



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

“COMPLICACIONES GINECO-OBSTÉTRICAS EN LAS  
ADOLESCENTES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL  
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE”

Tesis previa a la obtención del  
título de Médico General.

**AUTOR:**

Jonathan Franklin Abad Troya

**DIRECTORA:**

Dra. Ximena Patricia Carrión Ruilova Esp.

LOJA-ECUADOR

2016

## CERTIFICACIÓN

Dra. Ximena Patricia Carrión Ruilova Esp.

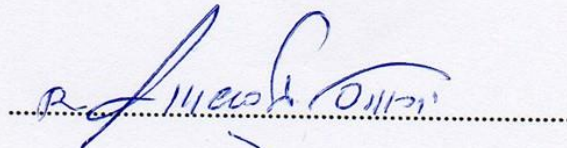
**DIRECTORA DE TESIS**

**CERTIFICA:**

En mi condición de Directora de tesis, certifico que el Sr. Jonathan Franklin Abad Troya, ha desarrollado la Tesis de Grado titulada: **“COMPLICACIONES GINECO-OBSTÉTRICAS EN LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE”**, y observando las disposiciones institucionales, metodológicas y técnicas que regula esta actividad académica, autorizo proseguir los trámites pertinentes para su presentación y defensa de la misma ante el tribunal de Grado.

Loja, 26 de Septiembre del 2016

**Atentamente,**



Dr. Ximena Patricia Carrión Ruilova Esp.

**DIRECTORA DE TESIS**

## AUTORÍA

Yo Jonathan Franklin Abad Troya 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: Jonathan Franklin Abad Troya

Firma: 

Cédula: 1104933104

Fecha: 26 de Septiembre del 2016

## CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, Jonathan Franklin Abad Troya, con número de cédula 1104933104, declaro ser autor de la tesis titulada “**COMPLICACIONES GINECO-OBSTÉTRICAS EN LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE**”; como requisito para la obtención del título de Médico General, autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al público la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera:

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en la Biblioteca y redes de información del país y del exterior.

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 veinte y seis días del mes de Septiembre del dos mil diez y seis, firma el autor.

Firma.....

**Autor:** Jonathan Franklin Abad Troya

**Cédula:** 1104933104

**Dirección:** Cariamanga-Loja-Ecuador

**Correo:** [Franklinabadtroya@hotmail.com](mailto:Franklinabadtroya@hotmail.com)

**Celular:** 0980039588

### **Datos complementarios:**

**Directora de Tesis:** Dra. Ximena Patricia Carrión Ruilova, Esp.

### **Tribunal de Grado:**

**Presidente:** Dra. Karina Yesenia Calva Jirón, Esp.

**Miembro:** Dr. Paul Alexander Carvajal Aponte, Esp.

**Miembro:** Dra. María de los Ángeles Sánchez Tapia, Esp.

## **DEDICATORIA**

Al Creador de todas las cosas, el que me ha dado fortaleza para continuar cuando estuve a punto de caer; por ello con toda la humildad de mi corazón dedico primeramente mi trabajo a Dios.

De igual forma, dedico este trabajo investigativo a mi padres Frans y Lilia, que han sabido formarme con buenos sentimientos, hábitos y valores, lo cual me ha ayudado a salir en los momentos más difíciles.

A mi hermano que siempre ha estado junto a mí brindándome su apoyo, su positivismo, y su gran bondad para lograr mi ansiado propósito.

A mi gran amigo quien se marchó a tan temprana edad, con quien luchamos juntos para lograr esta meta y que desde el cielo es mi guía para seguir adelante como siempre lo deseo.

A mi familia y amigos que han sido un soporte importante y con quienes siempre he contado y lo seguiré haciendo para los buenos y malos momentos y que gracias a ellos esta experiencia es una de las más especiales.

*Jonathan Franklin Abad Troya*

## **AGRADECIMIENTO**

### **A Dios**

Por haberme dado la salud, la humildad y perseverancia, con lo cual pude llegar hasta este punto tan importante en mi vida.

### **A mi familia**

Que gracias a ella he llegado a ser un hombre de bien, que con sus consejos y ejemplos de constancia y sacrificio me motivaron a seguir luchando, y en especial gracias a su apoyo incondicional que a pesar de no poder tenerlos cerca, a la distancia siempre estuvieron ahí en el transcurso de mi vida y preparación académica.

**A la Universidad Nacional de Loja, en especial al Área de la Salud**, por ser el pilar de mi formación profesional, donde obtuve grandes conocimientos tanto científicos como morales, los cuales fueron impartidos por grandes personas que aparte de ser docentes fueron grandes amigos.

**A mi directora Dra. Ximena Carrión**, por su aprecio y confianza en mis capacidades, quien ha sabido dirigirme con sus conocimientos y profesionalismo, fundamental para la culminación del presente trabajo de tesis.

**A mi novia**, que con su amor y apoyo constante, fue mi soporte y una razón más para conseguir mi objetivo.

A mis grandes amigos y amigas, por todos los momentos compartidos en el transcurso de los años, por convertir esta experiencia en una de las mejores de mi vida, por las locuras, apoyo y cariño incondicional.

## INDICE

PORTADA.....	i
CERTIFICACIÓN.....	ii
AUTORIA.....	iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN.....	iv
DEDEDICATORIA.....	v
AGRADECIMIENTO.....	vi
1. TITULO.....	1
2. RESUMEN.....	2
3. INTRODUCCIÓN.....	6
4. REVISION DE LITERATURA.....	10
4.1. Embarazo.....	10
4.2. Adolescencia.....	10
4.3. Embarazo en la adolescencia.....	11
4.3.1 Aspectos etiológicos del embarazo en la adolescencia.....	12
4.3.2 Factores de riesgo que influyen en el embarazo adolescente.....	13
4.3.2.1 Factores individuales.....	13
4.3.2.2 Factores familiares.....	13
4.3.2.3 Factores socioeconómicos.....	14
4.3.2.4 Factores psicológicos.....	14
4.3.3 Inicio temprano de las relaciones sexuales.....	15
4.3.4 Consecuencias para la madre adolescente.....	15
4.3.5 Consecuencias para el hijo.....	15
4.3.6 Consecuencias para el padre adolescente.....	16
4.4 Complicaciones frecuentes en el primer trimestre del embarazo.....	16
4.4.1 Amenaza de aborto.....	16
4.4.2 Aborto espontaneo.....	17
4.4.3 Embarazo ectópico.....	18
4.5. Complicaciones en el segundo y tercer trimestre de embarazo.....	19

4.5.1 Anemia.....	19
4.5.2 Infecciones urinarias.....	21
4.5.3 Amenaza de parto pretermino.....	23
4.5.4 Enfermedad hipertensiva gestacional.....	26
4.5.5 Ruptura prematura de membranas.....	29
4.5.6 Diabetes gestacional.....	31
4.5.7 Vaginosis bacteriana.....	32
5. METODOLOGIA.....	34
6. RESULTADOS.....	37
7. DISCUSIÓN.....	40
8. CONCLUSIONES.....	42
9. RECOMENDACIONES.....	43
10. BIBLIOGRAFIA.....	44
11. ANEXOS.....	48



## **1. TÍTULO**

“COMPLICACIONES GINECO-OBSTÉTRICAS EN LAS ADOLESCENTES  
EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE  
MOTUPE EN EL PERIODO MARZO – AGOSTO 2015”.

## **2. RESUMEN**

El embarazo durante la adolescencia es considerado por la OMS (Organización Mundial de la Salud) como un embarazo de riesgo, debido a las repercusiones que tiene sobre la salud de la madre adolescente y su hijo, además, de las consecuencias psicológicas y sociales. El presente trabajo de investigación tiene como finalidad conocer las complicaciones gineco-obstétricas en las adolescentes embarazadas del Hospital Universitario de Motupe durante el periodo marzo-agosto del 2015. Los objetivos específicos planteados son: Establecer cuáles son las complicaciones gineco-obstétricas en el grupo de estudio, investigar en que trimestre de embarazo son más frecuentes y observar el grupo de edad adolescente según la clasificación de la OMS en el cual predominan dichas complicaciones. El estudio fue de tipo descriptivo, transversal y prospectivo, teniendo 4 criterios de inclusión así como 2 criterios de exclusión. Se recolectó la información mediante la aplicación de un formulario a través de la revisión de historias clínicas que reposan en el departamento de estadística de la casa de salud antes mencionada, obteniendo un universo de 203 gestantes y una muestra de 92 adolescentes embarazadas atendidas en dicho establecimiento de salud, en edades comprendidas en; La adolescencia temprana de 10 a 14 años y la adolescencia tardía de 15 a 19 años. En los datos obtenidos se pudo evidenciar que los factores predisponentes son infecciones de vías urinarias con un 51.49%, seguidas de Vaginosis con un 14.85%, Anemia con un 9.9%, mismas que se presentan con una mayor frecuencia en el segundo trimestre de embarazo es decir entre las 13 y 28 semanas de gestación con un 51.49%. Así mismo las complicaciones se dan mayoritariamente en la adolescencia tardía es decir entre 15 y 19 años con un 80.43%.

PALABRAS CLAVE: Complicaciones gineco-obstétricas, embarazo, adolescencia.

## **ABSTRACT**

Pregnancy during adolescence is considered by the WHO (World Health Organization) as a risky pregnancy because of the impact it has on the health of the adolescent mother and her child as well as the psychological and social consequences. This research aimed to determine the gynecological obstetric complications in pregnant adolescents treated at Motupe University Hospital during the period between March and August 2015. The specific objectives of this research were: to establish what the gynecological obstetric complications in the study group were, examine in which trimester of pregnancy they were more frequent and determine what adolescent age group, according to the WHO classification, presented such complications the most. This study was descriptive, transversal and prospective; it also included four inclusion norms and two exclusion principles. The information was compiled by using a form, which was based on the review of medical records found in the statistics department of the aforementioned hospital. The study population was constituted by 203 pregnant women, and the sample consisted of 92 pregnant adolescents belonging to the following groups: early adolescence from 10 to 14 years old and late adolescence from 15 to 19 years old. Once the results were assessed, it was evident that the predisposing factors are urinary tract infections with 51.49%, followed by vaginosis with 14.85% and anemia with 9.9%. These factors occurred more often in the second trimester of pregnancy, namely, between 13 and 28 weeks of gestation with 51.49%. In addition, complications occurred mostly in late adolescence which is between 15 and 19 years old with 80.43%.

KEY WORDS: gynecological obstetric complications, pregnancy, adolescence.

### **3. INTRODUCCIÓN**

La gestación o embarazo, es el proceso en el que crece y se desarrolla el feto en el interior del útero. El embarazo se inicia en el momento, de la anidación y termina con el parto (Embarazada.us, 2010: parr 1).

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) la adolescencia es el período comprendido entre los 10 y 19 años, que incluye cambios biológicos, psicológicos y sociales.

El MSP, fundamentado en los cambios físicos, psicológicos y sociales de la adolescencia, considerando las diversidades por territorio, género y cultura, y en línea con las recomendaciones de la OPS/OMS, define como adolescente a la población comprendida entre 10 y 19 años de edad (MSP, 2014: 13).

En las Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014 se indica que la tasa media de natalidad mundial entre las adolescentes de 15 a 19 años es de 49 por 1.000 muchachas. Las tasas nacionales oscilan de 1 a 299 nacimientos por 1.000 jóvenes. Las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las adolescentes de 15 a 19 años en todo el mundo. (Organización Mundial de la Salud, 2014).

Estudios revelan que en América Latina entre un 15-25% de los recién nacidos vivos son hijos de madres menores de 20 años. Además la maternidad y sus complicaciones en la adolescencia es muy común incluso por las estadísticas que arrojan varias investigaciones sobre el tema. Siendo las principales complicaciones gineco-obstétrico más frecuente el aborto, amenaza de aborto, embarazo ectópico, infección urinaria, preeclampsia, eclampsia, hemorragias, placenta previa,

desprendimiento placentario, endometritis, Hipertensión inducida por el embarazo, anemia.

En Ecuador 3'645.167 son madres, de ellas 122.301 son adolescentes, es decir entre 12 y 19 años, frente a 105.405 madres adolescentes del 2001, existiendo un incremento de 16,02% en 10 años, el 81,4% de las madres adolescentes tiene un hijo, seguidas del 16% que tiene dos hijos. Las ciudades con mayor incidencia son; Machala, Guayaquil, Quito, Cuenca y Ambato, según este informe, el 44,1% de las madres tuvieron su primer hijo entre los 15 a 19 años, mientras el 35,2% entre los 20 a 24 años y el 2,4% entre 12 y 14 años. La tasa de mortalidad es de 4,4% del total de defunciones en el 2010, y la tasa de morbilidad fue de 74.4% en este mismo año (Instituto Nacional Estadísticas y Censos, 2010).

Un estudio realizado en Manabí dio como resultado que según el grupo entre 17 a 19 años, representan mayor frecuencia de embarazo con un 64%, le siguen en cantidad descendente las jóvenes en edades comprendidas entre 14 a 16 años con el 34% y de 10 a 13 años con un 2%, esto pone de manifiesto la predisposición de las adolescentes de la etapa tardía a embarazarse (Solís, M., y Barreto. M., 2011: 62). En este mismo lugar se encontró que “de 180 embarazadas, se observó complicaciones en 30 de ellas, que correspondió un 6% a anemia, el 5% a IVU, un 3% a preeclampsia, un 2% a RPM, un 1% a hemorragias, y otro 1% a otras complicaciones como la depresión materna post-parto” (Solís, M., y Barreto, M., 2011: 63).

Una investigación realizada en el hospital “Isidro Ayora” de Loja durante Enero-Junio del 2009 muestran que de 962 mujeres que fueron atendidas por parto, el

23.1% corresponde a embarazadas adolescentes, de las cuales el 55,1 % corresponde a las edades entre 18 a 19 años, con un inicio de vida sexual activa 54,6 % a los 16 – 17 años, la falta de conocimientos (70,2%) y los Sentimientos de amor a su pareja (70,7%) constituyen el principal factor predisponente. Las principales complicaciones que presentaron las adolescentes durante su parto fueron: desproporción céfalo pélvica en un 15,6%, Preeclampsia con un 4.9 %, Amenaza de Parto Pre-término y Hemorragias 2,9 %. (Aguilar, S., y Camacho, M., 2010: 8)

Durante el periodo de enero a diciembre del 2013 en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Regional Isidro Ayora, fueron registrados 3.171 embarazos y partos en menores de 30 años, de los cuales 910 casos corresponden adolescentes (28.70%); 2.261 partos corresponden a mujeres con edad reproductiva óptima entre 20 a 29 años (71.30%). El porcentaje de embarazo en adolescentes en este período en relación al total de partos en el hospital Regional Isidro Ayora en este año fue de 21.06%. Las complicaciones más frecuentes que se presentaron en las adolescentes fueron: amenaza de parto pretérmino 9.23%, infección del tracto urinario 8.68%, anemia 3.62%, desproporción céfalo-pélvica 2.31% donde hubo una diferencia altamente significativa en relación al grupo control. En complicaciones como: aborto incompleto 8.79%, amenaza de aborto 3.85%, aborto diferido 3.29%, ruptura prematura de membranas 2.09%, y distocia de presentación 1.54%, fueron más frecuentes en las adolescentes con una diferencia significativa en comparación al grupo control. Por último la preeclampsia fué más frecuente en las madres adolescentes 2.53% que en las madres en edad óptima 1.86%. (Ramirez, Y., 2015: 46)



El embarazo en la adolescencia ha sido considerado como un problema de salud pública, es por ello que el estado ha dirigido mucha atención a este tema a través de campañas de prevención e información, ya que esto implica muchos riesgos para la salud de la madre como para el feto, por ende menores oportunidades que inciden en el desarrollo emocional, psicológico y económico.

Es por ello que se investigó las Complicaciones gineco-obstétricas en las adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital Universitario de Motupe en el periodo marzo–agosto 2015, que tiene como objetivo principal establecer cuáles son las complicaciones gineco - obstétricas en las adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital Universitario de Motupe, investigar en que trimestre de embarazo son más frecuentes y observar el grupo de edad adolescente según la clasificación de la OMS en el cual predominan dichas complicaciones. Tratando así de contribuir con conocimientos y datos de interés que ayuden de una y otra manera a incentivar no solo a las autoridades y equipo de salud, si no a la población en general a resolver dicho problema o a disminuir el porcentaje significativo que se encuentra en nuestra población.

## **4. REVISIÓN DE LITERATURA**

### **4.1. Embarazo**

La gestación o embarazo, es el proceso en el que crece y se desarrolla el feto en el interior del útero. El embarazo se inicia en el momento, de la anidación y termina con el parto. La definición legal del embarazo sigue a la definición médica. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), el embarazo inicia cuando termina la implantación. La implantación, es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero. Esto ocurre 5 o 6 días después de la fertilización. Entonces el blastocito, penetra el epitelio uterino e invade el estroma. El proceso, se completa cuando la protuberancia villi y el defecto en la superficie del epitelio se cierra. Esto ocurre entre el día 13-14 después de la fertilización (Embarazada.us, 2010: parr 1).

En conclusión el embarazo en una mujer es un proceso fisiológico que ocurre desde la implantación del huevo fecundado y termina cuando ocurre el parto. (Gutierrez, M., 2010: 8)

### **4.2. Adolescencia**

Se describe la adolescencia como el período del ciclo de vida humano comprendido entre la niñez y la juventud, durante el cual se observan cambios significativos en la vida de las personas: en la maduración sexual, en el orden fisiológico, en el pensamiento lógico y formal, así como en el relacionamiento social. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) la

adolescencia es el período comprendido entre los 10 y 19 años, que incluye cambios biológicos, psicológicos y sociales.

El MSP, fundamentado en los cambios físicos, psicológicos y sociales de la adolescencia, considerando las diversidades por territorio, género y cultura, y en línea con las recomendaciones de la OPS/OMS, define como adolescente a la población comprendida entre 10 y 19 años de edad, y reconoce dos etapas:

- La adolescencia temprana de 10 a 14 años
- La adolescencia tardía de 15 a 19 años (MSP, 2009: 25-28)

#### **4.3. Embarazo en la adolescencia**

Se lo define como: "el embarazo que ocurre dentro de los dos primeros años ginecológicos de la mujer (edad ginecológica cero = edad de la menarquia) y/o cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de la familia parental" (Vera, G., Gallegos, M., y Varela, M., 2013: 413-437).

El embarazo durante la adolescencia es considerado por la OMS (Organización Mundial de la Salud) como un embarazo de riesgo, debido a las repercusiones que tiene sobre la salud de la madre adolescente y su hijo, además, de las consecuencias psicológicas y sociales, las cuales se duplican en las adolescentes menores de 20 años (Munisalud, 2015, parr 1).

Sin embargo, a través de los 9 meses que dura la gestación, se pueden presentar complicaciones dependientes del mismo proceso de gestación o de algunos

problemas que se afectan con la presencia del embarazo o la presencia de enfermedades que no tienen que ver con el embarazo. (Gutierrez, M., 2010: 8)

#### **4.3.1. Aspectos etiológicos del embarazo en la adolescencia**

La observación clínica indica que el principal factor etiológico son las relaciones sexuales precoces la cual está extendida en las comunidades campesinas, las zonas suburbanas y las clases sociales bajas de las grandes ciudades. La mitad de los embarazos de adolescentes ocurren durante los seis meses siguientes al inicio del coito (20% el primer mes).

El aumento de la población juvenil sexualmente activa no se ha acompañado de un incremento proporcional de contracepción adecuada. Entre los motivos mencionados por los adolescentes figuran; la convicción de que "eso a mí no va a pasarme"; lo inesperado del momento del coito; ignorancia de los métodos de anticoncepción; temor a ser criticados si usan un método anticonceptivo, falta de apoyo de sus padres.

La fecundidad adolescente es más alta en países en desarrollo y entre clases sociales menos favorecidas, la disminución de las tasas de fecundidad se dificulta, debido al deterioro de las condiciones socioeconómicas globales lo que la obstaculiza la posibilidad de que los países realicen inversiones en sus sistemas educacionales y de salud, para alcanzar la cobertura que el problema demanda. (Gutierrez, M., 2010: 8)

### **4.3.2. Factores de riesgo que influyen en el embarazo adolescente**

#### **4.3.2.1. Factores individuales**

Entre los factores biológicos individuales de embarazos en adolescentes se encuentran:

**Edad de la pubertad:** la edad de la pubertad ha declinado desde 17 años en el siglo XIX alrededor de 12-13 años actualmente, es decir son fértiles a una edad menor. Las adolescentes con una edad de menarquía precoz están más expuestas al riesgo de embarazarse.

**Uso de métodos anticonceptivos:** El uso de estos métodos en adolescentes latinoamericanos sigue siendo bajo.

**La Educación sexual:** en países latinoamericanos no se imparte por el temor del inicio temprano de las relaciones sexuales, de manera que esta sigue siendo un tabú entre los padres y los hijos. (Hidalgo, M., 2012)

#### **4.3.2.2. Factores familiares**

Entre los factores familiares que influyen tenemos:

**Disfunción familiar:** Un mal funcionamiento familiar puede predisponer a una relación sexual prematura. Una adolescente con baja autoestima que sufre discriminación afectiva, recibe atención y cuidado a través de la relación sexual y, además, puede encontrar alivio a la sociedad y el abandono a través de un embarazo, que le permite huir de un hogar patológico amenazado por la violencia, el alcoholismo y la amenaza de incesto.

**Inestabilidad familiar:** Un hogar en donde los padres han emigrado, los adolescentes son los más susceptibles a buscar protección, afecto en una relación

sexual. Madre con historia de embarazo adolescente o enfermedad crónica de uno de los padres. (Hidalgo, M., 2012)

#### **4.3.2.3. Factores socioeconómicos**

**Independencia económica:** El período entre el inicio de la pubertad y la independencia económica ha aumentado en nuestras sociedades, lo que permite una mayor posibilidad de relaciones prematrimoniales.

**Cultura:** En un ambiente de pobreza y subdesarrollo donde la movilidad social es escasa o nula, la adolescente es incapaz de concebir la alternativa de evitar un embarazo.

**Machismo:** es un factor dinámico en el comportamiento del varón, en el que se ha demostrado la existencia de una gran carencia afectiva y necesidades no satisfechas.

Las zonas de pobreza, con hacinamiento, estrés, delincuencia y alcoholismo, tendrán mayor cantidad de familias disfuncionales, falta de recursos y acceso a los sistemas de atención en salud, con el consecuente mayor riesgo.

Los medios de comunicación, a través de los mensajes comercializados y estereotipados, han contribuido a la reducción de las barreras culturales que limitaban la actividad sexual. La pérdida de la religiosidad es otro factor que afecta las barreras para el ejercicio de la sexualidad adolescente. (Hidalgo, M., 2012)

#### **4.3.2.4. Factores psicológicos**

Durante la etapa temprana del desarrollo cognitivo de la adolescencia, no son capaces de extender todas las consecuencias de la iniciación de la actividad sexual

precoz. En la adolescencia media el egocentrismo, la necesidad de probar su fecundidad, puede ser un factor poderoso durante la adolescencia.

#### **4.3.3. Inicio temprano de las relaciones sexuales: causas y consecuencias.**

La sexualidad es una parte integral de nuestras vidas desde el nacimiento hasta la muerte. Para los adolescentes, el hacerse cargo de su emergente sexualidad es parte del proceso natural de transformación en adulto. Entre las causas se encuentran inmersos todos los factores de riesgo y los posibles factores etiológicos antes mencionados.

#### **4.3.4. Consecuencias para la madre adolescente**

Abandono de los estudios al confirmarse el embarazo lo que reduce sus oportunidades de lograr buenos empleos con beneficios sociales y sus posibilidades de realización personal.

Las parejas adolescentes son más inestables, lo que suele magnificarse por la presencia de un hijo, ya que muchas se formalizan forzosamente por esa situación. En estratos sociales de mediano o alto poder adquisitivo, la adolescente embarazada suele ser objeto de discriminación por su grupo de pertenencia.

Las adolescentes que son madres tienden a tener un mayor número de hijos con intervalos intergenésicos más cortos, eternizando el círculo de la pobreza.

#### **4.3.5. Consecuencias para el hijo de la madre adolescente**

Bajo peso al nacer, dependiendo de las circunstancias en que se haya desarrollado la gestación, se ha reportado una mayor incidencia de "muerte súbita". Mayor riesgo de sufrir abuso físico, negligencia en sus cuidados, desnutrición y retardo del

desarrollo físico y emocional. Pocos acceden a beneficios sociales, especialmente para el cuidado de su salud, por su condición de "extramatrimoniales".

#### **4.3.6. Consecuencias para el padre adolescente**

Deserción escolar para absorber la mantención de su familia. Ausencia de trabajo y menor remuneración, y sometidos a un stress inadecuado a su edad, lo que condiciona trastornos emocionales que dificultan el ejercicio de una paternidad feliz. (Hidalgo, M., 2012)

#### **4.4. Complicaciones frecuentes en el primer trimestre de embarazo:**

##### **4.4.1. Amenaza de aborto**

“La amenaza de aborto es la presencia de hemorragia de origen intrauterino antes de la vigésima semana completa de gestación, con o sin contracciones uterinas, sin dilatación cervical y sin expulsión de los productos de la concepción” (González, A., 2011: 495).

Se presenta con amenorrea, metrorragia de cantidad variable, dolor hipogástrico y/o lumbar.

Dentro de los signos hay sangrado uterino confirmado por especuloscopia, cuello uterino sin modificaciones, útero con tamaño acorde con tiempo de embarazo y prueba de embarazo positiva.

El diagnóstico es confirmado por la visualización ecográfica de una gestación intrauterina o la auscultación del latido cardíaco fetal mediante Doppler.



Según Friedman, un embarazo no deseado puede conducir a un aborto y esta situación en especial a las adolescentes más jóvenes, sin experiencia o avergonzadas, que probablemente intente el aborto cuando el embarazo esté avanzado. Esto conlleva mayores riesgos para la salud, su fecundidad futura y su propia vida; más aún si se realiza de manera clandestina. (Botero, J., 2004: 220-236)

#### **4.4.2. Aborto espontaneo**

El aborto espontáneo (AE) es la pérdida del producto de la concepción, sin inducción, antes de las 20 semanas de gestación o cuando el feto pesa 500 gramos o menos.

La terminología médica puede causar cierta confusión en un momento tan duro, por eso es conveniente conocerla para comprender bien lo que está sucediendo. Existen varios tipos de aborto espontáneo, entre los principales tenemos:

Los *abortos precoces* son aquellos que se producen antes de la semana doce de gestación y son la mayoría de ellos, hasta el 80%. En algunos casos incluso se producen antes de que la madre sea consciente de estar embarazada.

Los *abortos tardíos* se producen entre las semanas doce y veinte del embarazo y suelen precisar atención médica. Si la pérdida del bebé sucede a partir de la semana veinte ya no se habla de aborto, sino de parto prematuro, incluso si el bebé había fallecido antes del parto. Aunque el sufrimiento emocional no puede cuantificarse por las semanas de embarazo la situación de un aborto tardío o de un parto

prematureo puede resultar especialmente traumática y hay que extremar el cuidado emocional a la madre y al padre también.

Si el cuello del útero está entreabierto pero no se ha expulsado el embrión o el feto se habla de un aborto incipiente; cuando se presenta borrado se hablará de un aborto inevitable. En ambos casos habrá contracciones y sangrado, que irán determinando el avance de la pérdida gestacional.

Un *aborto completo* es aquel en el que ya se ha producido la expulsión del contenido del útero de forma natural; un aborto diferido es aquel en el que se determina la muerte fetal pero no se produce la expulsión espontánea del contenido uterino y suele ser necesario intervenir con un legrado o con medicamentos, a fin de evitar la sepsis o infección. Sin embargo, en algunos casos, se puede optar por un manejo expectante de la evolución de la madre para evitar el legrado, siempre bajo estricto control médico para evitar riesgos.

Los principales factores son la inmadurez, tanto la psicosocial como la del aparato reproductor, porque si la adolescente no ha completado su madurez biológica tiende a padecer con más facilidad un aborto. (Grama, 2013)

#### **4.4.3. Embarazo ectópico**

Ectópico significa "fuera de lugar". Es la implantación del ovulo fecundado fuera de la cavidad uterina (el blastocito se implanta y desarrolla fuera del endometrio) una afección potencialmente mortal para la madre. El bebé (feto) no puede sobrevivir. En el 95% de todos los embarazos ectópicos, el óvulo se implanta en una de las trompas de Falopio. Ninguna de estas áreas dispone del espacio necesario

ni del tejido nutricional de que dispone el útero para que se pueda desarrollar un embarazo.

El embarazo ectópico después de una ovulación y fertilización naturales se asocia con factores de riesgo que lesionan la trompa y alteran el transporte del embrión tales como la cirugía tubárica previa (incluyendo la esterilización), la salpingitis, el embarazo ectópico previo (como resultado del tratamiento quirúrgico o por persistencia del factor de riesgo original), la endometriosis, las anomalías congénitas de las trompas y las adherencias secundarias a intervenciones quirúrgicas sobre el útero, el ovario y otros órganos pélvicos o abdominales. Cuando ocurre un embarazo en una usuaria del dispositivo intrauterino hay una probabilidad mayor de que sea ectópico debido a que el dispositivo previene más efectivamente el embarazo intrauterino que la implantación extrauterina.

La clásica tríada clínica de embarazo ectópico incluye: dolor, amenorrea y sangrado vaginal. Los síntomas se pueden presentar desde las primeras semanas de embarazo. Muchas veces el embarazo no es detectado hasta que desgarró o atraviesa las paredes de la trompa de Falopio. Usted puede sentir síntomas iniciales de embarazo, como sensibilidad mamaria o náuseas. (Arias, J., 2012)

#### **4.5. Complicaciones frecuentes en el segundo y tercer trimestre de embarazo:**

##### **4.5.1. Anemia**

“Las anemias durante el embarazo suelen ser ferropénicas en el 90% de los casos, hipofolatémicas en el 6% y el 4% restante engloba cuadros poco frecuentes como la anemia de células falciformes” (López, 2001).

Se define ferropenia según Quinteros (2010) como “Baja Proporcional del hierro en el organismo. La oferta de hierro para el eritroblasto es insuficiente para la síntesis normal de hemoglobina”.

Aparece cuando la ingestión de hierro es inadecuada para suplir con las demandas requeridas durante el embarazo. La ingestión de alimentos diarios contiene 1 mg de hierro cubriendo necesidades para producir eritrocitos. Las demandas aumentan aún más en la etapa de crecimiento como la infancia y adolescencia, embarazo y lactancia.

Generalmente está justificado el diagnóstico de anemia leve ya que durante el embarazo la hemodilución hace que sus valores normales disminuyan, por su masa eritrocitaria que se expande, el volumen plasmático aumenta y el contenido de hematíes se diluye siendo susceptible en el segundo trimestre.

La frecuencia con que se diagnostica la anemia en el embarazo depende el nivel de hemoglobina en que se establezca; un límite razonable por debajo de 10 g /100 ml, con 33% de hematocrito. La cantidad de hierro que requiere una mujer embarazada es de unos 800 mg, de los cuales 300 mg son proporcionados para el feto y los 500 mg restantes son necesarios para la síntesis de hemoglobina materna. En el feto las alteraciones nutricionales durante la vida intrauterina pueden desencadenar adaptaciones en el desarrollo que cambian la estructura, fisiología y el metabolismo de forma permanente, favorece la supervivencia fetal pero con consecuencias metabólicas y cardiovasculares en la etapa adulta. Las principales causas de anemia incluyen la malnutrición crónica, déficit de hierro, ácido fólico y otros micronutrientes, además están la malaria y otras tras patologías que suelen

asociarse como la infección por VIH, hemoglobinopatías, etc. (Medina, V., 2013: 16-18)

#### **4.5.2. Infecciones urinarias**

Se trata de la infección de una o más estructuras del tracto urinario es decir la presencia de bacterias en cualquier lugar del tracto urinario, ya sea: vejiga, uréteres y riñones; se encuentra entre las infecciones más comunes padecidas por la mujer embarazada:

*Bacteriuria asintomática:* Es la colonización bacteriana del tracto urinario sin sintomatología. Muchos estudios mostraron que la incidencia de bacteriuria oscila entre un 4% y 7%; similar al reportado en mujeres no embarazadas. Sin embargo durante el embarazo la obstrucción del flujo de orina y las modificaciones fisiológicas propias de esta etapa favorecen la estasis y un mayor riesgo de pielonefritis.

*Uretritis y Cistitis:* Las infecciones de las vías urinarias bajas se caracterizan por un cuadro de polaquiuria, ardor miccional, tenesmo y síntomas pélvicos, generalmente afebril.

*Pielonefritis:* Constituye un problema grave que puede desencadenar una muerte materna debido a las complicaciones médicas que pueden aparecer tales como shock séptico y síndrome de dificultad respiratoria del adulto.

#### *Factores predisponentes de infección de vías urinarias*

La infección de vías urinarias es más común en la mujer que en el varón, debido a:

- La uretra femenina es mucho más corta
- Está próxima a la vagina que puede estar colonizada por varios gérmenes
- Está próxima al ano con su contenido séptico.

Los cambios anatómicos y funcionales que ocurren durante el embarazo, guardan una relación directa con el aumento a la predisposición para las infecciones urinarias:

- Los riñones aumentan de tamaño por aumento del flujo sanguíneo que deben filtrar y por lo tanto aumenta la longitud renal,
- La vejiga aparece congestiva y es desplazada de su sitio habitual,
- El aumento de la hormona progesterona produce relajación de la musculatura de la vejiga y de los uréteres, lo que lentifica el flujo de la orina,
- El útero comprime los uréteres, especialmente el del lado derecho, acumulándose en los uréteres hasta 200 ml de orina. Este estancamiento urinario favorece el crecimiento de las bacterias, se cambia el pH de la orina y se hace más alcalino.
- Además conforme avanza la gestación existe mayor eliminación de proteínas por la orina, lo que contribuye a la multiplicación de bacterias.

Además se incrementa la susceptibilidad en determinadas condiciones como la diabetes, prolapsos, cicatrices de partos, incontinencia urinaria, etc.

Factores de riesgo asociados para la infección de vías urinarias durante el embarazo:

- Infección urinaria previa.

- Episodios repetidos de infección cérvico-vaginal (3 o más).
- Litiasis o malformación de la vía urinaria.
- Antecedente de abortos en el segundo trimestre de la gestación o parto prematuro de causa no específica.

La presencia de 1 o más factores de riesgo mayores y/o 2 o más factores de riesgo menores establecen el riesgo de parto pretérmino. (Narváez, J., Vega, B., 2007)

#### **4.5.3. Amenaza de parto pretermito**

Se define clásicamente como la presencia de dinámica uterina regular asociada a modificaciones cervicales progresivas desde las 22 hasta las 36 semanas de gestación, que se caracteriza por la frecuencia de 1 contracción cada 10 minutos, de 30 segundos de duración palpatoria, que se mantienen durante un lapso de 60 minutos, con borramiento del cérvix uterino del 50% o menos y una dilatación igual o menor a 3 cm.

La amenaza de parto prematuro puede tener un origen multifactorial. En la mayoría de casos, se desconoce la causa desencadenante (causa idiopática). Otras veces, existe una razón más o menos obvia (gestación múltiple, polihidramnios) que explique la aparición de la dinámica.

En otras ocasiones, podemos identificar factores infecciosos de otros focos del organismo por ejemplo: pielonefritis y apendicitis. Pero hasta en un 13%, existe una infección/inflamación intraamniótica subyacente, desencadenante del cuadro. Dado que la literatura refiere un aumento de la morbilidad neonatal secundaria a este proceso infeccioso y un mayor riesgo de amenaza de parto prematuro, la

identificación de ésta etiología podría tener una importancia relevante para mejorar el pronóstico global de la gestación en estos casos.

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, pues las jóvenes muchas veces asisten a los centros de salud con las complicaciones del embarazo y el parto, por no haber tenido un debido control prenatal adecuado y por ende con un mayor riesgo de presentar amenaza de parto prematuro.

#### *Factores predisponentes de amenaza de parto pretermino*

Entre los factores predisponentes para la amenaza de parto pretermino, tenemos:

#### *Factores de riesgo mayores*

- Gestación múltiple
- Antecedentes de parto pretérmino
- Antecedente de amenaza de parto pretérmino con parto a término
- Polihidramnios
- Anomalías uterinas
- Cirugía abdominal durante el embarazo
- Antecedentes de conización.
- Dilatación >1cm a las 32SG



- Cuello <1cm de longitud a las 32SG
- 2 o más abortos en el segundo trimestre
- Consumo de cocaína

*Factores de riesgo menores*

- Enfermedad febril durante el embarazo
- Pielonefritis
- Consumo +10 cigarrillos al día
- Metrorragia después de las 12SG
- 1 aborto en el segundo trimestre
- 2 o más abortos en el primer trimestre

*Otros factores de riesgo*

- Bajo nivel socioeconómico
- Edad materna <18años >40 años
- Estrés
- Infecciones vaginales: vaginosis bacteriana sintomática
- Infecciones urinarias
- ETS
- Abuso doméstico
- Violencia familiar

- Alcoholismo
- Bajo índice de masa corporal pre gestacional
- Baja ganancia de peso durante el embarazo
- Traumatismos. (Munguía, G. 2009)

#### **4.5.4. Enfermedad hipertensiva gestacional**

Es una de las principales causa de mortalidad y morbilidad materna y produce además restricción del crecimiento fetal y prematuridad. Se detecta luego de las 20 semanas y se caracteriza porque puede o no existir proteinuria, siendo las frecuencias reportadas de 22,4% a cerca de 29%.

##### *Factores predisponentes a trastornos hipertensivos del embarazo*

Entre los factores predisponentes para los trastornos hipertensivos durante el embarazo, tenemos:

- Paridad: casi exclusiva de primigestas.
- Embarazo múltiple.
- Macrosomía fetal.
- Patologías asociadas (diabetes, obesidad, mola, polihidramnios, eritroblastocis fetal).
- Antecedentes familiares y personales.
- Bajo Nivel socioeconómico.

- Factores ambientales.

***Hipertensión inducida del embarazo:*** Es la que se diagnostica por primera vez durante la gestación después de las 20 semanas, sin proteinuria. Las cifras de la tensión arterial regresan a la normalidad antes de las 12 semanas posparto, con lo que se confirma el diagnóstico.

En un estudio realizado en la ciudad de Cuenca las adolescentes con trastornos hipertensivos del embarazo están entre los 15 y 19 años, la mayoría nulíparas, de procedencia urbana e instrucción primaria. (Narváez, J., Vega, B., 2007)

***Preeclampsia:*** llamada también “toxemia”, es una condición única y generalmente peligrosa que sólo ocurre durante el embarazo. Es un desorden multisistémico en el que la hipertensión diagnosticada después de las 20 semanas se acompaña de proteinuria. Desaparecen dentro de las 12 semanas del post parto. No obstante, diversos estudios han observado que las siguientes características incrementan las probabilidades de que una mujer padezca preeclampsia: primer embarazo, embarazos en adolescentes.

La causa de preeclampsia sigue siendo desconocida sin embargo diversas evidencias observadas en los últimos 20 años indican que el desarrollo anormal de la placenta es uno de los factores iniciales en el desarrollo de esta enfermedad, la principal característica es la invasión trofoblástica inadecuada de las arteriolas espirales maternas. En el embarazo normal, las células trofoblásticas invaden la pared de las arterias espirales transformándolas en canales largos y tortuosos capaces de transportar gran cantidad de sangre al interior del espacio intervelloso y

resistente a la acción de agentes vasomotores. Estos cambios fisiológicos quedan restringidos en los pacientes con Preeclampsia disminuyendo así la perfusión uteroplacentaria.

Se debe a la reducción de la perfusión a los diferentes órganos secundariamente al vaso espasmo y a la activación endotelial.

Los resultados anormales de las pruebas de laboratorio de las funciones hepática y renal confirman el diagnóstico junto con la persistencia de cefaleas, alteraciones visuales y dolor epigástrico; este último es producido por la necrosis, la isquemia y el edema hepatocelular que comprime la cápsula de Glisson.

La persistencia de proteinuria de 2 (++) o mayor o la excreción de 2gramos o más de orina de 24 hora indica un cuadro de preeclampsia severa. (Squizzato, C., 2006)

**Eclampsia:** se denomina así a la presencia de convulsiones en pacientes preeclámpticas que no pueden ser atribuidas a otra causa.

Las convulsiones suelen ser tónico clónicas tipo gran mal. Aproximadamente la mitad de los casos de eclampsia aparecen antes del trabajo de parto, un 25% lo hace durante el trabajo de parto y el resto en el posparto.

**Preeclampsia sobre impuesta a hipertensión crónica:** Es la aparición de proteinuria sobre un proceso hipertensivo crónico no proteinúrico.

**Hipertensión crónica:** Es la elevación de la presión arterial diagnosticada antes del embarazo o en la primera consulta prenatal antes de las 20 semanas.

No se presenta proteinuria y las cifras tensionales permanecen elevadas después de la décimo segunda semana posparto. (Guía infantil, 2013)

#### **4.5.5. Ruptura prematura de membranas**

Es la ruptura espontánea del corion y del amnios, una o más horas antes de que se inicie el trabajo de parto. Aumenta la morbi mortalidad materna a expensas de la infección.

Se describen 3 mecanismos fisiopatológicos:

- a) Por alteración de la estructura de las membranas cervicales: la rotura ocurre espontáneamente y antes de que se produzcan cambios importantes en la madurez, posición o dilatación del cuello uterino.
- b) Por deformación y estiramiento a nivel del orificio cervical: La rotura ocurre espontáneamente después de cambios funcionales del segmento cérvix (borramiento y comienzo de la dilatación) acompañados por las contracciones uterinas.
- c) Mecanismo de formación y rotura de dos sacos ovulares: Se produce una acumulación de líquido amniótico en el espacio virtual amniocorial por filtración a través del amnios o por secreción. El líquido acumulado por presión hidrostática va disecando el espacio amniocorial para finalmente depositarse en el polo inferior entre el corion y el amnios. La rotura del corion determina la salida de líquido al exterior, y al conservarse el amnios íntegro se forma una segunda bolsa. Esta se rompe en una etapa posterior por el mecanismo anteriormente mencionado.

### ***Factores predisponentes de la ruptura prematura de membranas***

Entre los factores predisponentes para la ruptura prematura de membranas ovulares, tenemos:

#### ***Factores de riesgo mayores***

- Parto prematuro previo.
- Metrorragia en el embarazo actual (más riesgo en el tercer trimestre).
- Consumo de cigarrillo.

#### ***Factores de riesgo menores***

- Vaginosis bacteriana (más riesgo entre las 8-18 semanas de gestación).
- HTA o diabetes
- Anemia (Hto <30%).
- Consumo de café (>2tazas diarias).
- 2 o más legrados. previos.

#### ***Otros factores de riesgo***

- Traumatismos
- Incompetencia cervical
- Enfermedades del colágeno
- Deficiencia de vitamina C y cobre.
- Polihidramnios

- Infecciones del tracto genital inferior.
- Trichomona, chlamydia, ureoplasma.

Algunos estudios destacan que existe una frecuencia mayor de rotura prematura de membranas en la paciente adolescente, encontrándose cifras que van desde aproximadamente el 7% al 17%. (Munguía, G. 2009)

#### **4.5.6. Diabetes gestacional**

Se define como la disminución de la tolerancia a los hidratos de carbono, de severidad y evolución variable, que se reconoce por primera vez durante la actual gestación.

El desarrollo del feto en el cuerpo materno supone un importante gasto de energía; para cubrir esta demanda el organismo necesita modificar la cantidad y forma de asimilación de la glucosa, entre otros mecanismos. Durante los dos primeros trimestres de gestación se produce básicamente el esbozo de todas las estructuras del feto; no hay un crecimiento elevado del feto ni de la placenta. En esta etapa, el cuerpo de la madre se prepara metabólicamente para constituir la reserva energética que dé soporte al crecimiento fetal posterior. Aumentará la ingesta de alimentos, lo cual contribuye a la generación de un almacén de grasa; por otro lado, pueden apreciarse altos niveles de insulina (hiperinsulinemia), y los tejidos maternos presentan una respuesta adecuada a la misma.

En el tercer trimestre el feto comenzará a crecer a gran velocidad a expensas de las reservas maternas. La glucosa será uno de los compuestos requeridos en grandes

cantidades (el feto consumirá hasta el 50% de la glucosa de la madre); para facilitar ese aporte al bebé los tejidos de la madre van a expresar ciertos niveles de resistencia a la insulina, de modo que los niveles de azúcar en sangre (y, por tanto, disponibles para el feto) serán mayores.

En estas circunstancias de insulinoresistencia, la embarazada es susceptible a desarrollar diabetes gestacional. En la mayoría de los casos la alteración tiene las características de una diabetes de tipo II (origen no autoinmune) y solo un pequeño porcentaje de la población presenta diabetes pregestacional (aquella diagnosticada antes del embarazo).

Dentro de los factores de riesgo para contraer una diabetes gestacional están: obesidad con índice de masa corporal mayor a 26, antecedentes de diabetes mellitus en familiares de primer grado, edad materna igual o superior de 30 años, macrosomía fetal actual o antecedente de uno o más hijos con peso al nacer >4000 gramos, malformaciones congénitas y polihidramnios en el embarazo actual.

Investigaciones realizadas en adolescentes demuestran que la incidencia de esta patología es baja en este grupo de edad, siendo más frecuente en las embarazadas adultas. (Dudzinska, N., 2009).

#### **4.5.7. Vaginosis bacteriana**

La vaginosis bacteriana (VB) es la más importante infección vaginal debido a su potencial de causar infección del tracto genital superior. Es una de las dos infecciones genitales más frecuentes en las mujeres con vida sexual activa. La frecuencia de ésta varía según las poblaciones estudiadas, entre 40% a 50% en



mujeres en edad reproductiva y en Estados Unidos es la principal infección vaginal.

(Gonzales, C., 2011)

La sintomatología frecuente es:

- Un flujo gris o blanquecino que tiene un olor desagradable
- Ardor o picazón al orinar
- Algunas mujeres no presentan síntomas

Los factores de riesgo más frecuentes y que predisponen a una vaginosis bacteriana son:

- La raza negra
- Factor socioeconómico bajo
- Tabaquismo
- Alcohol
- Sexo no protegido
- Cambio de pareja sexual reciente

Algo que puede ayudar a aumentar la frecuencia de VB en las gestantes es que el cérvix ofrece un medio con citoquinas proinflamatorias mayor en la gestante, aumentando la susceptibilidad a la VB. (Garcia, P. 2013)

## **5. METODOLOGÍA**

### **5.1. TIPO DE ESTUDIO**

Descriptivo, transversal y prospectivo.

### **5.2. ÁREA DE ESTUDIO**

El Hospital Universitario de Motupe de la Universidad Nacional de Loja/Subcentro de Salud del Área de Salud No. 3 de la Dirección Provincial de Salud (MSP).

### **5.3. UNIVERSO**

Un total de 203 gestantes atendidas en Hospital Universitario de Motupe.

### **5.4. MUESTRA**

La muestra estuvo constituida por 92 adolescentes en estado de gestación atendidas en el periodo marzo-agosto 2015.

#### **5.4.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

Registros clínicos con o sin diagnóstico confirmado de complicaciones durante la gestación en mujeres entre los 10 y 19 años. Que hayan sido atendidas en el Hospital Universitario de Motupe y que estén cursando el periodo de embarazo.

#### **5.4.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Mujeres embarazadas mayores de 19 años.
- Mujeres entre los 10 y 19 años que no estén cursando el periodo de embarazo.

#### **5.4.3. CRITERIOS ÉTICOS**

El manejo de datos y la información recolectada es de absoluta confidencialidad.

#### **5.5. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN**

Para la recolección de los datos de la investigación se elaboró un formulario donde se recogió toda la información necesaria de acuerdo a los objetivos planteados; utilizándose como fuente el departamento de estadística del hospital universitario de Motupe, se elaboró un listado de las historias clínicas de las mujeres embarazadas entre 10 y 19 años de edad.

#### **5.6. PROCEDIMIENTO**

Para la realización de este trabajo de investigación luego de conseguir los permisos que me permitieron la realización del proyecto, solicité al servicio de estadística del Hospital Universitario de Motupe las historias clínicas de las pacientes ingresadas al servicio de gineco-obstetricia en el periodo comprendido entre Marzo-Agosto del 2015 con diagnóstico de embarazo. Luego se procedió a ordenar, tabular e interpretar los datos usando los conocidos programas Microsoft

office Excel y Word 2013, consecuentemente se elaboró la discusión con todos los resultados obtenidos contrastando la información con estudios similares.

## 6. RESULTADOS

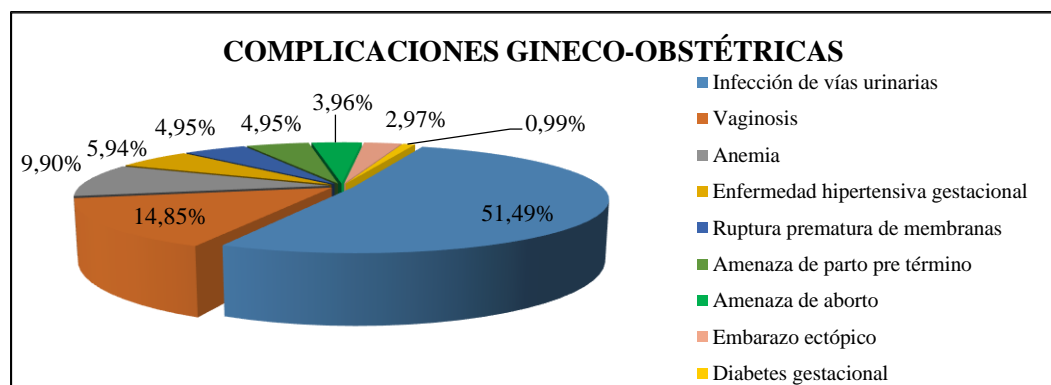
**TABLA N° 1: Complicaciones gineco-obstétricas en las adolescentes embarazadas atendidas en el hospital universitario de Motupe.**

COMPLICACIONES GINECO-OBSTÉTRICAS	FRECUENCIA	%
INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS	52	51,49%
VAGINOSIS	15	14,85%
ANEMIA	10	9,90%
ENFERMEDAD HIPERTENSIVA GESTACIONAL	6	5,94%
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	5	4,95%
AMENAZA DE PARTO PRE TÉRMINO	5	4,95%
AMENAZA DE ABORTO	4	3,96%
EMBARAZO ECTÓPICO	3	2,97%
DIABETES GESTACIONAL	1	0,99%
<b>TOTAL</b>	<b>101</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Hoja de recolección de datos.

**Elaboración:** Estudiante Jonathan Franklin Abad Troya.

**GRÁFICO N° 1**



**Fuente:** Hoja de recolección de datos.

**Elaboración:** Estudiante Jonathan Franklin Abad Troya.

### Interpretación y análisis

Los resultados obtenidos indican que las complicaciones gineco-obstétricas que predominan son: Infección de vías urinarias con el 51,49% (52), vaginosis con 14,85% (15), anemia con 9,9% (10).

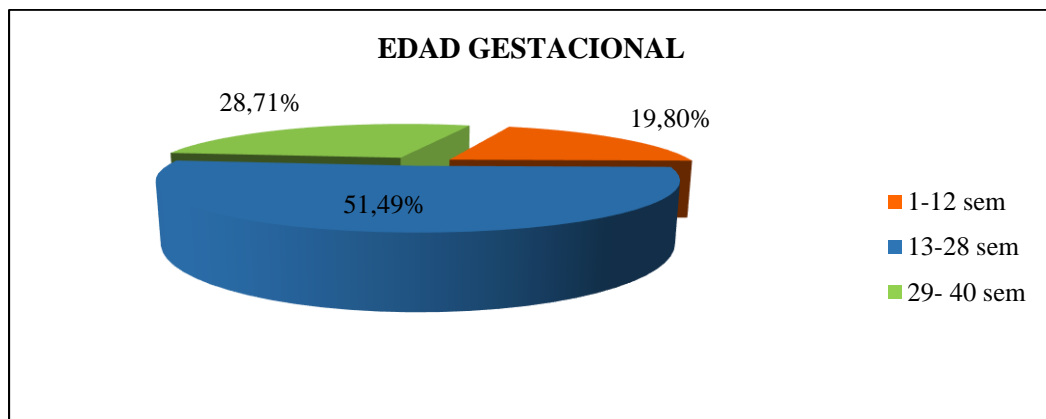
**TABLA N° 2: Trimestre de embarazo con más frecuencia de complicaciones gineco-obstétricas en las adolescentes embarazadas.**

<b>EDAD GESTACIONAL</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
<b>1er trimestre (5-12 semanas)</b>	20	19,80%
<b>2do trimestre (13-28 semanas)</b>	52	51,49%
<b>3er trimestre (29- 40 semanas)</b>	29	28,71%
<b>TOTAL</b>	<b>101</b>	<b>100,00%</b>

**Fuente:** Hoja de recoleccion de datos.

**Elaboracion:** Estudiante Jonathan Franklin Abad Troya.

**GRÁFICO N° 2**



**Fuente:** Hoja de recoleccion de datos.

**Elaboracion:** Estudiante Jonathan Franklin Abad Troya.

### **Interpretacion y analisis**

Del total de casos encontrados predomina el 51,49% (52) que representa el mayor porcentaje entre las 13-28 semanas de gestacion, seguidas con un 28,71% (29) que corresponde a 29-40 semanas de gestación y con menor frecuencia un 19,80% (20) entre la 5-12 semans de gestacion.

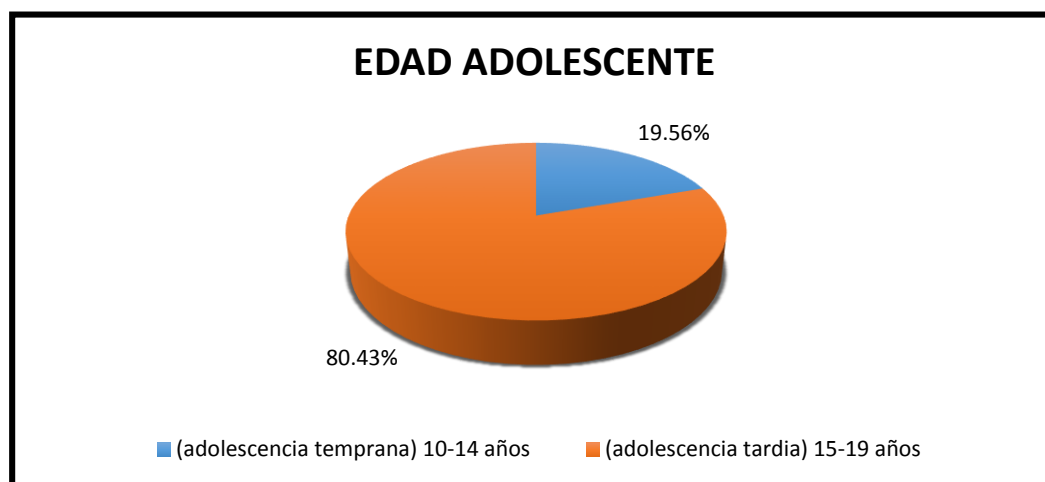
**TABLA N° 3: Distribucion por edad según la OMS de las adolescentes embarazadas que presentan complicaciones gineco-obstetricas.**

<b>EDAD</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
(adolescencia temprana) 10-14 años	18	19.56%
(adolescencia tardía) 15-19 años	74	80.43%
<b>TOTAL</b>	<b>92</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Hoja de recoleccion de datos.

**Elaboracion:** Estudiante Jonathan Franklin Abad Troya.

**GRÁFICO N° 3**



**Fuente:** Hoja de recoleccion de datos.

**Elaboracion:** Estudiante Jonathan Franklin Abad Troya.

### **Interpretación y análisis**

La información obtenida permite determinar en que edades es mas frecuente las complicaciones gineco-obstétricas de las cuales se puede observar que un 80.43% que corresponden a 74 adolescentes se encuentran entre los 15 a 19 años es decir la adolescencia tardía y el 15.56% representadas por 18 embarazadas se encuentran entre los 10 a 14 años que es la adolescencia temprana.

## 7. DISCUSIÓN

Se denomina embarazo en adolescentes al que ocurre durante la adolescencia de la madre, definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el lapso de vida transcurrido entre los 10 y 19 años de edad. También se suele designar como embarazo precoz, en atención a que se presenta antes de que la madre haya alcanzado la suficiente madurez emocional para asumir la compleja tarea de la maternidad.

En relación al primer objetivo “Establecer cuáles son las complicaciones gineco-obstétricas en las adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital Universitario de Motupe”, se evidenció 101 complicaciones de estas prevalece el 51,49% que corresponde a infección de vías urinarias, vaginosis con el 14,85%, anemia con el 9,9%, enfermedades hipertensivas con 5,94%, Ruptura prematura de membranas y amenaza de parto pretermino 4,9% , amenaza de aborto 3.9%, embarazo ectopico 2.97% y Diabetes gestacional 1%. En comparación con un estudio realizado en el hospital “Isidro Ayora” de Loja a 205 adolescentes embarazadas que fueron atendidas en el servicio de gineco-obstetricia, muestra que las patologías más frecuentes que se reportan son las infecciones de vías urinarias en 21,08%, vaginosis el 18%, preeclampsia en 11,14%, pielonefritis el 6,33%; datos que coinciden con esta investigación ya que las complicaciones que predominan en ambos estudios son las mismas.

En el segundo objetivo “Investigar en que trimestre de embarazo son más frecuentes las complicaciones gineco-obstétricas del grupo de estudio”, se establece un alto porcentaje del 51% que se dieron entre las 13-28 semanas de gestacion es



decir en el segundo trimestre de embarazo, 29% entre la 29-40 semanas de gestación y 20% entre la 5-12 semana de gestación. Información que difiere con la investigación realizada a las adolescentes embarazadas del hospital “Isidro Ayora” de Loja donde se menciona que un considerable número de casos 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, que se presentan con mayor frecuencia a partir de la semana 38 correspondiendo al 72, 82%. El 75.56% de las gestantes registran hasta 2 ingresos hospitalarios, la mayoría de las adolescentes ha tenido parto vaginal correspondiendo al 59.43%, mientras que el 35% son sometidas a cesárea.

En cuanto al tercer objetivo “Observar el grupo de edad adolescente según la clasificación de la OMS en el cual predominan las complicaciones gineco-obstétricas”, se obtuvo que estas se presentaron con mayor frecuencia en la adolescencia tardía, es decir entre los 15-19 años con un porcentaje del 80.43% y entre los 10-14 años el 19.57%. Esto concuerda con un estudio realizado en el mismo hospital en septiembre del 2012 a febrero del 2013, se tomó como muestra a 60 adolescentes, donde se evidenció que el mayor porcentaje de embarazos equivalente al 91,6% corresponde al grupo de mujeres que se encuentra en la adolescencia tardía 15-19 años y un mínimo porcentaje de 8,3% ocurrieron en mujeres en la adolescencia temprana 10-14 años.

## **8. CONCLUSIONES**

- En lo concerniente a las complicaciones que predominan en las adolescentes embarazadas son: infecciones de vías urinarias con mayor predominio seguido de la vaginosis, anemia y enfermedades hipertensivas.
- El trimestre con más frecuencia de complicaciones es el segundo entre las 13 a 28 semanas de gestación, seguido de 29 a 40 semanas de gestación y por último entre la 5 a 12 semanas de gestación.
- El grupo de edad donde se observó con más frecuencia las complicaciones es en el grupo de edad entre 15 a 19 años, es decir en la etapa tardía de la adolescencia.

## **9. RECOMENDACIONES**

- Incentivar a las adolescentes embarazadas a llevar un estilo de vida saludable con el fin de disminuir la aparición de complicaciones durante su periodo gestacional.
- Realizar un seguimiento con más frecuencia entre las 13-28 semanas es decir en el segundo trimestre de embarazo, especialmente en las zonas rurales de difícil acceso, con el objeto de brindar una atención de calidad garantizando la integridad, salud y calidad de vida para las jóvenes.
- Orientar a través de charlas dirigidas especialmente a colegios, para dar a conocer a las adolescentes sobre educación sexual, planificación familiar y las patologías más comunes para evitar embarazos no deseados.

## 10. BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar S., Camacho L. (2010). *Prevalencia, factores de riesgo y principales complicaciones de embarazos y partos en adolescentes que acuden al hospital regional Isidro Ayora de Loja*. Loja. Ecuador. Pag 8.
- Alarcón, R., Coello, J., Cabrera, J., y Monier, J. (2009). Factores que influyen en el embarazo en la adolescencia. *Revista Cubana de Enfermería*, vol 25 (1-2).
- Arias, J. (2012). Embarazo Ectópico en adolescentes. Recuperado de: <http://uteaenfermeriaabancayapurimac2012.blogspot.com/2012/12/embarazo-ectopico-en-adolescentes.html>
- Carrión J. (2014). *Factores predisponentes en el embarazo de adolescentes en la zona urbana y en la zona rural de la ciudad de Loja*. Tesis de grado. Loja-Ecuador. Parr. 3
- Chumi, A., Guerrero, J., y Illescas, C. (2008). *Prevalencia de patologías obstétricas en adolescentes embarazadas del servicio de gineco- obstetricia del Hospital Regional de Cuenca "Vicente Corral Moscoso" período abril 2006- abril 2008*, Cuenca Ecuador.
- Docsalud. (2013). *América Latina: por pobreza, suben embarazos adolescentes*. Recuperado de: <http://www.docsalud.com/articulo/5290/am%C3%A9rica-latina-por-pobreza-suben-embarazos-adolescentes>.
- Docsalud. (2013). *Según la ONU, más de 20 mil adolescentes dan a luz cada día*. Recuperado de: <http://www.docsalud.com/articulo/5154/seg%C3%BAAn-la-onu-m%C3%A1s-de-20-mil-adolescentes-dan-a-luz-cada-d%C3%ADa>.

- Dudzinska, N. (2009). *Diabetes gestacional*. Sitio web. Recuperado de:  
<http://www.webconsultas.com/embarazo/complicaciones/diabetesgestacional/causas-2391>
- Docsalud. (2008). *Problemas en embarazo, primera causa de muerte en adolescentes pobres*. Recuperado de: <http://www.docsalud.com/articulo/3102/problemas-en-embarazo-primera-causa-de-muerte-en-adolescentes-pobres>.
- El Universo. (2014). *Madres a una edad cada vez más temprana en Ecuador*. Recuperado de:  
<http://www.eluniverso.com/noticias/2014/11/02/nota/4174366/madres-edad-cada-vez-mas-temprana>
- Embarazada.us. (2010). *El embarazo*. Recuperado de:  
<http://www.embarazada.us/>
- Garcia, P. (2013). *Vaginosis bacteriana*. Revista Peruana de ginecología y obstetricia. Vol. 53. Pag: 167-171.
- Gonzales, A. (2011). Amenaza de aborto. En *Revista médica de Costa Rica y Centroamérica*, LVII (599), 495\_498 Recuperado de:  
<http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/599/art19.pdf>
- González C., Moreno M., Nieves B., Flores A., Chille A., Carrero S., Rangel E. (2011). *Flora vaginal en pacientes que asisten a consulta ginecológica*. Revista de la Sociedad Venezolana de Microbiología. ;26(1).
- Gramma. (2013). *Embarazo y aborto en la adolescencia*. Recuperado de:  
<http://www.granma.cu/granmad/salud/consultas/e/c15.html>
- Gutierrez, M. (2010). *Hemorragias en el embarazo*. Revista Peruana Gutierrez de Ginecología y Obstetricia, vol 56 (8-9), 8.

- Guia infantil.com.(2013). La eclampsia, causas, riesgos y su prevención en el embarazo. Recuperado de: <http://www.guiainfantil.com/1630/que-es-la-eclampsia-causas-riesgos-y-prevencion-en-el-embarazo.html>
- Hidalgo M. (2012). *Sexualidad en la adolescencia*. Revista de orientación sexual dirigida a la adolescencia. Argentina. Pag. 10-32
- Instituto nacional de estadísticas y censos. (2010). *Morbilidad, mortalidad de adolescencia en periodo de embarazo*. Ecuador. Pag 1
- Leon, P., Minassian, M., Borgoño, R., y Bustamante, F. (2008). Embarazo adolescente. *Revista pediatría electrónica, vol 5 (1)*, 43.
- Munisalud. (2015). *Embarazo en la adolescencia*. Recuperado de: [http://munisalud.muniguate.com/2012/09oct/estilos\\_saludables03.php](http://munisalud.muniguate.com/2012/09oct/estilos_saludables03.php)
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *El embarazo en la adolescencia*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>
- Ministerio de Salud Publica. (2009). Normas y procedimientos para la salud integral en el adolescente. Quito- Ecuador. Pag:23-28. Recuperado de: <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/NORMAS%20%20Y%20PROCEDIMIENTOS%20DE%20ATENCI%C3%93N%20INTEGRAL%20ADOLESCENTES..pdf>
- Ministerio de Salud Pública. (2014). SALUD DE ADOLESCENTES. Quito- Ecuador. Pag 13. Recuperado de: <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GUIA-SUPERV-ADOLESCCT-Editogran1.pdf>
- Medina, V. (2013). “Incidencia y causas de anemia ferropenica en adolescentes embarazadas de 13 – 16 años, realizado en el hospital gineco-obstétrico enrique

- c. sotomayor septiembre 2012 hasta febrero 2013”.Obstetra. Universidad de Guayaquil. Guayaquil.
- Narváez, J, Vega, B. (2007). Temas relevantes en Ginecología y Obstetricia, trabajos de Investigación del postgrado. Cuenca. Universidad de Cuenca.
  - Munguía, G. (2009). Factores de riesgo para amenaza de parto prematuro en adolescentes de chinandegua. Universidad Nacional Autonoma de Nicaragua. Nicaragua.
  - Ramírez Y. (2015). análisis comparativo de complicaciones materno – neonatales en adolescentes embarazadas y madres en edad reproductiva óptima. Loja-Ecuador. Pag 46.
  - Squizzato, C. (2006) Relación de la preeclampsia en adolescentes embarazadas en el Hospital Nacional Docente Madre- Niño, Lima. Perú.
  - Solís, M., y Barreto. M. (2011). *Embarazo en adolescentes de 10 a 19 años de edad que acuden a la consulta de gineco-obstetricia del centro materno infantil de andres de vera de enero a septiembre del 2010*. Médico Cirujano. Universidad Tecnica de Manabí. Portoviejo.
  - Vera, G., Gallegos, M., y Varela, M. (2013). *Salud mental y embarazo en adolescentes*. Contexto de la gestación y consecuencias biográficas tempranas. *Rev Méd Chile. Vol 127(2): 413-437*

**11. ANEXOS:**

**ANEXO I**



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**

**AREA DE LA SALUD HUMANA**

**CARRERA DE MEDICINA HUMANA**

Complicaciones gineco-obstétricas en las adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital Universitario de Motupe en el periodo Marzo – Agosto 2015

Formulario N° \_\_\_\_\_

Historia clínica N° \_\_\_\_\_

<b>1. Edad</b>	
----------------	--

<b>2. Edad gestacional</b>	
<b>Semanas</b>	

<b>3. Complicaciones durante el embarazo</b>	
<b>Preeclampsia</b>	
<b>Eclampsia</b>	
<b>Amenaza de aborto</b>	
<b>Amenaza de parto pre término</b>	
<b>Ruptura prematura de membranas</b>	
<b>Infección de vías urinarias</b>	
<b>Enfermedad hipertensiva gestacional</b>	
<b>Diabetes gestacional</b>	
<b>Anemia</b>	
<b>Vaginosis</b>	

**Elaborado Por** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_



## ANEXO II

**THE CANADIAN HOUSE CENTER**



### THE CANADIAN HOUSE CENTER

El que suscribe, en representación de **THE CANADIAN HOUSE CENTER CIA. LTDA**, el cual está aprobado por el **Ministerio de Educación del Ecuador** según resolución Ministerial N° 320 - 15.

#### CERTIFICA.-

Que el resumen de tesis titulada **“COMPLICACIONES GINECO-OBSTÉTRICAS EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE”** realizado por **JONATHAN FRANKLIN ABAD TROYA** con cédula de identidad 1104933104 estudiante de la **CARRERA DE MEDICINA HUMANA** de la Universidad Nacional de Loja, ha sido debidamente traducido por el Lic. Ross Sampayo docente coordinador de nuestra prestigiosa entidad especializada en la buena enseñanza del idioma inglés.

Se expide el presente documento, de acuerdo a la Ley, para los fines necesarios.

Loja, 20 de Septiembre de 2016



Lic. Ross Sampayo  
**COORDINADOR GENERAL**  
**THE CANADIAN HOUSE CENTER**