



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ENFERMERÍA

TÍTULO

**ADOLESCENTES EMBARAZADAS Y FACTORES DE RIESGO DE
PATOLOGÍA OBSTÉTRICA EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LA
CIUDAD DE LOJA PERIODO ENERO-JUNIO 2014.**

*Tesis previa a la obtención del título
de Licenciada en Enfermería*

AUTORA:

Rosa Liliana Morocho Salinas

DIRECTORA:

Lic. Teresa Judith Barrazueta Duarte Mg. Sc

LOJA – ECUADOR

2014

CERTIFICACIÓN

Lic. Mg. Sc Teresa Judith Barrazueta Duarte

DOCENTE DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA DEL ÁREA DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA.

CERTIFICA:

Haber revisado el proceso investigativo, realizado por la aspirante Rosa Liliana Morocho Salinas, sobre el tema: **“ADOLESCENTES EMBARAZADAS Y FACTORES DE RIESGO DE PATOLOGÍA OBSTÉTRICA EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA PERIODO ENERO - JUNIO 2014”**, el mismo que cumple con los requisitos y normas establecidas en la Universidad Nacional de Loja, para la concesión de grados y títulos, por lo que autorizo su presentación.

Loja, Octubre del 2014

ATENTAMENTE:



Lic. Teresa Judith Barrazueta Duarte Mg. Sc

DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Yo, Rosa Liliana Morocho Salinas, declaro ser autora el 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: Rosa Liliana Morocho Salinas

Firma: 

Cédula: 110515316-5

Fecha: 30 de Octubre del 2014.

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

Yo **Rosa Liliana Morocho Salinas**, declaro ser autora de la tesis titulada **“ADOLESCENTES EMBARAZADAS Y FACTORES DE RIESGO DE PATOLOGÍA OBSTÉTRICA EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA PERIODO ENERO-JUNIO 2014”** como requisito para optar al grado de **Licenciada en Enfermería** 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 los 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 30 días del mes de Octubre del dos mil catorce. Firma la autora.

Firma: 

Autora: Rosa Liliana Morocho Salinas

Cédula: 1105153165

Dirección: Sauces Norte

Correo Electrónico: rosalilianamorochosalinas@yahoo.es

Celular: 0994085238

DATOS COMPLEMENTARIOS

Director de Tesis: Mg. Teresa Judith Barraqueta Duarte

Tribunal de Grado: Mg. Gina Monteros (Presidenta)

Mg. Magdalena Villacís (Vocal)

Mg. Noemí Dávila (Vocal)

DEDICATORIA

Son tantas personas a las cuales debo parte de este triunfo, de lograr alcanzar mi culminación académica, la cual es el anhelo de todos los que así lo deseamos.

A Dios y a la Virgencita del Cisne, por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A mis Padres (Rosa Salinas, Eduardo Morocho), porque serán siempre mi inspiración para alcanzar mis metas, por enseñarme que todo se aprende y que todo esfuerzo es al final recompensa. Su esfuerzo, se convirtió en su triunfo y en el mío.

A mis hermanas/os (Franklin, Ángel, Carmen, Adelaida y María), por su apoyo incondicional durante todo el transcurso de mi carrera.

A un ser angelical que dio luz a mi existencia; mi hijo Mario Alejandro, quien vive en mi corazón acompañándome cada instante, tengo la certeza que se sentirá orgulloso de ver hecho realidad mi sueño.

A mis queridas/os amigas/os, de los cuales conservo los más bellos recuerdos, por su apoyo brindado, por sus consejos y amistad dentro y fuera de las aulas de clase.

Rosa Liliana Morocho Salinas

AGRADECIMIENTO

Al finalizar un trabajo tan arduo y lleno de dificultades como el desarrollo de una tesis es inevitable que te asalte un muy humano egocentrismo que te lleva a concentrar la mayor parte del mérito en el aporte que has hecho. Sin embargo, el análisis objetivo te muestra inmediatamente que la magnitud de ese aporte hubiese sido imposible sin la participación de personas e instituciones que han facilitado las cosas para que este trabajo llegue a un feliz término.

Agradecemos primeramente al ser espiritual e invisible que día a día a pesar de las difíciles pruebas a las que nos somete, nos protege, ayuda, y guía por el buen camino para ser mejores individuos. A mis padres que siempre han sido la motivación principal, que me apoyan incondicionalmente y me dan confianza para seguir adelante en cada jornada de nuestras vidas, a mis hermanos, hermanas e hijo y otros familiares que de alguna u otra manera contribuyeron a este legado.

A la Universidad Nacional de Loja, particularmente al Área de la Salud Humana, y cada uno de los docentes de la carrera de Enfermería quienes con su amplia experiencia, se ingeniaron la forma de inculcar con los conocimientos que hoy en nuestro intelecto poseemos.

También al personal del Hospital Isidro Ayora de Loja a su Directora Dra. Yadira Gavilánez al Dr. Daniel Pacheco, a la Ingeniera Anita Soto y más personal de estadística, quienes con respeto y confianza permitieron el acceso a los expedientes clínicos de cada paciente, colaborando para la realización de esta investigación.

A mi directora de tesis Lic. Mg. Judith Barrazueta quien con mucho esmero y paciencia me ayuda a culminar en buena manera el presente trabajo investigativo.

GRACIAS

TÍTULO

**ADOLESCENTES EMBARAZADAS Y FACTORES DE RIESGO DE
PATOLOGÍA OBSTÉTRICA EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LA
CIUDAD DE LOJA PERIODO ENERO-JUNIO 2014.**

RESUMEN

El presente estudio de tipo descriptivo, se realizó con el objetivo de identificar factores de riesgo de patología obstétrica en adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja periodo Enero- Junio del 2014; la muestra la conformaron 342 casos. Se realizó la recolección de información mediante la revisión de las historias clínicas, para lo cual fue diseñada una lista de cotejo en donde se registraron todos los datos necesarios, los cuales fueron tabulados y procesados para obtener conclusiones y a la vez formular recomendaciones.

Los principales factores de riesgo estudiados fueron: Edad materna, estado civil, residencia, escolaridad, edad de la menarquía, uso de anticonceptivos, tratamiento obstétrico y complicaciones maternas.

Como principales resultados se encontró: que 71% de las embarazadas tienen una edad entre 17-19 años, el 62% reside en la zona rural de Loja, 50% viven en unión libre, 42% tiene secundaria incompleta, 72% no utilizaron métodos anticonceptivos; en cuanto al embarazo actual; 51% finalizó en cesárea. Entre las principales complicaciones obstétricas están: 51% cesárea, 22% aborto, 27% infecciones de vías urinarias, 25% amenaza de parto prematuro, 15% desgarro perineal y 10% anemia.

Para ayudar a corregir esta problemática, es necesario emprender en campañas de prevención del embarazo en adolescentes, promover la salud sexual y reproductiva responsable, así como los deberes y derechos de los adolescentes empezando en sus hogares, y continuando en los establecimientos de educación.

Palabras claves: Embarazo, adolescente, factor de riesgo, patología obstétrica.

SUMMARY

This descriptive study was conducted to identify risk factors for obstetric pathology in pregnant adolescents seen at the Isidro Ayora Hospital Loja period January-June 2014; the sample was composed of 342 cases. Data collection was conducted by reviewing the medical records, for which it was designed a checklist in which all necessary data processed, which were tabulated and recorded to draw conclusions and make recommendations once.

The main risk factors studied were: maternal age, marital status, residence, education, age at menarche, contraceptive use, obstetric care and maternal complications.

The main results were found: 71% of pregnant women aged between 17-19 years, 62% reside in the rural area of Loja, 50% cohabiting, 42% have secondary incomplete, 72% did not use methods contraceptives, 51% ended in cesarean section. The main obstetric complications are: 51% cesarean abortion 22%, 27% urinary tract infections, 25% preterm labor, 15% and 10% perineal tear anemia.

To help correct this problem, you need to embark on campaigns to prevent adolescent pregnancy, promote responsible sexual and reproductive health and rights and duties of teenagers starting in their homes, and continuing education establishments.

Keywords: Pregnancy, adolescent, risk factor, obstetric pathology.

INTRODUCCIÓN

El embarazo en la adolescencia es un problema social, económico y de salud pública de considerable magnitud, tanto para los jóvenes como para sus hijos, pareja, familia, ambiente y comunidad que los rodea. Reduce las posibilidades de que los adolescentes puedan seguir sus estudios y superarse en la vida. La mayoría de parejas (por decisión propia o exigencias de sus familias) optan por contraer matrimonio lo que conlleva a que el adolescente tenga que trabajar sin terminar sus estudios.

El presente estudio investigativo, es de tipo descriptivo, su área de estudio es el Área de Gineco obstetricia del Hospital Isidro Ayora, con una muestra de 342 casos de adolescentes embarazadas. Se utilizó como técnica la revisión de las historias clínicas y de instrumento, una lista de cotejo. El estudio trata sobre factores de riesgo de patología obstétrica en adolescentes embarazadas.

En lo que respecta a complicaciones obstétricas, se señala que mientras más joven es la adolescente, mayores son las alteraciones que pueden ocurrir en relación al parto, esto es debido principalmente a una falta de desarrollo de la pelvis materna, lo que condicionaría mayor incidencia de desproporción cefalopélvica, constituyendo esto, una causa importante de trabajos de partos prolongados y operatorios como las cesáreas.

En un estudio observacional analítico realizado en Cuba se demostró que la frecuencia de la diabetes gestacional en las adolescentes fue baja (2,7 %). En Ecuador 10% de las mujeres entre 15 y 24 años que tuvieron su embarazo antes de los 15 años, dijeron que éste terminó en aborto. (Castillo, Díaz, Castro, & Jiménez, 2010; p. 126)

En un estudio realizado en la ciudad de Cuenca, el aborto se presentó en 7.31%, la prematuridad 3.35%, el síndrome hipertensivo del embarazo ocurrió en 2.24%, la ruptura prematura de membranas constituyó 4.87%; y las distocias, se presentó en 17.65%. (Zaruma & Santos, 2011)

En la provincia de Loja en un estudio realizado en el servicio de Gineco-Obstetricia se tomó como muestra 986 adolescentes gestantes entre 13 y 19 años que fueron hospitalizadas por complicaciones asociadas a la gestación y labor de parto; las patologías más frecuentes que se reportan son: Infecciones de vías urinarias en 21.08%, Vaginitis el 18%, Preeclampsia en 11.14%, Pielonefritis el 6.33%; se evidenció un número considerable de casos que presentaron complicaciones en el tercer trimestre de gestación y al momento del parto, de los cuales el 5.72% corresponde a óbitos fetales y el 8.13% a ruptura prematura de membranas, el 75.56% registran hasta 2 ingresos hospitalarios, el 59.43%, ha tenido parto vaginal, el 35% cesárea. (Álvarez Gaona, 2011)

Son numerosos los argumentos para explicar que el embarazo en la adolescencia se comporta como un problema de salud, por lo que se hace necesario el desarrollo de políticas serias relacionadas con la educación sexual y sexualidad responsable, que se encaminen a la reducción de las tasas de embarazo en este grupo, lo que garantizará un mejor pronóstico de vida, tanto para la madre como para la descendencia y una repercusión positiva en el desarrollo futuro de la sociedad.

Ante lo expuesto, se ha considerado importante es realizar la presente investigación con el objetivo de identificar factores de riesgo determinantes de patología obstétrica en adolescentes embarazadas de 10 a 19 años, atendidas en el Hospital Isidro Ayora en el periodo Enero- Junio del 2014.

Los resultados de este estudio se presentan en tablas cuyo análisis e interpretación se basa en el marco teórico seleccionado para el efecto, finalmente se llegó a las conclusiones y recomendaciones de acuerdo a los objetivos planteados en la investigación.

REVISIÓN DE LITERATURA

CAPITULO I

ADOLESCENCIA Y EMBARAZO

1.1 ADOLESCENCIA

La palabra adolescente se deriva del latín “adolescere” que significa crecer, según la Organización Mundial de la Salud, es la etapa que abarca toda la década de la vida. De los 10 a los 19 años, (Redondo, Galdo, & García, 2009).

Es una etapa de transición entre la infancia y la edad adulta. Es un periodo de desarrollo biológico, social, emocional y cognitivo que, si no se trata satisfactoriamente, puede llevar a problemas afectivos y de comportamiento en la vida adulta.

La adolescencia es una etapa donde los adolescentes crean su propia identidad personal, un sentido de autonomía que, a veces pueden a ver desacuerdos con sus padres o con personas que estén a su lado. La mayoría de los adolescentes salva esta fase de forma satisfactoria y disfruta de unas relaciones positivas con sus padres y otros adultos.

Es una definición un tanto convencional ya que la cronología de la maduración varía de un individuo a otro clasificándose la adolescencia en tres etapas:

1.1.1 Adolescencia Temprana (10 a 13 años)

Es el periodo peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca, comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo, se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

1.1.2 Adolescencia media (14 a 16 años)

Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático.

1.1.3 Adolescencia tardía (17 a 19 años)

Así no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta.

1.2 EMBARAZO

Es un proceso natural de la reproducción humana que se inicia cuando el ovulo fecundado anida en el útero de la mujer, proceso conocido con implantación. El embarazo tiene una duración de 40 semanas (9 meses aproximadamente).

Comprende todos los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno, así como los significativos cambios 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. (Coronado, 2013)

1.2.1 ADOLESCENTES EMBARAZADAS

El embarazo es una parte del proceso de reproducción humana que comienza en la fecundación del ovulo por el espermatozoide en la adolescente menor de 19 años y termina con el parto. El embarazo es una secuencia de eventos que ocurren normalmente durante la gestación de la mujer esto incluye la fertilización, la implantación, el crecimiento embrionario, el crecimiento fetal, y finalmente el nacimiento.

Durante el embarazo el organismo de la adolescente va a experimentar diferentes cambios anatómicos, fisiológicos, y psicológicos, que la

convertirán en mujer. Es por ello que la adolescente debe aceptar y saber llevar lo mejor posible estas transformaciones, porque de ello depende que este periodo vital se convierta en una experiencia irrepetible, cuyo fruto es la creación de una nueva vida. (Valera, 2009)

Es necesario tener presente que debido a la falta de orientación en los jóvenes, se observa cada día un incremento en el número de adolescentes embarazadas, llegando esto a generar un impacto negativo sobre la condición física, emocional y económica de la adolescente, además de condicionar y perturbar su proyecto de vida, lo que conlleva entre otros a una problemática de índole médico, por complicaciones del embarazo y el parto, por no haber tenido un debido control prenatal.

CAPITULO II

FACTORES DE RIESGO DE PATOLOGÍA OBSTÉTRICA

2.1 CONCEPTOS

Riesgo: El riesgo es una medida que refleja la probabilidad de que se produzca un hecho o daño a la salud.

Factor de riesgo: Es toda característica o circunstancia observable en una persona, asociada con una probabilidad incrementada de experimentar un daño a su salud. La importancia mayor de los factores de riesgo consiste en que son observables o identificables antes de la ocurrencia del hecho que predicen.

Riesgo obstétrico: Gestación o embarazo que se ve, de alguna manera, complicado por problemas médicos, quirúrgicos, obstétricos, sociales y/o psicológicos que pudieran conducir a la morbilidad y/o mortalidad materna, fetal o neonatal.

2.2 Entre los factores de riesgo de patología obstétrica tenemos:

2.2.1 Pre gestacionales:

Estado socioeconómico bajo, pobreza: La morbimortalidad materna y perinatal está directamente relacionada a poblaciones con bajos recursos, sin apoyo familiar, gestante sin control prenatal. La gestante mal nutrida se complica con enfermedades infecciosas, abortos, partos pretérmino, etc.

Relaciones sexuales a temprana edad y varias parejas sexuales: La principal consecuencia que trae empezar una vida sexual a tan temprana edad son los embarazos no planificados que puede intervenir en muchos factores y aspectos de la vida de la adolescente o de la joven y afecta a la relación de la pareja, en la familia, en el estudio ya que muchas de ellas tienen que interrumpir el estudio. Entonces las implicancias que tiene esta situación son múltiples.

Falta de conocimientos y uso de anticonceptivos: En los adolescentes existe falta de información y conocimientos sobre los métodos anticonceptivos o no tienen fácil acceso a su adquisición.

También tienen vergüenza de preguntar sobre los métodos anticonceptivos o comprarlos. En gran parte los métodos anticonceptivos son usados inadecuadamente. Los adolescentes al no tener experiencia los usan de manera incorrecta. El fracaso anticonceptivo es mayor en jóvenes que en personas adultas.

La comunicación con los padres es primordial. A ellos no les debe dar temor de hablar con sus hijos sobre sexualidad, ya que es la manera más eficaz de prevenirlos y apoyarlos, conversando de las relaciones sexuales en general, así como los métodos anticonceptivos, las enfermedades de transmisión sexual y las ventajas y desventajas de los embarazos precoces. (Navarrete, 2012)

Falta de planificación familiar: hay muchas adolescentes que no acuden a planificación familiar, por muchos factores ya sean personales familiares u sociales trayendo muchos problemas en su adolescencia, al acudir u utilizar algún método de planificación familiar ayudara a disminuir los embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual y abortos provocados.

¿Por qué los adolescentes hoy en día no saben que es una planificación familiar?: *Porque ningún organismo o plantel se ha encargado de dar charlas o talleres a los adolescentes o hasta los mismos adultos sobre como planificar la vida, como estar capacitado para tener un hijo, como cuidarse de una enfermedad etc.*

Falta de educación sexual: La educación de niños, niñas y adolescentes sobre salud sexual es una de las cuestiones más debatidas y de mayor carga emocional. Las diferencias de opinión son muy grandes cuando se trata de dilucidar hasta qué punto debe ser explícito el material utilizado, la extensión ideal, con qué frecuencia debe hacerse llegar a sus destinatarios y a qué edad debe iniciarse dicha educación.

Bajo nivel de instrucción escolar: Normalmente no se ofrece en el hogar, la escuela, la comunidad, educación sobre el comportamiento sexual responsable e información clara y específica sobre las consecuencias del intercambio sexual que incluyen: embarazo, infecciones de transmisión sexual y efectos psicosociales; por lo tanto mantienen relaciones sexuales sin las medidas necesarias de contracepción o se limitan con frecuencia en sus opciones anticonceptivas a la información obtenida por compañeros de grupo, es por ende la gran importancia de desarrollar estrategias en el sector salud en lo que se refiere a Planificación familiar y enfocados a dar acceso más fácil a la información y servicios contraceptivos.

Malas relaciones intrafamiliares: La familia constituye el principal contexto para la comunicación y el aprendizaje por lo tanto los padres deben expresar todo su cariño y afecto a los/las adolescentes para que ellos vean un/una amiga/o en sus padres y expresen sus dudas, por el contrario si no existe buena relación entre padres e hijos/as adolescentes ellos quizá busquen a otra persona para que le dé respuesta a sus dudas y pueda que tal vez no sea la persona indicada y la conlleve a un verdadero fracaso.

Menarquia precoz: La menarquia representa una fecha importante para profundizar en la educación sexual y explicar a los adolescentes todos los riesgos inherentes a las relaciones sexuales.

Mala historia obstétrica: Antecedente de aborto, aborto recurrente, embarazos ectópicos, partos pretérmino, RCIU, pre-eclampsia, diabetes gestacional, cesárea previa.

Enfermedades maternas: Tracto genitourinario, trastornos mentales, hereditarios, complicaciones obstétricas del presente embarazo, infecciosas, metabólicas, endocrinas, cardiopulmonares.

Enfermedades previas y hereditarias: Ciertas condiciones médicas en una mujer gestante pueden ponerla en peligro a ella y al feto. Las más importantes son la hipertensión arterial crónica, enfermedades renales,

diabetes, cardiopatías graves, enfermedad tiroidea, lupus eritematoso sistémico (lupus) y trastornos de la coagulación sanguínea.

2.2.2 Gestacionales

Edad: Las mujeres muy jóvenes, adolescentes o las mayores de 35 años, tienen mayor riesgo durante su embarazo o parto.

Las adolescentes embarazadas de 15 años y menos tienen más probabilidades de desarrollar preeclampsia y eclampsia; también tienen más probabilidades de tener hijos de bajo peso al nacer o desnutridos.

La edad de la iniciación sexual se usa en la práctica tanto para capturar la precocidad de la exposición al riesgo de embarazo como su intensidad. Un tercer componente tiene que ver con prácticas sexuales, en particular las que reducen la exposición al riesgo de embarazo, como la abstinencia durante el periodo fértil o el puerperio.

Residencia: El lugar de residencia, en particular la distinción entre ámbito urbano y rural, también influye sobre el comportamiento reproductivo, ya sea por las diferencias “valóricas” entre estos ámbitos “asunto destacado, aunque no exento de polémica, por toda la literatura asociada a la llamada teoría de la modernización y que supone comportamientos más tradicionales y por ende más refractarios al control de la reproducción en ámbitos rurales” o por las diferencias materiales (típicamente mayor pobreza y menor educación en zonas rurales) y de acceso a servicios, entre ellos los de salud (inferior en zonas rurales).

Estado civil y escolaridad: se ha demostrado ampliamente que existe una fuerte relación entre el nivel de educación de la madre y la regulación de la fecundidad. Las mujeres con mayor escolaridad posponen el matrimonio y tienen un nivel de fecundidad más bajo. Esto porque la escolarización reduce el número deseado de hijos, fortalece la opción de controlar la reproducción, disminuye la utilidad de los hijos, aumenta el costo del tiempo

de las mujeres y su ingreso. “En particular, entre las jóvenes, el aumento del nivel de educación se asocia con menores índices de fecundidad y de reproducción temprana” (Blázquez, M, 2010).

Peso: se considera factor de riesgo al peso menor a 45 Kg y mayor a 85 Kg.

Una mujer que pesa menos de 45 kilogramos cuando no está embarazada tiene más probabilidades de tener un bebé de menor tamaño de lo esperado en relación con el número de semanas de embarazo (pequeño para su edad gestacional). Si su peso aumenta menos de 5 kilogramos durante el embarazo, el riesgo de tener un bebé con esas características aumenta en casi un 30 por ciento. Por el contrario, una mujer obesa tiene más probabilidades de tener un bebé muy grande; la obesidad también incrementa el riesgo de desarrollar diabetes y presión arterial elevada durante el embarazo. “La gestante requiere un promedio de 300 kcal/d. La ganancia de peso durante la gestación es de 6 a 16 kg promedio 11 kg. La alimentación debe ser balanceada: proteínas, hierro, folatos, yodo, zinc, calcio, vitaminas y oligoelementos” (Avila, 2011).

Paridad: En la primigrávida, la falta de experiencia de la gestante, así como una mayor probabilidad de problemas inmunológicos durante la implantación, repercute en una mayor incidencia de pre – eclampsia y eclampsia, RCIU, parto pretérmino, abortos, etc. La gran múltipara: madres malnutridas, fatigadas, embarazos no deseados y con un desgaste físico.

Patologías presentadas durante la gestación: “Desnutrición, anemia, diabetes, hemorragias, placenta previa, malformaciones uterinas” (Santana, 2012).

Embarazo múltiple: Los embarazos múltiples se consideran de alto riesgo, tanto para la madre como para los fetos.

Es aquel que tiene más posibilidades de complicaciones, tanto desde el punto de vista de la madre como para el bebé y, por tanto, el control previo

durante la gestación, el parto y puerperio, han de ser más completos, evitando cualquier posible riesgo.

Adicciones y malos hábitos: El tabaquismo es la adicción más frecuente entre las mujeres embarazadas de algunos países desarrollados, además el tabaquismo entre las adolescentes ha aumentado sustancialmente y supera al de los jóvenes de su misma edad. El efecto más marcado del tabaquismo sobre el recién nacido durante el embarazo es la reducción de su peso al nacer: cuanto más fuma una mujer durante el embarazo, menos pesará el recién nacido. Una mujer embarazada que no fuma debería evitar exponerse al humo de otros, puesto que, igualmente, puede perjudicar al feto.

El consumo de alcohol durante el embarazo es la principal causa conocida de anomalías congénitas. El síndrome alcohólico fetal, una de las principales consecuencias de beber durante el embarazo, esta enfermedad incluye retraso del crecimiento antes o después del parto, anomalías faciales, cabeza pequeña (microcefalia), probablemente causada por un crecimiento escaso del cerebro, y un desarrollo anormal del comportamiento. Además, el alcohol puede causar problemas que van desde el aborto a graves efectos en la conducta del recién nacido o en el niño en desarrollo.

La drogadicción y el abuso de sustancias tóxicas son cada vez más frecuentes en las mujeres embarazadas.

Las mujeres que se inyectan drogas corren un mayor riesgo de tener anemia, infección de la sangre (bacteriemia) o de las válvulas cardíacas (endocarditis), abscesos cutáneos, hepatitis, flebitis, neumonía, tétanos y enfermedades de transmisión sexual, incluido el SIDA. Alrededor del 75 por ciento de los recién nacidos con SIDA resulta de madres que se inyectaban drogas o ejercían la prostitución. Por otro lado, es probable que su crecimiento dentro del útero sea insuficiente y que nazcan prematuramente. (Atacho Rojas, Medicina ginecobotétrica y natural, 2009)

2.2.3 Del parto

Presentación anormal: En el período del parto los problemas más frecuentes son las alteraciones en la presentación y en la posición del feto, que se han relacionado con un desarrollo incompleto de la pelvis materna. Esto determina una incapacidad del canal del parto, para permitir el paso del feto; estas distocias provocan aumento de los partos operatorios (fórceps y cesáreas).

Incompetencia cervical y estrechez pélvica: Otra manifestación del desarrollo incompleto del aparato genital de la madre adolescente es la estrechez del "canal blando", que favorece las complicaciones traumáticas del tracto vaginal. Este hallazgo implica alto riesgo de lesiones anatómicas (desgarros), así como mayor probabilidad de hemorragias e infecciones en un terreno materno que puede estar comprometido por la desnutrición y las anemias previas. La estrechez de cualquiera de las dos porciones del canal del parto (ósea o blanda), implica un mayor peligro de parto traumático para el feto, que presenta amplia variedad y grado de severidad. Peor aún aumenta la posibilidad de un parto instrumentado si la madre tiene algún problema de columna.

CAPITULO III

PATOLOGIAS Y COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS

3.1 Concepto:

El embarazo en la adolescencia está asociado con un mayor índice de morbilidad y mortalidad, para la madre y para el bebé. Además, muchas de las adolescentes quedan nuevamente embarazadas en los dos años siguientes al nacimiento del primer bebé, lo que dificulta todavía más continuar con los estudios y conlleva generalmente una mala situación económica en el futuro, que también afectará al bienestar de los hijos.

Las adolescentes embarazadas tienen un riesgo mucho mayor de sufrir complicaciones médicas graves durante la gestación como:

3.1.1 ABORTO

El aborto, es la pérdida de un feto, por causas naturales y no intencionadas, antes de la semana 20 del embarazo.

Se pueden distinguir varios tipos de aborto:

Aborto completo: cuando se expulsa íntegramente el saco gestacional.

Aborto incompleto: quedan restos de la concepción dentro del útero. Normalmente es preciso realizar un legrado, o administrar algún medicamento para eliminar lo que no se ha expulsado.

Aborto diferido: el embrión o feto ha muerto, pero sigue en el útero, y la mujer no tiene síntomas de aborto.

3.1.2 PARTO PRETÉRMINO

Es aquel 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.

Amenaza de parto pretérmino: 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.

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 concebirán en las siguientes 48 horas, y más de un tercio llegarán a término. (Pérez Dettoma & Ochoa, 2009: p. 137)

3.1.3 HIPERTENSION ARTERIAL GESTACIONAL

Se denomina hipertensión al aumento en exceso de la presión arterial, es decir, de la fuerza que ejerce la sangre contra el interior de las arterias. Durante el embarazo pueden presentarse distintos tipos de hipertensión y los riesgos que conllevan para la madre y el bebé son muy variables, llegando a ser, en algunos casos, muy graves. Por eso se recomienda medir la tensión arterial a todas las embarazadas de forma mensual durante la segunda mitad del embarazo.

La hipertensión arterial durante el embarazo se clasifica en:

Hipertensión arterial crónica o previa al embarazo. Aparece antes de la semana 20 de gestación y no desaparece después del parto.

Hipertensión arterial transitoria o gestacional. La hipertensión arterial transitoria, también denominada hipertensión gestacional, es la que aparece tardíamente en el embarazo. Es leve o moderada, sin presencia de proteínas en la orina y desaparece después del parto.

Hipertensión arterial inducida por el embarazo o preeclampsia. Es un trastorno que puede ser serio y que se caracteriza tanto por la alta presión

arterial como por la presencia de proteínas en la orina. Se desarrolla como consecuencia del embarazo, por lo general después de la semana 20 de gestación y suele desaparecer después del parto. Es también conocida como toxemia del embarazo.

Eclampsia: Es la presencia de crisis epilépticas (convulsiones) en una mujer embarazada. Estas convulsiones no tienen relación con una afección cerebral preexistente. La eclampsia se presenta después de la preeclampsia, una complicación grave del embarazo en la cual una mujer presenta hipertensión arterial y aumento de peso muy rápido.

Síndrome de HELLP: El síndrome HELLP es una sigla inglesa que indica hemólisis, enzimas hepáticas elevadas y bajo recuento de plaquetas. “Se trata de una evolución de la preeclampsia que no se caracteriza por convulsiones sino por alteraciones en la sangre y en el hígado y que desarrollan alrededor de un 20 por ciento de las mujeres con preeclampsia grave” (Santos Leal, 2010).

3.1.4 DESPROPORCIÓN CÉFALO PÉLVICA

Está vinculada con alguna anomalía de la pelvis, ya sea su tamaño, forma o inclinación que genera: retraso de la dilatación, prolapso de cordón umbilical, prolapso del brazo, infección amniótica, alteraciones de la dinámica uterina, compresión y distensión del canal blando y lesiones fetales.

3.1.5 DIABETES GESTACIONAL

Caracterizada por una presencia anormalmente elevada de azúcar en sangre. Estos altos niveles pueden ser consecuencia de una deficiencia en la producción de insulina, o de un mal funcionamiento del proceso llevado a cabo por la misma.

3.1.6 RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

El líquido amniótico es el agua que rodea a su bebé en el útero. Las membranas o capas de tejido que contienen este líquido se denominan saco amniótico.

A menudo, las membranas se rompen al final de la primera etapa del 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. (Mercer, 2012)

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 la madre y su bebé.

3.1.7 PLACENTA PREVIA

La placenta previa es una complicación que consiste en que la placenta (adherida a la pared del útero mediante vasos sanguíneos) se sitúa cerca o sobre el cuello uterino (abertura del útero). Hay tres tipos de placenta previa:

Placenta previa total: cuando la placenta cubre completamente el cérvix.

Placenta previa parcial: cuando la placenta cubre el cérvix parcialmente.

Placenta previa marginal: cuando la placenta está cerca del borde del cérvix.

3.1.8 DESGARRO PERINEAL

Los desgarros son más comunes entre las mujeres que tienen su primer parto vaginal. Estos pueden ser desde pequeños cortes y abrasiones hasta laceraciones profundas, que pueden afectar diferentes músculos del suelo pélvico. Es posible tener un desgarro incluso si te hicieron una episiotomía. De hecho, una episiotomía eleva tu riesgo de tener desgarros serios.

Los desgarros más superficiales implican la piel del perineo y el tejido alrededor de la abertura de la vagina, o la capa más exterior de la propia vagina se clasifican en:

Desgarros de primer grado, generalmente son tan pequeños que se requieren muy pocos puntos o ninguno. Generalmente sanan rápido y causan pocas o ninguna molestia.

Desgarros de segundo grado, son más profundos y necesitan coserse capa a capa. Causarán algunas molestias y generalmente tardan unas semanas en sanar. Los puntos se disuelven solos a medida que sanas.

Alrededor de un cuatro por ciento de las mujeres que dan a luz vaginalmente tienen un desgarro más serio en su perineo, que se extiende a través de su recto. Este tipo de desgarro puede causar un dolor considerable durante muchos meses e incrementa tu riesgo de incontinencia anal. (Junta de Asesores Médicos de baby Center España, 2013)

Un desgarro de tercer grado, es un desgarro en el tejido vaginal, piel del perineo y músculos del perineo que se extiende hasta el esfínter anal (el músculo que rodea tu ano).

Un desgarro de cuarto grado, atraviesa el esfínter anal y el tejido que está por debajo.

3.1.9 DESPRENDIMIENTO DE MEMBRANAS

La placenta se encuentra unida a la pared del útero por numerosos vasos sanguíneos. El desprendimiento de placenta, consiste en la separación de la placenta de la pared uterina, parcial o totalmente, antes o durante el parto.

Hay que distinguir tres grados en el desprendimiento de placenta, atendiendo a su gravedad:

Grado 1: el sangrado es escaso, con pocas contracciones uterinas. No hay signos de sufrimiento fetal, ni baja presión sanguínea de la madre.

Grado 2: la hemorragia es moderada, con más contracciones uterinas, y la frecuencia cardíaca del feto puede indicar que existe sufrimiento.

Grado 3: el desprendimiento total (o casi total) de la placenta es infrecuente, pero grave. En este caso, el sangrado es intenso, o permanece oculto. Las contracciones uterinas son continuas, con dolor abdominal y baja presión sanguínea de la madre, que puede sufrir un shock. Es necesario practicar una cesárea de urgencia para salvar al bebé, pero si el feto no está suficientemente desarrollado, morirá, ya que no se puede detener el desprendimiento de la placenta.

3.1.10 ANEMIA

La anemia es una afección muy frecuente durante el embarazo que se produce como consecuencia de bajos niveles de hemoglobina en la sangre. La hemoglobina es una proteína que contiene hierro, y su función es transportar el oxígeno a través de la corriente sanguínea hacia los tejidos del cuerpo. Los órganos necesitan de este oxígeno para su correcto funcionamiento.

3.1.11 INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS

La infección urinaria es una de las complicaciones más frecuentes del embarazo; si no es diagnosticada y adecuadamente tratada, puede llevar a un incremento significativo en la morbilidad en la madre y en el feto. “Las IVU ocurren entre el 1 al 3% del total de mujeres adolescentes, incrementándose marcadamente su incidencia después del inicio de la vida sexual activa. Las variantes clínicas son la bacteriuria asintomática, cistitis, uretritis y la pielonefritis” (Estrada, Figueroa, & Villagran, 2010).

Bacteriuria asintomática: Es la presencia de un número significativo de bacterias en la orina que ocurre sin ninguno de los síntomas usuales como ardor al orinar o micción frecuente. Es posible que esta afección no necesite tratamiento, lo que la hace diferente de una infección urinaria de tipo bacteriano.

Cistitis: Es una infección bacteriana de la vejiga o las vías urinarias inferiores.

Uretritis: Es la hinchazón e irritación (inflamación) de la uretra, el conducto que transporta orina.

Pielonefritis; Inflamación aguda o crónica de la pelvis renal, y el tejido de los riñones. Debido a la menor longitud de la uretra, las mujeres la padecen con mucha mayor frecuencia. Se produce cuando una inflamación aguda de las vías urinarias alcanza el área de la pelvis renal.

Vaginitis: Inflamación de la pared mucosa de la vagina, que normalmente se acompaña de afectación vulvar, por lo que es más común hablar de vulvovaginitis. El flujo vaginal normal es blanco, heterogéneo y carece de olor; cualquier cambio en las características del mismo puede indicar, presencia de una vaginitis infecciosa.

3.1.12 CESÁREA

La cesárea es una operación quirúrgica que sirve para extraer al feto y la placenta abriendo el abdomen y el útero.

Al principio la cesárea era una intervención que solo se practicaba cuando la madre moría y el feto seguía vivo en su interior. Más tarde se comenzó a realizar en aquellos casos en los que el parto a través de la vagina era completamente imposible. Hoy en día es la operación quirúrgica obstétrica más frecuente en las sociedades desarrolladas, ya que se considera el procedimiento más seguro para resolver las complicaciones del parto vaginal y mantener el bienestar fetal. (Saceda, 2013; p. 24)

MATERIALES Y MÉTODOS

MÉTODOLÓGÍA

TIPO DE ESTUDIO

La presente investigación es un estudio de tipo descriptivo.

ÁREA DE ESTUDIO

Este estudio se realizó en el área de Gineco Obstetricia del Hospital Isidro Ayora de la Ciudad de Loja, Provincia de Loja.

Universo: el universo lo conformaron 567 usuarias adolescentes que fueron atendidas en el servicio de Gineco obstetricia del Hospital Isidro Ayora durante el periodo Enero – Junio del 2014.

Muestra: la conformaron 342 usuarias adolescentes embarazadas que presentaron factores de riesgo de patología obstétrica en el servicio de Gineco obstetricia del Hospital Isidro Ayora durante el periodo Enero – Junio del 2014.

PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN, INSTRUMENTOS A UTILIZAR.

TÉCNICA

REVISIÓN DE DOCUMENTOS (HISTORIAS CLINICAS): de cada una de las adolescentes embarazadas atendidas durante el periodo Enero - Junio del 2014, documentos que reposan en el departamento de estadística del Hospital Isidro Ayora de Loja.

INSTRUMENTO

LISTA DE COTEJO: incluyo datos de las adolescentes embarazadas como: edad, residencia, instrucción, estado civil, edad de menarquia, uso de métodos anticonceptivos, y las complicaciones obstétricas durante el embarazo y parto.

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

TABLA N° 1

EDAD DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA ENERO-JUNIO 2014

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
10 a 13 años	5	1%
14 a 16 años	95	28%
17 a 19 años	242	71%
TOTAL	342	100 %

Fuente: Historias Clínicas de adolescentes atendidas en el H. Isidro Ayora de Loja.

Elaboración: Rosa Lilibiana Morocho Salinas.

Al hablar de embarazo y parto, “la edad de las mujeres se constituye en un factor muy importante a considerar, puesto que mientras más jóvenes son, mayor será el riesgo de presentar complicaciones”, (Redondo, 2009); como se podrá observar, en este estudio, 71% de las adolescentes que presentaron complicaciones en el embarazo y parto tienen entre 17 y 19 años de edad.

TABLA Nº 2

**RESIDENCIA DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS ATENDIDAS
EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA ENERO-JUNIO 2014**

RESIDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Urbana	129	38%
Rural	213	62%
TOTAL	342	100 %

Fuente: Historias Clínicas de adolescentes atendidas en el H. Isidro Ayora Loja.

Elaboración: Rosa Lilibiana Morocho Salinas.

El lugar de residencia, “también influye sobre el comportamiento reproductivo, ya sea por las diferencias “valóricas” entre estos ámbitos o por las diferencias materiales (típicamente mayor pobreza y menor educación en zonas rurales), entre ellos los de salud (inferior en zonas rurales)”, (Blázquez, M, 2010); en estas consideraciones, las adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital Isidro Ayora, la mayor parte (62%), reside en la zona rural de la ciudad de Loja.

TABLA N° 3

**ESTADO CIVIL DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS ATENDIDAS
EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA ENERO - JUNIO 2014**

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Soltera	96	28%
Casada	61	18%
Viuda	3	1%
Unión libre	171	50%
Divorciada	11	3%
TOTAL	342	100 %

Fuente: Historias Clínicas de adolescentes atendidas en el H. Isidro Ayora Loja.

Elaboración: Rosa Liliana Morocho Salinas.

“Se ha demostrado ampliamente que existe una fuerte relación entre el nivel de educación y el estado civil, las mujeres con mayor escolaridad posponen el matrimonio y tienen un nivel de fecundidad más bajo”, (Blázquez, M, 2010). El estado civil de las adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital Isidro Ayora de Loja es unión libre en un 50%.

TABLA N° 4

**ESCOLARIDAD DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS ATENDIDAS
EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA ENERO-JUNIO 2014**

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Analfabeta	2	1%
Primaria completa	81	24%
Primaria incompleta	17	5%
Secundaria completa	56	16%
Secundaria incompleta	142	41%
Universitaria	44	13%
TOTAL	342	100 %

Fuente: Historias Clínicas de adolescentes atendidas en el H. Isidro Ayora Loja.

Elaboración: Rosa Liliana Morocho Salinas.

El aumento del nivel de educación se asocia con menores índices de fecundidad y de reproducción temprana, en definitiva, “la escolarización reduce el número deseado de hijos, fortalece la opción de controlar la reproducción, disminuye la utilidad de los hijos”, (Blázquez, M, 2010). El grupo de adolescentes que fueron atendidas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Isidro Ayora, 41% alcanzo la secundaria pero no la concluyo.

TABLA N° 5

EDAD DE LA MENARQUÍA DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA ENERO-JUNIO 2014

MENARQUÍA (EDAD)	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Entre 10 - 11 años.	150	44%
Entre 12 - 13 años.	145	42%
Entre 14 - 15 años.	45	13%
Después de los 15 años.	2	1%
TOTAL	342	100 %

Fuente: Historias Clínicas de adolescentes atendidas en el H. Isidro Ayora Loja.

Elaboración: Rosa Lilibiana Morocho Salinas.

La menarquia representa una fecha importante para profundizar en la educación sexual y explicar a los adolescentes todos los riesgos inherentes a las relaciones sexuales; en el grupo de adolescentes estudiadas se encontró que 44% tuvo su menarquia entre los 10 y 11 años de edad, esta situación sumada a otros factores señalados en otras tablas, se constituye en riesgo de complicaciones en el embarazo y parto.

TABLA N° 6

USO DE LOS ANTICONCEPTIVOS EN LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA ENERO-JUNIO 2014

USO DE ANTICONCEPTIVOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	96	28%
NO	246	72%
TOTAL	342	100%

Fuente: Historias Clínicas de adolescentes atendidas en el H. Isidro Ayora Loja.

Elaboración: Rosa Liliana Morocho Salinas.

“En los adolescentes existe falta de información y conocimientos sobre los métodos anticonceptivos o no tienen fácil acceso a su adquisición. En gran parte los métodos anticonceptivos son usados inadecuadamente por su falta de experiencia, el fracaso anticonceptivo es mayor en jóvenes que en personas adultas” (Navarrete, 2012); en este caso 72% de las adolescentes no utilizaron métodos anticonceptivos.

TABLA N° 7

FINALIZACIÓN DEL EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA ENERO-JUNIO 2014

FINALIZACIÓN DEL EMBARAZO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Aborto	77	22%
Parto eutócico	89	26%
Cesárea	175	51%
Óbito Fetal	1	1%
TOTAL	342	100%

Fuente: Historias Clínicas de adolescentes atendidas en el H. Isidro Ayora Loja.

Elaboración: Rosa Liliana Morocho Salinas.

“La condición anatomofuncional inmadura del aparato reproductor de las adolescentes en general, se constituye en un riesgo en el embarazo y parto tanto para la propia salud de la madre como para la del producto, puesto que se relacionan con desproporción céfalo pélvica que conducen a partos quirúrgicos o abortos” (Coronado, M. 2013); en este estudio se encontró que 51% de los embarazos de estas adolescentes concluyeron en cesárea y 22% en aborto.

TABLA N° 8

COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA ENERO-JUNIO 2014

COMPLICACIONES MATERNAS		
	N	%
Infección de vías urinarias	39	27%
Amenaza de parto prematuro	35	25%
Desgarro perineal	22	15%
Anemia	14	10%
Vaginitis	9	6%
Amenaza de aborto	8	6%
Embarazo más pielonefritis	7	5%
Hipertensión gestacional	3	2%
Diabetes gestacional	2	1%
Síndrome de Hellp	1	1%
Eclampsia	1	1%
Placenta previa	1	1%
Total	142	100%

Fuente: Historias Clínicas de adolescentes atendidas en el H. Isidro Ayora Loja.

Elaboración: Rosa Liliana Morocho Salinas.

De acuerdo a las complicaciones obstétricas en las adolescentes embarazadas en su orden están: 27 % presento infección de vías urinarias; 25% amenaza de parto prematuro; 15% desgarro perineal; y 10% anemia.

DISCUSIÓN

A nivel mundial, uno de cada diez alumbramientos corresponde a una madre adolescente y las tasas de fecundidad oscilan entre 0,5 y 200 nacimientos vivos por cada 1000 adolescentes, siendo las más altas las de África y América Latina (Suazo, 2009).

El embarazo adolescente es un problema tanto a nivel individual como social. Además, causa desigualdades socio-económicas, generacionales y de género. La mayoría de las madres adolescentes se encuentra en una perspectiva de exclusión y marginación, siendo que sus hijos/as tienen altas probabilidades de continuar inmersos en esta dinámica.

En un estudio realizado en la ciudad de Cuenca titulado “Complicaciones obstétricas en adolescentes atendidas en el servicio de Maternidad Del Hospital “Homero Castanier Crespo”, las adolescentes atendidas por embarazo fue del 26.86%, corresponden a la adolescencia tardía con 79.26%, la mayoría procedente y residente del sector urbano 55.44%. La Unión Libre fue la predominante con 45.37%. El nivel de instrucción que prevaleció fue la secundaria incompleta con 41.61%. (López Elva, 2010); datos similares se encuentran en el presente estudio; así: 71% tienen una edad entre 17-19 años; 71% provienen de la zona urbano – marginal; 50% viven en unión libre; 42% tienen secundaria incompleta.

En la provincia de Loja en un estudio titulado “Perfil epidemiológico del embarazo en adolescentes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del hospital “Isidro Ayora” se tomó como muestra 986 adolescentes gestantes entre 13 y 19 años que fueron hospitalizadas por complicaciones asociadas a la gestación y labor de parto, las patologías más frecuentes que se reportan son las Infecciones de vías urinarias en 21.08%, Vaginitis el 18%, Preeclampsia en 11.14%, Pielonefritis el 6.33%; se evidenció un número considerable de casos que presentan complicaciones en el tercer trimestre de gestación y al momento del parto, de los cuales el 5.72% corresponde a óbitos fetales y el 8.13% a ruptura prematura de membranas, el 75.56% registran hasta 2 ingresos hospitalarios, el 59.43%, ha tenido parto vaginal,

el 35% cesárea. (Álvarez Gaona, 2011); datos semejantes se encontraron en la presente investigación, así: 51% de los embarazos de las adolescentes concluyeron en cesárea, 22% en aborto, 27% presentó infección de vías urinarias, 25% amenaza de parto prematuro, 15% desgarro perineal y 10% anemia.

En un estudio observacional analítico de tipo caso-control de 113 adolescentes realizado en Cuba se demostró que la frecuencia de la diabetes gestacional en las adolescentes fue baja (2,7 %). (Rimbao G, 2009); comparando estos datos con los encontrados en este estudio, dos adolescentes (1%), presentaron diabetes gestacional.

CONCLUSIONES

Luego de realizar la presente investigación se concluye:

- ❖ De las adolescentes atendidas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Isidro Ayora en el periodo Enero – Junio 2014, la mayoría (71%) está entre 17 y 19 años de edad; 62% reside en zona rural; 50% viven en unión libre; 41% tienen secundaria incompleta; 44% tuvieron menarquia precoz y 72% no utilizaron métodos anticonceptivos.

- ❖ Entre las complicaciones más frecuentes en el embarazo y parto de las adolescentes atendidas en este servicio, en su orden están: Infección de vías urinarias, amenaza de parto pretérmino, desgarro perineal y anemia.

RECOMENDACIONES

- ❖ Que la Carrera de Enfermería en coordinación con el Hospital Isidro Ayora y las autoridades de los colegios principalmente, fomenten la salud en general, a través de programas dirigidos a padres de familia y adolescentes, para que ellos desde su hogar orienten a sus hijos a promover una vida sexual responsable, y que sea satisfactoria en la construcción de sus proyectos de vida.

BIBLIOGRAFIA

1. Álvarez Gaona, G. A. (2011). *Perfil epidemiológico del embarazo en adolescentes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del hospital "Isidro Ayora" de Loja, periodo Junio 2010-Julio 2011*. Loja: Universidad Nacional de Loja.
2. Avila, J. (2011). *Alto riesgo obstétrico*. México: Universidad de Tolima.
3. Castillo, R., Díaz, M., Castro, F., & Jiménez, C. (2010). Consecuencias que se presentan por falta de información sobre educación sexual en los adolescentes de 15 a 18 años de edad. *Revista de Educación* (347). p. 126.
4. Estrada, A., Figueroa, R., & Villagran, R. (2010). Infección de vías urinarias en la mujer embarazada. *Perinatología y Reproducción Humana*, 24(3), p. 182-186.
5. López E. (2010). "Complicaciones obstétricas en adolescentes atendidas en el servicio de Maternidad Del Hospital "Homero Castanier Crespo" (Tesis Previa a la Obtención de Título de Médico). Universidad de Cuenca. Cuenca.
6. Pérez Dettoma, J., & Ochoa, A. (2009). Anales del Sistema Saludable de Navarra. (Vol 1, *Scielo*(4). pag. 137
7. Redondo, C., Galdo, G., & García, M. (2009). *Atención al Adolescente*. España: Universidad de Cantabria.
8. Saceda, D. (2013). Cesárea. *NatalbenSupra*, 26(5), p. 24.
9. Santos Leal, E. (2010). Embarazo, prevención y tratamiento de la hipertensión. *El mundo de tu bebe*, p 200.
10. Suazo. (2009). *Pobreza y desigualdades en América Latina*. Quito: Universidad Técnica de Machala.
11. Zaruma, L., & Santos, C. (2011). *Factores que predisponen a la ocurrencia de embarazos en adolescentes en la comunidad de Quilloac*. Cañar: Universidad Central del Ecuador.

NETGRAFÍA

1. Atacho, F. (2009). Medicina ginecobstetricia y natural. Recuperado el 20 de Marzo de 2014, de Scielo:
<http://diariomedico.com/frankatacho/2006/10/15/cancer-de-cuello-uterino-dr-frank-atacho-rojas>.
2. Blázquez, M. (2010). Estilos de vida en adolescentes embarazadas. Recuperado el 6 de Mayo del 2014. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/pdf/487/48719442010.pdf>.
3. Coronado, M. (2013). El parto en adolescentes. Recuperado el 6 de Marzo de 2014, de Google Académico:
<https://es.scribd.com/doc/135884302/Parto-2013>.
4. Cruz R. (2009) Comportamiento de la diabetes gestacional en el embarazo en la adolescencia, Rev. Cubana 23(3). Disponible en:
http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol23_3_07/mgi08307.htm.
5. Junta de Asesores Médicos de España. (2013). Desgarros en el perineo. Recuperado el 27 de Marzo de 2014, de babycenter:
<http://espanol.babycenter.com/a25005379/desgarros-en-el-perineo>.
6. Navarrete, M. (2012). Embarazos Adolescentes en Ecuador. Recuperado el 15 de Junio de 2014, de Google Académico:
http://embarazosenadolescentesecuador.com/2012/01/falta-de-informacion-sobre-metodos_03.html.
7. Mercer, B. (2012). Premature rupture of the membranes. In: Gabbe SG, Niebyl JR. Recuperado el 27 de Junio del 2014, de Scielo:
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/patientinstructions/000512.htm>.

8. Rimbao, C. (2009). Comportamiento de la diabetes gestacional en el embarazo en la adolescencia, Rev. Cubana 23(3). disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol23_3_07/mgi08307.htm
9. Santana, L. (2012). Riesgo Obstétrico. Recuperado el 22 de Mayo del 2014. Disponible en: <http://es.slideshare.net/docencia1mayo/riesgo-obstetrico>.
10. Valera, J. (2009). El embarazo en la adolescencia . Recuperado el 30 de Abril de 2014, de Google Académico: <https://es.scribd.com/doc/38026383/Embarazo-en-La-Adolescencia>.

ANEXOS

ANEXO 1: Fotos

Evidencias de recolección de información.



ANEXO 2: Solicitud de autorización para recolección de información.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
AREA DE LA SALUD HUMANA
COORDINACION DE LA CARRERA DE ENFERMERIA

Of. N° 1076-CCE-ASH-UNL
Loja, 7 de agosto de 2014

Doctora
Yadira Gavilánez
DIRECTORA DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA
C i u d a d -

De mis consideraciones:

Con atento saludo, me dirijo a usted para solicitarle muy comedidamente su autorización para que la Srta. **ROSA LILIANA MOROCHO SALINAS**, estudiante de la Carrera de Enfermería de la Universidad Nacional de Loja, proceda a realizar la revisión de Historias Clínicas en el Departamento de Estadística, para la realización de su tesis de Grado cuyo tema es: **"ADOLESCENTES EMBARAZADAS Y FACTORES DE RIESGO DE PATOLOGIA OBSTETRICA EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA PERIODO ENERO- JUNIO DE 2014"**

Aprovecho la oportunidad para reiterar a usted los sentimientos de mi consideración y estima.

Atentamente,
**EN LOS TESOROS DE LA SABIDURIA,
ESTA LA GLORIFICACION DE LA VIDA.**



Mg. Sara Benigna Vicente Ramon
COORDINADORA DE LA CARRERA DE ENFERMERIA

c.c. Archivo

Elaborado por:
Lic. Alfredo Vicente Castillo Poma

Ministerio de Salud Pública
**HOSPITAL GENERAL
ISIDRO AYORA**

RECIBIDO

Loja a. 07-08-2014 Hora 13:00

Firma: A. C. J.
SECRETARIA DE BERENCIA

AutORIZADO
15/08/2014
Quipux 71: 490-11
Dr. Marco Paredo
Eduardo Pacheco
MEDICINA INTERNA
C.O. MED. N° 1309
Libro "A" Folio 76 N° 230
Cod. INHM N° 71-05-00438-03

ANEXO 3: Certificado de recolección de información

 Ministerio
de **Salud Pública**
HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA
Gestion de Aseguramiento de Calidad



Loja 10 de Septiembre del 2014

Ingeniera.

Ana Teresa Soto

RESPONSABLE DEL PROCESO DE ADMISIÓN DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA.

Certifico:

Que la Srta. Rosa Liliana Morocho Salinas, estudiante de la carrera de enfermería de la universidad nacional de Loja, con cédula de identidad número 1105153165, previa solicitud autorizada por el Dr. Daniel Pacheco el 15 de agosto del presente año. Dicha estudiante realizó la revisión de los expedientes clínicos de las adolescentes embarazadas con factores de riesgo de patología obstétrica periodo Enero-Junio 2014.

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad, facultando al interesado hacer uso en lo que estimare conveniente.

Atentamente;



Ing. Ana Teresa Soto

RESPONSABLE DEL PROCESO DE
ADMISIÓN DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA

Av. Manuel Agustín Aguirre y Juan José Saman
Teléfono: 2570540 ext. 7
<http://instituciones.msp.gob.ec/dps/loja/>

**ANEXO 4: Lista de cotejo para recolección de información.
 UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
 ÁREA DE LA SALUD HUMANA
 CARRERA DE ENFERMERÍA
 LISTA DE COTEJO**



TEMA: ADOLESCENTES EMBARAZADAS Y FACTORES DE RIESGO DE PATOLOGÍA OBSTÉTRICA EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA PERIODO ENERO-JUNIO 2014.

Nro.	H.C	EDAD	RESIDENCIA	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDAD	MENARQUÍA (EDAD)

LISTA DE COTEJO A1
 INFORMACION TOMADA DE LAS H. C. DE PACIENTES ADOLESCENTES EMBARAZADAS.

ÍNDICE

CARATULA	ii
CERTIFICACIÓN	ii
AUTORÍA	iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS	iv
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vi
a. TÍTULO	2
b. RESUMEN	4
SUMMARY	6
c. INTRODUCCIÓN	8
d. REVISIÓN DE LITERATURA	10
CAPITULO I: Adolescencia y embarazo	11
CAPITULO II: Factores de riesgo de patología obstétrica	14
CAPITULO III: Patologías y complicaciones obstétricas	21
e. MATERIALES Y MÉTODOS	289
f. RESULTADOS	30
Tabla Nº 1: Edad de las adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital Isidro Ayora de Loja Enero - Junio 2014.	321
Tabla Nº 2: Residencia de las adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital Isidro Ayora de Loja Enero - Junio 2014.	32
Tabla Nº 3: Estado civil de las adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital Isidro Ayora de Loja Enero - Junio 2014.	33
Tabla Nº 4: Escolaridad de las adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital Isidro Ayora de Loja Enero - Junio 2014.	34
Tabla Nº 5: Edad de la menarquía de las adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital Isidro Ayora de Loja Enero - Junio 2014.	35

Tabla Nº 6: Uso de la anticonceptivos en las adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital Isidro Ayora de Loja Enero - Junio 2014.	36
Tabla Nº 7: Finalización del embarazo en las dolescentes embarazadas atendidas en el Hospital Isidro Ayora de Loja Enero - Junio 2014.	37
Tabla Nº 8: Complicaciones obstétricas en adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital Isidro Ayora de Loja Enero - Junio 2014.	38
g. DISCUSIÓN	40
h. CONCLUSIONES	41
i. RECOMENDACIONES	45
j. BIBLIOGRAFÍA	47
k. ANEXOS	50
Anexo 1: Fotos	51
Anexo 2: Solicitud de autorización para recolección de información.	52
Anexo 3: Certificado de recolección de información	53
Anexo 4: Lista de cotejo para recolección de información.	54
ÍNDICE	56