UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

FACULTAD DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA

TÍTULO

COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO GENERAL.

AUTORA:

Rocío Elizabeth Padilla Cuenca

DIRECTOR:

Dr. Bolívar Eduardo Samaniego Cárdenas, Mg. Sc.

Loja - Ecuador

2017

CERTIFICACIÓN

Loja, 05 de Junio del 2017

Dr. Bolívar Eduardo Samaniego Cárdenas, Mg. Sc.
DIRECTOR DE TESIS

CERTIFICA:

Que el presente trabajo de investigación titulado: **COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA**, realizado por la estudiante **Roció Elizabeth Padilla Cuenca**, ha sido dirigido y supervisado, el mismo que se ajusta al método científico y las normas académicas estipuladas por la Universidad Nacional de Loja y por el Área de la Salud Humana para la obtención del título de Médico General por lo que autorizo su presentación, publicación y defensa.

Atentamente

Dr. Eduardo Samaniego
DIRECTOR DE TESIS

AUTORÍA

Yo, Rocío Elizabeth Padilla Cuenca, declaro ser la autora del presente trabajo de tesis titulado: 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 Repertorio Institucional-Biblioteca Virtual

Autor: Rocío Elizabeth Padilla Cuenca

Firma:

Cédula: 1104870967

Fecha: 05-06-2017

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, Rocío Elizabeth Padilla Cuenca autora de la tesis titulada: **COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA.** Cumpliendo el requisito que permite obtener el título de Medica General, autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja, difunda con fines estrictamente académicos la producción intelectual de esta casa de estudios superiores.

Los usuarios libremente, pueden consultar el contenido de este trabajo a través del Repositorio Digital Institucional (RDL), accediendo a las redes de información del país y del extranjero con las cuales la universidad mantenga convenio.

La Universidad Nacional de Loja no se hace responsable por el plagio o copia injustificada de la presente tesis que sea realizada por un tercero. Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, 05 de Junio del 2017, firma su autora.

Firma:

Autora: Rocío Elizabeth Padilla Cuenca

Cédula: 1104870967

Dirección: Av. 8 de Diciembre y Francisco Robles

Correo Electrónico: rockcioliz@gmail.com

Teléfono: 0987661673

Director de Tesis: Dr. Bolívar Eduardo Samaniego, Esp.

Miembros del Tribunal: Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustán, Mg. Sc.

Dra. María De los Ángeles Sánchez Tapia, Esp.

Dra. Ximena Patricia Carrión Ruilova, Esp.

DEDICATORIA

Esta tesis se la dedico a Dios, quién supo darme fuerzas para seguir adelante enseñándome a vencer las adversidades sin desfallecer en el intento.

A mis padres Francisco y Dora, quienes me han acompañado en este largo camino y me han brindado su apoyo incondicional.

A mis hermanos: Byron, Doris y Verónica, quienes han sido mi constante fuente de fuerza y perseverancia, sin ellos no podría haber llegado tan lejos, especialmente dedico este trabajo a mi hermana Doris quien ha sido siempre mi cable a tierra y el pilar fundamental que ha marcado mi vida.

A mis abuelitos: Segundo y Rosario, por ser mis segundos padres, por haber contribuido a mi formación y por haberme brindado los recuerdos más felices de mi infancia.

A mis tías: Ruth, Rosario, Albita, Rosita y María, quienes con sus enseñanzas me han inculcado mis valores, carácter, perseverancia y coraje para conseguir mis objetivos.

Al resto de mi familia por estar siempre presentes, acompañándome para poderme realizar; por compartir cada momento bueno y malo.

Rocío Elizabeth Padilla Cuenca

AGRADECIMIENTO

Especial agradecimiento a mi familia por ser el pilar fundamental de mi vida y por brindarme las oportunidades que fueron necesarias para poder alcanzar poco a poco cada una de mis metas.

Mi agradecimiento eterno a la Universidad Nacional De Loja por ser mi segundo hogar y haberme permitido desarrollarme como estudiante, a cada uno de los docentes de la carrera de Medicina Humana quienes compartieron en las aulas universitaria sus conocimientos y experiencias que fueron imprescindibles para mi formación. Al Hospital Isidro Ayora de Loja y sus autoridades por permitirme realizar ahí el presente trabajo investigativo.

También un especial agradecimiento al Hospital de Especialidades Eugenio Espejo y a todos quienes lo conforman por acogerme durante mi año de Internado Rotativo, a mis amigos y a mi novio por siempre estar ahí, apoyándome en los momentos más difíciles tanto de mi vida académica como personal.

Rocío Elizabeth Padilla Cuenca

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CARÁTULA i
CERTIFICACIÓN ii
AUTORÍA iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN iv
ÍNDICE DE CONTENIDOS vii
ÍNDICE DE TABLAS viii
ÍNDICE DE GRÁFICOS viii
1. TITULO 1
2. RESUMEN 2
SUMMARY 3
1. INTRODUCCIÓN 4
4. REVISIÓN DE LITERATURA 6
4.1 ADOLESCENCIA 6
4.1.1. Definición: 6
4.1.2. Fases de la Adolescencia 6
4.2. EMBARAZO ADOLESCENTE 7
4.2.1. Definición: 7
4.3. COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS 11
4.3.1. Complicaciones Obstétricas Durante el Embarazo 11
4.3.1.1. Anemia 11
4.3.1.2. Aborto 11
4.3.1.3. Embarazo Ectópico 13
4.3.1.4. Amenaza de Parto Pretérmino 13
4.3.1.5. Rotura Prematura de Membranas 14
4.3.1.6. Enfermedad Hipertensiva Gestacional 15
4.3.1.7. Desprendimiento Prematuro de Placenta 17
4.3.1.8. Infecciones de Vías Urinarias 18
4.3.1.9. Vaginosis Bacteriana 19
4.3.2. Complicaciones Obstétricas Durante el Parto 20
4.3.2.1. Distocias Dinámicas 20
4.3.2.2. Distocias Mecánicas 21
4.3.2.3. Desgarros del canal de parto 22
4.3.3. Complicaciones Obstétricas Puerperales 22
4.3.3.1. Hemorragia Postparto 22
4.3.3.2. Procesos Infecciosos puerperales 23
5. MATERIALES Y MÉTODOS 24
6. RESULTADOS 26
7. DISCUSIÓN 31
8. CONCLUSIONES 33

9. RECOMENDACIONES 34
10. BIBLIOGRAFÍA 35
11. ANEXOS 42
Anexo Nº1. Hoja Recolectora de Datos 42
Anexo Nº2. Autorización para Recolección de Datos 44
Anexo Nº3. 45
Anexo Nº4. Proyecto de Tesis 46

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Frecuencia de complicaciones obstétricas en adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital General Isidro Ayora durante el 2016 266
Tabla 2. Tipos de Complicaciones más frecuentes en adolescentes embarazadas atendidas en Hospital Isidro Ayora durante el 2016 277
Tabla 3. Complicaciones Obstétricas según la etapa del embarazo adolescente atendidas en el Hospital Isidro Ayora durante el 2016 29
Tabla 4. Complicaciones obstétricas según la edad en adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital General Isidro Ayora durante el 2016 300

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1. Frecuencia de complicaciones obstétricas en adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital General Isidro Ayora durante el 2016 266
Gráfico N° 2. Tipos de Complicaciones más frecuentes en adolescentes embarazadas atendidas en Hospital Isidro Ayora durante el 2016 288
Gráfico N° 3. Complicaciones Obstétricas según la etapa del embarazo adolescente atendidas en el Hospital Isidro Ayora durante el 2016 29
Gráfico N° 4. Complicaciones obstétricas según la edad en adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital General Isidro Ayora durante el 2016 300

1. TITULO

COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA

1. RESUMEN

La presente investigación titulada: Complicaciones Obstétricas en Adolescentes Atendidas en el Servicio de Gineco-obstetricia del Hospital General Isidro Ayora, tuvo como objetivo general: identificar la frecuencia con la que se presentan las complicaciones obstétricas en las adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital General Isidro Ayora durante el año 2016. Para su realización se utilizó un diseño descriptivo, cuantitativo, retrospectivo y de corte transversal en el que se aplicó una hoja de recolección de datos en base a las historias clínicas, los resultados se plasmaron en cuadros estadísticos. El universo consto 755 gestantes adolescentes, y la muestra de 526 de las cuales el 70% presentaron complicaciones obstétricas, siendo más frecuentes los aborto con 15,2%; las distocias dinámicas con 12,5% y la anemia postparto con 6,5% respectivamente, el tipo de complicaciones que más se presentaron fueron las prenatales con 58,2%, específicamente durante el tercer trimestre de embarazo en donde representaron el 46% y finalmente el 68% se encontraba en edades de 17 a 19 años es decir durante la adolescencia tardía.

Palabras Claves: Embarazo, Adolescencia, Complicaciones Obstétricas.

SUMMARY

The current research titled: Obstetric Complications in teenagers attended in the Gynecological-Obstetrics Service of The General Hospital “Isidro Ayora” had as general objective: to identify the frequency with which the obstetric complications are presented in the pregnant teenagers attended in the General Hospital “Isidro Ayora” during the year 2016. For its performance, a descriptive, quantitative, retrospective and cross-sectional design was used in which a data collection sheet was applied based on the clinical histories, the results were expressed in statistical tables. The universe consisted of 755 pregnant teenagers, and the sample of 526 of which 70% presented obstetric complications, being more frequent the abortions with 15.2%; The dynamic dystocia with 12.5% and the postpartum anemia with 6.5% respectively, the type of complications that presented the most were prenatal with 58.2%, specifically during the third trimester of pregnancy where they accounted for the 46% and finally the 68% were ranging in ages from 17 to 19 years that is to say during the late adolescence.

Key Words: Pregnancy, Adolescence, Obstetric Complications.

1. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud define a la adolescencia como el período comprendido entre los 10 a los 19 años, en donde el individuo enfrenta cambios físicos, biológicos, endocrinos, psicológicos y por ende sociales encaminados a lograr la madurez biológica y mental que le permita un crecimiento y desarrollo apropiado para enfrentar las cargas de la vida adulta, la interrupción de cualquiera de estos cambios marcan de manera importante el futuro de un adolescente.

La Organización de Naciones Unidas durante el año 2012 estimó que unos 16 millones de adolescentes de 15 a 19 años y aproximadamente 1 millón de niñas menores de 15 años dan a luz cada año. La presencia de un embarazo durante esta etapa interrumpe por completo el desarrollo y evolución normal de las facultades biopsicosociales de la mujer, no solo en el momento en que se produce sino también durante y posteriormente, al asumir las necesidades que exige la naturaleza de ser madre.

Ecuador según los datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos publicados en el 2011, de las más de 7 millones de mujeres, 3.645.167 son madres, de ellas 122.301 son adolescentes. El 5,2% de las madres afroecuatorianas son adolescentes, seguidas de las indígenas con 4,3%. La provincia con mayor porcentaje de madres adolescente es Carchi con el 69,9%, seguida por Los Ríos con 68,9%.

La información presentada refleja la realidad latente de miles de adolescentes embarazadas y también pone en evidencia que dichos embarazos presentan un riesgo elevado para la aparición de patologías obstétricas relacionadas con la inmadurez reproductiva que muestran estas precoces madres debido a tres razones básicas: están menos preparadas biológica, emocional y económicamente.

Aguirre D., Carreño Y., Huamán J. y Huarcaya E., en el 2015 realizaron un estudio en un centro materno infantil en Perú donde observaron que durante las gestación las patología más frecuentes fueron: infección urinaria 55.6%, anemia 27.8%, pre eclampsia 5.5%. Durante la labor de parto un 66.6% presento trabajo de parto prolongado, y un 16.7% presento desgarros perineales y cervicales, el 66.7% de todos estos embarazos terminan por medio de cesárea la cual fue una intervención indicada debido a: estrechez pélvica 41.7%, sufrimiento fetal

25.0%. En cuanto a la complicación del puerperio se constató que la mayoría de las adolescentes presentaron anemia 33.3% e infección urinaria 27.8%.

En nuestra localidad Calva Bereche durante el 2015 investigó en el Hospital Isidro Ayora las complicaciones obstétricas en adolescentes embarazadas primigestas con infección de vías urinarias en el Hospital Isidro Ayora donde se evidenció que el 83% presentó infección de vías urinarias de las cuales el 42 % presentó amenaza de aborto y el 28% amenaza de parto pretérmino 28%.

Todo esto evidencia que el embarazo en adolescentes continúa siendo un problema social y de salud importantísimo, por lo cual se decidió realizar la presente investigación titulada: Complicaciones Obstétricas en Adolescentes Atendidas en el Servicio de Gineco-obstetricia del Hospital General Isidro Ayora. La misma que tuvo como objetivo general: Identificar la frecuencia con la que se presentan las complicaciones obstétricas en las adolescentes embarazadas atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital General Isidro Ayora durante el año 2016. Y como objetivos específicos: identificar cuáles son las complicaciones obstétricas más frecuentes en las adolescentes embarazadas, identificar el tipo de complicaciones obstétricas más frecuentes en adolescentes, establecer en qué etapa del embarazo adolescente se presentaron con mayor frecuencia las complicaciones obstétricas y determinar a qué edad de la adolescencia se mostraron con mayor frecuencia las diferentes complicaciones obstétricas.

4. REVISIÓN DE LITERATURA

4.1 ADOLESCENCIA

4.1.1. Definición:

Periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos. El comienzo de la pubertad marca el pasaje de la niñez a la adolescencia. (OMS, 2014).

4.1.2. Fases de la Adolescencia

Adolescencia temprana:

Esta primera fase de la adolescencia, denominada adolescencia precoz, temprana o pre adolescencia, inicia en la pubertad (entre los 10 y 12 años), se presentan los primeros cambios físicos. Está caracterizada fundamentalmente por la primacía de cambios biológicos: comienzo del desarrollo del tejido mamario, Inicio del crecimiento del vello pubiano, Aumento de volumen de los ovarios, trompas y útero, Menarquia o primera menstruación entre los 10 y 12 años, ensanchamiento de las caderas, Redistribución del tejido graso en mamas y glúteos. También comienzan cambios psicológicos pasando del pensamiento concreto al pensamiento abstracto, la adolescente trata de crear sus propios criterios, socialmente quiere dejar de relacionarse y de ser relacionado con los niños, pero aún no es aceptado por los adolescentes. (Craig, 2009) (López, 2012)

Adolescencia intermedia:

Inicia entre los 14 y 15 años hasta los 16 años. Esencialmente se caracteriza por los cambios psicológicos y la continuación de los cambios físicos: elevación y aumento de tamaño de los senos; areola y pezón forman un montículo que sobresale del reborde de la mama, el vello se extiende por la superficie media de los muslos. Comienza a consolidarse la orientación del deseo sexual hacia otra persona y surgiendo la necesidad de compartir ese deseo, de comunicarse, de intercambiar caricias y de transmitir emociones. El desarrollo del

pensamiento va alcanzando el nivel hipotético deductivo que le permite ir estableciendo generalizaciones, ideas y conclusiones propias, así como reajustando sus normas y valores, desear independencia y autonomía. (Craig, 2009) (López, 2012)

Adolescencia Tardía:

Entre los 17 y 19 años. Aunque acompañados por la continuidad de los cambios psicológicos y ocasionalmente en un reducido número de adolescente por el término de sus cambios biológicos, esta fase o subetapa de la adolescencia está caracterizada fundamentalmente por el desarrollo de los cambios sociales en adolescentes. Es la etapa final de la adolescencia, en la que se arriba a la primera mayoría de edad, donde el objetivo esencial en ambos géneros es su inserción en la sociedad, les permite una mejor preparación para vivir y desarrollarse en el seno de la sociedad. La adolescencia tardía es el período precedente donde se establecen las bases psicológicas y sociales de su desarrollo para alcanzar la juventud. En esta fase de la adolescencia los seres humanos no se parecen más a los adultos, por el contrario, aún pueden tener y de hecho persisten en ellas características de la adolescencia intermedia e incluso en algunos casos de la fase temprana, comienzan a experimentar, a asumir sus nuevos roles como hombres y mujeres en lo personal, familiar y social; las relaciones de pareja tienden a ser más estables. (Craig, 2009) (López, 2012)

4.2. EMBARAZO ADOLESCENTE

4.2.1. Definición: Se lo define como el embarazo que ocurre dentro de los dos primeros años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarca, y/o cuando la adolescente es aún dependiente económica y socialmente de su núcleo familiar de origen. (Silber, 2001)

Factores predisponentes para el embarazo adolescente

Las principales causas o razones que existen en la sociedad y que influyen en una adolescente para quedar embarazadas, son:

- **Inicio precoz de relaciones sexuales**: Cuando aún no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención.

- **Familia disfuncional:** la ausencia de los padres genera carencias afectivas que la joven no sabe resolver, impulsándola a relaciones sexuales que tienen mucho más de sometimiento para recibir afecto que un genuino vínculo de amor.

- **Bajo nivel educativo:** con desinterés general. Cuando hay un proyecto de vida que prioriza alcanzar un determinado nivel educativo y posponer la maternidad para la edad adulta, es más probable que la joven, aun teniendo relaciones sexuales, adopte una prevención efectiva del embarazo.

- **Fantasías de esterilidad**: comienzan sus relaciones sexuales sin cuidados, y como no se embarazan por casualidad, piensan que son estériles.

- **Falta o distorsión de la información:** La falta de una adecuada educación sobre sexualidad y el uso correcto de métodos anticonceptivos

- **Controversias entre su sistema de valores y el de sus padres:** cuando en la familia hay una severa censura hacia las relaciones sexuales entre adolescentes, con frecuencia por rebeldía, y a la vez como una forma de negarse a sí mismos que tienen relaciones, no implementan medidas anticonceptivas.

- **Factores socioculturales:** la evidencia del cambio de costumbres o 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. (Armendariz y Medel, 2010)

Consecuencias del embarazo adolescente

- **Consecuencias iniciales:** En general el miedo, el estrés y la ansiedad son las reacciones iniciales. A este respecto, hay que tener en cuenta que lo más habitual es que la mujer a esta edad no disponga de estrategias adecuadas de afrontamiento y resolución de este tipo de problemas.

- **Consecuencias a corto y mediano plazo:** Si decide quedarse con el hijo, puede estar expuesta a diversas consecuencias orgánicas, psicológicas, sociales, económicas y

educativas. Además, tiene grandes posibilidades de quedarse, en un corto período de tiempo, nuevamente embarazada. (Martínez, 2009)

- **Consecuencias orgánicas:** Durante la gestación, el parto y el postparto son mucho más probables toda una serie de problemas orgánicos que pueden afectar notablemente a la madre y al hijo. Esto ha motivado que los embarazos en la adolescencia hayan sido considerados de alto riesgo por la Organización Mundial de la Salud. Durante la gestación son más frecuentes las anemias, las alteraciones de peso, el crecimiento uterino inferior a lo normal y los abortos espontáneos. Las complicaciones durante el parto y el postparto son también muy importantes. La tasa de mortalidad es también más elevada. Entre los factores psicológicos destaca el inadecuado y escaso o nulo cuidado prenatal que suelen tener estas madres. Este escaso cuidado prenatal parece estar motivado, entre otras cosas, por el hecho de que aproximadamente el 80% de estos embarazos no son deseados, lo que favorece la tendencia a ocultarlos, y por los malos hábitos de salud que suelen tener estas madres. Respecto a los factores de tipo social, el fundamental sería el bajo estatus socioeconómico y sociocultural que suelen tener estas chicas. (Issler, 2011)

- **Consecuencias psicológicas:** La madre adolescente es en cierto sentido una niña, que de pronto se ve expuesta al mundo adulto sin estar preparada para ello. Esta nueva situación lleva a la adolescente a gran cantidad de problemas psicológicos, ya que la aceptación de ser madre o del matrimonio son grandes pasos para los que no está preparada. Esto hace que se sienta frustrada en sus expectativas de futuro. Esta situación tal vez explique la baja eficacia personal percibida en estas madres y la mayor incidencia de baja autoestima, estrés, depresión, e incluso, de suicidios, todos ellos problemas muchos más frecuentes entre las adolescentes embarazadas que entre sus compañeras no embarazadas.

- **Consecuencias educativas:** En las madres adolescentes las posibilidades de llegar a conseguir una buena formación se ven claramente disminuidas, ya que son mucho más frecuentes los problemas escolares y el abandono de los estudios. El menor rendimiento académico y las mayores probabilidades de abandono escolar interfieren seriamente en el proceso de formación.

- **Consecuencias socio-económicas:** Su bajo nivel de formación, y su habitualmente escasa o nula experiencia laboral, hacen más fácil que, o bien no encuentre un trabajo. Como consecuencia de ello, muchas de estas mujeres viven en hogares con reducidos ingresos, incluso por debajo del nivel de la pobreza. En algunos casos, la situación económica es tan precaria que pasan a depender de la asistencia social. (Blazquez, 2012)

- **Repetición del embarazo:** Sus consecuencias parecen ser mucho más graves que las de los primeros: el riesgo de mortalidad perinatal es mayor, y los problemas sociales relacionados con el éxito académico, el bienestar económico, la estabilidad marital y la dependencia de los servicios sociales tienden a intensificarse. (Martínez, 2009)

- **Consecuencias asociadas a la decisión de abortar:** la cuarta parte y la mitad de estos embarazos terminan de ese modo. Dado que los abortos durante la adolescencia suelen ser tardíos, clandestinos, y vividos en soledad, no nos han de extrañar consecuencias orgánicas como perforaciones uterinas, hemorragias, infecciones e incluso la propia muerte. Además, se han encontrado efectos a largo plazo sobre la fertilidad futura. A nivel psicológico, hay que hacer notar que muchas veces la decisión de abortar se toma bajo presión o para evitar el rechazo social, sin que exista un verdadero convencimiento, por lo que son frecuentes los sentimientos de tristeza, de pérdida y de culpabilidad y, en ocasiones, el arrepentirse de haber abortado.

- **Consecuencias para el Bebé:** Presencia de bajo peso al nacer, prematuridad, malformaciones congénitas, problemas de desarrollo, retraso mental. Hay mayor riesgo de maltrato, abandono físico y emocional y repercusiones en el desarrollo psicólogo-emocional. Múltiples factores de riesgo afectan negativamente al futuro del niño, entre ellos el bajo status socio-económico y el bajo nivel educacional de la madre, los cuales ejercen efectos adversos en las oportunidades para el óptimo crecimiento y desarrollo. (Issler, 2011)

4.3. COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS

4.3.1. Complicaciones Obstétricas Durante el Embarazo

4.3.1.1. Anemia

La anemia ferropénica es la primera causa de deficiencia nutricional que afecta a las mujeres embarazadas (Pavord, 2012).

Hemoglobina con valores menores a 11 g/dL (Hematocrito menor a 33%) en el primer y tercer trimestre, o hemoglobina con valores menores a 10,5 g/dL (Hematocrito menor a 32%) en el segundo trimestre, con hipocromía y microcitosis, observadas en la sangre periférica son considerados valores anormales. Puede evaluarse el hierro sérico, la ferritina y la saturación de transferrina para confirmar la patología, aunque estos exámenes no se ordenan rutinariamente durante el control prenatal. Anemia posparto Hemoglobina con valor menor a 10 g/dL.

En el embarazo se requiere hierro adicional para el feto, la placenta y el incremento en el volumen sanguíneo materno. Este alcanza una cantidad aproximada de 1000 mg de hierro (masa eritrocitaria 500 mg, hierro fetal 290 mg, pérdidas fisiológicas 240 mg y hierro placentario 20 mg) durante todo el embarazo.

La anemia en el embarazo se asocia con un mayor riesgo de resultados maternos, fetales y perinatales adversos: mayor prevalencia de trastornos hipertensivos gestacionales y hemorragia posparto, restricción de crecimiento intrauterino y muerte fetal son más frecuentes en los embarazos de mujeres anémicas. (MSP, 2014)

Los cambios en la dieta por sí solos no son suficientes para corregir la anemia por deficiencia de hierro y los suplementos de hierro son necesarios. Las sales ferrosas de hierro son la preparación de elección. La dosis oral para la anemia por deficiencia de hierro debe ser de 100-200 mg de hierro elemental diario. (National Collaborating Centre for Women´s and chilsdren´s, 2008).

4.3.1.2. Aborto

Interrupción espontánea o provocada del embarazo antes de las 20 semanas de gestación y/o el feto pesa menos de 500 gramos. La tasa de pérdida clínica es del 10 al 15% de las gestaciones y más del 80% de abortos ocurren antes de las 12 semanas. (MSP, 2013)

Clasificación de aborto

- **Amenaza de Aborto:** es la presencia de hemorragia de origen intrauterino de varios días de evolución, con o sin contracciones uterinas, sin dilatación cervical y sin expulsión de los productos de la concepción. El ultrasonido debe revelar que el feto muestra signos de vida (latido cardíaco o movimiento). Hasta el 50% de las amenazas de aborto pueden seguir su curso hacia aborto a pesar de las medidas terapéuticas que se establezcan.(González, 2011)

- **Aborto Completo:** Expulsión total del embrión o feto y las membranas ovulares; desaparece el dolor y el sangrado genital disminuye, los hallazgos del examen ginecológico evidencia cuello cerrado, útero disminuido de tamaño y bien contraído. Generalmente ocurre cuando la gestación es menor de 8 semanas. (Rodríguez, 2011)

- **Aborto Incompleto:** Expulsión parcial de tejidos fetales, placentarios o líquido amniótico a través de un cuello con modificaciones acompañado de sangrado que puede ser profuso dado por la denudación de los vasos del sitio de implantación de la placenta que deprivan la vasoconstricción dada por las contracciones miometriales; este sangrado en algunas ocasiones es causa de hipovolemia.

- **Aborto Diferido:** Corresponde al aborto caracterizado por la retención, en la cavidad uterina, de un embrión o feto muerto (incluyendo el embarazo anembrionado) o la detención de la progresión normal del embarazo. En este caso, el embrión muere pero no es expulsado. Se sospecha cuando los síntomas del embarazo desaparecen y el útero no aumenta de tamaño; su manejo debe ser hospitalario, e incluye la solicitud de ultrasonido. El diagnóstico se confirma cuando no se visualiza embrión o fetocardia, y se encuentra distorsión del saco gestacional o disminución del líquido amniótico. Su tratamiento depende de la edad gestacional y del tamaño uterino. Puede escogerse tratamiento médico o quirúrgico para hacer la evacuación uterina. (Vargas, 2013)

- **Aborto Séptico:** Infección de causa obstétrica que cursa con fiebre (temperatura de 38°C o más) antes, durante o después del aborto espontáneo o provocado acompañada de otros signos como dolor uterino, mal olor o pus. (MSP, 2013)

4.3.1.3. Embarazo Ectópico

El embarazo ectópico se define como la implantación del óvulo fecundado fuera de la cavidad uterina. El embarazo ectópico es la causa más frecuente de morbilidad y mortalidad materna en el primer trimestre de la gestación. Casi 95% de los embarazos ectópicos se implanta en los diversos segmentos de la trompa de Falopio y dan lugar a embarazos fimbriales, ampollares, ístmicos o intersticiales. El 5% restante de los embarazos ectópicos no tubáricos se implantan en el ovario, cavidad peritoneal, cuello uterino o sobre la cicatriz de una cesárea previa. (Williams, 2009)

4.3.1.4. Amenaza de Parto Pretérmino

Es la presencia de contracciones uterinas con una frecuencia de 1 o más, cada 10 minutos, de 25-30 segundos de duración, que se mantienen durante un lapso de 60 minutos, con borramiento del cuello uterino del 50% o menos y una dilatación igual o menor a 3 cm, entre las 22 y 36,6 semanas de gestación. Se debe reconocer que no existe consenso universal en cuanto a dichos criterios. (Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, 2015)

Una situación clínica especial es la que se vive en aquella paciente que presenta contracciones uterinas persistentes, sin modificaciones cervicales concomitantes. En esta situación debe pensarse en coito reciente, uso de drogas ilícitas y/o estrés materno.

El 80% de las consultas por APP no terminarán en un parto prematuro. Dos tercios de las APP no parirán en las siguientes 48 horas, y más de un tercio llegarán a término.

Algunos de los factores de riesgo identificados son: edad materna ≤18 a ≥ 40 años, antecedentes de pérdidas gestacionales en el segundo trimestre, aborto habitual, anomalías uterinas, conización del cérvix, longitud cervical corta, embarazos múltiples, ruptura prematura de membranas, polihidramnios, hemorragia anteparto, infección del tracto urinario, infección materna severa, trauma físico, infección bacteriana ascendente, enfermedades maternas como hipertensión arterial entre otras. (Quirós, 2016)

4.3.1.5. Rotura Prematura de Membranas

Afecta aproximadamente del 2% al 18% de los embarazos y puede ocurrir a cualquier edad gestacional. En adolescentes puede afectar del 2% al 5% de los embarazos. (Santo, 2013)

Se define como la rotura espontánea de las membranas corioamnióticas al menos 2 horas antes del inicio del trabajo de parto. Si ocurre antes de las 37 semanas de gestación, se denomina Rotura Prematura de Membranas de Pretérmino. Se denomina ruptura prematura de membranas prolongada cuando tiene una duración mayor de 24 horas. (Vergara, 2009)

- Rotura Prematura de Membranas de Pretérmino cerca de término: solución de continuidad de las membranas corioamnióticas que se produce entre 35 y 36 semanas 6 días.
- Rotura Prematura de Membranas de Pretérmino Lejos de Término: solución de continuidad de las membranas corioamnióticas que se produce entre las 24 y 34 semanas 6 días.
- Rotura Prematura de Membranas de Pretérmino previable: solución de continuidad de las membranas corioamnióticas que se produce antes de las 24 semanas o antes del límite de la viabilidad.(Romero, 2009)
- Período de latencia: se refiere al tiempo que transcurre entre la ruptura de las membranas y el inicio del trabajo de parto. Por lo tanto, el período de latencia y la edad gestacional determinan el pronóstico y el manejo de acuerdo a la posibilidad o no de terminación del embarazo. (MSP, 2015)

Dentro de los factores de riesgo se encuentran infecciones de transmisión sexual, infecciones urinarias, índice de masa corporal bajo, edad menor a 17 años, tabaquismo, parto pretérmino previo, distensión uterina por polihidramnios o embarazo múltiple, nivel socioeconómico bajo, conización cervical, cerclaje cervical, amniocentesis, deficiencias nutricionales, y sangrado vaginal del segundo o tercer trimestre del embarazo.

Entre las principales complicaciones tenemos: corioamnionitis, infección posparto, desprendimiento prematuro de placenta, sepsis materna, membrana hialina, sepsis materna y neonatal, hemorragia intraventricular, enterocolitis necrotizante, mayor compromiso neurológico y mayor riesgo de compresión de cordón umbilical, etc.

El riesgo de infección se eleva con la disminución de la edad gestacional al momento de la ruptura y con el tiempo de duración de la latencia. En embarazos a término, la apoptosis, la

activación de enzimas catabólicas como las colagenasas y fuerzas mecánicas resultan en la ruptura de membranas. Probablemente ocurre por la prematura activación de estas vías y también está relacionada a procesos patológicos vinculados con infección o inflamación. (Cardozo, 2012)

4.3.1.6. Enfermedad Hipertensiva Gestacional

Amplia gama de trastornos hipertensivos que existen durante el embarazo o el posparto, independientemente del momento de su aparición, y que tienen en común valores de la presión arterial anormalmente elevados. (MSP, 2016)

En Ecuador la preeclampsia y eclampsia son las primeras causas de muerte materna desde el año 2006 al 2014, y representan el 27.53 % de todas las muertes maternas. (Usiña, 2014)

Los trastornos hipertensivos del embarazo se caracterizan por la disfunción endotelial de todo el sistema materno y del lecho placentario, debido a una pérdida del balance entre los factores que promueven la angiogénesis normal como el factor de crecimiento endotelial vascular y factor de crecimiento placentario y los factores antiangiogénicos.

Se ha comprobado que existe alteración para la síntesis normal del óxido nítrico, lo que conduce al estrés oxidativo en todos los endotelios maternos y placentarios con aumento del Tromboxano A2 y disminución de la Prostaciclina, estimulación del sistema ReninaAngiotensina, aumento de la resistencia periférica y vasoconstricción generalizada. Estos cambios reducen el flujo útero placentario, con trombosis del lecho vascular placentario, depósitos de fibrina, isquemia e infartos de la placenta. (Xia, 2016)

Clasificación

- **Hipertensión en el Embarazo:** Tensión arterial sistólica mayor o igual 140 mmHg y/o tensión arterial diastólica mayor o igual 90 mmHg en cualquier momento del embarazo

- **Hipertensión Gestacional**: Tensión arterial sistólica ≥ 140 mmHg y/o Tensión arterial diastólica ≥ 90 mmHg, presente a partir de las 20 semanas de gestación y ausencia de proteinuria.

- **Preeclampsia:** Se define como la presencia de hipertensión inducida por el embarazo aparece después de las 20 semanas, desaparecen dentro de las 12 semanas del post parto con tensión arterial diastólica (TAD) mayor o igual de 90 mmHg y/o tensión arterial sistólica (TAS) mayor o igual a 140 mmHg, esto asociado con proteinuria de > 300 mg (0,3 g) de proteínas en orina de 24 horas y/o ≥ 2+ proteinas en tira reactiva en dos ocasiones en ausencia de infección urinaria y en ocasiones edema o lesión de órgano blanco. El valor de tensión arterial diastólica es el mejor predictor de resultados maternos perinatales, sin embargo el accidente cerebro vascular se correlaciona con TAS > a 160 mmHg. La toma de la presión debe hacerse a la paciente con 10 minutos de reposo, sentada, con el brazo en un ángulo de 45 grados y a nivel del corazón.

  Una embarazada de alto riesgo para desarrollar preeclampsia o hipertensión gestacional es aquella que presenta uno o más factores de alto riesgo o dos o más factores de riesgo moderado

1 factor de riesgo alto	2 o más factores de riesgo moderado
➢ Trastorno hipertensivo en embarazo anterior (incluyendo preeclampsia) ➢ Enfermedad renal crónica ➢ Diabetes mellitus tipo 1 y 2 ➢ Hipertensión crónica	➢ Primer embarazo. ➢ Intervalo intergenésico mayor a 10 años. ➢ IMC > 25 ➢ Embarazo adolescente ➢ Condiciones que lleven a hiperplacentación como embarazo múltiple y embarazo molar ➢ Edad materna igual o mayor de 40 años ➢ Infección de vías urinarias. ➢ Antecedentes familiares de preeclampsia

Fuente: Proyecto de Mejoramiento de la Atención en Salud de USAID (2014)

Signos de Gravedad: Trombocitopenia (< a 100 000/µL), elevación anormal de enzimas hepáticas (el doble de lo normal) y/o dolor severo en el cuadrante superior derecho del abdomen o a nivel epigástrico que no cede a la medicación, Insuficiencia renal progresiva con concentraciones séricas de creatinina mayor (>) a 1.1 mg/dL, edema pulmonar, afectación visual (visión borrosa, escotomas, diplopía, fotofobia, etc.) y/o neurológica

(hiperreflexia tendinosa, cefalea persistente, agitación psicomotriz, alteraciones sensoriales, confusión)

- **Preeclampsia grave** TAS ≥ 160 mmHg y/o TAD ≥ 110 mmHg* y/o uno o más criterios de gravedad y/o afectación de órgano blanco

- **Eclampsia:** Desarrollo de convulsiones tónico - clónicas generalizadas y/o coma en mujeres con preeclampsia durante el embarazo, parto o puerperio, no atribuible a otras patologías o condiciones neurológicas. (Cararach, 2008)

4.3.1.7. Desprendimiento Prematuro de Placenta

El desprendimiento prematuro de placenta es el proceso de separación parcial o total de la placenta de su lugar de inserción normal que corresponde al fondo uterino, se produce a partir de las 20 semanas de gestación hasta antes del nacimiento del feto, pudiendo ocurrir incluso durante el trabajo de parto.

Es la segunda causa en orden de frecuencia de las hemorragias de la segunda mitad de la gestación, siendo esta una complicación que afecta del 2-5 % de las embarazadas. (Granada, 2015)

La causa exacta no es aún bien conocida, sin embargo podemos citar diversos factores predisponentes: el síndrome hipertensivo del embarazo es la causa más frecuentemente hallada en los desprendimientos, los traumatismos externos, la descompresión brusca del útero en los casos de polihidramnios y embarazo gemelar, como así también la brevedad del cordón ya sea real o aparente y la diabetes gestacional.
Los factores de riesgo asociados de mayor relevancia son la edad materna avanzada > 35 años, la primiparidad, el tabaquismo, el alcoholismo, las presentaciones viciosas y la endometritis, los cuales contribuyen significativamente en el desarrollo de infartos placentarios

En el desprendimiento existe un aumento del tono y la presión intramiometral entonces el miometrio comprime los vasos que lo atraviesan colapsando las venas, no así las arterias. La sangre que sigue entrando al útero halla dificultades para salir entonces la presión sanguínea

de los capilares, venas y lagos sanguíneos sigue aumentando alcanzando valores muy altos hasta que se rompen y dan origen al hematoma y al desprendimiento. Al desprenderse los cotiledones placentarios la sangre materna de los espacios intervellosos se acumula entre la placenta y la pared uterina constituyendo el hematoma retroplacentario. (Vispo, 2001)

Clasificación de la enfermedad

- GRADO 0: clínicamente no existen síntomas y el diagnóstico no se establece al examinar la placenta.
- GRADO 1: hay sangrado leve con o sin leve hipertonía. No hay sufrimiento fetal, no hay taquicardia ni signos de coagulopatía. Hay menos del 30 % de desprendimiento placentario. Representa el 48 % de todos los casos.
- GRADO 2: puede haber ausencia de sangrado hasta sangrado moderado. Dolor e hipertonía uterina. Taquicardia con cambios ortostáticos de la frecuencia cardiaca materna. Hay compromiso fetal importante con sufrimiento fetal y/o muerte fetal. Puede haber coagulopatía compensada. A la inspección de la placenta hay entre el 30 % y 50 % de desprendimiento. Representa el 27 % de todos los casos.
- GRADO 3: desde ausencia de sangrado hasta sangrado abundante, desprendimiento grave, hemorragia interna o externa, con shock materno, tétanos uterino, muerte fetal y con frecuencia coagulación intravascular diseminada existiendo entre 50 % y 100 % de desprendimiento placentario. Representa el 24 % de todos los casos. (Iturria, 2014)

4.3.1.8. Infecciones de Vías Urinarias

Se refieren a toda invasión microbiana del aparato urinario (riñón, uréteres, vejiga, uretra, etcétera) que sobrepasa la capacidad de defensa del individuo afectado. Dichas infecciones figuran entre las más comúnmente presentadas durante la gestación, y el principal microorganismo patógeno es Escherichia coli, así como otros bacilos Gram negativos y Gram positivos.

Durante el embarazo se producen modificaciones anatómicas y funcionales que aumentan el riesgo a padecer una infección urinaria entre ellas: la hidronefrosis del embarazo, el aumento del volumen urinario en los uréteres que produce una columna líquida continua que ayuda a

la propagación de la infección desde la vejiga al riñón, disminución del tono ureteral y vesical, obstrucción parcial del uréter por el útero grávido y rotado hacia la derecha, aumento del pH de la orina especialmente por la excreción aumentada de bicarbonato que favorece la multiplicación bacteriana. (Álvarez et al., 2006).

Bacteriuria Asintomática: Colonización de bacterias en tracto urinario con más de 100000 colonias/ml en una sola muestra del chorro medio de orina en ausencia de síntomas urinarios específicos. Presente en el 2 a 10% de embarazos se asocia restricción del crecimiento fetal y bajo peso al nacer, puede progresar a pielonefritis en 20 – 40%, la mayoría se dan en el primer trimestre de la gestación. (Quiroga, 2007)

Cistitis: Colonización de bacterias en el tracto urinario con más de 100000 colonias/ml que se acompaña de urgencia miccional, polaquiuria, disuria y dolor suprapúbico en ausencia de síntomas de afectación sistémica (fiebre) y dolor lumbar. Presente en 1 a 4% de embarazos.

Pielonefritis: Infección del parénquima renal que aparece en 1-2% de las gestaciones y cuya prevalencia aumenta al 6% en gestantes en las que no se ha realizado cribado de bacteriúria asintomática durante el embarazo. El 80-90% de las pielonefritis aparecen en el 2º, 3º trimestre de la gestación y en el puerperio, puede llevar a complicaciones perinatales y maternas como: parto pretérmino, bajo peso al nacer, anemia, insuficiencia renal temporal, presente en 1 a 2% con una recurrencia de 10 a 20% en la misma gestación. (Williams. 2009) (Rosas, 2013)

4.3.1.9. Vaginosis Bacteriana

La vaginosis bacteriana 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.

Durante el embarazo se producen cambios hormonales que predisponen con mayor frecuencia a la aparición de infecciones del tracto genital inferior. Dichas infecciones están asociadas a un gran número de complicaciones ginecoobstétricas, tales como parto prematuro, ruptura prematura de membranas, aborto espontáneo, corioamnionitis,

endometritis postparto, enfermedad inflamatoria pélvica, retardo en el crecimiento intrauterino y bajo peso al nacer. (Ugalde et al., 2012)

4.3.2. Complicaciones Obstétricas Durante el Parto

4.3.2.1. Distocias Dinámicas

Las distocias dinámicas son aquéllas producidas por la existencia de una actividad uterina defectuosa, ineficaz o inapropiada para conseguir la dilatación cervical y/o el descenso de la presentación. Por tanto interfieren en la normal progresión del parto y en ocasiones pueden producir deterioro del bienestar fetal. Estas distocias de la dinámica uterina condicionan al trabajo de parto prolongado y trabajo de parto precipitado (Cunningham et al., 2005).

Clasificación:

Alteraciones del tono uterino:

- Hipotonías: Tono de base < 8 mm Hg.
- Hipertonías: Tono de base >12 mm Hg.

Alteraciones de la frecuencia de las contracciones:

- Bradisistolia: Frecuencia < 2 contracciones/10 minutos.
- Taquisistolia o polisistolia: Frecuencia >5 contracciones/10 minutos.

Alteraciones de la intensidad de las contracciones:

- Hipersistolia: Intensidad de la contracción mayor a 50-60 mm Hg
- Hiposistolia: Intensidad de la contracción menor a 30 mm Hg (Jaramillo, 2016)

- Hiperdinamia se denomina a la existencia asociada o única de taquisistolia con hipersistolia y/o hipertonía, pueden ocurrir desde el inicio del trabajo de parto. Se presenta aumento exagerado del dolor durante la contracción, aumento de la consistencia del útero (leñosa) y se evidencia mediante monitoria electrónica por aumentos de la duración de la contracción (mayor de 70 segundos), de la intensidad (mayor de 50 mmHg) y, secundariamente, del tono uterino, puede provocar hipoxia y sufrimiento fetal, parto

precipitado, ruptura uterina, desprendimiento prematuro de placenta, desgarros del canal del parto y atonía posparto.

- Hipodinamia se denomina a la asociación de bradisistolia con hiposistolia pueden presentarse desde el comienzo o después de iniciado el trabajo de parto. En el primer caso las causas suelen ser inmadurez cervical, desarrollo insuficiente del músculo uterino, puede ser secundaria a trabajo de parto prolongado por cansancio de la fibra muscular o por obstáculo mecánico. La paciente no percibe las contracciones uterinas, la palpación permite comprobar que el útero es flácido y con la contracción apenas se endurece. En la monitorización electrónica se comprueba que la intensidad de la contracción disminuye a menos de 20 mmHg, la frecuencia a menos de 2 en 10 minutos y la duración es de 10 a 15 segundos. Trae como consecuencia una prolongación o detención del trabajo de parto, y puede ocurrir sufrimiento fetal, aumento del riesgo de infección y alteraciones del alumbramiento. (Mercado, 2006)

4.3.2.2. Distocias Mecánicas

Distocias óseas: se refiere a las alteraciones de la pelvis en su tamaño, forma o inclinación, que clínicamente pueden ocasionar un parto lento o una progresión anómala que termine por provocar una desproporción pélvico- cefálica en una paciente con buena dinámica. Sin embargo, en este último concepto interviene también el tamaño, actitud y posición del polo fetal, ya que pueden existir pelvis anormales pero con fetos pequeños y bien flexionados en el que el parto pueda, aunque lento, producirse por vía vaginal y viceversa, pelvis absolutamente normales podrían ser insuficientes ante fetos macrosómicos o deflexionados.

Distocia de partes blandas: Está formado por cérvix, vagina, vulva y periné, y una alteración en cualquiera de ellos o incluso la compresión extrínseca de los mismos puede originar una distocia. La aparición de una distocia del canal blando del parto se produce a consecuencia de dos mecanismos, ya sea un problema obstructivo o bien una dificultad para la dilatación que sufren en el parto normal los órganos de la pelvis materna. Las principales causas de estos obstáculos se deben principalmente a tres fenómenos: malformaciones congénitas, tumoraciones (ya sean genitales o extragenitales) o lesiones ocupantes de espacio

y atresias o cicatrices secundarias a traumatismos, infecciones, cirugía previa, etc. (Díaz, 2011)

4.3.2.3. Desgarros del canal de parto

El trauma perineal o lesión del tracto genital ocurre en más de 65% de los partos vaginales y se define como las laceraciones del canal de parto; esta complicación en las adolescentes está dada principalmente por la condición de inmadurez de estas jóvenes, manifestándose en una estrechez de canal blanco y se clasifica como:

- **Primer Grado:** afecta la horquilla vulvar, piel perineal y la mucosa vaginal, sin comprometer la fascia y el músculo adyacente.
- **Segundo Grado:** afecta la fascia y el músculo del cuerpo perineal, pero sin comprometer el esfínter anal.
- **Tercer Grado:** piel, mucosa, cuerpo perineal y esfínter externo anal.
- **Cuarto Grado:** Se extienden a través de la mucosa rectal y exponen la luz del recto. (Sanchez, 2012)

Los factores maternos y de parto identificados incluyen la edad materna, la raza (mayor riesgo para las mujeres asiáticas y de la India), la nuliparidad, el uso de episiotomía, el parto vaginal instrumentado (fórceps y/o vacuum), la presión fúndica, el peso al nacer, la variedad de posición (occipito-posterior), la distocia de hombros, el expulsivo prolongado, la inducción del trabajo de parto y la anestesia epidural. (Abril, 2009)

4.3.3. Complicaciones Obstétricas Puerperales

4.3.3.1. Hemorragia Postparto

Se define a la hemorragia posparto como la pérdida de sangre que supera los 500 mL en un parto vaginal y que supera 1.000 mL en un parto por cesárea. Para fines clínicos, toda pérdida de sangre con posibilidad de producir inestabilidad hemodinámica debe considerarse una hemorragia postparto primaria. Entre los factores asociados al trabajo de parto y al parto que inciden en una mayor pérdida de sangre, se encuentran la episiotomía, la cesárea y el trabajo

de parto prolongado. Las mujeres anémicas son más vulnerables a una pérdida de sangre en cantidad moderada. (MSP, 2013)

Hemorragia posparto primaria o inmediata: Se produce dentro de las primeras 24 horas posteriores al parto. Aproximadamente, el 70% se producen debido a atonía uterina. Se define como atonía del útero a la incapacidad del útero de contraerse adecuadamente después del nacimiento del producto

Hemorragia posparto secundaria o tardía: se produce entre las 24 horas y seis semanas posparto. La mayoría de los casos se deben a la retención de productos de la concepción, infección o ambas. (IMSS, 2009)

4.3.3.2. Procesos Infecciosos puerperales

Mastitis: Hasta el 10% de las mujeres primigestas desarrollan por lo menos un episodio de mastitis durante el periodo de lactancia. Las dos principales causas de la mastitis son la estasis de la leche y la infección. La estasis de la leche puede ocurrir por alguna obstrucción de uno de los conductos de la mama o por un incompleto vaciamiento de los senos por el bebé durante el amamantamiento. Otro importante factor de riesgo son las fisuras del pezón, que favorecen la invasión de bacterias de la piel en el tejido mamario. Por lo tanto, la mastitis durante la lactancia ocurre básicamente cuando una bacteria proveniente de la piel alcanza una región de la mama en la que existe estasis de leche. (OMS, 2001)

Endometritis: La endometritis se refiere a la infección del endometrio o decidua, con potencial extensión al miometrio y al tejido parametrial. Típicamente causada por bacterias ascendentes desde el aparato genital inferior o el tracto urogenital. Los síntomas son dolor uterino espontáneo, dolor pelviano o abdominal, fiebre, malestar general y, a veces, flujo. Los factores de riesgo más frecuentes son: cesárea el riesgo se aumenta hasta treinta veces y según la población puede ocurrir hasta en el 51 % de los casos, trabajo de parto prolongado y ruptura prematura de membranas, trabajo de parto distócico, la anemia y la obesidad como marcadores de estado nutricional, la infección preexistente intraamniótica, la vaginosis bacteriana y el trabajo de parto pretérmino también han sido relacionados directamente. (Williams, 200

5. MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de Estudio

Se trató de un estudio cuantitativo, porque los resultados obtenidos se plasmaron en cuadros numéricos, descriptivo de corte transversal, porque se analizaron las variables simultáneamente en un determinado momento. La presente investigación fue retrospectiva, ya que la información que se analizó fue recolectada de un periodo de tiempo establecido en el pasado.

Área de estudio

La presente investigación se realizó en el Hospital General Isidro Ayora, ubicado en la parte céntrica de la ciudad de Loja, calles Avenida Iberoamericana y Juan José Samaniego durante el periodo de tiempo comprendido de enero a diciembre del 2016.

Universo

Consto de 755 historias clínicas de gestantes adolescentes que fueron atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital General Isidro Ayora en el periodo de enero a diciembre del año 2016.

Muestra

Se tomó en cuenta 526 historias clínicas de gestantes adolescentes que presentaron complicaciones obstétricas y que fueron atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital General Isidro Ayora en el periodo de enero a diciembre del año 2016.

Criterios de inclusión

- Expedientes de adolescentes embarazadas primigestas o multigestas, entre edades de 10 a 19 años que presentaron una o más complicaciones obstétricas y que culminaron su embarazo en Hospital General Isidro Ayora durante el año 2016

Criterios de exclusión

- Mujeres gestantes mayores de 20 años en adelante con complicaciones obstetricias que hayan dado a luz en el Hospital General Isidro Ayora.

- Mujeres gestantes adolescentes que padecían patologías previas al presente embarazo

- Mujeres gestantes entre 10 y 19 años atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital General Isidro Ayora que no presentaron complicaciones obstétricas

Técnica

Una vez elaborado el formulario en base a los objetivos propuestos, se tramitó la autorización por parte del Coordinador de Docencia del Hospital General Isidro Ayora.

En el departamento de estadística se revisaron los libros de ingresos hospitalarios del año 2016 y se formuló un listado de 526 de historias clínicas, las mismas que posteriormente fueron revisadas por la investigadora, extrayendo la información necesaria en las hojas de recolección de datos que se elaboró en base a los objetivos propuestos.

Análisis Estadístico

Posteriormente se elaboró una base de datos utilizando el programa Microsoft Excel 2013 y se registró los datos procedentes de los instrumentos. Luego se plasmó los resultados en cuadros de frecuencia y porcentuales los mismos que fueron representados en gráficos. Finalmente se realizó la interpretación y análisis con sus respectivas conclusiones y recomendaciones.

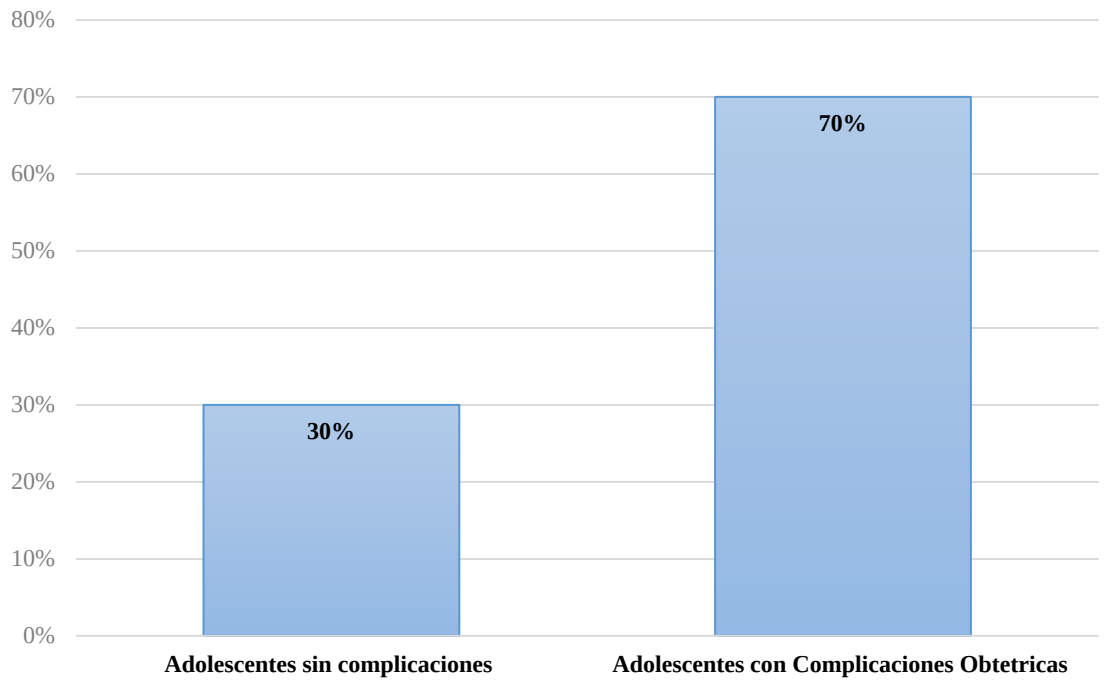
6. RESULTADOS

Tabla 1. Frecuencia de complicaciones obstétricas en adolescentes embarazadas atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital General Isidro Ayora durante el 2016

Complicaciones Obstétricas	N=755	Porcentaje
Adolescentes sin complicaciones	229	30%
Adolescentes con Complicaciones Obstétricas	526	70%

Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaborado por: Rocío Elizabeth Padilla Cuenca

Gráfico N° 1



Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaborado por: Rocío Elizabeth Padilla Cuenca

Interpretación: El 70% (n=526) de todas las gestantes adolescentes presentaron complicaciones obstétricas**.**

Tabla 2. Tipos de Complicaciones más frecuentes en adolescentes embarazadas atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Isidro Ayora durante el

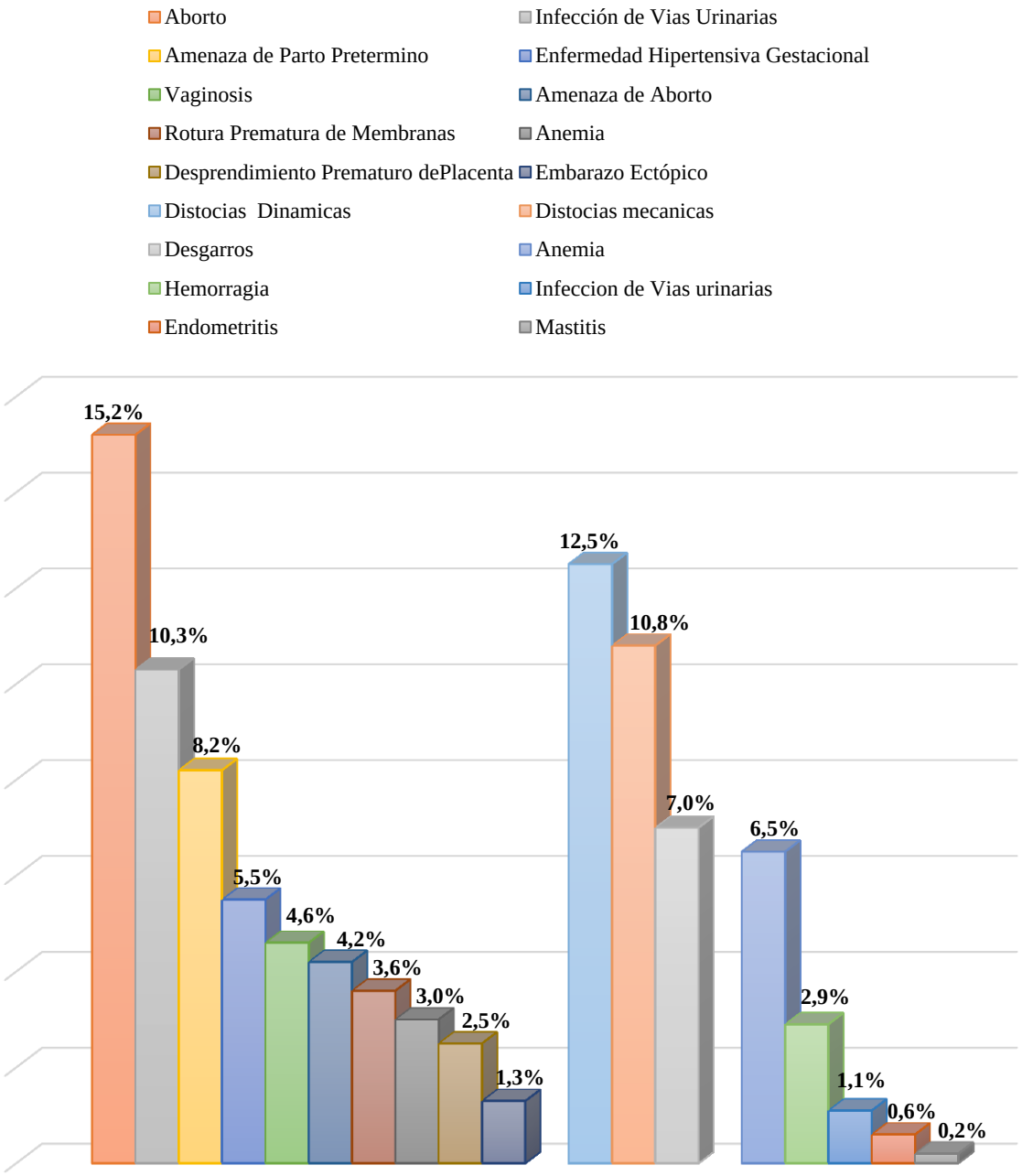
2016

Complicaciones	Prenatales		Perinatales		Puerperales	
	F	%	F	%	F	%
Aborto	80	15,2%	0	0%	0	0,0%
Infección de Vías Urinarias	54	10,3%	0	0%	6	1,1%
Amenaza de Parto Pretérmino*	43	8,2%	0	0%	0	0%
Enfermedad Hipertensiva Gestacional	29	5,5%	0	0%	0	0%
Vaginosis*	24	4,6%	0	0%	0	0%
Amenaza de Aborto*	22	4,2%	0	0%	0	0%
Rotura Prematura de Membranas*	19	3,6%	0	0%	0	0%
Anemia *	16	3,0%	0	0%	34	6,5%
Desprendimiento Prematuro de Placenta*	13	2,5%	0	0%	0	0%
Embarazo Ectópico	7	1,3%	0	0%	0	0%
Distocias Dinámicas	0	0%	66	12,5%	0	0%
Distocias Mecánicas	0	0%	57	10,8%	0	0%
Desgarros*	0	0%	37	7,0%	0	0%
Hemorragia*	0	0%	0	0%	15	2,9%
Endometritis*	0	0%	0	0%	3	0,6%
Mastitis	0	0%	0	0%	1	0,2%
Total	307	58,4	160	30,4%	59	11,2%

**Complicaciones obstétricas que se presentaron en asociación a otras patologías obstétricas en una misma paciente*

Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaborado por: Rocío Elizabeth Padilla Cuenca

Gráfico N° 2



Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaborado por: Rocío Elizabeth Padilla Cuenca

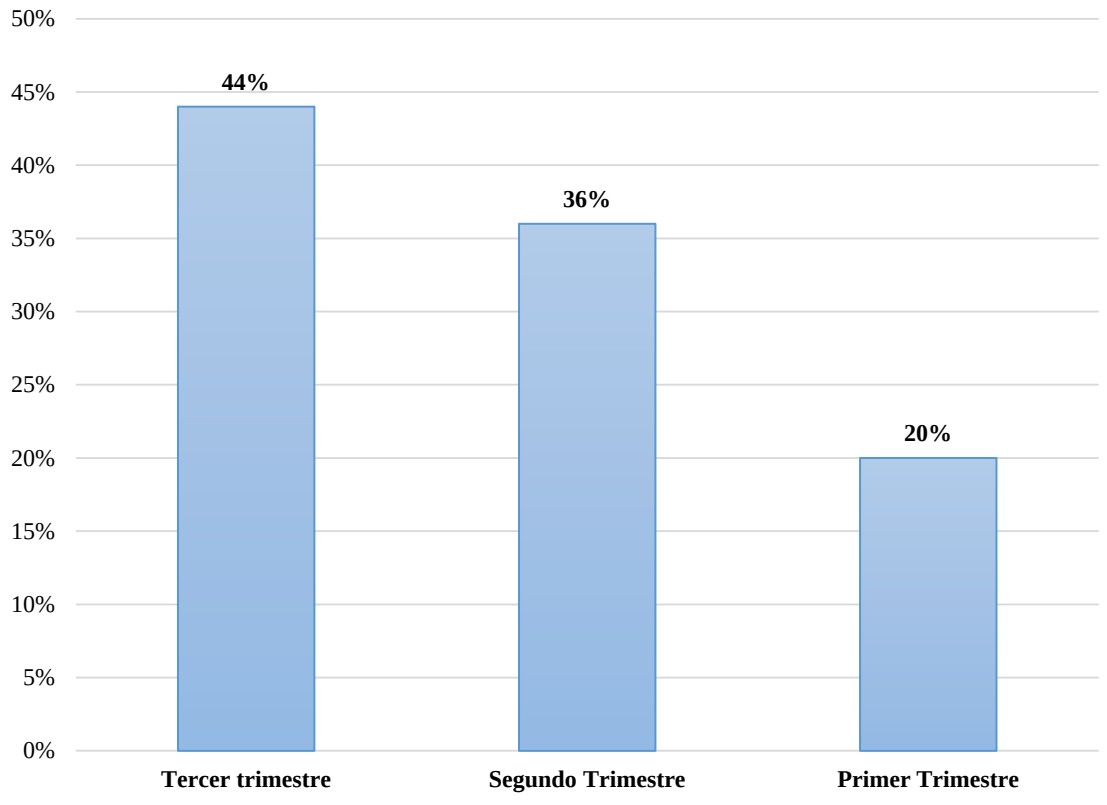
Interpretación: Las complicaciones prenatales representaron un 58,2 % siendo las patologías más frecuentes: abortos con 15,2%; infección de vías urinarias con 10,3% y amenaza de parto pretérmino con 8,2%. Las complicaciones perinatales representaron el 30,4% y las distocias dinámicas con el 12,5% fueron las complicaciones más frecuentes. Finalmente las complicaciones puerperales representaron el 11,2% siendo las patologías más frecuentes: anemia con 6,5% e infecciones de vías urinarias con 2,9%.

Tabla 3. Frecuencia de Complicaciones Obstétricas según la etapa del embarazo adolescente atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Isidro Ayora durante el 2016

Etapa del Embarazo	Número de casos	porcentaje
Tercer trimestre	134	44%
Segundo Trimestre	112	36%
Primer Trimestre	61	20%
Total	307	100%

Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaborado por: Rocío Elizabeth Padilla Cuenca

Gráfico N° 3



Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaborado por: Rocío Elizabeth Padilla Cuenca

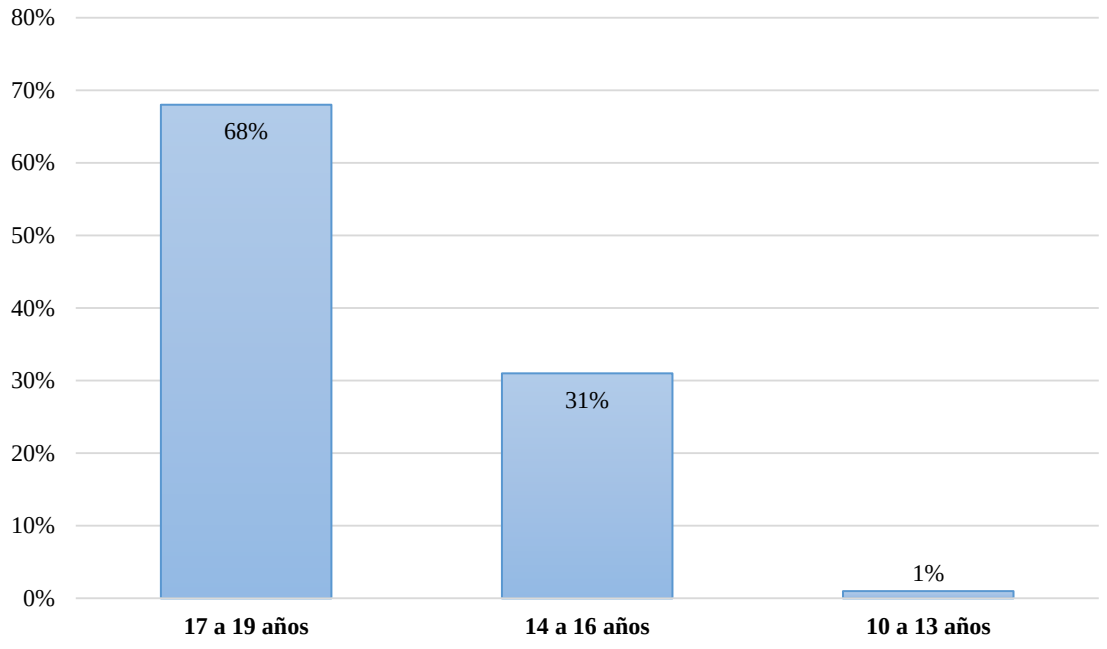
Interpretación: durante el tercer trimestre se presentaron complicaciones en un 44% (n=134), seguida de las complicaciones durante el segundo trimestre con 36% (n=112) y las complicaciones durante el primer trimestre con 20% (n=61).

Tabla 4. Frecuencia de complicaciones obstétricas según la edad en adolescentes embarazadas atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital General Isidro Ayora durante el 2016

Edad	Número de Casos	Porcentaje
17 a 19 años	357	68%
14 a 16 años	162	31%
10 a 13 años	7	1%
Total	**526**	**100%**

Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaborado por: Rocío Elizabeth Padilla Cuenca

Gráfico N° 4



Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaborado por: Rocío Elizabeth Padilla Cuenca

Interpretación: La edad más frecuente fue de 17 a 19 años con un 68% (n=357) es decir durante la adolescencia tardía. Seguido de la adolescencia intermedia con 31% (n=162) y la adolescencia temprana con 1% (n=7).

7. DISCUSIÓN

De acuerdo a los datos obtenidos en la presente investigación durante el periodo de enero a diciembre del 2016 en el servicio de Ginecobstetricia del Hospital General Isidro Ayora se atendieron 755 adolescentes embarazadas de las cuales 526 que corresponden el 70% presentaron complicaciones obstétricas, este porcentaje se asemeja al que presenta Fawed et al. En su estudio realizado en Honduras en el 2016 el 61.84% de las participantes presentaron complicaciones en distintas etapas del desarrollo gestivo. Con esto podemos decir que más de la mitad de mujeres adolescentes gestantes padecen de alguna complicación obstétrica en algún momento del embarazo.

En cuanto al tipo de complicaciones obstétricas las más frecuentes fueron las prenatales que representaron un 58,2 %. Seguidas de las complicaciones durante el parto con 30,4 % y finalmente las complicaciones puerperales con 11,2%. Esto concuerda con lo expuesto por Medrano et al. en el 2013 en el estudio que realizó en varios hospitales de Guatemala donde indica que las complicaciones prenatales se presentan en un 77%, mientras que las complicaciones perinatales aparecen con 21% y las complicaciones del postparto se presentan con un 2%. Podemos decir entonces que ambos estudios concuerdan con que la mayoría de las complicaciones obstétricas son de tipo prenatal esto posiblemente relacionado a la inmadurez del organismo adolescente al enfrentarse a los distintos cambios gestacionales.

Dentro de las complicaciones encontradas durante el periodo prenatal: los abortos con 15,2%, seguidas de infección de vías urinarias con 10,3% y amenaza de parto pretérmino con 8,2% fueron las más frecuentes. Esto se comparó con un estudio realizado por Cuz Chen, en el Hospital de Cován de Guatemala, durante el 2013 donde observó que durante la gestación las patología más frecuentes fueron: aborto 51.06%, infección del tracto urinario 30.96%, amenaza de aborto 6.83%, amenaza de trabajo parto pretérmino 4.62%. Podemos decir que ambos estudios concuerdan con que el aborto, las amenazas de parto pretérmino y las infecciones de vías urinarias son de las principales complicaciones prenatales, posiblemente esto se relacione con las carencias nutricionales sumadas a las propias del embarazo que predisponen a la adolescente a sufrir de dichas patologías.

Durante la labor de parto las complicaciones obstétricas más frecuentes fueron las distocias dinámicas con 30,4 %, esto concuerda con el estudio que realizo Medrano et al. durante el 2013 en hospitales de Guatemala donde encontraron que la principal complicación perinatal fue: distocia del trabajo de parto con 57%. Esto posiblemente se deba a la falta de desarrollo óseo e inmadurez física, lo que implica que las adolescentes inician su embarazo antes de que la pelvis alcance la configuración y tamaño propio de la madurez.

Las complicaciones más frecuentes que se hallaron durante el puerperio fueron la anemia con 6,5%, seguida de la hemorragia post parto con 2,9%. Lo que concuerda parcialmente con el estudio de Aguirre en el 2015 donde muestra como principal complicación del puerperio a la Anemia con 33.3% e Infección urinaria con 27.8%.

El tercer trimestre de gestación fue la etapa del embarazo en donde se presentaron más complicaciones con un 44% seguida de las complicaciones durante el segundo trimestre con 36 % y finalmente las complicaciones durante el primer trimestre con 20%. Esto difirió con el estudio realizado por Abad en el Hospital Universitario de Motupe de la Ciudad de Loja durante el 2016 en donde encontró que del total de casos el 51,49% se encontraron durante el segundo trimestre de gestación, seguido con un 28,71% que corresponde al tercer trimestre de gestación y con menor frecuencia un 19,80% entre la 5-12 semanas de gestación que corresponde al primer trimestre gestativo.

Por ultimo tenemos que en nuestro estudio la edad más frecuente en la que se presentaron complicaciones obstétricas fue de 17 a 19 años con un 68% es decir durante la adolescencia tardía, seguido de la adolescencia intermedia con 31% y la adolescencia temprana representada con el 1%, lo que concuerda con Martínez en su estudio realizado en México durante el 2014 en donde encontró que el 65% se encontraba en edades de 17 a 19 años es decir durante la adolescencia tardía, mientras que el 33% se encontraba en edades de entre 14 y 16 años es decir en adolescencia intermedia y tan solo el 2% pertenecía a adolescencia temprana. Según lo observado en nuestra investigación y que concuerda con otros estudios existe una tendencia ascendente hacia el embarazo en la adolescencia es decir que a mayor edad mayor porcentaje de embarazo.

8. CONCLUSIONES

Una vez concluido este trabajo de investigación y tomando en cuenta los resultados obtenidos se ha llegado a las siguientes conclusiones:

- Más de la mitad de mujeres adolescentes gestantes que acudieron al Hospital General Isidro Ayora durante el 2016 padecieron de alguna complicación obstétrica en algún momento del embarazo, parto o puerperio.

- El tipo de Complicaciones obstétricas más frecuentes fueron las prenatales.

- Las complicaciones más frecuentes durante el embarazo fueron: el aborto y las infecciones de vías urinarias., durante el parto: las distocias dinámica y durante el puerperio la anemia y las hemorragias postparto.

- El tercer trimestre de gestación fue la etapa del embarazo en donde se presentaron mayor número de complicaciones.

- La edad más frecuente en la se presentaron complicaciones obstétricas fue de 17 a 19 años es decir durante la adolescencia tardía.

9. RECOMENDACIONES

A las unidades de Salud:

- Promover el cumplimiento, llenado correcto y completo de la hoja de anamnesis perinatal para la recolección de información en forma más precisa y permitan identificar con mayor rapidez los factores de riesgo de las embarazadas.

Al personal de salud:

- Fomentar el uso de las guías propuesta por el Ministerio de Salud Pública, en cuanto al manejo de patologías obstétricas prenatales sobre todo en las mujeres adolescentes con el fin de mantener un adecuado control de dicho tipo de patologías y disminuir el los riesgos de morbimortalidad materna.

A las adolescentes embarazadas:

- Acudir a los controles prenatales tempranamente, para el diagnóstico oportuno de posibles complicaciones que posteriormente pudiesen comprometer el bienestar maternofetal.

10. BIBLIOGRAFÍA

Adolescent Committee of the UNFPA. Girlhood, not motherhood Preventing Adolescent Pregnancy [en línea], Published by the United Nations Population Fund UNFPA, New York, 2015, http://www.unfpa.org/sites/default/files/pubpdf/Girlhood_not_motherhood_final_web.pdf

Abril, F. Guevara, A. Ramos, A. Rubio, J. Factores de riesgo para desgarro perineal en partos sin episiotomía atendidos por personal en entrenamiento en un hospital universitario de Bogotá. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. Vol. 60. No 2. 2009. (143-151). Disponible en file:///C:/Users/Victor/Downloads/www.unlock-pdf.com_desgarro.pdf

Aguirre, D. Carreño, Y. Huamán, J. y Huarcaya, E. Complicaciones Maternas y Fetales en Adolescentes que Acuden al Centro de Salud Materno Infantil Perú – Corea del AA.HH. Pachacutec. Revista del Instituto Superior Tecnológico privado "Daniel Alcides Carrión" (en línea). 2015. Disponible en http://www.acarrion.edu.pe/documentos/ENFERMERIA/TRABAJO_DE%20INVESTIGACION_3.pdf

Álvarez, G. Cruz, J. Garau, A. Marzo, 2006. Infección Urinaria y Embarazo Diagnóstico y Terapéutica. Revista de Posgrado de la VI a Cátedra de Medicina. No 6. pp 155. 20-23. Colombia.

Armendariz, A. y Medel, B., Propuesta de intervención para prevenir el Embarazo en Adolescentes [en línea], Universidad Autónoma de Chiguagua, México, 2010, disponible en: http://www.uach.mx/extension_y_difusion/synthesis/2011/06/01/propuesta_de_intervencion_para_prevenir_el_embarazo_en_adolecentes.pdf

Blazquez M. Embarazo adolescente. Revista Electrónica Medicina, Salud y Sociedad. Vol. 3. No. 1. Veracruz-México. 2012. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/williamsoler/embarazo_adolescente_2012.pdf

Cabero, L. Saldívar, D y Cabrillo, E. Obtericia y Medicina Materno Fetal. Editorial Médica Panamericana. España. 2010.

Calva Bereche W. (2015). Complicaciones Obstétricas en adolescentes embarazadas primigestas con infección de vías urinarias atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Isidro Ayora en la cuidad de Loja durante el periodo Marzo-Agosto de 2015, Universidad Nacional de Loja, Ecuador.

Cardozo R. Ruptura Prematura de Membranas Guía de Práctica Clínica. Buenos Aires-Argentina, 2012, http://www.osecac.org.ar/documentos/guias_medicas/GPC%202008/Obstetricia/Obs-25%20Ruptura%20Prematura%20de%20Membranas_v0-12.pdf

Cararach Ramoneda V. Y Botet Mussons F. Preeclampsia. Eclampsia y síndrome HELLP. Instituto Clínico de Ginecología, Obstetricia y Neonatología de Barcelona. 2008. España. Encontrado en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/16_1.pdf

Craig Grace J., Desarrollo Psicológico, Capitulo Tres: Adolescencia desarrollo físico y cognitivo [en línea], Novena Edición, México, 2009, https://psiqueunah.files.wordpress.com/2014/09/desarrollo-psicologico-9-ed-craig-baucum.pdf

Cunningham, G. Leveno, K.L. & Bloom, S.L. (2005).Labor and delivery. En Cunningham, G., Leveno, K.L. y Bloom, S.L. (Eds.), Williams Obstetrics (pp. 215-405). New York: McGraw Hill.

Cuz Chen A (2013). Complicaciones Obstétricas en Adolescentes Embarazadas, ingresadas en el Servicio de Complicaciones Prenatales del Hospital de Cobán, A.V. del año 2009 al 2013(Tesis de Pregrado). Universidad Rafael Landívar. Guatemala.

Díaz, C (2011). Factores de riesgo asociados a las distocias del trabajo de parto en el hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz (Tesis Postgrado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú.

Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Recomendaciones para la prevención, manejo y tratamiento de amenaza de parto pretermino, atención de parto pretermino y rotura prematura de membranas. Ministerio de salud de Argentina, 1era edición, 2015, http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000710cnt-guia-parto-pretermino.pdf

Fawed, O. Erazo, C. Carrasco, J. Gonzales, D. Mendoza, A. Mejía M. Flores, Q. García, A and García, I (2016). Complicaciones Obstétricas en Adolescentes y Mujeres Adultas con o sin Factores de Riesgo Asociados. *iMedPub Journals*. Honduras. Vol. 12 No. 4: 4 doi: 10.3823/1327

García, C. y Toribio, J. (2013) Complicaciones obstétricas en adolescentes embarazadas que asistieron al Hospital Humberto Alvarado Vásquez en el periodo de Enero 2012 a Diciembre 2013(tesis de pregrado), Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Nicaragua-Managua.

Granada, M. Desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta. Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Universitario Virgen de las Nieves. 2015. Disponible en: http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/actividad_docente_e_investigadora/clases_residentes/2015/clase2015_desprendimiento_prematuro_placenta.pdf

González, A. Amenaza de Aborto. Revista médica de Costa Rica y Centroamérica. Costa Rica. (599) 495-498. 2011. Disponible en http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/599/art19.pdf

Instituto Mexicano de Seguro Social. Diagnóstico y tratamiento de la hemorragia obstétrica en la segunda mitad del embarazo y puerperio inmediato. México: IMSS; 2009.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, Características de las madres en el Ecuador, 2011, disponible en: file:///C:/Users/Victor/Downloads/PresentacionMadres%20(1).pdf

Issler, J. Embarazo en la adolescencia. Revista de Posgrado de la Cátedra de Medicina de Universidad Nacional del Nordeste. N° 107. Argentina. 2011. Disponible en: http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html

Iturria, I. Protocolos de atención cuidados prenatales y atención obstétrica de emergencia, Venezuela, 2014, http://www.paho.org/ven/images/stories/VEN/protocolos/obstetrico/PROTOCOLO_OBSTETRICO.pdf?ua=1

Jaramillo, D (2016). Parto distócico y factores relacionados en pacientes atendidas en el área de gineco-obstetricia del hospital "Vicente Corral Moscoso", enero del 2015 - junio del 2016. Universidad de Cuenca. Ecuador

López, J. Martínez, A .y Corral, J. La sexualidad en la adolescencia: fases, características, conflictos y sus afrontamientos [en línea], Facultad de Ciencias Médicas de Artemisa, México, 2012, disponible en: http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/51%20-%20La%20sexualidad%20en%20la%20adolesencia.%20Fases,%20caracter%C3%ADsticas.pdf

National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (UK). Antenatal Care: Routine care for the healthy pregnant woman. London: RCOG Press; 2008 Mar, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21370514

Martínez Galindo G. (2014). Complicaciones obstétricas y resultados perinatales adversos en pacientes adolescentes en el centro médico Issemym Ecatepec (tesis de postgrado). Universidad Autónoma del estado de México. Toluca-México.

Martinez A., Embarazo adolescente: promoción y prevención, Universidad de las Américas, Chile, 2009, https://trabajosocialudla.files.wordpress.com/2009/11/embarazo-adolescente.pdf

Medrano, S. López, D. Rosales, G y Rodenas, E. (2013). Complicaciones obstétricas y perinatales en el embarazo de adolescentes en hospital general San Juan de Dios, Guatemala, Roosevelt y Juan José Arévalo Bermejo, zona 6 del instituto guatemalteco de seguridad social. Universidad de San Carlos de Guatemala.

Mercado, M. (2006). Obstetricia integral Siglo XXI. Cap 15. Disponible en http://www.bdigital.unal.edu.co/2795/17/9789584476180.15.pdf

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

Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Ruptura prematura de membranas pretérmino. Guía de Práctica Clínica, 2015, Quito-Ecuador.

Organización Mundial de la Salud, El embarazo en la Adolescencia, Nº 364, 2014, http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/

Pavord S, Myers B, Robinson S, Allard S, Strong J, Oppenheimer C, guidelines on the management of iron deficiency in pregnancy, PubMed, 2012 Mar;156(5):588- 600, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22512001

QUIROGA G., ROBLES R., RUELAS A., GÓMEZ a., Bacteriuria Asintomática en Mujeres Embarazadas, Revista Médica del Instituto Mexicano de Seguridad Social, 2007, No 45(2), http://www.redalyc.org/pdf/4577/457745526010.pdf

Quirós G., Piedra R., Porras M y Solano N., Amenaza de Parto Pretermino, Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR – HSJD, Costa Rica, Año 2016, Vol. 1, No I, http://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2016/ucr161h.pdf

Silber T., Munist M., Maddaleno M y Suárez E., MANUAL DE MEDICINA DE LA ADOLESCENCIA, Organización Panamericana de la Salud, 2001, Capitulo 22, Pág. 473.

Rodríguez A. y León H., Guía de atención del aborto, Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología (Asbog), Bogotá- Colombia, 2011, http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Publicaciones/GUIA%2011.%20%20ATENCION%20DEL%20ABORTO.pdf

Romero Arauz JF, Álvarez Jiménez G, Ramos León JC; Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia. [Clinical practice guidelines 2008. Mexican College of Obstetrics and Gynecology Specialists. Management of preterm premature rupture of membranes]. Ginecol Obstet Mex. 2009 Jul; 77 (7): S177-209

Rosas O. (2013). Infección de vías urinarias como causa principal de amenaza de parto prematuro en pacientes en el servicio de ginecología en el Centro Obstétrico del Hospital Provincial Docente Ambato (tesis de pregrado), Universidad Técnica de Ambato, Ecuador.

Sánchez, M. Episiotomía versus desgarro. Revista de Enfermería Docente. 2012. 97: 27-32. Disponible en http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/huvvsites/default/files/revistas/ED-97-09.pdf

Santo E. (2013). Complicaciones de la rotura prematura de membranas en primigestas juveniles de 14–17 años,- Hospital Sotomayor,- de septiembre del 2012 a febrero del 2013(tesis de Pregrado), Universidad de Guayaquil, Ecuador.

Usiña J, Carrera S. Anuario Nacimientos y Defunciones 2014. Instituto Nacional de Estadistica y Censos. 2014. p. 1–527.

Ugalde, D. Hernández, G. Ruiz, M. Villarreal, E. Infecciones del tracto genital y urinario como factores de riesgo para parto pretérmino en adolescentes. rev chil obstet ginecol 2012. 77(5): 338 – 341.

Vargas Fiesco D, Rubio Romero J., Aborto, Revista Obstetricia Integral Siglo XXI, Colombia, 2013, http://www.bdigital.unal.edu.co/2795/3/9789584476180.01.pdf

Vergara G. Protocolo Rotura Prematura de Membranas Ovulares (RPM). Cartagena: Clínica Maternidad Rafael Calco C; 2009. Available from http://www.maternidadrafaelcalvo.gov.co/protocolos/PROTOCOLO_RPM.pdf

Vispo N., Casal J., Waisblatt L, Karatanasópuloz C., Abrupto Placentae: Revisión, Revista de Posgrado de la Cátedra de Medicina, Argentina, 2001, Pág. 18-21, http://med.unne.edu.ar/revista/revista109/abruptio.html

Williams, Obstetrícia, 23 ed., México, 2009, Editorial Mc Graw Hill

Xia Y, Ramin SM, Kellems RE. Potential Roles of Angiotensin Receptor–Activating Autoantibody in the Pathophysiology of Preeclampsia. Hypertension [on line]. 2007 Aug; 50(50):269–75. Available from: http://www.pubmedcentral. nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3261616&tool=pmcentrez&rendertype=abstract

11. ANEXOS

Anexo Nº1. Hoja Recolectora de Datos

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA
HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Formulario N: …….. HC:……

Edad

Edad	

Fase de adolescencia

Temprana (10-13)	
Mediana (14-16)	
Tardía (17-19)	

COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS

Complicaciones Prenatales

Complicación	**Presente**	**Ausente**
Anemia		
Aborto		
Amenaza de aborto		
Infección de tracto urinario		
Vaginosis		
Embarazo ectópico		
Preclampsia		
Eclampsia		
Hipertensión gestacional		
Amenaza de parto pretérmino		
Rotura prematura de membranas		
Desprendimiento prematuro de placenta		

Complicaciones Perinatales

Complicación	**presente**	**ausente**
Distocias Oseas		
Distocias dinámicas		
Desgarro de canal de parto		

Complicaciones Puerperales

Complicación	**presente**	**ausente**
Hemorragia		
endometritis		
Anemia		
Infecciones urinarias		
mastitis		

Anexo Nº2. Autorización para Recolección de Datos

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

Oficio Nro.0169-C-CMH-FSH-UNL
Loja, 15 de Marzo de 2017.

Autorizado 22/03/2017 Ref/POA: HIAC-MIU-2017-0145-M Ing. Ana Soto SDD

Sr. Ing.
Byron Guerrero Jaramillo.
GERENTE DEL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA
Ciudad.-

De mi consideración:

Saludo a usted atentamente, a la vez que le solicito de la manera más respetuosa, se digne conceder su autorización para que la Srta. Roció Elizabeth Padilla Cuenca, estudiante de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, pueda tener acceso a la revisión de Historias Clínicas del Servicios de Gineco Obstetricia, de las pacientes adolescentes embarazadas, atendidas durante el año 2016; información que le servirá para la realización de la tesis: titulada **"COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA"**, trabajo que lo realizará bajo la supervisión del Dr. Eduardo Samaniego Cárdenas, Catedrático de esta Institución.

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

Atentamente,

Dr. Fernando Patricio Aguirre Aguirre. Mg. Sc.
COORDINADOR

Universidad Nacional de Loja
Coordinación Carrera de Medicina

Elaborado por: Tere O.
Cc Archivo

Dr. Daniel Pacheco
HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA
Dra. Ana Ruilova D
DIRECTORA ASISTENCIAL

Ministerio de Salud Pública
HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA
SECRETARIA DE GERENCIA
Loja 15/03/2017 16:22
Firma:

Ministerio de Salud Pública
HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA
SECRETARIA DE DIRECCIÓN
Recibido 16/03/2017

Anexo Nº3. Certificado de Traducción del resumen

Líderes en la Enseñanza del Inglés

Prof. Carlos Velastegui
DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH CÍA. LTDA.

C E R T I F I C A:

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idioma español al idioma inglés del resumen para el trabajo de titulación denominado: *"COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA"*, autoría de la alumna Rocío Elizabeth Padilla Cuenca, con Cédula de Identidad No 1104870967, egresada en la Carrera de Medicina, de la Universidad Nacional de Loja.

Lo certifica en honor a la verdad y autoriza a la interesada, hacer uso del presente en lo que a sus intereses convenga.

Loja, 01 de junio de 2017

"FINE - TUNED ENGLISH" CIA. LTDA. LOJA - ECUADOR

Prof. Carlos Velastegui
DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH CÍA. LTDA.

Líderes en la Enseñanza del Inglés

Anexo Nº4. Proyecto de Tesis

Universidad Nacional De Loja

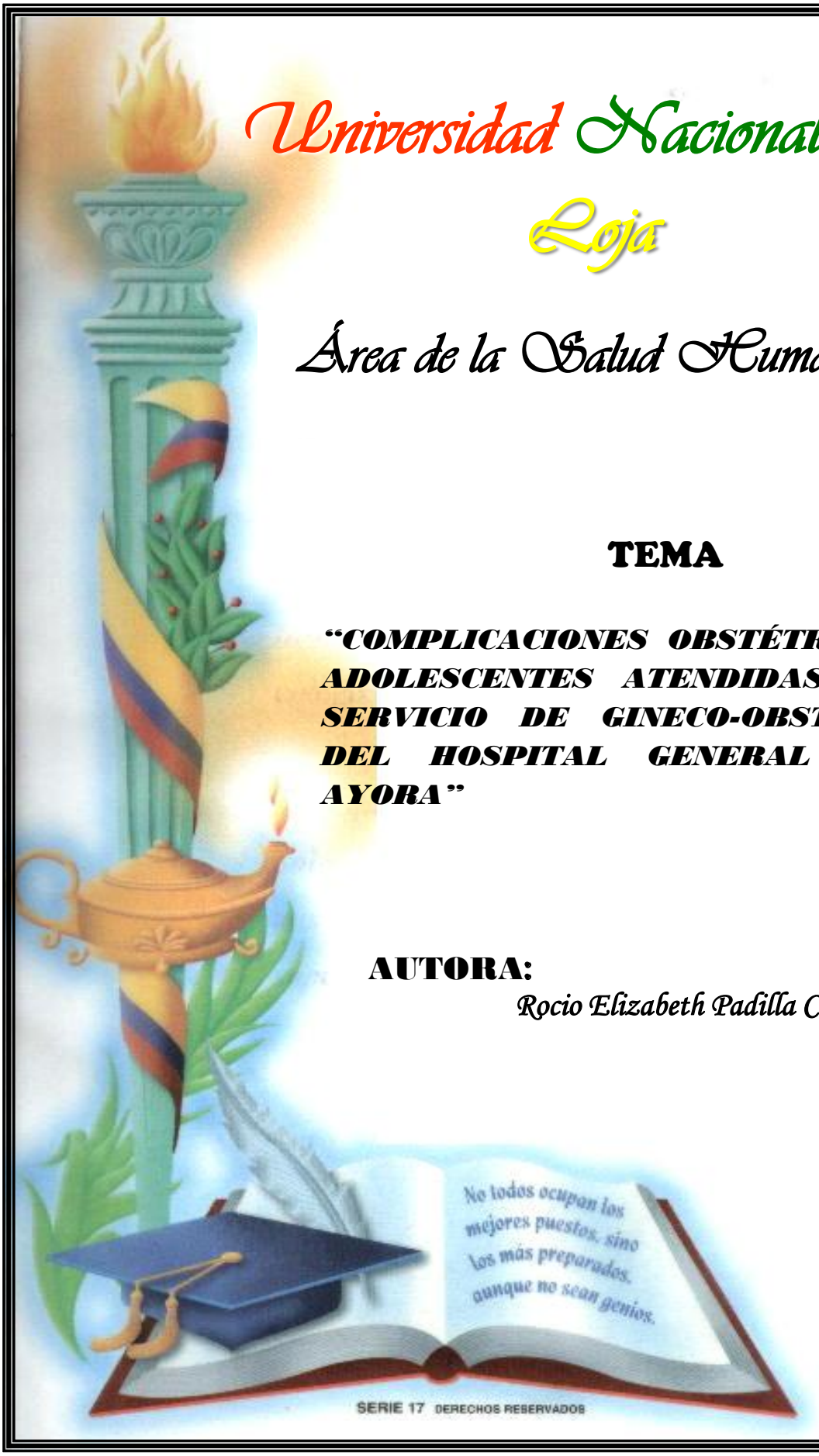
Área de la Salud Humana

TEMA

"COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA"

AUTORA:

Rocio Elizabeth Padilla Cuenca



TEMA:

COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA

PROBLEMATIZACIÓN-

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) la adolescencia es la etapa que transcurre desde los 10 hasta los 19 años donde el individuo enfrenta cambios físicos, biológicos, endocrinos, psicológicos y por ende sociales encaminados a lograr la madurez biológica y mental que le permita un crecimiento y desarrollo apropiado para enfrentar las cargas de la vida adulta, la interrupción de cualquiera de estos cambios marcan de manera importante el futuro de un adolescente. (1)

Parte de la adolescencia suele ser la llegada de la pubertad y se la define por importantes cambios corporales que ocurren, siendo uno de ellos la menarquia en la mujer (2), la disminución de la edad de la menarquia es un factor que determina la aparición de conductas de riesgo, lo cual provoca que la vida sexual comience en edades más tempranas (3).

Esta serie de cambios ocurre con una rapidez vertiginosa que se refleja tanto en la esfera anotomofisiológica, como social y cultural; es aquí donde se abre un ancho campo de descubrimientos y a la vez de confusión, que llevan al adolescente a enfrentar conflictos para los cuales no está preparado. Uno de estos es la esfera sexual, con el riesgo para las adolescentes, dada por la inmadurez como por la poca información recibida de la aparición de un embarazo (4).

Un embarazo en esta etapa de la vida constituye un riesgo tanto para la joven madre como para su hijo por la falta de madurez física y mental, es esta inmadurez física de las madres adolescentes incrementan el riesgo a complicaciones en el embarazo.

Según cifras publicadas por la ONU se estima que unos 16 millones de adolescentes de 15 a 19 años y aproximadamente 1 millón de niñas menores de 15 años dan a luz cada año. (5).

La División de Población de las Naciones Unidas de acuerdo con el estudio "Maternidad en la niñez: enfrentar el reto del embarazo en adolescentes" indico que el 95 % de los alumbramientos que tienen como protagonistas a adolescentes o niñas en el mundo tiene lugar en países en vías de desarrollo. Ejemplo de ello son países de áfrica como Angola donde se dan más de 191 embarazos por cada mil mujeres adolescentes y en Niger donde de cada mil adolescentes 206 dan a luz. (6)

Dentro de un contexto más cercano a nuestra realidad América Latina aparece como la segunda región del mundo con un mayor porcentaje de mujeres de 20 a 24 años que afirma haber dado a luz antes de los 18 años, alrededor de un 20 **%.** Dicho informe señala que,

Nicaragua es el país latinoamericano con el porcentaje más alto (28,1 %) de mujeres de 20 a 24 años que informan haber dado a luz antes de los 18 años. Detrás se sitúan Honduras, donde el 26,1 % de las mujeres de entre 20 y 24 años reportan haber dado a luz siendo menores de edad, República Dominicana (24,8 %), El Salvador, Guatemala (24,4 %), Bolivia (20 %), Colombia (19,7 %), Brasil (16 %).(7)

Ecuador según los datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos publicados en el 2011 de las más de 7 millones de mujeres, 3.645.167 son madres, de ellas 122.301 son adolescentes. El 5,2% de las madres afroecuatorianas son adolescentes, seguidas de las indígenas con 4,3%. El 81,4% de las madres adolescentes tiene un hijo, seguidas del 16% que tiene dos hijos. En relación a su población femenina de 12 años y más, la provincia con mayor porcentaje de madres adolescente es Carchi con el 69,9%, seguida por Los Ríos con 68,9%. (8) además entre el 2010 y el 2014 los embarazos en adolescentes entre 10 y 14 años subieron de 1,98% a 2,16%. (9)

Más específicamente en la región sur de nuestro país Brito Torres L., Procel González M., Juca Aulestia. C. y Ordoñez Trelles M., realizaron un análisis de la epidemiologia del embarazo adolescente de entre 15 a 19 años y su relación con la funcionalidad familiar donde evidenciaron que de las 463 mujeres gestantes entre 15 y 19 años 24,9% pertenecen a la Provincia de Loja, 39.4% son de la Provincia de Zamora y 35.7% de la Provincia de El Oro. (10)

Todas estas cifras indican que el embarazo en adolescentes es un problema social y de salud importantísimo puesto que afecta a todos los estratos sociales, pero predomina en la clase de bajo nivel socioeconómico, y en las áreas rurales, debido a la falta de educación sexual, y al desconocimiento de los métodos de control de la natalidad.

Con respecto a las complicaciones del embarazo en este grupo poblacional, Aguirre D., Carreño Y., Huamán J. y Huarcaya E., realizaron un estudio acerca de las complicaciones maternas y fetales en adolescentes que acudieron al centro de salud materno infantil Corea del Pachacutec en Perú durante el 2015 donde observaron que durante las gestación las patología más frecuentes fueron: Infección urinaria (ITU) 55.6%, Anemia 27.8%, Pre eclampsia 5.5%. Durante la Labor de parto un 66.6% presento Trabajo de Parto Prolongado, y un 16.7% presento Desgarros Perineales y Cervicales, el 66.7% de todos estos embarazos terminan por medio de cesárea la cual fue una intervención indicada debido a: Estrechez pélvica 41.7%, Sufrimiento fetal 25.0%. En cuanto a la complicación del puerperio se constató que la mayoría de las adolescentes presentaron Anemia 33.3% e Infección urinaria (ITU) 27.8%. (11)

Medrano Valdez S., López Meneses D., Rosales Donis G y Rodenas Gil E., encontraron en su estudio denominado COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS Y PERINATALES EN EL EMBARAZO DE ADOLESCENTES realizado en los hospitales San Juan de Dios, Guatemala, Roosevelt y Juan José Arévalo Bermejo en Guatemala en el 2013 que las principales complicaciones obstétricas del primer trimestre fueron infección del tracto urinario (52%) y aborto espontaneo (39%), del segundo trimestre: infección del tracto urinario (74%) y anemia (12%), del tercer trimestre: infección del tracto urinario (38%) y ruptura prematura de membranas ovulares (17%). La principal complicación perinatal fue: distocia del trabajo de parto (57%). 50% de las complicaciones postparto correspondió a infección puerperal y 50% a hemorragia postparto. (12)

Otro estudio realizado por Robayo Villafuerte con respecto a las complicaciones obstétricas durante el parto en adolescentes atendidas en el Hospital Provincial General de Latacunga en el 2013 pudo comprobar que la mayoría del grupo poblacional, al momento de encontrarse en labor de parto, estaba cursando entre las 37 y 41 semanas de embarazo, de todos estos el 30% finalizo en cesárea. Del total de adolescentes embarazadas, el 42,5% presentaron algún tipo de complicación, 30% presento desgarros perineales, principalmente grado I y II, las hemorragias correspondieron a un 10% y otras complicaciones que representaron el 25%. (13)

En nuestra localidad Calva Bereche realizó una investigación acerca complicaciones obstétricas en adolescentes embarazadas primigestas con infección de vías urinarias atendidas en hospital isidro ayora durante el periodo marzo a agosto de 2015 donde se evidencio que del total de pacientes estudiadas el 83% presento infección de vías urinarias de las cuales el 42 % presento Amenaza de aborto y el 28% Amenaza de parto pretérmino 28%. (14)

La información presentada refleja la realidad latente de miles de adolescentes embarazadas y también pone en evidencia que dichos embarazos presentan un riesgo elevado para la aparición de patologías obstétricas relacionadas con la inmadurez reproductiva que muestran estas precoces madres, pero dentro de este mismo contexto surgen interrogantes que incentivan a una investigación actualizada minuciosa de la población materna adolescente en nuestra localidad, por lo que se ha formulado la siguiente pregunta investigativa:

¿Cuáles son las complicaciones obstétricas que se presentan en las gestantes adolescentes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital General Isidro Ayora de la ciudad de Loja Durante el año 2016?

JUSTIFICACIÓN

La inmadurez física de las adolescentes embarazadas representa mayor riesgo para la morbilidad y mortalidad. Según la ONU las adolescentes que tienen entre 15 y 19 años tienen el doble de probabilidades de morir por eventos relacionados con la reproducción y en aquellas cuya edad se encuentra por debajo de los 15 años aumenta cinco veces el riesgo.

Los riesgos derivan de 2 situaciones: una de tipo biológica y otra condicionada por varios factores psicosociales; en lo biológico los peligros están determinados por la inmadurez de las estructuras pélvicas y del sistema reproductor en general.

Se reconoce una extensa gama de complicaciones biológicas cuya aparición es superior en las madres adolescentes, las cuales abarcan todos los trimestres del embarazo, todos los periodos del parto y afectan tanto a la joven madre como a su hijo y están muchas veces relacionadas con las condiciones poco favorables con las que la menor de 20 años llega a los eventos gestación-parto-puerperio.

La importancia del presente estudio radica en que la incidencia de Dichas complicaciones biológicas se puede disminuir si se realiza un buen esquema de controles obstétricos, enfocados en la detección oportuna y el manejo integral de las pacientes, para ello se debe conocer cuáles de estas patologías afectan con mayor frecuencia a las adolescentes de nuestra localidad, al identificar esta información se podrá difundir y poner al alcance del personal de salud como también de la población en general para su análisis.

Además es necesario contar con estadísticas anuales actuales enfocadas en el ámbito local que permitan sumarse a las estadísticas nacionales y de esta forma poder valorar la eficacia de los actuales programas de salud reproductiva que existen en nuestro país los mismos que están enfocados al control y a la disminución del embarazo en adolescentes.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Identificar la frecuencia con la que se presentan las complicaciones obstétricas en las adolescentes embarazadas atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital General Isidro Ayora durante el periodo Enero-Diciembre del 2016.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar cuáles son las complicaciones obstétricas más frecuentes en las adolescentes embarazadas atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del hospital General Isidro Ayora
- Identificar el tipo de complicaciones obstétricas más frecuentes en adolescentes atendidas en el servicio de Gineco-obstetricia del hospital General Isidro Ayora
- Establecer en qué etapa del embarazo adolescente se presentaron con mayor frecuencia las complicaciones obstétricas
- Determinar a qué edad de la adolescencia se mostraron con mayor frecuencia las diferentes complicaciones obstétricas.

ESQUEMA DE MARCO TEÓRICO

CAPITULO I: ADOLESCENCIA

1.1. Definición

1.2. Fases de la Adolescencia

CAPITULO II: EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

2.1. Definición

2.2. Factores predisponentes para el embarazo adolescente

2.3. Consecuencias del embarazo adolescente

CAPITULO II: COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS

3.1. Complicaciones Obstétricas durante el Embarazo

3.1.1. Anemia

3.1.2. Aborto

3.1.3 Embarazo Ectópico

3.1.3. Amenaza de Parto Pre termino

3.1.4. Rotura Prematura de Membranas

3.1.5. Enfermedad Hipertensiva Gestacional

3.1.6. Infecciones de Vías Urinarias

3.1.7. Vaginosis Bacteriana

3.1.8. Desprendimiento Prematuro de Placenta

3.2. Complicaciones Obstétricas durante el parto

3.2.2. Distocias Dinámicas

3.2.3. Distocias mecánicas

3.2.4. Desgarros del canal de parto

3.3. Complicaciones Obstétricas Posnatales

3.3.1. Hemorragia Postparto

3.3.2. Procesos Infecciosos puerperales

METODOLOGÍA

1. Tipo de estudio

Es un estudio cuantitativo, porque los resultados obtenidos se plasmarán en cuadros numéricos, descriptivo de corte transversal, porque se analizarán las variables simultáneamente en un determinado momento.

La presente investigación es retrospectiva, ya que la información que se analizará se fundamenta en la recolección un periodo de tiempo establecido en el pasado.

2. Área de estudio

Lugar: La investigación se realizará en el Hospital General Isidro Ayora, ubicado en la parte céntrica de la ciudad de Loja, calles Avenida Iberoamericana y Juan José Samaniego

Tiempo: Se desarrollara el estudio en el periodo de tiempo comprendido de Enero a Diciembre del 2016.

3. Universo y Muestra

Universo: Historias clínicas completas de las gestantes adolescentes que fueron atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital General Isidro Ayora en el periodo de enero a diciembre del año 2016

Muestra: Historias clínicas completas de las gestantes adolescentes que presentaron complicaciones obstétricas y que fueron atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital General Isidro Ayora en el periodo de enero a diciembre del año 2016

Criterios de inclusión

- Expedientes de adolescentes embarazadas primigestas o multigestas, entre edades de 10 a 19 años que presentaron una o más complicaciones obstétricas y que culminaron su embarazo en Hospital General Isidro Ayora durante el año 2016

Criterios de exclusión

- Mujeres gestantes mayores de 20 años en adelante con complicaciones obstetricias que hayan dado a luz en el Hospital General Isidro Ayora.

- Mujeres gestantes adolescentes que padecían patologías previas al presente embarazo

- Mujeres gestantes entre 10 y 19 años atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital General Isidro Ayora que no presentaron complicaciones obstétricas

4. Técnica

Revisión sistemática de expedientes médicos.

5. Instrumento: Para la recolección de los datos se elaboró un formulario donde se recogerá toda la información necesaria de acuerdo a los objetivos planteados y a las variables

6. Procedimiento y procesamiento de la información

- ✓ Solicitar los permisos correspondientes a las autoridades del Hospital Isidro Ayora para el acceso a servicio estadístico del área de gineco-obstetricia y tomar los datos necesarios de las historias clínicas.

- ✓ Después de la recolección de datos, se plasmarán los resultados en cuadros de frecuencia y porcentuales los mismos que serán representados en gráficos, durante el proceso de tabulación.

- ✓ Finalmente con los resultados obtenidos se hará la interpretación y análisis con sus respectivas conclusiones y recomendaciones, utilizando materiales tecnológicos tales como Microsoft Word y Excel.

7. Variables

Variable Dependiente: Complicaciones obstétricas

Variable Independiente: Embarazo Adolescente

8. Recursos

Recursos Humanos:

- Estudiante Investigadora: Rocio Padilla Cuenca
- Director de Tesis

Recursos Materiales:

- Historias clínicas del servicio de gineceo obstetricia de adolescentes embarazadas
- Computador Portátil
- Impresora
- Materiales de oficina
  - ✓ Hojas de papel bond
  - ✓ Esferográficos
  - ✓ Borrador
  - ✓ Copias
- Transporte
- Internet

9. Presupuesto y Materiales

Materiales	Valor Estimado
Equipos Informáticos	$ 200
Suministros de Oficina	$ 30
Impresiones y copias	$ 200
Imprevistos	$ 20
TOTAL	$ 450

Todo el proceso investigativo será financiado por la investigadora.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Embarazo Adolescente	Es aquel embarazo que se produce en una mujer en cualquiera de las 3 fases de la adolescencia.	Edad	Temprana	10 – 13 años
			Mediana	14 – 16 años
			Tardía	17 – 19 años
Complicaciones Obstétricas	Patología materna que Ocurre durante el embarazo.	Complicaciones Obstétricas Prenatales	Anemia Amenaza de Aborto Aborto Completo Aborto Incompleto Aborto Retenido Aborto Séptico Amenaza de Parto Pre termino Rotura Prematura de Membranas Enfermedad Hipertensiva Gestacional Infecciones de Vías Urinarias Vaginosis Bacteriana	• SI • NO

			Desprendimiento Prematuro de Placenta	
		Complicaciones Obstétricas Perinatales	Distocias en el Trabajo de Parto Desproporción Céfalo-Pelvica Desgarros del canal de parto	• SI • NO
		Complicaciones Obstétricas postnatales	Anemia, Hemorragia Postparto Procesos Infecciosos puerperales	• SI • NO

CRONOGRAMA DE TRABAJO

N°	ACTIVIDADES	Febrero				Marzo				Abril				Mayo				Junio				Julio			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
FASE DE PLANEACIÓN																									
1	Presentación del tema; Elaboración del proyecto.																								
2	Presentación del proyecto.																								
3	Correcciones del proyecto.																								
FASE DE EJECUCIÓN																									
4	Autorizaciones para desarrollo de la investigación.																								
5	Recolección de Datos de HC																								
6	Tabulación y análisis de resultados																								
7	Revisión de investigación																								
FASE DE COMUNICACIÓN Y DIVULGACIÓN DE RESULTADOS																									
8	Entrega del proyecto definitivo																								
9	Defensa de tesis																								

BIBLIOGRAFIA

1. Organización mundial de la salud, El embarazo en la adolescencia, Nº 364, 2014, http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/

2. Álvarez E, Noda T. Pubertad cuerpo, imagen y sentimientos. Rev Sexo y Sociedad. 1999; 10(4):18-19.
3. Balestena Sánchez JM, Balestena Sánchez SG. Impacto de la menarquia en los resultados perinatales en la adolescencia. Rev Cubana Obstétrica Ginecológica [en línea] 2005; 31(1):URL disponible: http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol31_1_05/gin02105.htm
4. Díaz A, Sanhueza R, Yaksic N. Riesgos obstétricos en el embarazo adolescente estudio comparativo de resultados obstétricos y perinatales con pacientes embarazadas adultas. Rev Chilena Obstétrica Ginecológica 2002; 67(6):481-487.

5. Adolescent Committee of the UNFPA, GIRLHOOD, NOT MOTHERHOOD Preventing Adolescent Pregnancy [en línea], Published by the United Nations Population Fund UNFPA, New York, 2015, http://www.unfpa.org/sites/default/files/pubpdf/Girlhood_not_motherhood_final_web.pdf

6. Loaiza E., Mengjia Liang c., Universal Access to Reproductive Health, UNFPA's Population and Development Branch of the Technical Division, January 2016, http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_Reproductive_Paper_20160120_online.pdf

7. Williamson N., Maternidad en la niñez [en línea], publicado en Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2013, https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ES-SWOP2013.pdf

8. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, Características de las madres en el Ecuador, 2011, file:///C:/Users/Victor/Downloads/PresentacionMadres%20(1).pdf

9. Carvajal A., (02-03-2015), Las cifras de embarazos en el país crecieron en niñas de 10 a 14 años, Diario El Comercio,

http://www.elcomercio.com/tendencias/cifras-embarazosadolescentes-ecuador-enipla-planfamiliaecuador.html

10. Brito Torres L., Procel González M., Juca Aulestia. C. y Ordoñez Trelles M., Análisis de la epidemiologia del embarazo adolescente de entre 15 a 19 años de la zona 7 del Ecuador (provincias de Loja, Zamora y El Oro) y su relación con la funcionalidad familiar, Revista Médica Electrónica: Portales Médicos, 2016, http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/epidemiologia-del-embarazo-adolescente/

11. Aguirre D., Carreño Y., Huamán J., Huarcaya E., COMPLICACIONES MATERNAS Y FETALES EN ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL PERÚ – COREA DEL AA.HH. PACHACUTEC, Revista del instituto superior tecnológico privado "DANIEL ALCIDES CARRIÓN" (en línea), 2015, disponible en http://www.acarrion.edu.pe/documentos/ENFERMERIA/TRABAJO_DE%20INVESTIGACION_3.pdf

12. Medrano Valdez S., López Meneses D., Rosales Donis G y Rodenas Gil E., COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS Y PERINATALES EN EL EMBARAZO DE ADOLESCENTES EN GENERAL SAN JUAN DE DIOS, GUATEMALA, ROOSEVELT, GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA Y JUAN JOSÉ ARÉVALO BERMEJO, ZONA 6 DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL, repositorio de Universidad de San Carlos de Guatemala 2013, http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_9162.pdf

13. Robayo Villafuerte W., COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS DURANTE EL PARTO EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DE LATACUNGA, EN EL PERÍODO MARZO - JUNIO DEL 2013, Repositorio de Universidad Técnica de Ambato, Ecuador, http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/8381/1/Robayo%20Villafuerte,%20Washington%20Marcelo.pdf

14. Calva Bereche W., COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS PRIMIGESTAS CON INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA EN LA CUIDAD DE LOJA DURANTE EL PERIODO MARZO-AGOSTO DE 2015, Repositorio de Universidad Nacional de Loja, Ecuador, 2015, https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/16630/1/TESIS%20DE%20GRADO%20WILMAN%20CALVA.pdf

ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA
HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Formulario N: …….. HC:……

Edad

Edad	

Fase de adolescencia

Temprana (10-13)	
Mediana (14-16)	
Tardía (17-19)	

COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS

Complicaciones Prenatales

Complicación	**presente**	**ausente**

Complicación	**Presente**	**Ausente**
Anemia		
Aborto		
Amenaza de aborto		
Infección de tracto urinario		
Vaginosis		

Pre eclampsia		
eclampsia		
Hipertensión gestacional		
Embarazo Ectópico		
Amenaza de Parto pre termino		
Rotura prematura de membranas		
Desprendimiento prematuro de placenta		

Complicaciones Perinatales

Complicación	**presente**	**ausente**
Distocias Oseas		

Distocias dinámicas		
Desgarro de canal de parto		

Complicaciones Puerperales

Complicación	**presente**	**ausente**
Hemorragia		
endometritis		
Anemia		
Infecciones urinarias		
mastitis		