



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA  
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA  
CARRERA DE MEDICINA**

**TÍTULO**

**“Complicaciones maternas en el embarazo de  
adolescentes atendidas en el Hospital Básico San  
Vicente de Paul de Pasaje – El Oro”**

Tesis previa a la obtención del  
título de Médico General

**AUTOR:** Marx Jonathan Ordóñez Ochoa

**DIRECTOR:** Méd. María de los Ángeles Sánchez Tapia, Esp.

LOJA – ECUADOR  
2017

## Certificación

Med. María de los Ángeles Sánchez Tapia, Esp.

**Directora de Tesis**

**INFORMA**

Que el presente trabajo de investigación previa a la obtención del Título de Médico General titulado: **“COMPLICACIONES MATERNAS EN EL EMBARAZO DE ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL BASICO SAN VICENTE DE PAUL DE PASAJE – EL ORO”** de autoría del Señor Marx Jonathan Ordóñez Ochoa, estudiante la carrera de Medicina Humana, ha sido dirigida y revisada durante su ejecución por lo cual autorizo su presentación.

**Atentamente,**



Méd. María de los Ángeles Sánchez Tapia, Esp.

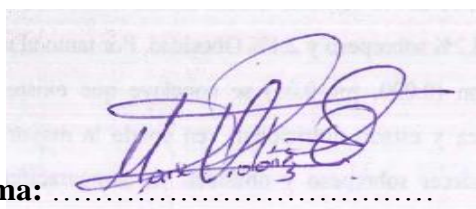
**DIRECTORA DE TESIS**

## Autoría

Yo Marx Jonathan Ordóñez Ochoa, declaro ser autor 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.

**Autor:** Marx Jonathan Ordóñez Ochoa



**Firma:** .....

**C.I.** 1104285877

**Fecha:** 18 de octubre del 2017

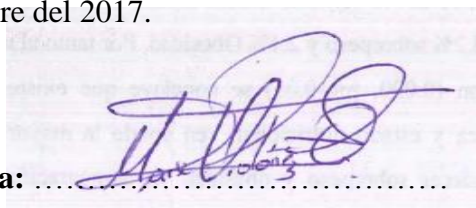
## Carta de autorización

Yo Marx Jonathan Ordóñez Ochoa, declaro ser autor de la presente tesis titulada: **“COMPLICACIONES MATERNAS EN EL EMBARAZO DE ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL BASICO SAN VICENTE DE PAUL DE PASAJE – EL ORO”** cumpliendo el requisito que permite optar el 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 esta casa de estudios superiores, 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 a través del RDI, en las redes de información del país y del extranjero con las cuales la universidad mantenga un convenio.

La Universidad Nacional de Loja no se hace responsable por el plagio o copia injustificada de la presente tesis que sea realizada por un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los dieciocho días del mes de octubre del 2017.



**Firma:** .....

**Autor:** Marx Jonathan Ordóñez Ochoa

**Cédula:** 1104285877

**Dirección:** Shiris y Mixtecas **Electrónico:** marx308@yahoo.es

**Teléfono:** 0997548143

### **DATOS COMPLEMENTARIOS:**

**DIRECTORA DE TESIS:** Méd. María de los Ángeles Sánchez Tapia, Esp.

### **TRIBUNAL DE GRADO:**

- Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustán, Mg. Sc.
- Méd. Ximena Patricia Carrión Ruilova, Esp.
- Méd. Karina Yesenia Calva Jirón, Esp.

## **Dedicatoria**

Primeramente a Dios, a mis padres Marx y Flor, mi hermano Igor, mis hermanas Alioska y Gina, a mi hijo Igor K. Ordóñez, a todos mis familiares y amigos por el apoyo incondicional brindado en toda esta etapa de crecimiento profesional, agradezco a mis docentes los cuales que con sus conocimientos, experiencias y orientación constante, supieron guiarme por el camino de la responsabilidad, también quiero extender u cordial agradecimiento a las autoridades del Área de la salud por darme la apertura necesaria y así poder llegar cumplir con la culminación de mi tesis.

Marx Ordoñez O.

## **Agradecimiento**

Una vez culminada la presente tesis agradezco a la UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA que ha venido contribuyendo con la formación de la juventud, dar mención a los docentes de la carrera de Medicina quienes supieron compartir sus conocimientos y experiencias para ser de mí, un profesional capaz de enfrentar con ética y responsabilidad las actividades relacionadas a nuestra profesión, de manera especial el más sincero reconocimiento a la Dra. María de los Ángeles Sánchez, quien supo dirigir y guiar apropiadamente mi tesis, al Dr. Mario Vega Benavides, Director del Hospital Básico San Vicente de Paúl por permitirme ingresar a esta casa de salud a realizar mi investigación.

Marx Ordóñez O.

## Índice General

CARÁTULA .....	i
CERTIFICACIÓN.....	ii
AUTORÍA .....	iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS.....	iv
DEDICATORIA.....	v
AGRADECIMIENTO.....	vi
ÍNDICE.....	vii
1. TÍTULO.....	1
2. RESUMEN.....	2
SUMMARY .....	3
3. INTRODUCCIÓN.....	4
4. REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	6
4.1. Características Sociodemográficas .....	6
4.1.1. Demografía.....	6
4.1.2. Indicadores demográficos.....	6
4.1.2.1. Edad.....	6
4.1.2.2. Sexo .....	6
4.1.2.3. Ocupación.....	6
4.1.2.4. Estado civil .....	6
4.1.2.5. Población Rural .....	6
4.1.2.6. Población Urbana .....	6
4.2. Conceptos generales de la adolescencia .....	7
4.4. Causas y factores de riesgo del embarazo en adolescentes.....	7
4.4.1. Disfunción familiar.....	7
4.4.2. Factores culturales .....	8
4.4.3. Factores psicológicos.....	8
4.4.4. Búsqueda de identidad.....	8

4.4.5. Información Preventiva .....	8
4.4.6. Factores socioculturales.....	8
4.5. Complicaciones maternas .....	9
4.5.1. Aborto 9	
4.5.1.1. Amenaza de aborto .....	9
4.5.1.2. Aborto inducido .....	9
4.5.1.3. Aborto espontáneo .....	9
4.5.1.4. Aborto terapéutico.....	10
4.5.2. Amenaza de parto prematuro.....	10
4.5.3. Parto prematuro.....	10
4.5.4. Ruptura prematura de membranas.....	11
4.5.4.1 Clasificación de la ruptura prematura de membranas.....	12
4.5.5. Anemia.....	12
4.5.6. Infecciones del tracto urinario.....	13
4.5.6.1. Infección urinaria baja.....	13
4.5.6.1.1. Cistitis aguda.....	13
4.5.6.1.2. Uretritis.....	13
4.5.6.2. Infección urinaria alta.....	14
4.5.6.2.1. Pielonefritis aguda.....	14
4.5.6.2.2. Absceso renal.....	14
4.5.6.3. Bacteriuria asintomática.....	14
4.5.7. Preclampsia.....	14
4.5.7.1. Preclampsia leve.....	14
4.5.7.2. Preclampsia grave.....	15
4.5.8. Muerte materna.....	15
4.5.9. Muerte fetal.....	16
5. METODOLOGIA .....	18



5.1. Tipo de estudio.....	18
5.2. Área de estudio.....	18
5.3. Universo y muestra.....	18
5.4. Criterios de inclusión.....	18
5.5. Criterios de exclusión .....	18
5.6. Técnica .....	18
5.7. Procedimiento.....	18
5.8. Análisis estadístico.....	19
6. RESULTADOS .....	20
Características Sociodemográficas.....	20
Complicaciones maternas más frecuentes .....	25
Relacion de complicaciones maternas de acuerdo al grupo etario.....	26
7. DISCUSIÓN.....	27
8. CONCLUSIONES.....	30
9. RECOMENDACIONES .....	31
10. BIBLIOGRAFÍA.....	32
11. ANEXOS.....	35

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Características sociodemográficas mas frecuentes que se asocian en el embarazo de adolescentes atendidas en el Hospital Básico San Vicente de Paúl.....	20
Tabla 1.1. Edad.....	20
Tabla 1.2. Lugar de procedencia.....	21
Tabla 1.3. Estado civil.....	22
Tabla 1.4. Nivel académico.....	23
Tabla 1.5. Ocupación.....	24
Tabla 2 Complicaciones maternas mas frecuentes en adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital Básico San Vicente de Paúl .....	25
Tabla 3 Relacion de las complicaciones maternas de acuerdo al grupo etario en adolescentes atendidas en el Hospital Básico San Vicente de Paúl.....	26

## **1 Título**

Complicaciones maternas en el embarazo de adolescentes atendidas en el Hospital Básico San Vicente de Paul de Pasaje – El Oro

## 2 Resumen

El embarazo en la adolescencia se considera como un problema en aumento, relacionado con múltiples factores que afectan la relación social, la madurez biológica y mental en las jóvenes, es por esta razón que para la realización de éste trabajo de investigación se han planteado los siguientes objetivos: establecer las principales características sociodemográficas más frecuentes que se asocian en el embarazo de adolescentes, identificar las complicaciones maternas más frecuentes y relacionar las complicaciones maternas de acuerdo al grupo etario; por lo que se realizó un estudio descriptivo, con un universo de 238 adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital Básico San Vicente de Paúl, periodo Enero-Junio del 2016, tomado una muestra de 42 mujeres que cumplieron los criterios de inclusión; los datos obtenidos se plasmaron en una hoja de recolección de datos realizada por el autor, obteniendo los siguientes resultados: el 78,57% (n=33) de las adolescentes están en una edad de 17 – 19 años, el 52,38% (n=22) provienen de zona rural, con porcentaje similar unión libre y secundaria completa el 54,76% (n=23), el 73,81% (n=31) son estudiantes. Entre las complicaciones más comunes están la ruptura de membranas 33,33% (n=14) con predominio cerca de término, las infecciones del tracto urinario (cistitis) 30,95% (n=13) especialmente cistitis y la Amenaza de parto pretérmino el 11,90% (n=5). Las complicaciones relacionadas con el grupo etario se aprecia el 33,33 % (n=14) presenta ruptura prematura de membranas con el 28,57% (n=12) entre las edades de 17-19 años. Con esto podemos concluir que el embarazo en la adolescencia es un problema y un factor importante que se debería tener en cuenta para disminuir las complicaciones materno fetales.

**Palabras Clave:** Adolescentes, embarazo y complicaciones maternas.

### Summary

Adolescent pregnancy is considered as an increasing problem, related to multiple factors that affect the social relation, biological and mental maturity in young women, it is for this reason that for the accomplishment of this research work the following Objectives: to establish the most frequent sociodemographic characteristics associated with adolescent pregnancy, to identify the most frequent maternal complications and to relate maternal complications according to the age group; for which a descriptive study was carried out, with a universe of 238 pregnant adolescents attended at the Basic Hospital San Vicente de Paúl, between January and June 2016, with a sample of 42 women who met the criteria of inclusion; the data obtained were recorded in a data collection sheet made by the author, obtaining the following results: 78.57% (n = 33) of adolescents are aged 17 - 19 years, 52.38% (n = 22) came from rural areas, with a similar percentage of total free and secondary education, 54.76% (n = 23), 73.81% (n = 31) were students. Among the most common complications are rupture of membranes 33,33% (n = 14), with predominance near term, urinary tract infections (cystitis) 30.95% (n = 13) especially cystitis and the threat of preterm birth 11.90% (n = 5). Complications related to the age group show 33.33% (n = 14) presented premature rupture of membranes with 28.57% (n = 12) between the ages of 17-19 years. With this we can conclude that teenage pregnancy is a problem and an important factor that should be taken into account to reduce maternal fetal complications.

.

**Key-Words:** Adolescents, pregnancy and maternal complications.

### 3 Introducción

El embarazo y la maternidad en adolescentes causan preocupación en la sociedad en general, principalmente porque se ha construido como un problema que acarrea consecuencias negativas, tanto para las adolescentes como para sus familias, se estima que a nivel mundial los bebés nacidos de madres adolescentes son aproximadamente el 11% de todos los nacimientos en el mundo; 95% de ellos ocurren en los países en desarrollo, algunas de ellas no saben cómo evitar un embarazo, u obtener anticonceptivos, otras poseen poca información sobre el tema, esto puede llevar a complicaciones graves durante el embarazo o el parto, es más se ha comprobado que en países de bajos y medianos ingresos son una de las causas principales de muerte entre las mujeres de 15 a 19 años, datos estiman que a nivel mundial una de cada cinco mujeres a los 18 años de edad ya tiene un hijo; por tal motivo se estima que cada año se practican alrededor de 3 millones de abortos inseguros en adolescentes entre 15 y 19 años de edad, lo que contribuye sustancialmente a las muertes maternas y a problemas crónicos de salud. (OMS, 2012)

América Latina y el Caribe es la región con mayor fecundidad adolescente en el mundo después del África; en la región una tercera parte de los embarazos corresponden a menores de 18 años, siendo casi un 20% de estas menores de 15 años lo que conlleva el riesgo de morir por causas relacionadas al embarazo, parto y postparto que se duplica si las niñas quedan embarazadas antes de los 15 años de edad. (CEPAL, 2012)

Estudios realizados en Colombia y en nuestro país en la ciudad de Guayaquil revelan datos interesantes sobre el embarazo en adolescentes, por ejemplo en Colombia; con una participación de 506 maternas, atendidas durante su gestación en una institución de segundo nivel de complejidad de la ciudad de Medellín, el 37,9% corresponde a adolescentes entre los 14 y los 19 años, en cuanto al nivel educativo, del total de las maternas adolescentes el 89,1% cuentan con estudios secundarios. (Díaz LM, 2012).

Mientras que en la ciudad de Guayaquil en la Maternidad Mariana de Jesús en el año 2013, donde se observa que los resultados del mismo indican que el mayor porcentaje de adolescente embarazada se presentó en pacientes de 15 a 17 años de edad con el 56%, mientras que en el rango de 18 años fue de 34%, y el menor porcentaje presento las pacientes de 12 a 14 años con el 10%, en cuanto a factores de riesgos que predispones a problemas obstétricos en adolescentes embarazadas, corresponde a las infecciones de vías urinarias con

47%, seguido de vaginosis 21%. Datos importantes y que preocupan a la sociedad y juventud como tal. (Rodríguez., 2013)

Por tal motivo, es de mucha importancia identificar las principales complicaciones maternas en embarazos en adolescentes atendidas en el Hospital Básico San Vicente de Paúl de Pasaje – El Oro, y cumplir con los objetivos específicos: establecer las principales características sociodemográficas más frecuentes que se asocian en el embarazo de adolescentes, identificar las complicaciones maternas más frecuentes y relacionar las complicaciones maternas de acuerdo al grupo etario, en el área de Ginecoobstetricia de dicho establecimiento, para de esta manera dar a conocer el problema y a la vez contribuir a disminuir la morbilidad y mortalidad tanto materna como fetal.

## 4 Revisión Literaria

### 4.1. Características Sociodemográficas

**4.1.1. Demografía.** Es el estudio de la población humana, sobre bases estadísticas, ya sea en sus aspectos estadísticos (edades, localización, etc) o dinámicos (movimientos de la población, tasa de crecimiento, entre otros).

**4.1.2. Indicadores demográficos.** Son datos estadísticos que nos revelan distintos aspectos de la población. Cada Indicador demográfico tiene su área respectiva de estudio y sus aspectos demográficos. Por ejemplo dentro de la estructura de la población tenemos como aspectos sociodemográficos la Edad, el sexo, la ocupación y el estado civil.

**4.1.2.1. Edad.** La edad esta referida al tiempo de existencia de alguna persona, o cualquier otro ser animado o inanimado, desde su creación o nacimiento, hasta la actualidad.

**4.1.2.2. Sexo.** En su definición relativa a “género” es una variable biológica y genética que divide a los seres humanos en dos posibilidades solamente: mujer u hombre. La diferencia entre ambos es facilmente reconocible y se encuentra en los genitales y el aparato reproductor.

**4.1.2.3. Ocupación.** Es un término que esta vinculado al verbo ocupar (apropiarse de algo, residir en una vivienda, despertar el interés de alguien). El concepto se utiliza como sinónimo de trabajo, labor o quehacer.

**4.1.2.4. Estado civil.** Se denomina estado civil a la situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos sin que sea su pariente, constituyendo con ella una institución familiar, y adquiriendo derechos y deberes al respecto.

**4.1.2.5. Población rural.** El concepto de población rural se aplica a aquellos tipos de población ubicadas en zonas no urbanizadas que se dedican a la producción primaria, ya sea de productos agrícolas como de productos ganaderos.

**4.1.2.6. Población urbana.** La definición de zona urbana varía de acuerdo al país en el cual se la describe. Por lo general, se considera que una zona urbana se caracteriza por estar habitada de forma permanente por más de 2.500 habitantes. (Palomino, 2012)



**4.2. Conceptos generales de la adolescencia.** La OMS define como adolescencia al "período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio – económica" y fija sus límites entre los 10 y 19 años. Es considerada como un periodo de la vida libre de problemas de salud pero, desde el punto de vista de los cuidados de la salud reproductiva, el adolescente es, en muchos aspectos, un caso especial. La adolescencia se clasifica en tres etapas de desarrollo:

- Adolescencia temprana (10 – 13 años).
- Adolescencia media (14 – 16 años).
- Adolescencia Tardía (17 – 19 años).

**4.3. Embarazo en la adolescencia.** Se lo 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". (Gamboa Claudia, 2013)

#### **4.4. Causas y factores de riesgo del embarazo en adolescentes**

Existen varios factores que influyen en el embarazo en los adolescentes, desde aspectos psicosociales a socioculturales que determinan el comportamiento sexual y el embarazo prematuro de los mismos, a continuación veremos los más importantes.

**4.4.1 Disfunción familiar.** La familia es uno de los microambientes donde permanece el adolescente y que por lo tanto, es responsable de lograr que su funcionamiento favorezca un estilo de vida saludable. Este estilo de vida debe promover el bienestar y el desarrollo de los miembros de la familia

La familia como tal, es una unidad psicosocial sujeta a la influencia de factores socioculturales protectores y de riesgo, cuya interacción la hace vulnerable a caer en situaciones de crisis o en patrones disfuncionales. Es uno de los factores protectores cuando funciona en forma adecuada, por lo tanto, es uno de los focos de la prevención primordial y primaria. La mayor parte de las veces los embarazos adolescentes tienen que ver con un problema en la relación familiar o un mal funcionamiento a nivel de la familia y sus integrantes (como por ejemplo problemas de la pareja, problemas entre padres e hijos). Casi

siempre detrás de un embarazo hay algún tipo de problema familiar que se debe resolver y es necesario asumir la responsabilidad de todos antes de culpar al hijo. (Claudia., 2014)

**4.4.2 Factores culturales.** Entre los factores culturales podemos mencionar las costumbres de padres que buscan compañeros de hogar a sus hijas a temprana edad realizando compromisos maritales, esto derivado del machismo y la cultura patriarcal que impera en nuestro país. (Claudia., 2014)

**4.4.3 Factores psicológicos.** Como factor de índole psicológica, hay que considerar que muchas adolescentes se involucrarían en relaciones sexuales, entre otras razones, como un modo de independizarse de los padres y de sus valores, comportamiento asociado a sentimientos de rechazo y rebeldía hacia las figuras de autoridad o bien como medio de satisfacer necesidades afectivas. A ello se suma que los adolescentes no son capaces de entender todas las consecuencias de la iniciación precoz de la actividad sexual, ya que en la adolescencia media el egocentrismo las hace asumir que a ellas "eso no les va a pasar", la necesidad de probar su fecundidad, hace que se sientan afligidas por fantasías de infertilidad, constituyendo un factor de riesgo para la adolescente. (Claudia., 2014)

**4.4.4 Búsqueda de identidad.** Se han encontrado algunos factores de personalidad que podrían predisponer a un embarazo adolescente. Estas jóvenes pueden presentar una dificultad para establecer metas apropiadas y gratificarse a sí mismas por sus propios logros, escasa tolerancia a la frustración, labilidad emocional, inestabilidad, falla en el control de impulsos, afectividad empobrecida y escaso nivel de madurez emocional. (Claudia., 2014)

**4.4.5 Información preventiva.** Otra de las razones que explica la maternidad adolescente es el bajo uso de métodos anticonceptivos. Las adolescentes en general, conocen la existencia de métodos, incluso métodos modernos, pero existen brechas entre adolescentes urbanas y rurales. Las adolescentes rurales en países de América Latina, evidencian un menor conocimiento de dónde pueden proveerse de métodos y como utilizarlos. También debe señalarse que existe una alta discontinuidad de uso de métodos modernos y naturales; es por ello que los embarazos en adolescentes en algunas ocasiones no son por falta de algún método anticonceptivo, sino por el mal uso del mismo. (Claudia., 2014)

**4.4.6 Factores socioculturales.** Dentro de los factores de índole sociocultural, diversos estudios coinciden que la maternidad adolescente es mayor cuando se vive en pobreza, lo que atestigua las grandes brechas en el acceso a información, educación y servicios, ya que no se trata de una maternidad deseada. No sólo en América Latina, sino en cualquier país

del mundo, las mujeres en pobreza y exclusión dentro de un mismo país son quienes tienen más hijos. (Claudia., 2014)

## 4.5 Complicaciones Maternas

**4.5.1 Aborto.** La OMS define el aborto como la terminación del embarazo posterior a la implantación del huevo fecundado en la cavidad endometrial, antes de que el feto logre la viabilidad (menor de 22 semanas de edad gestacional, con un peso fetal menor de 500 gramos y una longitud cefalo-caudal  $< 25$  cm). (Ministerio de Salud Pública del Ecuador Atención del aborto terapéutico, Guía de Práctica Clínica Quito: MSP, Dirección Nacional de Normatización - MSP; 2015, 40pp.)

**4.5.1.1 Amenaza de aborto.** Es un estado que sugiere que se podría presentar un aborto espontáneo antes de la semana 20 del embarazo. Algunas mujeres embarazadas experimentan algún sangrado vaginal, con o sin cólicos abdominales, durante los primeros 3 meses del embarazo. Cuando los síntomas indican que es posible que se presente un aborto espontáneo, la afección se denomina "amenaza de aborto". (Esto se refiere a un episodio que ocurre de manera natural y no a abortos médicos o quirúrgicos). Los síntomas de una amenaza de aborto abarcan:

- Cólicos abdominales con o sin sangrado vaginal.
- Sangrado vaginal durante las primeras 20 semanas de embarazo (el último período menstrual se presentó hace menos de 20 semanas). (CENETEC, 2011)

**4.5.1.2. Aborto inducido.** El aborto inducido es la interrupción activa del desarrollo vital del embrión o feto. Puede tratarse de un aborto terapéutico (o aborto indirecto) cuando se realiza desde razones médicas, o de un aborto selectivo (interrupción voluntaria del embarazo), cuando se realiza por decisión de la mujer embarazada.

A su vez, según la técnica empleada para inducir el aborto, se puede hablar de aborto médico o aborto con medicamentos y de aborto quirúrgico. (Zapardiel Gutierrez I., 2008)

**4.5.1.3 Aborto espontáneo.** El aborto espontáneo o aborto natural es aquel que no es provocado intencionalmente. La causa más frecuente es la muerte fetal; por anomalías congénitas del feto, frecuentemente genéticas. En otros casos se debe a anormalidades del tracto reproductivo, o a enfermedades sistémicas de la madre o enfermedades infecciosas. Cuando la edad gestacional es superior a 22 semanas o el peso del feto supera los 500

gramos, se habla de muerte fetal. Entre los signos y síntomas se encuentran el sangrado transvaginal anormal, por el cual se tiene que ser valorada por su ginecólogo y verificar que no queden restos placentarios. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador Atención del aborto terapéutico, Guía de Práctica Clínica Quito: MSP, Dirección Nacional de Normatización - MSP; 2015, 40pp., 2015)

**4.5.1.4 Aborto terapéutico.** El aborto terapéutico es la interrupción provocada del desarrollo fetal. A diferencia del "aborto inducido" a este le preceden razones estrictamente médicas. Entre estos motivos cabe si la salud de la madre (física o mental) se encuentra directamente comprometida con dicho embarazo o en caso, si la vida de la madre corre riesgo. Es importante diferenciar el aborto terapéutico del inducido, ya que en el segundo influyen más factores socio-económicos como ser producto de una violación, tener la incapacidad de solvencia económica, entre otros. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador Atención del aborto terapéutico, Guía de Práctica Clínica Quito: MSP, Dirección Nacional de Normatización - MSP; 2015, 40pp.)

**4.5.2 Amenaza de Parto Prematuro.** La amenaza de parto pretérmino (APP) se define como la presencia de contracciones con un ritmo de 4 cada 20 minutos o de 8 en 60 minutos entre la 22 y 37 semanas de gestación. Este hecho se debe asociar al menos a una de las siguientes circunstancias: modificación progresiva del cérvix y dilatación cervical  $\geq$  a 2 cm y borramiento  $\geq$ 80%. La prevalencia del parto pretérmino es del 7-10%. Supone un 65% de muertes perinatales y la principal causa de morbilidad neonatal. El 80% de las consultas por APP no terminarán en un parto prematuro. Dos tercios de las APP no parirán en las siguientes 48 horas, y más de un tercio llegarán a término.

No es una entidad clínica única. Confluyen una serie de etiologías y factores de riesgo diferentes que ponen en marcha el mecanismo de inicio del parto. Existen causas maternas como una enfermedad sistémica grave, preeclampsia; causas uterinas; causas placentarias como placenta previa; causas del líquido amniótico como corioamnionitis, causas fetales como sufrimiento fetal agudo, etc. (Déu, 2015)

**4.5.3 Parto Prematuro.** El parto pretérmino aparece en el 5-10% de las embarazadas; se define como el parto que se produce entre las semanas 28 a 37 del embarazo, y es un problema no sólo obstétrico, sino también neonatal, ya que se asocia con un alto índice de problemas para el recién nacido, incluyendo la muerte del mismo. Otro caso es el parto

inmaduro, que es aquel que se da entre las semanas 20 y 28 de embarazo. Antes de la semana 20 se considera aborto. Cuanto más prematuro es el bebé, existen menos posibilidades de que sobreviva y, en caso de conseguirlo, tendrá que hacer frente a mayores dificultades: retraso mental, parálisis cerebral, problemas respiratorios, digestivos, pérdidas de visión y audición, retrasos en el desarrollo, y problemas de aprendizaje y de conducta. (MSP, 2015)

No se conoce una única causa, pero existen factores de riesgo que predisponen al parto pretérmino, y que hay que tratar de prevenir o evitar. Los más importantes son:

- Enfermedades de la madre: infecciones de las vías urinarias, vaginales o sistémicas, enfermedades renales, cardíacas, diabetes, anemias severas, alteraciones tiroideas.
- Abortos o partos pretérmino previos.
- Anomalías uterinas como miomatosis o incompetencia cervical.
- Edad de la madre inferior a 18 años o superior a 35.
- Hemorragia, placenta previa, desprendimiento de placenta.
- Trabajo duro y estresante.
- Embarazo múltiple.
- Malformaciones en el feto.
- Enfermedades del embarazo (preeclampsia o diabetes gestacional), que pueden hacer aconsejable su interrupción pretérmino.
- Hábito tabáquico (>10 cigarrillos diarios).
- Estado nutricional deficiente.
- Obesidad.
- Nivel socioeconómico bajo.
- Consumo de alcohol o drogas.
- Violencia de género (abuso físico, sexual o emocional).
- Exceso de actividad física.

En cualquier caso, el que la madre reúna uno o más de estos factores de riesgo no significa que vaya a tener un parto prematuro. (MSP, 2015)

**4.5.4 Ruptura Prematura de Membranas.** El líquido amniótico es el agua que rodea a su bebé en el útero. Las membranas o capas de tejido contienen este líquido. Esta membrana se llama saco amniótico. A menudo, las membranas se rompen durante el trabajo de parto.

Esto con frecuencia se llama "romper fuente". Algunas veces, las membranas se rompen antes de que una mujer entre en trabajo de parto. Cuando esto sucede de forma temprana, se denomina ruptura prematura de membranas (RPM). La mayoría de las mujeres entrará en trabajo de parto espontáneamente al cabo de 24 horas. Si la ruptura de fuente se da antes de la semana 37 del embarazo, se denomina ruptura prematura de membranas pretérmino (RPMP). Cuanto más temprano se rompe fuente, más grave es para usted y para su bebé. (MSP, 2015)

#### ***4.5.4.1 Clasificación de la Ruptura premature de Membranas***

- ***Cerca de término.*** Entre 35 – 36 semanas y 6 días.
- ***Lejos de término.*** Entre 24 – 34 semanas y 6 días.
- ***Pre-viable.*** Menos de 24 semanas (antes del límite de viabilidad)
- ***Periodo de Latencia.*** Tiempo transcurrido entre la RPM y el inicio del trabajo de parto.
- ***Ruptura Prolongada.*** Tiempo de latencia mayor a 24 horas. (MSP, 2015)

**4.5.5 Anemia.** La anemia ferropénica es un problema de salud pública en países desarrollados y Subdesarrollados con consecuencias graves en la salud y en el desarrollo social y económico. Puede ocurrir en todas las etapas de la vida, pero tiene mayor impacto en mujeres embarazadas, con tasas de prevalencia que oscilan entre el 35% y el 75%.

A pesar de que los datos locales del país sobre la anemia ferropénica posparto son aún Insuficientes; se puede suponer que la tasa sería similar a la de la prevalencia durante el embarazo que es de 46,9% con anemia. Existe evidencia de que la anemia ferropénica es común en mujeres de bajos ingresos aún en países con muchos recursos. Las repercusiones de la anemia en el embarazo están relacionadas con todas las patologías obstétricas, pero con mayor probabilidad al riesgo de peso bajo del recién nacido, parto pretérmino y aumento de la mortalidad perinatal. Es posible que se asocie con depresión posparto y con resultados más bajos en las pruebas de estimulación mental y psicomotriz en los recién nacidos.

La medición de la concentración de ferritina tiene la más alta sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de deficiencia de hierro en pacientes anémicas. Las concentraciones menores de 10 a 15 µg/L confirman la anemia por deficiencia de hierro. (MSP, 2014)

### Clasificación de la anemia según su severidad clínica

Clasificación por severidad	Descripción del Problema por parámetros de reducción de hemoglobina
Anemia Severa	<7,0 g/dl
Anemia Moderada	7,1 – 10,0 g/dl
Anemia Leve	10,1 – 10,9 g/dl

Ministerio de Salud Pública del Ecuador Diagnóstico y tratamiento de la anemia en el embarazo. Guía de Práctica Clínica Quito, MSP; 2014.

**4.5.6. Infecciones del Tracto Urinario.** Las infecciones de vías urinarias constituyen una de las complicaciones infecciosas más habituales del embarazo y son responsables de un importante porcentaje de morbilidad tanto materna como perinatal, especialmente en los lugares de escasos recursos. Las mujeres embarazadas desarrollan de manera fácil infecciones de vías urinarias (IVU) debido a cambios funcionales, hormonales y anatómicos, además de la localización del meato uretral expuesta a bacterias uropatógenas y de vagina que acceden al tracto urinario bajo, *Escherichia Coli* es el patógeno más frecuentemente aislado en infecciones de vías urinarias durante el embarazo. La Infección de vías urinarias (IVU) es la existencia de gérmenes patógenos en la orina por infección de la vejiga o el riñón. Los síntomas que acompañan a una infección de orina varían de acuerdo al sitio de la infección, pero también pueden ser asintomáticas. (MSP, 2012)

Se clasifica de acuerdo al sitio de proliferación de las bacterias en:

#### **4.5.6.1. Infección urinaria baja**

**4.5.6.1.1. Cistitis aguda.** Es la infección bacteriana del tracto urinario bajo que se acompaña de los siguientes signos y síntomas: urgencia, frecuencia, disuria, piuria y hematuria; sin evidencia de afección sistémica, alrededor del 30% de los pacientes con cistitis padecen una afectación subclínica del parénquima renal, el riesgo es especialmente alto en mujeres embarazadas. (MSP, 2012)

**4.5.6.1.2. Uretritis.** Es la inflamación de la uretra que puede ser causada por bacterias o virus, as mismas bacterias que causan esta afección son el *E. coli* la clamidia y la gonorrea. Las uretritis en la mujer suelen acompañar a las cervicitis, aunque son poco frecuentes, se pueden acompañar con supuración uretral, de aspecto purulento en uretritis gonocócica siendo de aspecto claro y mucoso en la uretritis por *Chlamydia trachomatis*, además de disuria, polaquiuria y dolor miccional (más del 50% de los casos). (Belda, 2011)

#### **4.5.6.2. Infección urinaria alta**

**4.5.6.2.1. Pielonefritis aguda.** Es la infección de la vía excretora urinaria alta y del parénquima renal de uno o ambos riñones que se acompaña de fiebre, escalofrío, malestar general, dolor costo vertebral y en ocasiones náusea, vómito y deshidratación. (MSP, 2012)

**4.5.6.2.2. Absceso Renal.** Los abscesos renales y peri-renales corresponden a infecciones supuradas que comprometen el riñón y/o el espacio perinefrítico, son infrecuentes pero potencialmente letales, con cifras de mortalidad que en los primeros reportes alcanzaban el 50% aún con un drenaje adecuado, el mayor factor de riesgo de absceso perirrenal son los cálculos renales, que bloquean el flujo urinario, esto brinda un lugar para que prolifere una infección. No existe una presentación clínica característica del absceso renal y se debe sospechar frente a la presencia de síntomas de infección urinaria que no responden a un tratamiento antimicrobiano adecuado. (Belda, 2011)

**4.5.6.3. Bacteriuria asintomática.** Se define con la presencia de bacterias en orina detectadas por urocultivo (más de 100.000 unidades formadoras de colonias/ml) sin síntomas típicos de infección aguda del tracto urinario. (MSP, 2012)

**4.5.7. Preclampsia.** La preeclampsia es una complicación médica del embarazo, también llamada toxemia del embarazo, y se asocia a hipertensión inducida durante el embarazo y está asociada a elevados niveles de proteína en la orina (proteinuria). Aunque el signo más notorio de la enfermedad es una elevada presión arterial, puede desembocar en una eclampsia, con daño al endotelio materno, riñones e hígado. El único tratamiento es el parto, siendo la inducción del parto o la cesárea los procedimientos más comunes. Es la complicación del embarazo más común y peligroso, por lo que debe diagnosticarse y tratarse rápidamente, ya que en casos graves ponen en peligro la vida del feto y de la madre. Se caracteriza por el aumento de la tensión arterial (hipertensión) junto al de proteínas en la orina (proteinuria), así como edemas en las extremidades. (MSP, 2016)

- Diagnóstico a partir de las 20 semanas de gestación.
- TA  $\geq$  140/90 mm Hg con presencia de proteinuria.
- Por excepción antes de las 20 semanas en Enfermedad Trofoblástica Gestacional, Síndrome Antifosfolipídico Severo o embarazo múltiple.

##### **4.5.7.1 Preclampsia leve**

Tensión arterial  $\geq$  140/90 mm Hg, en dos ocasiones separadas por al menos cuatro horas, con proteinuria  $\geq$  a 300 mg/24 horas sin criterios de gravedad.



#### **4.5.7.2 Preclampsia Grave**

- Tensión arterial  $\geq 160/110$  mm Hg, con proteinuria positiva y asociada a uno o varios de los siguientes eventos clínicos o de laboratorio (indicativos de daño endotelial en órgano blanco):
  - Proteinuria  $>5\text{g}/24$  h.
  - Alteraciones hepáticas (aumento de transaminasas, epigastralgia persistente, náuseas/vómitos, dolor en cuadrante superior en el abdomen).
  - Alteraciones hematológicas (Trombocitopenia  $<100.000/\text{mm}$ ), Hemólisis, Coagulopatía Intravascular Diseminada).
  - Alteraciones de función renal (Creatinina sérica  $>0,9$  mg /dL, Oliguria de  $<50\text{mL}/\text{hora}$ ).
  - Alteraciones neurológicas (hiperreflexia tendinosa, cefalea persistente, hiperexcitabilidad psicomotriz, alteración del sensorio - confusión).
  - Alteraciones visuales (visión borrosa, escotomas centellantes, diplopía, fotofobia).
  - Restricción del crecimiento intrauterino.
  - Oligoamnios.
  - Desprendimiento de placenta.
  - Cianosis - Edema Agudo de Pulmón (no atribuible a otras causas). (MSP, 2016)

**4.5.8. Muerte materna.** El embarazo antes de los 20 y después de los 35 años, se asocia a un mayor riesgo materno y perinatal. El embarazo en menores de 20 años o embarazo adolescente, además del mayor riesgo biológico que implica, genera una situación de riesgo social para el recién nacido y la madre, es así que las muertes maternas y neonatales, como expresión máxima de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio, aún constituyen un grave tema de salud pública en América Latina y el Caribe, a pesar de ser un problema altamente evitable y de haber sido reducido en forma considerablemente en algunos países, en otros (y en algunas áreas vulnerables al interior de los países) se ha progresado poco, y por tanto continúa siendo una agenda inconclusa, la inmadurez física coloca a la madre adolescente en mayor riesgo para la morbilidad y la mortalidad, la joven madre tiene mayor riesgo de presentar parto obstruido, parto prolongado, preeclampsia y eclampsia, entre otros; los riesgos del embarazo en la adolescencia se incrementan en los países en vías de desarrollo, existen estrategias y medios que pueden ser altamente efectivos, como el conocimiento y la experiencia lo indican, y que son aplicables incluso en aquellos grupos de población que son más vulnerables y susceptibles de enfermar y morir por causas altamente

evitables. Las urgencias maternas son sumamente difíciles de predecir, por lo cual todas las mujeres necesitan acceso a los cuidados obstétricos esenciales, la adopción de las medidas necesarias para lograr un nacimiento seguro pueden disminuir significativamente el riesgo de complicación y muerte de la madre y el recién nacido, los niños nacidos de mujeres menores de 20 años tienen 1½ más riesgo de morir antes de su primer año de vida que los niños nacidos de madres con edades entre 20 a 29 años. (OPS, 2006)

**4.5.9. Muerte Fetal.** Definida por la OMS, como la muerte previa a la expulsión o extracción completa del producto de la concepción, independientemente de la edad de la duración del embarazo

Según la edad gestacional debe ser a partir 22 de gestación o un peso al momento del nacimiento mayor de 500 gramos. La frecuencia de muerte fetal varía, siendo estimada en 1% de todos los embarazos, afecta alrededor de 3 millones de embarazadas por año en todo el mundo, de las cuales el 98% ocurren en países de bajo y mediano nivel socio-económico. Los casos de muerte fetal antes del trabajo de parto representan más de la mitad de los casos. Muchos casos no son registrados ni reflejados en las políticas sanitarias a nivel mundial. (Lancet, 2011)

Los Factores de Riesgo (FR) relacionados en la Muerte fetal (MF) se clasifican de la siguiente manera:

- Materno
- Fetales
- Otros

Los factores maternos se dividen en. Modificables y no modificables.

***No modificables***

- Antecedente de pérdida fetal.
- Factor Rh negativo en la mujer.
- Enfermedades sistémicas (Hipertensión arterial crónica, diabetes, enfermedades renales , colagenopatías, enfermedades renales, Cardiopatías,trombofilias, Intoxicaciones, Traumatismo, Tiroidopatías, obesidad)
- Raza negra (afroamericana OR 2)
- Edad materna de riesgo (Mayor a 35 años)

***Modificables:***

- Tabaquismo
- Alcoholismo
- Uso de cigarrillo (30% ), alcoholismo(14%), drogas (7%)
- Obesidad ( > IMC30)

La muerte fetal puede suceder como complicación durante:

- El embarazo
- El parto.
- Hasta en un 25 a 50% no se identifica la etiología de la muerte, por lo que se debe informar a los padres que no hay una causa específica en casi la mitad de las muertes fetales.

Las causas de muerte fetal ante parto de origen materno más comunes son:

- Diabetes mellitus
- Preeclampsia.
- Hemorragias
- Retraso del crecimiento
- Infecciones
- Anormalidades congénitas.

Los factores fetales que se asocian a muerte fetal son:

- Sexo (Masculino)
- La Isoinmunización a factor Rh
- Malformaciones congénitas
- Ruptura Prematura de membranas
- Disminución de líquido amniótico
- Circular de Cordón doble o triple
- Embarazos múltiples
- Malformaciones fetales congénitas
- Corioamnioitis
- Peso
- RCIU
- Posmaduréz. (Lancet, 2011)

## 5 Metodología

**5.1 Tipo de Estudio.** Descriptivo.

**5.2 Área de Estudio.** Hospital Básico San Vicente de Paúl ubicado en el sector la Pileta entre las calles Quito y Sucre del cantón Pasaje, provincia el Oro. En el periodo Enero - Junio del 2016.

**5.3 Universo y Muestra.** Estuvo constituido por un universo de 238 adolescentes embarazadas y una muestra de 42 adolescentes atendidas e ingresadas en el departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Básico San Vicente de Paúl de Pasaje – El Oro periodo Enero - Junio del 2016

### 5.4 Criterios de Inclusión

- Edad  $\geq 10$  años y  $\leq 19$  años.
- Adolescente embarazada que haya sido ingresada al departamento de Ginecoobstetricia.
- Toda mujer adolescente que curse por cualquier trimestre del embarazo.
- Adolescente primigesta y multípara.

### 5.5 Criterios de Exclusión

- - Mujeres  $< 10$  y  $> 19$  años.
- Pacientes que no tengan exámenes de laboratorio que corroboren el diagnóstico de patologías.
- Adolescente embarazada con cualquier comorbilidad.
- Mujer que no esté confirmado su embarazo.

**5.6 Técnica.** La técnica que se utilizó fue el análisis y revisión de historias clínicas en el departamento de estadística, conjuntamente con una hoja de datos realizada por los autores como instrumento para la recolección de información limitada y necesaria, la misma que contiene información sobre datos de filiación, características sociodemigráficas y complicaciones que se pueden presentar en adolescentes embarazadas. Anexo N°3.

**5.7 Procedimiento.** Autorización dada por las autoridades y personal de salud del Hospital San Vicente de Paúl de Pasaje. Para la recolección de datos se procedió a entregar la solicitud de permiso (anexo N°1), la hoja de datos realizada por los autores como instrumento (anexo N°3) y finalmente acudir al servicio de estadística para obtener información de las historias clínicas de las adolescentes embarazadas. En todo el proceso

investigativo se contó con la supervisión del director de tesis, el manejo de la información fue exclusivamente para motivos de ésta investigación.

**5.8. Análisis estadístico.** Los datos fueron recolectados e ingresados en el programa Excel 2013 para Windows y luego de analizados fueron presentados en tablas.

## 6 RESULTADOS

*Tabla N° 1:*

***Características sociodemográficas más frecuentes que se asocian en el embarazo de adolescentes atendidas en el Hospital Básico San Vicente de Paúl, enero-junio 2016.***

*Tabla N° 1.1:*

***Edad de las adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital Básico San Vicente de Paúl, enero-junio 2016.***

Edad	Frecuencia	%
10-13 años	0	0%
14-16 años	9	21,43%
17-19 años	33	78,57%
Total	42	100%

*Fuente: Hoja de recolección de datos.*

*Diseño: Marx Jonathan Ordóñez Ochoa.*

**Interpretación de Resultados.** El 78,57% (n=33) son adolescentes entre 17-19 años y el 21,43% (n=9) entre 14-16 años de edad.

*Tabla N° 1.2:*

***Lugar de Procedencia de las adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital Básico San Vicente de Paúl, enero-junio 2016.***

Lugar de Procedencia	Frecuencia	%
Urbano	20	47,62
Rural	22	52,38
Total	42	100

*Fuente: Hoja de recolección de datos.*

*Diseño: Marx Jonathan Ordóñez Ochoa.*

**Interpretación de Resultados.** El 52,38 (n=22), provienen de zona rural, mientras que el 47,62% (n=20), son de zona urbana.

Tabla N° 1.3:

**Estado civil de las adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital Básico San Vicente de Paúl, enero-junio 2016.**

Estado civil	Frecuencia	%
Casada	7	16,67%
Soltera	12	28,57%
Unión Libre	23	54,76%
Divorciada	0	0
Viuda	0	0
Total	42	100%

*Fuente:* Hoja de recolección de datos.

*Diseño:* Marx Jonathan Ordóñez Ochoa.

**Interpretación de Resultados.** Dentro del estado civil el 54,76% (n=23) unión libre, el 28,57% (n=12) solteras y el 16,67% (n=7) casadas.



*Tabla N°1.4:*

***Nivel académico de las adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital Básico San Vicente de Paúl, enero-junio 2016.***

Nivel académico	Frecuencia	%
Primaria Completa	7	16,67%
Primaria Incompleta	3	7,14%
Secundaria Completa	23	54,76%
Secundaria Incompleta	9	21,43%
Total	42	100%

*Fuente:* Hoja de recolección de datos.

*Diseño:* Marx Jonathan Ordóñez Ochoa.

**Interpretación de Resultados.** El 54,76% (n=23) su nivel académico es secundaria completa, el 21,43% (n=9) secundaria incompleta, el 16,67% (n=7) primaria completa y el 7,14% (n=3) primaria incompleta.

*Tabla N° 1.5:*

***Ocupación de las adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital Básico San Vicente de Paúl, enero-junio 2016.***

Ocupación	Frecuencia	%
Ama de casa	11	26,19%
Estudiante	31	73,81%
Total	42	100%

*Fuente: Hoja de recolección de datos.*

*Diseño: Marx Jonathan Ordóñez Ochoa.*

**Interpretación de Resultados.** El 73,81% (n=31) son estudiantes, y el 26,19% (n=11) son amas de casa.

*Tabla N°2:*  
**Complicaciones maternas más frecuentes en adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital Básico San Vicente de Paúl, enero-junio 2016**

Complicaciones		Frecuencia	%	Total Frecuencia	Total %
<b>Aborto</b>	Incompleto	1	2,38%	4	9,52%
	Amenaza de aborto	3	7,14%		
<b>Anemia</b>	Leve	2	4,76%	4	9,52%
	Moderada	1	2,38%		
	Severa	1	2,38%		
<b>Infección del tracto urinario</b>	Alto Pielonefritis	2	4,76%	13	30,95%
	Bajo Cistitis	7	16,67%		
	Bacteriuria asintomática	4	9,52%		
<b>Ruptura prematura de membranas</b>	Cerca de término	12	28,57%	14	33,33%
	Lejos de término	2	4,76%		
<b>Preclampsia</b>	Leve	2	4,76%	2	4,76%
<b>Amenaza de parto pretérmino</b>		5	11,9%	5	11,90%
<b>Total</b>				42	100%

*Fuente:* Hoja de recolección de datos.

*Diseño:* Marx Jonathan Ordóñez Ochoa.

**Interpretación de Resultados.** El 33,33 % (n = 14) corresponde a ruptura prematura de membranas con el 28,57% (n=12) cerca de término, infecciones del tracto urinario el 30.95 % y dentro de ellas el 16.67 % (n= 7) cistitis, el 11,90% (n=5) amenaza de parto pretérmino.

Tabla N°3:

**Relación de complicaciones maternas de acuerdo al grupo etario en adolescentes atendidas en el Hospital Básico San Vicente de Paúl, enero-junio 2016.**

Complicaciones	F	%	14-16 años		17-19 años				
			F	%	F	%			
<b>Aborto</b>	Incompleto	1	2,38%	0	0%	1	2,38%		
	Amenaza de aborto	3	7,14%	1	2,38%	2	4,76%		
<b>Anemia</b>	Leve	2	4,76%	1	2,38%	1	2,38%		
	Moderada	1	2,38%	0	0%	1	2,38%		
	Severa	1	2,38%	0	0%	1	2,38%		
<b>Infección del tracto urinario</b>	Alto Pielonefritis	2	4,76%	0	0%	2	4,76%		
	Bajo Cistitis	7	16,67%	2	4,76%	5	11,90%		
	Bacteriuria asintomática	4	9,52%	1	2,38%	3	7,14%		
<b>Ruptura prematura de membranas</b>	Cerca de término	12	28,57%	2	4,76%	10	23,81%		
	Lejos de término	2	4,76%	0	0%	2	4,76%		
<b>Preclampsia</b>	Leve	2	4,76%	0	0%	2	4,76%		
<b>Amenaza de parto pretérmino</b>		5	11,9	2	4,76%	3	7,14%		
<b>Total</b>		<b>42</b>		<b>9</b>	<b>21,42</b>	<b>33</b>	<b>78,56</b>	<b>42</b>	<b>100%</b>

*Fuente:* Hoja de recolección de datos.

*Diseño:* Marx Jonathan Ordóñez Ochoa

**Interpretación de resultados.** El 78,56% (n=33) tiene entre 17-19 años, de las cuales el 23,81% (n=10) ruptura prematura de membranas cerca del término, el 11,90% (n=5) son infecciones del tracto urinario bajo (cistitis), el 7,14% (n=3) amenaza de parto pretérmino y el 4,76% (n=2) amenaza de aborto

## 7 Discusión

A nivel Mundial niños/as nacidos de madres adolescentes son aproximadamente el 11% de todos los nacimientos en el mundo; 95% de ellos ocurren en los países en desarrollo, para algunas madres jóvenes el embarazo y el parto son algo previsto y deseado. El primer factor de riesgo en el embarazo es la edad, se sabe que esta variable puede permitir un buen desarrollo fetal o bien un desarrollo de alto riesgo que en ocasiones amenaza la vida de ambos seres, la OMS considera como embarazo de riesgo el que ocurre en mujeres menores de 20 años, ya que es la causa principal de mortalidad de las jóvenes que tienen entre 15 y 19 años de edad debido a complicaciones relacionadas con el parto, y los abortos practicados en condiciones de riesgo. (Fawed, 2016)

Una vez tabulados y analizados los datos en nuestra investigación se obtiene los siguientes resultados: 238 adolescentes, de las cuales 42 presentaron complicaciones durante su embarazo y el 78,57% está en una edad comprendida entre los 17-19 años de edad, el 54,76% viven en unión libre con su pareja, el 73,81% son estudiantes, el resto amas de casa 26,29%, el 54,76% han terminado sus estudios secundarios y entre las principales complicaciones más frecuentes, la ruptura prematura de membranas con 33,33% donde predominan las que son cerca de término con 28,57%, las infecciones del tracto urinario con el 30,95% especialmente bajas con 16,67% son cistitis, la amenaza de parto pretermino con el 11,90% y el aborto con 9,52%. Se encontró un estudio con datos similares pero diferentes resultados en Guatemala en el Hospital Regional de Zacapa, durante los meses de enero a septiembre del 2014, la edad más frecuente es de 19 años 28.57%, el 84.29% son amas de casa, el 58.57% de los casos tienen un nivel educativo primario y dentro de las complicaciones más frecuentes se encuentran desproporción cefalopélvica 10.36%, amenaza de parto prematuro 7.14% y las infecciones del tracto urinario y los abortos 5%. (Claudia., 2014)

En Honduras, en el Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa, (Fawed, 2016), un estudio realizado en el 2016, en el cual se revisaron 380 expedientes, con un muestreo probabilístico y de acuerdo a la edad y los resultados fueron los siguientes: un 33,68% (128) pertenece al rango de 10-19 años, en cuanto al grado de escolaridad un 40,26% (153) poseen educación básica incompleta, de estado civil fue unión libre con un 54,74% (208), referente a la procedencia un 85,53% (325) son de la zona urbana. De las 380/235 (61.84%) participantes presentaron complicaciones como ruptura prematura de membrana con 23 (6.05%) y anemia con 20 (5.26%). (Fawed, 2016). Comparando con nuestro estudio, en

cuanto al nivel de escolaridad, el 54,76% tienen secundaria completa, estado civil unión libre el 54,76% que es un dato muy similar al obtenido en Honduras, nuestras adolescentes en un 52,38% provienen de la zona rural. En cuanto a complicaciones tenemos la ruptura prematura de membranas también está por encima de las demás, seguidas de las infecciones del tracto urinario y amenaza de parto pretérmino.

Mientras que en Nicaragua (García, 2015) en un estudio con 83 embarazadas adolescentes que acudieron al hospital Humberto Alvarado en las cuales se investigaron las complicaciones obstétricas que presentaron, el estudio evidencia como resultado que de 83 pacientes embarazadas que el 95.2% están comprendidas entre las edades de 15 a 19 años, la gran mayoría tenía como estado civil unión estable (72.3 %), el 97.6 % de las adolescentes habían recibido educación primaria o secundaria siendo mayor el porcentaje que alcanzó educación primaria (50.6%), el 94% eran al momento del estudio ama de casa, el 82 % refirieron ser de religión católica, son mayoritariamente procedentes del área urbana (86.7 %), la complicación más frecuente durante el embarazo fue Preclampsia moderada (56.2%), seguida de Preclampsia grave (23.6%). (García, 2015). En nuestro estudio de 42 adolescentes embarazadas, el 78,57% tienen entre 17-19 años, están unión libre el 54,76%, predomina la secundaria completa como nivel académico, son estudiantes el 73,81% y las complicaciones son muy diferentes, solamente tenemos el 4,76% con preclampsia leve.

En Colombia un estudio de casos y controles, no pareado, realizado en pacientes ingresadas al Hospital de Medellín, donde la cohorte tuvo una participación de 506 maternas, atendidas durante su gestación, el 37,9% corresponde a adolescentes entre los 14 y los 19 años. En nuestro estudio las edades predominantes son entre 17-19 años. En cuanto al nivel educativo en el hospital de Medellín, del total de las maternas adolescentes el 89,1% contaban con estudios secundarios, dato que no se compara con el 54,76% secundaria completa de nuestro estudio, en cuanto a las complicaciones está el aborto en un 50%. (Díaz LM, 2012).

A nivel Nacional también existen dos estudios en los cuales existe cierta relación en cuanto a resultados pero con diferente valor porcentual, es así que en el Hospital Provincial General de Latacunga (Guachamin, 2010), con una muestra de 415 adolescentes embarazadas, El 43% corresponde a las edades de 17 a 18 años; El 94% nivel socio-económico regular; el 61% proviene del sector urbano; el 48% vive en unión libre; complicaciones obstétricas, aborto incompleto 19%, y desproporción cefalopélvica 19%, amenaza de parto prematuro 12%, infección de vías urinarias 12% y presentación fetal

distócica 12%; preeclampsia 8%, expulsivo prolongado 5%, aborto diferido 4%, embarazo ectópico 3% y mortalidad fetal 3%; hipertensión inducida por el embarazo 2%; eclampsia 1%. (Guachamin, 2010). Y en la ciudad de Guayaquil se observa que entre las complicaciones más frecuentes están las infecciones de vías urinarias con 47%, seguido de vaginosis 21%. (Rodríguez., 2013)

Comparando a nivel nacional la cantidad de muestra entre el estudio realizado en Latacunga (Guachamin, 2010), y el nuestro hay una gran diferencia, pero los valores porcentuales si tienen alguna relación, en nuestro estudio además, se obtuvo datos más relevantes que estudios anteriores entre los cuales se destaca que nuestras adolescentes provienen mayormente de zonas rurales en un porcentaje del 52,38%, las complicaciones son más frecuentes entre los 17 y 19 años de edad; es más nuestros datos nos permiten relacionar cada complicación de acuerdo al grupo de edad en riesgo nombrado anteriormente, donde se observa que el 23,81% corresponde a la ruptura prematura de membranas cerca del término, el 11,90% son infecciones del tracto urinario bajo (cistitis), el 7,14% amenaza de parto pretérmino y el 4,76% amenaza de aborto.

## 8 Conclusiones

- La edad de las adolescentes embarazadas con mayor predisposición a desarrollar complicaciones está entre los 17 – 19 años, provienen de zonas rurales, con nivel académico secundaria completa, estado civil la unión libre y ocupación son estudiantes.
- Las complicaciones maternas más frecuentes que se encontraron en las adolescentes embarazadas es ruptura prematura de membranas cerca de término, seguido de infecciones del tracto urinario bajo especialmente cistitis, amenaza de parto pretérmino y el aborto en menor porcentaje.
- Relacionando a la edad de las adolescentes con las complicaciones más frecuentes durante su embarazo, se constata que las mujeres que están entre los 17 – 19 años tienen mayores complicaciones, donde las más comunes son la ruptura prematura de membranas cerca del término, las infecciones del tracto urinario bajo sobretodo la cistitis, la amenaza de parto pretérmino, el aborto y anemia.



## 9 Recomendaciones

- Al Ministerio de Salud Pública con la colaboración del Ministerio de Educación, fortalecer la promoción y educación sobre los embarazos en adolescentes dirigidos no solamente a ellas sino también a la comunidad en general teniendo en cuenta que el control prenatal y atención primaria que de esta a son indispensables y de esta manera concienciar a las jóvenes para de esta manera evitar complicaciones
- A las autoridades del Hospital Básico San Vicente de Paúl que tomen en cuenta a los resultados de la presente investigación con el objetivo de que se pueda fomentar la gestión saludable y de esta manera disminuir los porcentajes de complicaciones maternas.

## 10 Bibliografía

- Belda J, Díaz A. Grupo de trabajo sobre ITS, “INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL: DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, PREVENCIÓN Y CONTROL”, Madrid 2011, disponible en: <https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/DocITS2011.pdf>
- DeCherney A, Nathan L y Col. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO GINECOOBSTÉTRICOS. Manual moderno. 9ª edición. 2004. Pag. 356-371, 453-462.
- Díaz LM, Chávez BM. COMPLICACIONES MATERNAS EN ADOLESCENTES Y ADULTAS AFILIADAS AL RÉGIMEN SUBSIDIADO, 2012. Rev Fac Nac Salud Pública 2015; 33(2): 206-217. DOI: 10.17533/udea.rfnsp.v33n2a08
- División de Población de la CEPAL (2012). “Reproducción adolescente: novedades en América Latina. Tendencias, factores asociados y desafíos emergentes”. Reseñas sobre Población y Desarrollo, 8. Disponible en: <http://www.eclac.cl/celade/noticias/documentosdetrabajo/9/48929/Rese%C3%B1as8-web.pdf>
- Fawed O. “COMPLICACIONES OBSTETRICAS EN ADOLESCENTES CON O SIN FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS” Honduras 2016. Vol.12. 4:4. Disponible en: <http://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/complicaciones-obsteacutetricas-en-adolescentes-y-mujeres-adultas-con-o-sin-factores-de-riesgo-asociados-honduras-2016.pdf>
- García C, Toribio J, “COMPLICACIONES OBSTETRICAS EN ADOLESCENTES QUE ASISTIERON AL HOSPITAL HUMBERTO ALVARADO VÁSQUEZ ENERO 2012-DICIEMBRE 2013” Nicaragua 2015, disponible en: <http://repositorio.unan.edu.ni/2953/1/76304.pdf>
- Gamboa Claudia, Valdéz Sandra; “EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES”, Marco Teórico Conceptual, Políticas Públicas, Derecho Comparado, Directrices de la OMS, Iniciativas presentadas y Opiniones Especializadas, Mayo 2013. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/sedia/sia/spi/SAPI-ISS-38-13.pdf>

Guía de práctica clínica, “PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y REFERENCIA DE LA AMENAZA DE ABORTO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN”. 2011, CENETEC.

Gutierrez L. Claudia. “COMPLICACIONES MATERNAS EN EMBARAZOS DE ADOLESCENTES” UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA, CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE, MÉDICO Y CIRUJANO. Chiquimula, Guatemala, Octubre, 2014.

Guachamin J. “EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA Y SUS COMPLICACIONES CLÍNICO-QUIRÚRGICAS HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DE LATACUNGA. SEPTIEMBRE 2009- MARZO 2010” Latacunga 2010. Disponible en:

<http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/123456789/1913/1/94T00092.pdf>

Hospital Clínico Hospital San Joan de Déu. Protocolo: “AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO”. Universidad de Barcelona. 2015

Jorge A. Palomino, ESTRUCTURA POBLACIONAL, Huacho – Perú. 2012. Disponible en: <https://es.slideshare.net/jorgepalominoway/indicadores-demograficos-14662221>.

Lancet, GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA, MUERTE FETAL DE CAUSA NO ESPECIFICADA, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO. México, 2011. Disponible en: [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/567\\_GPC\\_Muertefetalconfetounico/567GRR.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/567_GPC_Muertefetalconfetounico/567GRR.pdf)

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. “ATENCIÓN DEL ABORTO TERAPÉUTICO, GUIA DE PRÁCTICA CLINICA, QUITO: MSP”, Dirección Nacional de Normalización - MSP; 2015, 40pp.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador “DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA ANEMIA EN EL EMBARAZO”. Guía de Práctica Clínica Quito, MSP; 2014.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador “INFECCIONES DE VIAS URINARIAS EN EL EMBARAZO”. Guía de Práctica Clínica para la embarazada Quito, MSP; 2012.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador “TRASTORNOS HIPERTENSIVOS EN EL EMBARAZO”. Guía de Práctica Clínica para la embarazada Quito, MSP; 2016.

M López, M Palacio. M del Pino, M Puig, E Bataller, M España. “PROTOCOLO: LESIONES PERINEALES DE ORIGEN OBSTÉTRICO: Diagnóstico, tratamiento y seguimiento”. Barcelona 2014. Disponible en [https://medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/patologia\\_materna\\_obstetrica/lesiones%20perineales%20de%20origen%20obst%E9trico.pdf](https://medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/patologia_materna_obstetrica/lesiones%20perineales%20de%20origen%20obst%E9trico.pdf)

Ministerio de Salud Pública. “RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS PRETÉRMINO”, Guía de Práctica Clínica (GPC). , 1ª Edición, Quito: Dirección Nacional de Normatización; 2015. Disponible en: <http://salud.gob.ec>

Organización Mundial de la Salud, DEPARTAMENTO DE SALUD MATERNA, DEL RECIÉN NACIDO, DEL NIÑO Y EL ADOLESCENTE, año 2012. Disponible en: [www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/es/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/es/).

Organización Panamericana de la Salud (2006), Agenda de Salud para las Américas 2008-2017. OPS: WDC Disponible en: [http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Agenda\\_Salud\\_para\\_las\\_Americas\\_2008\\_2017.pdf](http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Agenda_Salud_para_las_Americas_2008_2017.pdf)

SCOTT, DANFORTH. TRATADO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA. 9na Edición, Español, Mexico, año 2005, Pag 403-435.

Rodríguez V. INCIDENCIA DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA EN MUJERES DE 12 A 18 AÑOS EN MATERNIDAD MARIANA DE JESÚS” DE SEPIEMBRE 2012 A FEBRERO DEL 2013. Gayaquil, Ecuador, 3013. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1978/1/TESIS%20VIVIANA%20RODRIGUEZ%20AQUINO.pdf>

Zapardiel Gutierrez I., De la Fuente Valero J., Bajo Arenas J.M. “GUIA PRACTICA DE URGENCIAS EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA” Madrid, 2008, pp 17-19.

## 11 Anexos

## Anexo N°1

**Aprobación para recolectar datos en el Hospital**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA  
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA  
DIRECCIÓN CARRERA DE MEDICINA

MEMORÁNDUM Nro.0287 CCM-FSH-UNL

**PARA:** Director Del Hospital Básico San Vicente De Paul

**DE:** Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustán  
**DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA**

**FECHA:** 19 de septiembre de 2017

**ASUNTO:** Solicitar autorización para desarrollo de trabajo de investigación

Por medio del presente, me dirijo a usted con la finalidad de expresarle un cordial y respetuoso saludo, deseándole éxito en el desarrollo de sus delicadas funciones.

Aprovecho la oportunidad para solicitarle de la manera más respetuosa, se digne conceder su autorización para que la **Sr. Max Jonathan Ordoñez Ochoa**, estudiante de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, para poder acceder al libro de estadísticas del área de Ginecología, información que le servirá para la realización de la tesis: titulada **"COMPLICACIONES MATERNAS EN EL EMBARAZO DE ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL BÁSICO SAN VICENTE DE PAUL DE PASAJE - EL ORO"**, trabajo que lo realizará bajo la supervisión del Dra. María de los A. Sánchez Tapia, Catedrática de esta Institución.

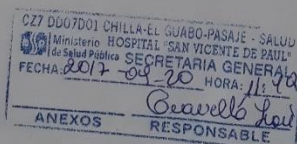
Por la atención que se digne dar al presente, le expreso mi agradecimiento personal e institucional.

Atentamente,

Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustán.  
**DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA  
DE LA FACULTAD DE LA SALUD HUMANA - UNL**  
C.c.- Archivo  
NOT



**VISTO BUENO**  
DIRECTOR HOSPITAL  
SAN VICENTE DE PAUL



## Anexo N°2

**Certificado del área de estadística del Hospital**

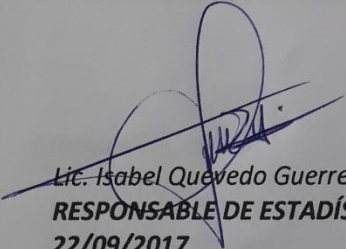
HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL  
DEPARTAMENTO DE ESTADÍSTICA  
2915-175/2915-546  
PASAJE – EL ORO

**A PETICIÓN DE PARTE INTERESADA.**

**CERTIFICA:**

Que el señor: **ORDOÑEZ OCHOA MARX JONATHAN**, con C.I. # **1104285877**, realizó investigación en el departamento de estadística revisando historias clínicas, para la realización de la tesis con el tema "COMPLICACIONES MATERNAS EN EL EMBARAZO DE ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL BÁSICO SAN VICENTE DE PAÚL"; desde el día 20 hasta el 22 de septiembre del presente año.

Pasaje, 22 de septiembre del 2017

  
Lic. Isabel Quevedo Guerrero  
**RESPONSABLE DE ESTADÍSTICA**  
22/09/2017



## Anexo N°3



Universidad Nacional de Loja  
 Área de la Salud Humana  
 Carrera de Medicina

**Historia Clínica:**.....

**Edad:**.....

**Lugar de Procedencia:**.....

**Estado Civil:**.....

**Ocupación:**.....

**Raza:**.....

**Nivel académico:**.....

**Complicaciones:**

- **ABORTO**

SI ( ) NO ( )

Aborto espontáneo ( ) Aborto inducido ( ) Aborto incompleto ( ) Aborto Completo ( )  
 Aborto diferido ( )

- **AMENAZA DE ABORTO**

SI ( ) NO ( )

Edad gestacional: 4-10 semanas ( ) 11-15 semanas ( ) 16-20 semanas ( )

- **MUERTE MATERNA**

SI ( ) NO ( )

Cual.....

- **MUERTE FETAL**

Óbito Fetal: SI ( ) NO ( )

Genética ( ) Infecciosa ( ) Malformaciones congénitas ( )  
 Insuficiencia placentaria ( ) Restricción del crecimiento fetal ( )

- **ANEMIA**

SI ( ) NO ( )

Severa (<7,0g/dl) ( ) Moderada (7,1-10,0g/dl) ( ) Leve (10,1 - 10,9g/dl) ( )

- **INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO**

SI ( ) NO ( )

EMO: Positivo ( ) Negativo ( )

Altas: Pielonefritis ( ) Absceso Renal ( )

Bajas: Cistitis ( ) Uretritis ( )

Bacteriuria asintomática ( )

- **AMENAZA DE PARTO PRETERMINO**

SI ( ) NO ( )

- **PRECLAMPSIA**

SI ( ) NO ( )

Leve SI ( ) NO ( )

Grave SI ( ) NO ( )

- **PARTO PREMATURO**

SI ( ) NO ( )

Edad Gestacional:.....

**RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS**

SI ( ) NO ( )

Cerca de Termino SI ( ) NO ( )

Lejos de Término SI ( ) NO ( )

Previaible SI ( ) NO ( )

Periodo de Latencia SI ( ) NO ( )

Ruptura Prolongada SI ( ) NO ( )



**Características sociodemográficas****- LUGAR DE PROCEDENCIA**

RURAL ( )

URBANO ( )

**- ESTADO CIVIL**

Casada ( )

Soltera ( )

Unión Libre ( )

Divorciada ( )

Viuda ( )

**- NIVEL DE INSTRUCCIÓN**

Primaria SI ( ) NO ( )

Completa ( ) Incompleta ( )

Secundaria SI ( ) NO ( )

Completa ( ) Incompleta ( )

**- OCUPACION**

Cual.....

## Anexo N°4



Líderes en la Enseñanza del Inglés

Lic. Andrés Loja  
DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH CÍA LTDA.

## CERTIFICA:

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idioma español al idioma inglés del resumen de tesis titulada "COMPLICACIONES MATERNAS EN EL EMBARAZO DE ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL BÁSICO SAN VICENTE DE PAÚL DE PASAJE EL ORO" autoría del Sr. Marx Jonathan Ordóñez Ochoa, egresado de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja.

Lo certifica en honor a la verdad y autorizo al interesado hacer uso del presente en lo que a sus intereses convenga.

Loja, 12 de Octubre de 2017

Lic. Andrés Loja  
DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH CÍA LTDA.



*Líderes en la Enseñanza del Inglés*

Fine-Tuned English Cía. Ltda. | Teléfono 2578899 | Email [venalfine@finetunedenglish.edu.ec](mailto:venalfine@finetunedenglish.edu.ec) | [www.finetunedenglish.edu.ec](http://www.finetunedenglish.edu.ec)

**LOJA:** Fine-Tuned English, Macará entre Miguel Riofrío y Rocafuerte. 2578899, 2563224, 2574702  
**ZAMORA:** Fine-Tuned Zamora, García Moreno y Pasaje 12 de Febrero. Teléfono: 2608169  
**CATAMAYO:** Fine-Tuned Catamayo, Av. 24 de Mayo 08-21 y Juan Montalvo. Teléfono: 2678442



12

**Anexo N°5****Proyecto de tesis****1. Tema:**

COMPLICACIONES MATERNAS EN EL EMBARAZO DE ADOLESCENTES  
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL BASICO SAN VICENTE DE PAUL DE PASAJE – EL  
ORO”

## 2. Problematización

La Organización Mundial de la Salud define como adolescencia al "período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socioeconómica" estableciéndola entre las edades de 10 y 19 años. Esta problemática social trae a los adolescentes una serie de factores de riesgo asociados al embarazo, los cuales para su estudio se agrupan en tres categorías así:

Factores de riesgo individuales: Menarquia precoz, bajo nivel de aspiraciones académicas y la poca habilidad de planificación familiar.

Factores de riesgo familiares: Disfunción familiar, antecedentes de madre o hermana embarazada en la adolescencia, pérdida de figuras significativas y baja escolaridad de los padres.

Factores de riesgo sociales: Bajo nivel socioeconómico, hacinamiento, estrés, delincuencia, alcoholismo, trabajo no calificado, vivir en un área rural, ingreso precoz a la fuerza de trabajo, mitos y tabúes sobre sexualidad y marginación social.

Los problemas médicos que afectan a la madre adolescente con mayor frecuencia son: Aborto espontáneo, preeclampsia, eclampsia, anemia, distocia del trabajo de parto, parto prematuro, hemorragia genital, sepsis, infecciones urinarias y muerte por complicación del embarazo y aborto inducido (Claudia., 2014)

La población mundial de adolescentes ha ascendido a más de 100 millones y en los países en desarrollo 1 de cada 4 personas está en la adolescencia, a diferencia de 1 de cada 7 en los países desarrollados. Para OPS la proporción de adolescentes en Latinoamérica es del 21% y ha continuado incrementándose en términos proporcionales y absolutos. ([OMS](#) (2009)).

En América Latina la maternidad en la adolescencia es bastante común. En Ecuador, según la OMS la tasa de maternidad en adolescentes es de 107,20 por cada 1.000 mujeres. En el Ecuador aproximadamente según proyecciones poblacionales del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos para el año 2009; el 19,9% de la población son adolescentes, y de ellos 2.799.063 son adolescentes de 10 a 19 años, de las cuales las mujeres adolescentes representan el 9,79%. La Tasa Global de fecundidad del Ecuador se ha reducido a un promedio de 2,6 hijos por cada mujer. Según algunas investigaciones se ha demostrado que dos de cada tres adolescentes de 15-19 años sin educación son madres o están embarazadas

por primera vez. Las proporciones de maternidad adolescente son hasta cuatro veces más altas entre las que no tienen educación (43%), comparadas con las de niveles educativos más altos (11% con secundaria completa). El 57.8% de mujeres de entre 15 y 24 años, eran estudiantes cuando supieron de su primer embarazo e interrumpieron sus estudios, de ellas tan solo el 16.5% volvió a estudiar y el 41.3% en promedio no volvió a hacerlo. En muchos países, la tasa de fertilidad en adolescentes es alarmante: de los 15 millones de nacimientos al año, el 11% proviene de madres adolescentes. ([OMS](#) (2009)).

El embarazo de las adolescentes, en algunas situaciones no es un hecho sorprendente, sino que es buscado conscientemente como una reacción a la falta de cariño, afecto, comunicación y educación sexual dentro del hogar, así como de los centros educativos. (Claudia., 2014)

Con dicho estudio se pretende identificar ¿Cuáles son las principales complicaciones maternas en el embarazo de adolescentes atendidas en el Hospital Básico San Vicente de Paúl de Pasaje – El Oro?

### 3. Justificación

El embarazo y la maternidad en adolescentes causan preocupación en la sociedad en general, principalmente porque se ha construido como un problema que acarrea consecuencias negativas, tanto para las adolescentes como para sus familias, se estima que a nivel mundial los bebés nacidos de madres adolescentes son aproximadamente el 11% de todos los nacimientos en el mundo; 95% de ellos ocurren en los países en desarrollo, algunas de ellas no saben cómo evitar un embarazo, u obtener anticonceptivos, otras poseen poca información sobre el tema, esto puede llevar a complicaciones graves durante el embarazo o el parto, es más se ha comprobado que en países de bajos y medianos ingresos son una de las causas principales de muerte entre las mujeres de 15 a 19 años, datos estiman que a nivel mundial una de cada cinco mujeres a los 18 años de edad ya tiene un hijo; por tal motivo se estima que cada año se practican alrededor de 3 millones de abortos inseguros en adolescentes entre 15 y 19 años de edad, lo que contribuye sustancialmente a las muertes maternas y a problemas crónicos de salud. (OMS, 2012)

América Latina y el Caribe es la región con mayor fecundidad adolescente en el mundo después del África; en la región una tercera parte de los embarazos corresponden a menores de 18 años, siendo casi un 20% de estas menores de 15 años lo que conlleva el riesgo de morir por causas relacionadas al embarazo, parto y postparto que se duplica si las niñas quedan embarazadas antes de los 15 años de edad. (CEPAL, 2012)

Estudios realizados en Colombia y en nuestro país en la ciudad de Guayaquil revelan datos interesantes sobre el embarazo en adolescentes, por ejemplo en Colombia; con una participación de 506 maternas, atendidas durante su gestación en una institución de segundo nivel de complejidad de la ciudad de Medellín, el 37,9% corresponde a adolescentes entre los 14 y los 19 años, en cuanto al nivel educativo, del total de las maternas adolescentes el 89,1% cuentan con estudios secundarios. (Díaz LM, 2012).

Mientras que en la ciudad de Guayaquil en la Maternidad Mariana de Jesús en el año 2013, donde se observa que los resultados del mismo indican que el mayor porcentaje de adolescente embarazada se presentó en pacientes de 15 a 17 años de edad con el 56%, mientras que en el rango de 18 años fue de 34%, y el menor porcentaje presento las pacientes de 12 a 14 años con el 10%, en cuanto a factores de riesgos que predispones a problemas obstétricos en adolescentes embarazadas, corresponde a las infecciones de vías urinarias con

47%, seguido de vaginosis 21%. Datos importantes y que preocupan a la sociedad y juventud como tal. (Rodríguez., 2013)

Por tal motivo, es de mucha importancia identificar las principales complicaciones maternas en el embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital Básico San Vicente de Paúl de Pasaje – El Oro, por medio de la revisión y análisis de las historias clínicas de las pacientes que han sido ingresadas al área de Ginecoobstetricia para de esta manera dar a conocer el problema y a la vez disminuir la morbilidad y mortalidad tanto materna como fetal.

## **4. Objetivos**

### **4.1. objetivo general**

Determinar las principales complicaciones maternas en el embarazo de adolescentes atendidas en el Hospital Básico San Vicente de Paúl de Pasaje – El Oro.

### **4.2. Objetivos específicos**

1. Establecer las principales características sociodemográficas más frecuentes que se asocian en el embarazo de adolescentes atendidas en el Hospital Básico San Vicente de Paúl de Pasaje – El Oro.
2. Identificar las complicaciones maternas más frecuentes en adolescentes atendidas en el Hospital Básico San Vicente de Paúl de Pasaje – El Oro.
3. Relacionar las complicaciones maternas de acuerdo al grupo etario en adolescentes atendidas en el Hospital Básico San Vicente de Paúl de Pasaje – El Oro.



## **5. Esquema de marco teórico**

### **5.1 Embarazo en adolescentes**

- 5.1.1 Generalidades
- 5.1.2 Indicadores demográficos
- 5.1.3 Consideraciones epidemiológicas

### **5.2 Causas y factores de riesgo**

- 5.2.1 Disfunción Familiar
- 5.2.2 Factores Culturales
- 5.2.3 Factores Psicológicos
- 5.2.4 Búsqueda de identidad
- 5.2.5 Información preventiva
- 5.2.6 Factores socioculturales

### **5.3 Consecuencias relacionadas con el embarazo en adolescentes**

### **5.4 Complicaciones maternas**

- 5.4.1 Aborto
- 5.4.2 Amenaza de aborto
- 5.4.3 Amenaza de parto prematuro
- 5.4.4 Parto prematuro
- 5.4.5 Ruptura prematura de membranas
- 5.4.6 Anemia
- 5.4.7 Infección del tracto urinario
- 5.4.8 Preclamsia
- 5.4.9 Muerte materna
- 5.4.10 Muerte fetal

## 6. Diseño metodológico

### 6.1. Metodología

**6.1.1 Tipo de Estudio.** Estudio descriptivo.

**6.1.2 Área de Estudio.** Hospital Básico San Vicente de Paúl ubicado en el sector la Pileta entre las calles Quito y Sucre del cantón Pasaje, provincia el Oro, periodo Enero - Junio del 2016.

**6.1.3 Universo y Muestra.** Estará constituido por un universo de 238 adolescentes embarazadas y una muestra de 42 adolescentes atendidas e ingresadas en el departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Básico San Vicente de Paúl de Pasaje – El Oro periodo Enero - Junio del 2016

#### 6.1.4 Criterios de Inclusión

- Edad  $\geq 10$  años y  $\leq 19$  años.
- Adolescente embarazada que haya sido ingresada al departamento de Ginecoobstetricia.
- Toda mujer adolescente que curse por cualquier trimestre del embarazo.
- Adolescente primigesta y múltipara.

#### 6.1.5 Criterios de Exclusión

- - Mujeres  $< 10$  y  $> 19$  años.
- Pacientes que no tengan exámenes de laboratorio que corroboren el diagnóstico de patologías.
- Adolescente embarazada con cualquier comorbilidad.
- Mujer que no esté confirmado su embarazo.

#### 6.1.6 Variables estudiadas

##### Independiente

- Embarazo
- Adolescentes de 10 a 19 años.

##### Dependiente

- Complicaciones maternas

#### 6.1.7 Recursos

**Humanos:**

- 1 investigador
- 1 asesor
- Adolescentes embarazadas

**Físicos:****Materiales y suministros:**

- Biblioteca
- 1 modem de internet.

**Mobiliario y equipo:**

- Una computadora portátil.
- Impresiones de guías borrador.

**Técnica**

La técnica que se utilizara será el análisis y revisión de historias clínicas en el departamento de estadística, conjuntamente con una hoja de datos realizada como instrumento para la recolección de información limitada y necesaria.

**Procedimiento**

**Autorización:** Deberá ser dada por las autoridades y personal de salud del Hospital San Vicente de Paúl de Pasaje.

Para la recolección de datos se procederá a entregar la solicitud de permiso, la hoja de datos como instrumento y finalmente acudir al servicio de estadística para la obtención de información.

**Supervisión:** En todo el proceso investigativo se contará con la supervisión del director de tesis. El manejo de la información será exclusivamente para motivos de ésta investigación.

## Operacionalización de variables

Variable	Definición	Indicador	Tipo de variable	Escala de medición
<p><b>INDEPENDIENTE</b></p> <p><b>Embarazo en Adolescentes</b></p>	<p>Según la OMS se define embarazo en la adolescencia como aquel que se produce entre los 10-19 años de edad.</p>		Cuantitativa	<p>&gt;10 Años</p> <p>&lt;19 Años</p>
<p><b>DEPENDIENTE</b></p> <p><b>Complicaciones maternas en el embarazo</b></p>	<p>Mujer que estuvo cerca de la muerte, pero que sobrevivió a una complicación durante el embarazo, parto o puerperio inmediato.</p>	Aborto	Cualitativa	<p>- Aborto diferido (Si) (No)</p> <p>- Aborto espontáneo (Si) (No)</p> <p>- Aborto Inducido (Si) (No)</p> <p>- Incompleto (Si) (No)</p> <p>- Completo (Si) (No)</p> <p>- Séptico (Si) (No)</p> <p>(Si) (No)</p>

		Amenaza de aborto		Edad gestacional: 4-10 ( ), 11-15 ( ) 16-20 ( ). Causa.....
		Muerte materna		(Si) (No) Cual.....
		Muerte fetal		Óbito fetal (Si) (No) Cuál: Genética, infecciosa, malformaciones congénitas, insuficiencia placentaria, restricción del crecimiento fetal.
		Anemia		- Severa (<7,0g/dl) - Moderada (7,1-10,0g/dl) - Leve (10,1 - 10,9g/dl)
		Infección del tracto urinario		(Si) (No) -EMO (+) (-) Infecciones altas:

				Pielonefritis ( ) Absceso Renal ( ) Infecciones bajas: Cistitis aguda ( ) Uretritis ( ) Bacteriuria asintomática ( )
		Amenaza de parto pretermino		<37 semanas (Si) (No)
		Preclampsia		(Si) (No) Leve ( ) Grave( )
		Parto prematuro		(Si) (No) Edad gestacional
		Ruptura Prematura de Membranas		SI ( ) NO ( ) Cerca de término ( ) Lejos de Término ( ) Previaible ( ) Periodo de Latencia ( )

				Ruptura Prolongada ( )
<b>INTERVINIENTES</b>  <b>Características sociodemográficas</b>	Conjunto de características biológicas, socioeconómico culturales que están presentes en la población sujeta a estudio.	Lugar de procedencia  Estado civil  Nivel de Instrucción  Ocupación		Rural ( ) Urbano ( )  Casada ( ) Soltera ( ) Unión Libre( ) Divorciada ( ) Viuda ( )  Primaria (Si) (No): Completa ( ) Incompleta ( ) Secundaria (Si) (No) : Completa ( ) Incompleta ( )  Cuál.....
			Cualitativa	

## 7 Presupuesto

<b>Cant.</b>	<b>Articulo</b>	<b>Valor Unitario</b>	<b>Valor Total</b>
5	Lapiceros	0,40	2.00
30	Horas de Internet	0,80	24.00
1	Impresión de borrador	5.00	5.00
150	Impresión del instrumento	0.05	7.50
1	Anillado	2.00	2.00
3	Impresión de tesis	30.00	90.00
3	Empastados de tesis	20.00	60.00
	Transporte		25.00
	Improvistos		100.00
<b>SUBTOTAL</b>			320.50
<b>TOTAL</b>			<b>320.50</b>





FASE DE EJECUCION																							
8	Recolección de datos	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■			
9	Tabulación y análisis de resultados																		■	■			
10	Revisión Final del Proyecto																			■	■	■	■

**Cronograma ampliado**

N o	ACTIVIDADES	SEPTIEMBRE 2015				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE				ENERO 2016				FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
<b>FASE DE PLANEACIÓN</b>																																									
1	Presentación del tema, elaboración del proyecto																																								
2	Presentación del proyecto																																								
3	Correcciones del proyecto																																								
<b>FASE DE EJECUCIÓN</b>																																									
4	Petición de Pertinencia																																								
5	Pertinencia del Proyecto																																								
6	Autorización para el desarrollo de la investigación																																								
7	Recolección de datos																																								
JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE				ENERO 2017																	





## 9 Anexos

### Anexo N°1



Universidad Nacional de Loja  
Área de la Salud Humana  
Carrera de Medicina

**Historia Clínica:**.....

**Edad:**.....

**Lugar de Procedencia:**.....

**Estado Civil:**.....

**Ocupación:**.....

**Raza:**.....

**Nivel académico:**.....

**Complicaciones:**

- **ABORTO**

SI ( ) NO ( )

Aborto espontáneo ( ) Aborto inducido ( ) Aborto incompleto ( ) Aborto Completo ( )

Aborto diferido ( )

- **AMENAZA DE ABORTO**

SI ( ) NO ( )

Edad gestacional: 4-10 semanas ( ) 11-15 semanas ( ) 16-20 semanas ( )

- **MUERTE MATERNA**

SI ( ) NO ( )

Cual.....

- **MUERTE FETAL**

Óbito Fetal: SI ( ) NO ( )

Genética ( )                      Infecciosa ( )                      Malformaciones congénitas ( )  
 Insuficiencia placentaria ( )                      Restricción del crecimiento fetal ( )

- **ANEMIA**

SI ( )                      NO ( )

Severa (<7,0g/dl) ( )                      Moderada (7,1-10,0g/dl) ( )                      Leve (10,1 - 10,9g/dl) ( )

- **INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO**

SI ( )                      NO ( )

EMO: Positivo ( )                      Negativo ( )

Altas: Pielonefritis ( )                      Absceso Renal ( )

Bajas: Cistitis ( )                      Uretritis ( )

Bacteriuria asintomática ( )

- **AMENAZA DE PARTO PRETERMINO**

SI ( )                      NO ( )

- **PRECLAMPSIA**

SI ( )                      NO ( )

Leve                      SI ( )                      NO ( )

Grave                      SI ( )                      NO ( )

- **PARTO PREMATURO**

SI ( )                      NO ( )

Edad Gestacional:.....

**RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS**

SI ( )                      NO ( )

Cerca de Termino                      SI ( )                      NO ( )

Lejos de Término                      SI ( )                      NO ( )

Previaible                      SI ( )                      NO ( )

Periodo de Latencia                      SI ( )                      NO ( )

Ruptura Prolongada                      SI ( )                      NO ( )

**Características sociodemográficas****- LUGAR DE PROCEDENCIA**

RURAL ( )

URBANO ( )

**- ESTADO CIVIL**

Casada ( )

Soltera ( )

Unión Libre ( )

Divorciada ( )

Viuda ( )

**- NIVEL DE INSTRUCCIÓN**

Primaria SI ( ) NO ( )

Completa ( ) Incompleta ( )

Secundaria SI ( ) NO ( )

Completa ( ) Incompleta ( )

**- OCUPACION**

Cual.....