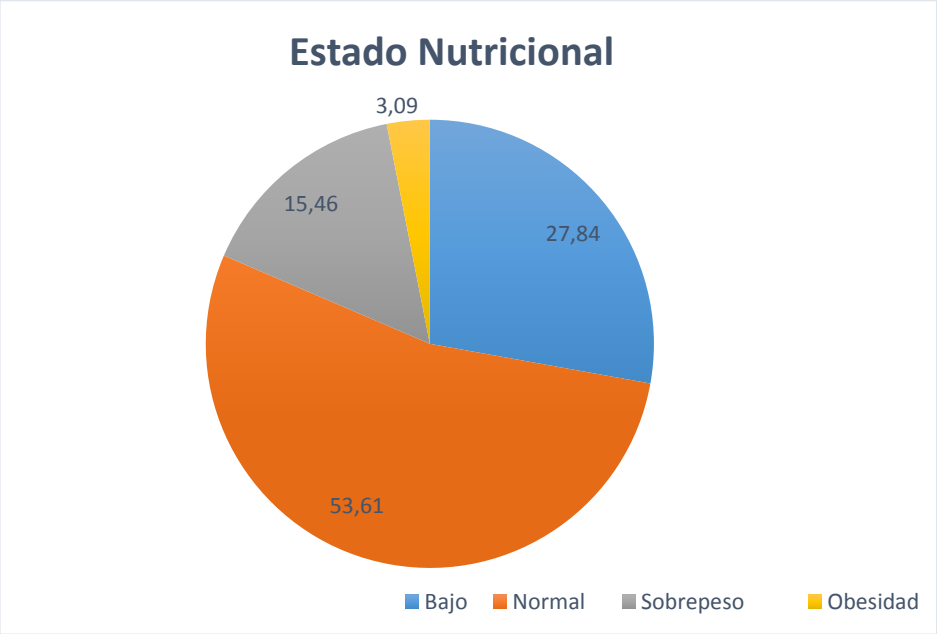
Estado nutricional

Tabla 3

IMC	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	27	27,84
Normal	52	53,61
Sobrepeso	15	15,46
Obesidad	3	3,09
TOTAL	**97**	**100,00**

Fuente: Archivo Hospital Isidro Ayora de Loja
Elaborado por: Katherine P. Cuenca G.

Gráfico 3.



Análisis:

El 27,84% de adolescentes embarazadas con bajo peso y el 18,55% de adolescentes embarazadas distribuidas entre sobrepeso y obesidad.

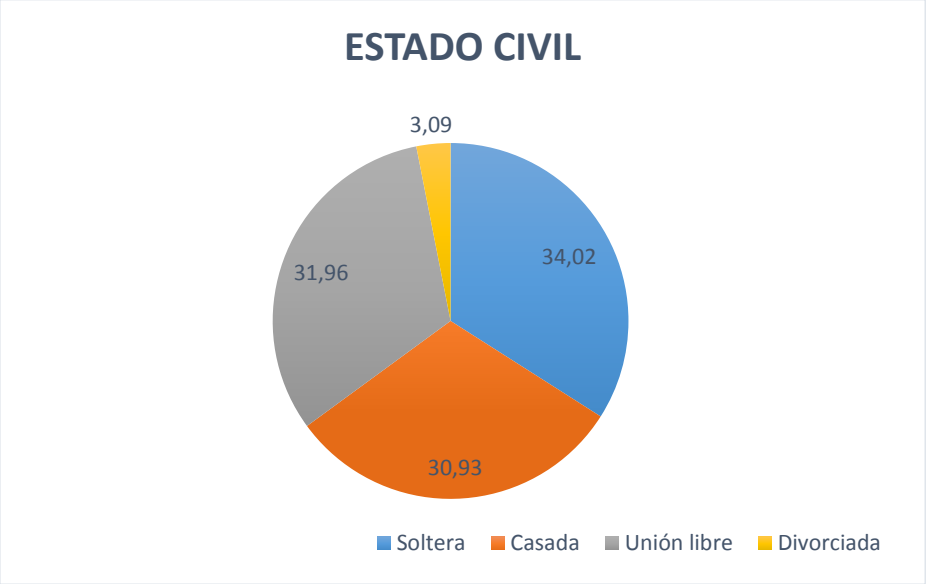
Estado civil

Tabla 4

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	33	34,02
Casada	30	30,93
Unión libre	31	31,96
Divorciada	3	3,09
TOTAL	**97**	**100,00**

Fuente: Archivo Hospital Isidro Ayora de Loja
Elaborado por: Katherine P. Cuenca G.

Gráfico 4.



Análisis:

El 34,02% de embarazadas adolescentes son solteras y el 3,09% divorciadas.

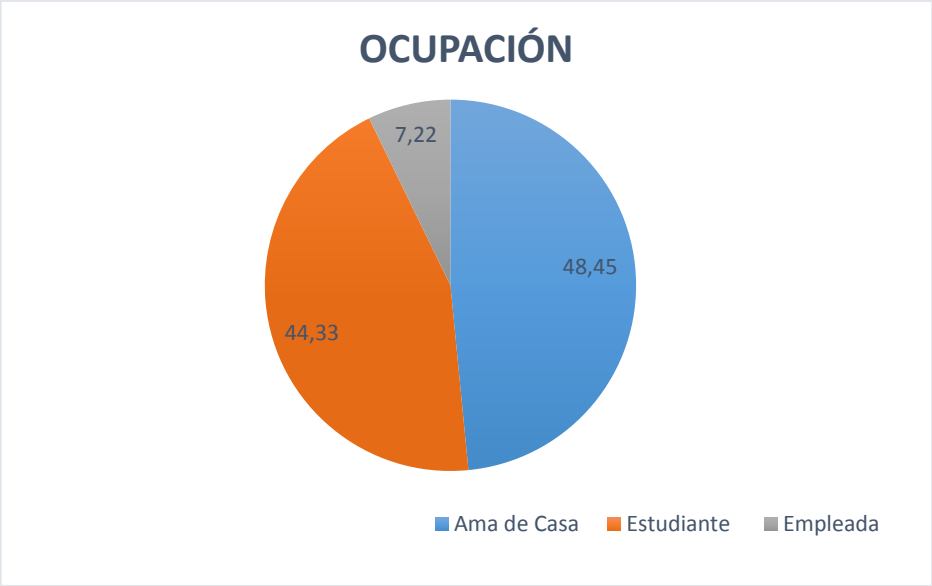
Ocupación

Tabla 5

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Ama de Casa	47	48,45
Estudiante	43	44,33
Empleada	7	7,22
TOTAL	97	100,00

Fuente: Archivo Hospital Isidro Ayora de Loja
Elaborado por: Katherine P. Cuenca G.

Gráfico 5.



Análisis:

El 48,45% de adolescentes embarazadas son amas de casa y 7,22% empleadas domésticas.

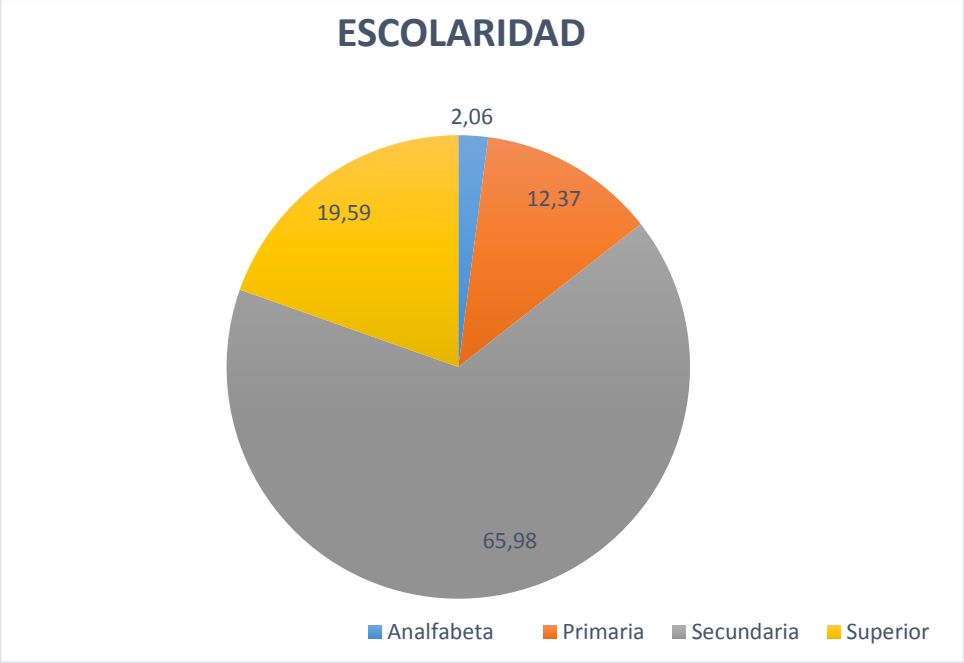
Escolaridad

Tabla 6

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Analfabeta	2	2,06
Primaria	12	12,37
Secundaria	64	65,98
Superior	19	19,59
TOTAL	**97**	**100,00**

Fuente: Archivo Hospital Isidro Ayora de Loja
Elaborado por: Katherine P. Cuenca G.

Gráfico 6.



Análisis:

El 65,98% de embarazadas adolescentes cursan la secundaria y el 2,06% de adolescentes embarazadas son analfabetas.

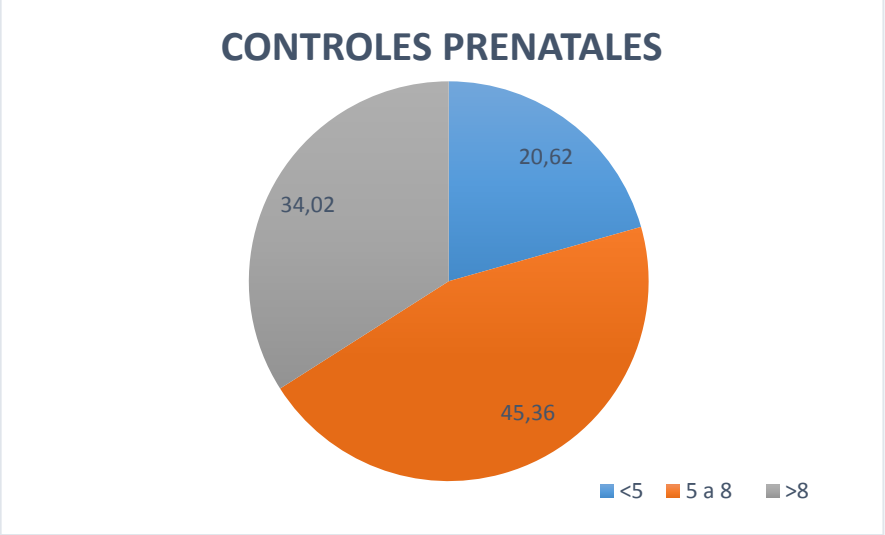
Controles prenatales

Tabla 7

Controles Prenatales	Frecuencia	Porcentaje
<5	20	20,62
5 a 8	44	45,36
>8	33	34,02
TOTAL	**97**	**100,00**

Fuente: Archivo Hospital Isidro Ayora de Loja
Elaborado por: Katherine P. Cuenca G.

Gráfico 7.



Análisis:

El 20,62% de adolescentes embarazadas con menos de 5 controles prenatales y el 45,36% se realizan entre 5 a 8 controles prenatales.

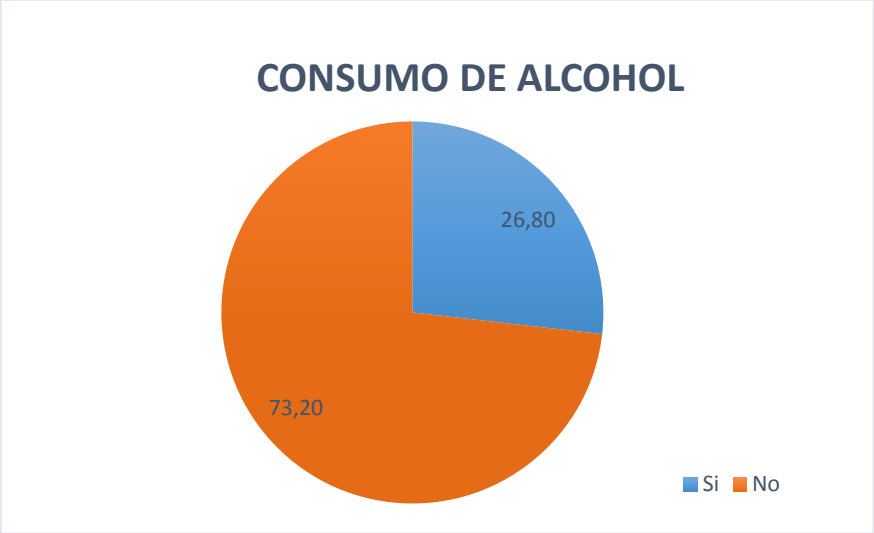
Antecedente de consumo de alcohol

Tabla 8

Consumo de alcohol	Frecuencia	Porcentaje
Si	26	26,80
No	71	73,20
TOTAL	**97**	**100,00**

Fuente: Archivo Hospital Isidro Ayora de Loja
Elaborado por: Katherine P. Cuenca G.

Gráfico 8.



Análisis:

El 26,80% de adolescentes embarazadas tiene como antecedente consumo alcohol.

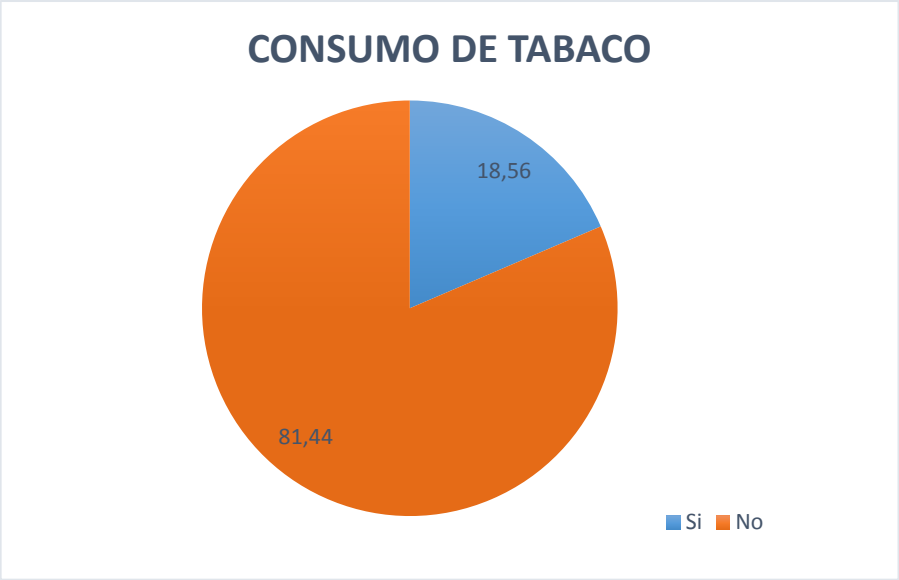
Antecedente de consumo de tabaco

Tabla 9

Consumo de tabaco	Frecuencia	Porcentaje
Si	18	18,56
No	79	81,44
TOTAL	97	100,00

Fuente: Archivo Hospital Isidro Ayora de Loja
Elaborado por: Katherine P. Cuenca G.

Gráfico 9.



Análisis:

El 18,56% de adolescentes embarazadas tiene como antecedente consumo de cigarrillo.

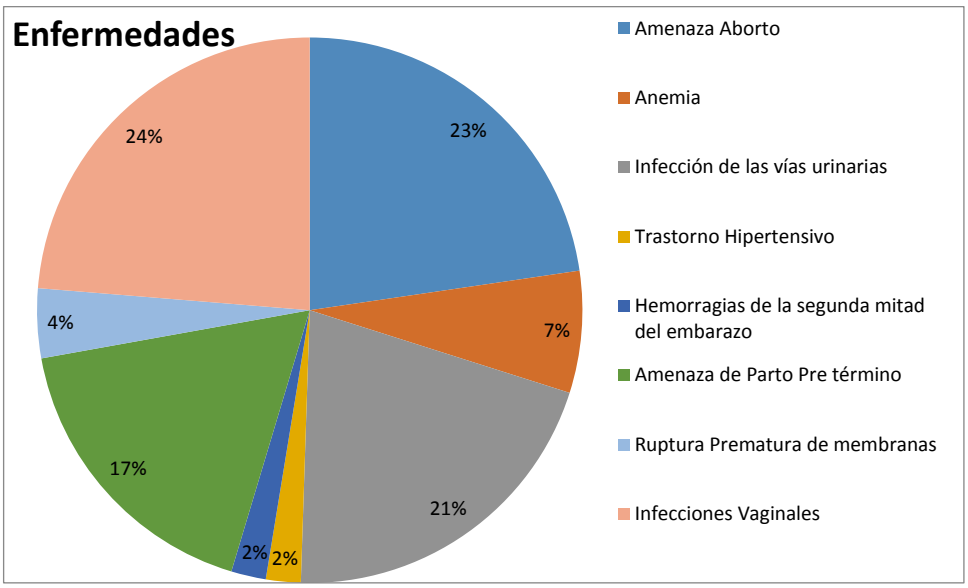
Complicaciones

Tabla 10

ENFERMEDADES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Amenaza Aborto	22	22,68
Anemia	7	7,22
Infección de las vías urinarias	20	20,62
Trastorno Hipertensivo	2	2,06
Hemorragias de la segunda mitad del embarazo	2	2,06
Amenaza de Parto Pre término	17	17,53
Ruptura Prematura de membranas	4	4,12
Infecciones Vaginales	23	23,71
TOTAL	97	100,00

Fuente: Archivo Hospital Isidro Ayora de Loja
Elaborado por: Katherine P. Cuenca G.

Gráfico 10.



Análisis:

El 23,71% son Infecciones vaginales seguido del 22,68% de Amenaza de Aborto, 20,62% de Infecciones en las vías urinarias, 17,53% de Amenaza de parto Pre término, 7,22% de Anemia, 4,12% Ruptura Prematura de Membranas, y el 4,12% distribuida entre Hemorragias de la segunda mitad del embarazo y Trastorno Hipertensivo.

g. DISCUSIÓN

La adolescencia siempre ha sido una etapa compleja de entender para el mundo adulto, sobre todo a la hora de hablar de sexualidad, desencadenando una serie de situaciones que comprometen el progreso del adolescente en la sociedad.

En la actual investigación se analizó a las adolescentes embarazadas; observándose una prevalencia del 25,9% de jóvenes embarazadas, las cuales acudieron al Hospital Regional Isidro Ayora de Loja durante el periodo Junio a Noviembre del 2014; según el estudio “Factores protectores y de riesgo del embarazo adolescente”, a través de Encuestas Nacionales de Demografía y Salud – ENDS de Colombia en el año 2010, elaborado por (Flores, Agosto 2013) menciona que el 21% fueron embarazos adolescentes; no obstante en el estudio titulado “Incidencia de embarazos en adolescentes y factores de riesgo asociados en la consulta de control prenatal”, llevado a cabo por (Dra. Mujica Valenzuela & Dr. Alvarado, 2013), refiere que en Venezuela existe un incremento del 41% de embarazos a temprana edad.

Se determinó el 64,95% de embarazos entre los 18 a 19 años 11 meses, seguido del 31,96% de embarazos que se presentan en las edades de 15 a 17 años, y 3,09% de embarazos que se desarrollan entre los 10 a 14 años; dato similar a la investigación denominada “Factores protectores y de riesgo del embarazo adolescente”, llevada a cabo en Colombia, por (Flores, Agosto 2013) PhD - Investigadora Principal Victoria Eugenia Soto, PhD – Co-investigadora en Agosto de 2013; que señala el 71,3% de embarazos en la adolescente tardía, el 36,7% de embarazos en la adolescencia media y el 2,6% de embarazos en la adolescencia temprana.

El 27,84% de embarazadas adolescentes presentaron bajo peso, el 15,46% sobrepeso y el 3,09% obesidad; comparando con el estudio “Embarazo en la Adolescencia, Incidencia, Riesgos y Complicaciones”, elaborado por (Dr. Valdés Dacal, Dr. Essien, Dra. Bardales Mitac, Dra. Saavedra Moredo, & Dra.

Bardales Mitac, 2002), en el Hospital Gineco-obstétrico Docente Provincial-Cuba, indica que el 59,8% tienen bajo peso materno y el 1.5 % sobrepeso.

El estado civil reporta que el 34,02% de adolescentes embarazadas son solteras, el 30,93% casadas y el 31,96% unidas; a diferencia del estudio titulado “Evaluación Nutricional en las Adolescentes Embarazadas de 12 a 19 años que asisten al Hospital Isidro Ayora de Loja”, realizado por Lucero Vallejo en el año 2011 en Loja - Ecuador revela que el 88% de las adolescentes embarazadas fueron solteras, 7% casadas y un 6% en unión libre.

La ocupación de las gestantes adolescentes está representada por el 48,45% que corresponde a amas de casa, el 44,33% a estudiantes y el 7,22% a empleadas domésticas; comparando con el ensayo “Embarazo en la Adolescencia, Incidencia, Riesgos y Complicaciones, publicado por Valdés y Saavedra a través de la edición Cubana Obstétrica, donde se estudió a 132 adolescentes embarazadas, indicando que el 87,1% de adolescentes fueron amas de casa y el 1,5% estudiantes.

El 65,98% de embarazadas adolescentes cursan la secundaria, el 19,59% están atravesando la educación superior, el 12,36% la primaria y el 2,06% de las gestantes son analfabetas, correspondiendo netamente al sector rural de la provincia de Loja; comparando con el estudio “Evaluación Nutricional en las Adolescentes Embarazadas de 12 a 19 años que asisten al Hospital Isidro Ayora de Loja”, realizado por Lucero Vallejo en el año 2011, menciona que el 73% de gestantes cursaban la secundaria y el 5% de las encuestadas estuvieron atravesando una carrera universitaria.

El 45,36% de gestantes adolescentes presentan de 5 a 8 controles prenatales, seguidos del 34,02% con más de 8 controles y el 20,62% con menos de 5 controles; datos semejantes a la investigación denominado “Factores que inciden en la adherencia al control prenatal en mujeres gestantes en el Subcentro de salud del cantón Quero provincia de Tungurahua”, realizada por Enríquez Bautista y Marco Vinicio en Ambato-Ecuador, durante el periodo

Agosto 2012 a Marzo 2013, con 56 embarazadas adolescentes donde se menciona que el 62,5% de embarazadas adolescentes presentaron 7 controles y el 12,5% menos de 5 controles prenatales.

Se encontró el 26,80% de las gestantes que tienen como antecedente consumo de alcohol y el 18,56% de embarazadas adolescentes que indicaron el consumo de tabaco; relacionando con el ensayo “Prevalencia y factores asociados al uso de alcohol en adolescentes embarazadas”, realizado por Monteiro y Portela, en todas las unidades básicas de salud del estado de Piauí-Brasil durante el año 2013, los cuales mencionan que el 32,4% de gestantes adolescentes consumieron alcohol y el 25,2% consumieron tabaco.

Las complicaciones maternas más frecuentes fueron las Infecciones vaginales con 23,71%, Infecciones de las vías urinarias 20,62%, Amenaza de Aborto 22,68%, Amenaza de Parto pre término 17,53%, Anemia 7,22%, Ruptura Prematura de membranas 4,12%, Hemorragia de la segunda mitad del embarazo 2,06%, y Trastorno Hipertensivo con 2,06%. Dichos resultados varían según datos obtenidos del estudio “Embarazo en la Adolescencia, Incidencia, Riesgos y Complicaciones”, llevado a cabo por Dra. Jessica Bardales Mitac, Dra. Daimy Saavedra Moredo, en el Hospital Municipal Santa Cruz-Cuba en el 2011, donde analizaron a 132 adolescentes embarazadas en las cuales se registró que el 33,3% de las gestantes cursaron con Anemia, el 14,3% tuvieron signos de Amenaza de Parto Pre término y tan solo el 3,7% presentaron Infección de vías urinarias.

h. CONCLUSIONES

Al término de este estudio concluimos que:

- La prevalencia del embarazo adolescente es del 25,09%.

- Los principales factores de riesgo son: adolescencia temprana (10 a 14 años) 3,09%, adolescencia media (15 a 17 años) 31,96%, bajo peso materno 27,84%, sobrepeso 15,46% y 3,09% de obesidad. El 34,02% son solteras, el 2,06% no tienen acceso a la educación que corresponde exclusivamente al sector rural de la provincia de Loja, el 20,62% tienen menos de 5 controles prenatales, el 26,80% tienen el antecedente de haber consumido alcohol y el 18,56% consumo de tabaco.

- Las complicaciones más frecuentes son: Infecciones vaginales 23,71%, Amenaza de aborto 22,68%, Infección de las vías urinarias 20,62%, Amenaza de Parto pre término 17,53%, Anemia 7,22%, Ruptura Prematura de membranas 4,12% Hemorragia de la segunda mitad del embarazo 2,06% y Trastorno Hipertensivo 2,06%.

i. RECOMENDACIONES

- Orientar a las adolescentes sobre los factores de riesgo frente a un embarazo a temprana edad.

- Realizar controles prenatales desde que se diagnostica el embarazo o su primera consulta.

- Impartir charlas, talleres y conferencias sobre educación sexual y métodos anticonceptivos para de esta manera disminuir el número de embarazos adolescentes.

- Llevar registros correctos de pacientes embarazadas facilitando el seguimiento y notificación sobre riesgos.

- Personal capacitado para brindar adecuado control prenatal.

- Facilitar con horarios y espacio físico adecuados para atención a pacientes adolescentes.

- Disponer en todos los centros de salud de laboratorio, ecografía y personal médico para dar una correcta atención prenatal.

j. BIBLIOGRAFÍA

AGN. (23 de Julio de 2014). Loja: Instruyen a jóvenes para la prevención de los embarazos. *EL MERCURIO*, pág. 1.

Auchter, M. -G.-Z. (2003). *Maternidad adolescente. Estudio comparativo con madres de mas edad .* Corrientes: Argentina.

Barón Vallejo, J. (2013). Embarazo en adolescentes complicaciones obstetricia. *Médica Obstetricia*, 65-69.

Biblioteca Cochrane Plus. (2013). *Profilaxis con betamiméticos orales para la prevención del trabajo de parto prematuro en embarazos únicos*. Recuperado el 22 de abril de 2014, de http://www.updatesoftware.com/BCP/BCP GetDocument.asp?DocumentID=CD006395

Domínguez, A., & Erazo, Y. (2009). Edad de la gestante adolescente como factor de riesgo para complicaciones en el embarazo. *Colombiana de Ginecología y Obstetricia*, 141-147.

Dr. Artieda Jácome, P. (2011). Manejo de la nutrición en adolescentes embarazadas. *V. Curso Internacional de Adolescencia SAIA-HGOIA XIII. Salud sexual y reproductiva*, (págs. 16-17). Ecuador.

Dr. Valdés Dacal, S., Dr. Essien, J., Dra. Bardales Mitac, J., Dra. Saavedra Moredo, D., & Dra. Bardales Mitac, E. (2002). Embarazo en la Adolescencia, Incidencia, Riesgos y Complicaciones. *Cubana Obstet Ginecol*, 84-88.

Dra. Mujica Valenzuela, B., & Dr. Alvarado, L. (2013). Incidencia de embarazos en adolescentes y factores de riesgo asociados en la consulta de control prenatal. *Revista Médica Electrónica Portalesmédicos.com*, 1.

ENIPLA. (2013). *Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes.* Quito.

Enríquez Bautista, M. V. (2012-2013). *Factores que inciden en la adherencia al control prenatal en mujeres gestantes en el subcentro de salud del cantón quero provincia de tungurahua.* Tungurahua: Ecuador.

Estadísticas, D. d. (2010). *Embarazo Adolescente.* Quito.

Ferreira Salazar, C., García García, K., Macías Leiva, L., Pérez Avellaneda, A., & Tomsich, C. (2010). *Mujeres y Hombres del Ecuador en Cifras III.* Quito: Ecuador.

Flores, C. E. (Agosto 2013). Factores protectores y de riesgo del embarazo adolescente en Colombia. *Encuestas Nacionales de Demografía y Salud - ENDS - 1990 / 2010*, 18.

INEC. (2011). *Encuesta Nacional de Embarazo adolescentes por edad, escolaridad, ocupación, estado civil y distribución por provincias.* Recuperado el 21 de 04 de 2014, de http://www.inec.gob.ec/sitio_violencia/presentacion.pdf

López, B. (2010). *Características del control prenatal en las embarazadas adolescentes.* Recuperado el 26 de abril de 2014, de http://www.monografias .com/trabajos26/embarazoadolescente/embarazoadolescente.shtml#ixzz3CfeA DP7S

Morgan, M., & Siddighi, S. (2006). Atención prenatal. *Ginecología y obstetrica*, 34-42.

MSP - Ecuador. (2008). *Manual de Estándares, Indicadores e Instrumentos para medir la calidad de la atención masterno-neonatal.* Ecuador.

Noguera, O., Norma, A., & Herly, R. (2012). Embarazo en adolescentes. *Colombiana de Enfermería*, 151-160.

OMS. (2010). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 12 de enero de 2015, de Drogas y salud mental: http://www.who.int/features/qa/62/es/index.html

Organización Panamericana de la Salud. (1995). *Salud del Adolescente.* Washington: OPS/OMS.

Pérez Pineda, S., & Aliño, M. (2009). *Manual de Prácticas clínicas para la atención en la adolescencia.* Lima: Arcoiris.

Salazar Arango, A., Acosta Murcia, M., Lozano Restrepo, N., & Quintero Camacho, M. C. (2008). *Consecuencias del embarazo adolescente en el estado civil de la madre joven.* Arcop: Bogotá.

Schwarcz, D. (2013). Enfermedades maternas inducidas por el embarazo o que lo complican. *Embarazo patológico*, 206-211.

Schwarcz, S. (2012). Estados Hipertensivos del embarazo. *Obstetricia*, 301.

SEMLAC. (2010). *Americana Latina: preocupa incremento del embarazo adolescente.* México.

Uchôa, L., Veloso, P., & Ferreira de Souza Monteiro, C. (2013). Prevalencia y factores asociados al uso de alcohol en adolescentes embarazadas. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 1-9.

Vallejo, C. N. (2011). *Evaluación Nutricional en las Adolescentes Embarazadas de 12 a 19 años que asisten al Hospital Isidro Ayora de Loja.* Quito: Ecuador.

k. ANEXO

1. FICHA RECOLECTORA DE DATOS

HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA DE LOJA

Ministerio de Salud Pública

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

FACTORES DE RIESGO Y COMPLICACIONES DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA DE LOJA.

Fecha: HCL:

FACTORES DE RIESGO

1.- Edad

10 a 14 años ( )

15 a 17 años ( )

18 a 20 años ( )

2.- Índice masa corporal

Peso……..

Talla…….

IMC……..

Bajo ( )

Normal ( )

Sobrepeso ( )

Obesidad ( )

5.- Estado Civil

Soltera ( )

Casada ( )

Unión libre ( )

Divorciada ( )

6.- Ocupación

Hogar ( )

Estudiante ( )

Empleada ( )

7.- Escolaridad

Analfabeta ( )

Primaria ( )

Secundaria ( )

Superior ( )

8.- Controles Prenatales

Número

<5 ( )

5 a 8 ( )

>8 ( )

9.- Antecedente consumo de Alcohol

SI…… No……

10.- Antecedente consumo de Tabaco

Sí…… No……

COMPLICACIONES DEL EMBARAZO

	Dg. Primario	Dg. Secundario
Aborto	( )	( )
Anemia	( )	( )
Infección de las vías urinarias	( )	( )
Hipertensión Gestacional	( )	( )
Hemorragias de la segunda mitad del embarazo	( )	( )
Parto Pre término	( )	( )
Ruptura Prematura de membranas	( )	( )
Infecciones Vaginales	( )	( )

I. ÍNDICE DE CONTENIDO

PORTADA.....i
CERTIFICACIÓN ii
AUTORÍA iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS.....iv
DEDICATORIA.....v
AGRADECIMIENTO.....vi
a. TÍTULO 1
b. RESUMEN 2
SUMMARY 3
c. INTRODUCCIÓN 4
d. REVISIÓN DE LITERATURA 6
1. ADOLESCENCIA 6
1.1. Clasificación de la adolescencia..... 6
1.1.1. Adolescencia temprana. 6
1.1.2. Adolescencia media. 6
1.1.3. Adolescencia tardía..... 7
1.2. Embarazo..... 7
1.2.1. Embarazo en adolescentes 7
2. FACTORES DE RIESGO 8
2.1. Edad..... 9
2.2. Índice de masa corporal 9
2.3. Estado civil 11
2.4. Escolaridad 12
2.5. Controles prenatales 12
3. COMPLICACIONES DEL EMBARAZO ADOLESCENTE 13
3.1. Amenaza de Aborto.....13
3.2. Anemia.....13
3.3. Infecciones Vías urinarias 14
3.4. Hipertensión transitoria o inducida del embarazo 15
3.5. Parto pre término.....16
3.5.1. Factores de riesgo del parto prematuro.....17
3.5.2. Prevención 18
3.5.3. Diagnóstico 19
3.5.4. Tratamiento de la amenaza o del parto pre término. 19

3.6. Ruptura prematura de Membranas 20
3.6.1. Etiología 21
3.6.2. Diagnóstico 21
3.6.3. Tratamiento 22
3.7. Infecciones vaginales 23
3.7.1. Tipos de infecciones vaginales 24
3.8. Medidas de prevención 26
e. MATERIALES Y MÉTODOS 30
f. RESULTADOS 32
g. DISCUSIÓN 42
h. CONCLUSIONES 45
i. RECOMENDACIONES 46
j. BIBLIOGRAFÍA 47
k. ANEXO 49
l. ÍNDICE DE CONTENIDO 51
ÍNDICE DE TABLAS 53
ÍNDICE DE GRÁFICOS 53

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 32
Tabla 2 33
Tabla 3 34
Tabla 4 35
Tabla 5 36
Tabla 6 37
Tabla 7 38
Tabla 8 39
Tabla 9 40
Tabla 10 41

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1..... 32
Gráfico 2..... 33
Gráfico 3..... 34
Gráfico 4..... 35
Gráfico 5..... 36
Gráfico 6..... 37
Gráfico 7..... 38
Gráfico 8..... 39
Gráfico 9..... 40
Gráfico 10..... 41