



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTAD CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE MEDICINA

COMPLICACIONES GINECO-OBTETRICAS Y PSICOLOGICAS

DURANTE EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES. HOSPITAL

MARTIN ICAZA BUSTAMANTE 2017

TRABAJO DE TITULACIÓN PRESENTADO COMO REQUISITO PARA OPTAR

EL TÍTULO DE MEDICO GENERAL

AUTORES: SANTOS ANDRADE ANDRES DAVID

PLUAS ARIAS WLADIMIR JEAN

TUTORA: DRA. MARIA ANTONIETA TOURIZ BONIFAZ MSc.

GUAYAQUIL, MAYO 2018



**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA
UNIDAD DE TITULACIÓN**

ANEXO 10

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA		
FICHA DE REGISTRO DE TESIS		
TÍTULO Y SUBTÍTULO: “COMPLICACIONES GINECO-OBSTÉTRICAS Y PSICOLÓGICAS DURANTE EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES. HOSPITAL MARTIN ICAZA BUSTAMANTE 2017 ”		
AUTOR/ ES: SANTOS ANDRADE ANDRES DAVID PLUAS ARIAS WLADIMIR JEAN	REVISORA: DRA. MARIA ANTONIETA TOURIZ BONIFAZ MSc.	
INSTITUCIÓN: UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL	FACULTAD: CIENCIAS MEDICAS	
CARRERA: MEDICINA		
FECHA DE PUBLICACIÓN: 10 DE MAYO 2018		Nº DE PÁGS: 47
ÁREAS TEMÁTICAS: GINECO- OBSTETRICIA		
PALABRAS CLAVE: HEMORRAGIA - EMBARAZO - ADOLESCENTES		
RESUMEN: La maternidad a temprana edad está condicionada por múltiples factores, revisten particular importancia los psicosociales y las gineco-obstétricas considerados como problemas dentro de la salud pública, entre los factores psicosociales se identifica historias de depresión, historia previa de depresión postparto e historia familiar de depresión; dentro de las complicaciones gineco-obstétricas la hemorragia uterina es la causa más frecuentes y potencialmente más graves en la consulta de urgencias durante la gestación con una elevada tasa de morbilidad y mortalidad materno-perinatal. Objetivo: determinar la frecuencia del embarazo precoz en adolescente, identificar factores de riesgo en la población de estudio, identificar las complicaciones gineco-obstétricas en las adolescentes gestantes e identificar los factores psicológicos que presentan durante la gestación. Se realizó un estudio tipo descriptivo transversal con diseño cuantitativo y no experimental realizada en adolescentes embarazadas del Hospital General Martín Icaza de la ciudad de Babahoyo con diagnóstico de hemorragia obstétrica en el área Gineco-obstetricia. Teniendo como resultado una frecuencia de adolescentes gestantes del 42%, como complicación gineco-obstétrica tenemos un 25% de casos de hemorragias obstétricas durante el embarazo y el 23% presento trastornos de depresión en un 43%. Concluyendo que el embarazo precoz genera consecuencias psico-sociales en las adolescentes y se propone desarrollar un programa de prevención primaria y secundaria para evitar reincidencias.		
Nº DE REGISTRO (en base de datos):		Nº DE CLASIFICACIÓN:
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):		
ADJUNTO PDF:	SI (X)	NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono:	E-mail:
CONTACTO EN LA INSTITUCIÓN:	Nombre: Universidad de Guayaquil, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Medicina	
	Teléfono: 042288126	
	E-mail: http://www.fcm.ug.edu.ec	



**FACULTAD CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA
UNIDAD DE TITULACIÓN**

Guayaquil, 08 DE MAYO DEL 2018

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR REVISOR.

Habiendo sido nombrado DR. CARLOS ALBERTO VIZUETA CHAVEZ, tutor del trabajo de titulación
“COMPLICACIONES GINECO-OBTETRICAS Y PSICOLOGICAS DURANTE EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES. HOSPITAL MARTIN ICAZA BUSTAMANTE 2017 ”, certifico que el presente trabajo de titulación, elaborado por **SANTOS ANDRADE ANDRES DAVID Con CI. 0931264782 Y PLUAS ARIAS WLADIMIR JEAN con CI. 1206227116**, con mi respectiva supervisión como requerimiento parcial para la obtención del título de MEDICO GENERAL, en la Carrera de Medicina Facultad de Ciencias Médicas, ha sido **REVISADO Y APROBADO** en todas sus partes, encontrándose apto para su sustentación.

DR. CARLOS VIZUETA CHAVEZ
TUTOR DE TRABAJO DE TITULACIÓN
C.I. 0901789271



**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA
UNIDAD DE TITULACIÓN**

ANEXO 12

**LICENCIA GRATUITA INTRANSFERIBLE Y NO EXCLUSIVA PARA EL USO NO
COMERCIAL DE LA OBRA CON FINES NO ACADÉMICOS.**

Yo **SANTOS ANDRADE ANDRES DAVID** Con **CI. 0931264782** Y **PLUAS ARIAS WLADIMIR JEAN** con **CI. 1206227116** certificamos que los contenidos desarrollados en este trabajo de titulación, cuyo título es **“COMPLICACIONES GINECO-OBTETRICAS Y PSICOLOGICAS DURANTE EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES. HOSPITAL MARTIN ICAZA BUSTAMANTE 2017 ”**, son de mi absoluta propiedad y responsabilidad Y SEGÚN EL Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN*, autorizo el uso de una licencia gratuita intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la presente obra con fines no académicos, en favor de la Universidad de Guayaquil, para que haga uso del mismo, como fuera pertinente

SANTOS ANDRADE ANDRES DAVID.
CI. 0931264782

PLUAS ARIAS WLADIMIR JEAN
CI. 1206227116

*CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN (Registro Oficial n. 899-Dic./2016)

Artículo 114.- De los titulares de derechos de obras creadas en las instituciones de educación superior y centros educativos.- En el caso de las obras creadas en centros educativos, universidades, escuelas politécnicas, institutos superiores técnicos, tecnológicos, pedagógicos, de artes y los conservatorios superiores, e institutos públicos de investigación como resultado de su actividad académica o de investigación tales como trabajos de titulación, proyectos de investigación o innovación, artículos académicos, u otros análogos, sin perjuicio de que pueda existir relación de dependencia, la titularidad de los derechos patrimoniales corresponderá a los autores. Sin embargo, el establecimiento tendrá una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra con fines académicos.



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA
UNIDAD DE TITULACIÓN

ANEXO 6

CERTIFICADO PORCENTAJE DE SIMILITUD

Habiendo sido nombrado **Dra. MARIA ANTONIETA TOURIZ BONIFAZ**, tutor del trabajo de titulación certifico que el presente trabajo de titulación ha sido elaborado por **SANTOS ANDRADE ANDRES DAVID C.C.: 0931264782** y **PLUAS ARIAS WLADIMIR JEAN, C.C.: 1206227116**, con mi respectiva supervisión como requerimiento parcial para la obtención del título de MEDICO GENERAL.

Se informa que el trabajo de titulación: **“COMPLICACIONES GINECO-OBTETRICAS Y PSICOLOGICAS DURANTE EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES SEGÚN EL SISTEMA DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD. HOSPITAL MARTIN ICAZA BUSTAMANTE”**, ha sido orientado durante todo el periodo de ejecución en el programa antiplagio **URKUND** quedando el 3 % de coincidencia.

Documento: **TESIS DE GRADO SANTOS Y PLUAS.docx** (D38079667)

Presentado: 2018-04-27 16:26 (-05:00)

Presentado por: zoila.penav@ug.edu.ec

Recibido: maria.tourizb@ug.edu.ec

Mensaje: Tesis Santos [Mostrar el mensaje completo](#)

3% de estas 24 páginas, se componen de texto presente en 10 fuentes.

Lista de fuentes:

Categoría	Enlace/nombre de archivo
	http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1820/1/TESES%20HEMORRAGIAS%20UTERINAS...
	http://www.monografias.com/trabajos93/embarazos-riesgo/embarazos-riesgo.shtml
	https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000900.htm
	http://www.monografias.com/docs114/hemorragia-embarazo/hemorragia-embarazo.shtml
	TESIS RIERA - ORTEGA LOS FACTORES DE RIESGOS Y SU IMPACTO EN LA MULTIPARIDAD.docx
	PROYECTO DE LA UNIVERSIDAD ESTATAL DEL SUR DE MANABÍ.docx

61% #1 Activo

ha sido aprobado, luego de su defensa pública, en la forma presente por el Tribunal Examinador de Grado Nominado por la Escuela de medicina como requisito parcial para optar POR EL

GRADO DE MÉDICO.

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

MIEMBRO DEL TRIBUNAL MIEMBRO DEL TRIBUNAL

SECRETARIA ESCUELA DE MEDICINA

II

CERTIFICADO DEL TUTOR

EN MI CALIDAD DE TUTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS. CERTIFICO QUE: HE DIRIGIDO Y REVISADO EL TRABAJO DE TITULACIÓN DE GRADO PRESENTADO POR

EL SR. SANTOS ANDRADE ANDRÉS DAVID Y EL SR. PLUAS ARIAS WLADIMIR JEAN

CUYO TEMA DE TRABAJO DE TITULACIÓN ES: "CONSECUENCIAS PSICOLOGICAS Y GINECO-OBTETRICAS DURANTE EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES SEGUN EL SISTEMA DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD. HOSPITAL GENERAL MARTIN ICAZA BUSTAMANTE"

Fuente externa: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1820/1/TESES%20HEMORRAGIAS%20...> 61%

Ha Sido Aprobada, Luego De Su Defensa Pública, En La Forma Presente Por El Tribunal Examinador De Grado Nominado Por La Escuela De Obstetricia Como Requisito Parcial Para Optar El

DRA. MARIA ANTONIETA TOURIZ BONIFAZ MSc.
TUTORA DE TRABAJO DE TITULACIÓN



Universidad de Guayaquil

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA
UNIDAD DE TITULACIÓN**

ANEXO 4

CERTIFICADO DE TUTOR

Guayaquil, 28 DE ABRIL DEL 2018

SR. DR. CECIL FLORES BALSECA

DIRECTOR DE LA FACULTAD DE MEDICINA

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

Ciudad.-

De mis consideraciones:

Envío a Ud. el Informe correspondiente a la tutoría realizada al Trabajo de Titulación, “**COMPLICACIONES GINECO-OBSTÉTRICAS Y PSICOLÓGICAS DURANTE EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES SEGÚN EL SISTEMA DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD. HOSPITAL MARTÍN ICAZA BUSTAMANTE**”, del estudiante **SANTOS ANDRADE ANDRÉS DAVID** y **PLUAS ARIAS WLADIMIR JEAN**, indicando que ha cumplido con todos los parámetros establecidos en la normativa vigente:

- El trabajo es el resultado de una investigación.
- El estudiante demuestra conocimiento profesional integral.
- El trabajo presenta una propuesta en el área de conocimiento.
- El nivel de argumentación es coherente con el campo de conocimiento.

Adicionalmente, se adjunta el certificado de porcentaje de similitud y la valoración del trabajo de titulación con la respectiva calificación.

Dando por concluida esta tutoría de trabajo de titulación, **CERTIFICO**, para los fines pertinentes, que el estudiante está apto para continuar con el proceso de revisión final.

Atentamente,

**DRA. MARIA ANTONIETA TOURIZ BONIFAZ MSc.
TUTORA DE TRABAJO DE TITULACIÓN**

DEDICATORIA

Esta trabajo de titulación se la dedicamos a Dios quién supo guiarnos por el buen camino, dándonos fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban.

A nuestras familias quienes nos han cultivado el hábito de superación y estudio para poder defendernos en esta aventura llamada vida.

Para nuestros padres por su apoyo, consejos, comprensión, amor, ayuda en los momentos difíciles, y por ayudarme con los recursos necesarios para estudiar.

AGRADECIMIENTO

Dedicamos este proyecto de tesis a Dios y a nuestros padres.

A Dios porque ha estado con nosotros a cada paso que damos, cuidándonos y dándonos fortaleza para continuar, a nuestros padres, quienes a lo largo de nuestra vida han velado por nuestro bienestar y educación siendo nuestro apoyo en todo momento depositando su entera confianza en cada reto que se nos presentaba sin dudar ni un solo momento de nuestra inteligencia y capacidad. Los amamos con nuestras vidas.

A nuestra alma mater la UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL por ser el centro de enseñanza que nos inculcó la responsabilidad, el trabajo y la dedicación; a la Facultad de Ciencias Médicas por ser mi segundo hogar y por habernos permitido pasar dentro de sus aulas viviendo buenos y difíciles momentos que la carrera conlleva y por crear en nosotros el amor a nuestra Carrera.

Debo agradecer de manera especial y sincera a los docentes Dr. Antonio Romero por su amistad y a nuestra tutora Dra. María Antonieta Touríz por aceptarnos para realizar esta tesis bajo su dirección, su apoyo y confianza en nuestro trabajo, por su capacidad para guiar nuestras ideas han sido un aporte invaluable, no solamente en el desarrollo de esta tesis, sino también en nuestra formación como futuros profesionales.

Son muchas las personas que han formado parte de nuestras vidas profesionales a las que nos encantaría agradecerles su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más difíciles de nuestras vidas.

INDICE

REPOSITORIO NACIONAL	II
CERTIFICACIÓN DEL TUTOR REVISOR.	III
.....	IV
LICENCIA GRATUITA INTRANSFERIBLE	IV
CERTIFICADO PORCENTAJE DE SIMILITUD.....	V
.....	VI
CERTIFICADO DE TUTOR	VI
Certificado del tutor	VI
DEDICATORIA	VII
AGRADECIMIENTO	VIII
INDICE	IX
RESUMEN	XI
ABSTRACT.....	XII
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPITULO I.....	4
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
1.1 DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA.....	4
1.4 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS.....	8
1.4.1 OBJETIVO GENERAL.....	8
1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.	8
CAPITULO II	10
2.1 COMPLICACIONES:.....	10
2.1.1 Antecedentes Internacionales:	10
g) Hemorragia de la primera mitad del embarazo.....	13
h) Las hemorragias de la segunda mitad del embarazo.....	16

Placenta previa	17
CAPITULO III	26
3. METODOLOGIA.....	26
3.1 MÉTODO.	26
3.1.1 Tipo de investigación.....	26
3.1.2. Diseño de investigación.....	26
3.1.3. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	26
3.2 MATERIALES	26
3.2.1. RECURSOS HUMANOS.....	26
CAPÍTULO IV	28
RESULTADOS	28
6.1 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	28
6.1.1. GRÁFICO N° 1.....	28
6.1.3. GRÁFICO N° 3.....	30
6.1.4. GRÁFICO N° 4.....	31
6.1.5. GRÁFICO N° 5.....	32
CAPÍTULO V	34
7. CONCLUSIONES	34
CAPÍTULO VI	36
8. RECOMENDACIONES	36
BIBLIOGRAFIA.....	37
ANEXOS.....	39

RESUMEN

La maternidad a temprana edad está condicionada por múltiples factores, revisten particular importancia los psicosociales y las gineco-obstétricas considerados como problemas dentro de la salud pública, entre los factores psicosociales se identifica historias de depresión, historia previa de depresión postparto e historia familiar de depresión; dentro de las complicaciones gineco-obstétricas la hemorragia uterina es la causa más frecuentes y potencialmente más graves en la consulta de urgencias durante la gestación con una elevada tasa de morbilidad y mortalidad materno-perinatal. Objetivo: determinar la frecuencia de embarazo precoz en adolescente, identificar factores de riesgo en la población de estudio, identificar las complicaciones gineco-obstétricas en las adolescentes gestantes e identificar los factores psicológicos que presentan durante la gestación. Se realizó un estudio tipo descriptivo transversal con diseño cuantitativo y no experimental realizada en adolescentes embarazadas del Hospital General Martín Icaza de la ciudad de Babahoyo con diagnóstico de hemorragia obstétrica en el área Gineco-obstetricia. Teniendo como resultado una frecuencia de adolescentes gestantes del 42%, como complicación gineco-obstétrica tenemos un 25% de casos de hemorragias obstétricas durante el embarazo y el 23% presento trastornos de depresión en un 43%. Concluyendo que el embarazo precoz genera consecuencias psico-sociales en las adolescentes y se propone desarrollar un programa de prevención primaria y secundaria para evitar reincidencias.

PALABRA CLAVE: Embarazo, Adolescencia, Hemorragias

ABSTRACT

Early motherhood is conditioned by multiple factors, especially psychosocial and gynecological obstetrics considered as problems within public health, among the psychosocial factors are identified stories of depression, previous history of postpartum depression and family history of depression ; Within the obstetric-gynecological complications, uterine bleeding is the most frequent and potentially the most serious cause in the emergency room during pregnancy with a high maternal-perinatal morbidity and mortality rate. Objective: to determine the frequency of early pregnancy in adolescents, identify risk factors in the study population, identify gynecological and obstetric complications in pregnant adolescents and identify the psychological factors that they present during pregnancy. A cross-sectional descriptive study with quantitative and non-experimental design was carried out in pregnant adolescents of the General Hospital Martín Icaza of the city of Babahoyo with a diagnosis of obstetric hemorrhage in the gynecology-obstetrics area. Having as a result a frequency of pregnant adolescents of 42%, as a gynecological obstetric complication we have a 25% of cases of obstetric hemorrhages during pregnancy and 23% have depression disorders in 43%. Concluding that early pregnancy generates psycho-social consequences in adolescents and it is proposed to develop a primary and secondary prevention program to avoid relapse

KEY WORD: Pregnancy- Adolescent - Hemorrhages

INTRODUCCIÓN

El embarazo precoz tiene innegables consecuencias socioculturales y psicológicas con elevado costo personal, educacional, familiar y social para lo cual el presente estudio contribuye a deliberar sobre esta problemática que confronta la reproducción humana en el Ecuador y en el mundo, lo que pretende determinar la influencia del embarazo precoz en la generación de consecuencias psicosociales. Desde la perspectiva sociocultural, la estudiante universitaria, estando en la edad de mayor propensión a un embarazo temprano y no deseado, éste limitará sus oportunidades de estudio; se infiere que se verán obligadas a desertar del sistema académico, en forma temporal o permanente, generando entre otros problemas una frustración que cambiará su plan de vida. La Organización Mundial de la Salud reporta que existen en el mundo 529.000 muertes maternas al año, de las cuales 166.000 son originadas por hemorragia obstétrica, lo que representa el 25% del total de las muertes maternas, más del 50% de estas muertes se presentan en las primeras cuatro horas post-partos. Según los datos de las actas de nacimiento de 2003 en Estados Unidos, la placenta previa complicó casi uno de cada 300 partos, en Nueva Escocia observaron que la incidencia era de uno en 300 en casi 93.000 partos. (Cunningham 2015)

En el Parkland Hospital, la incidencia fue de uno en 390 para más de 280.000 partos entre los años 1998 y 2006, el desprendimiento prematuro de placenta normoinsera ocurre aproximadamente entre un 0,4 y un 3,5% de todos los partos, la forma grave de las hemorragias uterinas que produce la muerte del feto, según un informe la frecuencia del desprendimiento prematuro de placenta es casi uno de 200 partos, según National Center Forhealthstatistics. (Salihu et al 2005). Fuentes informan una incidencia en partos de un solo feto en 160 en los Estados Unidos durante el año 2003, la incidencia de desprendimiento prematuro de placenta fue de uno en 190 partos y en el Parkland Hospital desde 1988 hasta el 2006, la incidencia fue de 280.000 partos y uno en 290. El desprendimiento prematuro de placenta que causa muerte fetal disminuyó alrededor de uno por cada 830 partos desde 1974 a 1989 y entre 1996 a 2003 se redujo aún más, alrededor de uno por cada 1.600. La rotura uterina se suma a las patologías que provocan hemorragias uterinas su frecuencia es muy variable, posiblemente por las diferencias entre los partos realizados en instituciones, los domiciliarios y los de áreas rurales. Algunos autores reportan 1 rotura espontánea cada 2.000 nacimientos, mientras que otros

plantean frecuencias de 8 por 1.000 nacimientos sobre todo en países africanos. (Alan y Mathen.)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere que el 11% de los partos del mundo, corresponden a mujeres menores de 19 años y la tasa de mortalidad materna puede llegar a superar hasta cinco veces la tasa de mujeres embarazadas entre 20 a 24 años y ocurre en todos los estratos sociales. En Latinoamérica, de los 7 millones de adolescentes mujeres entre 15 y 19 años, 1.5 millones ya son madres o están embarazadas, siendo gran parte de estos embarazos no planificados y el Ecuador registra un número de madres adolescentes creciente: una de cada cinco adolescentes de 15 a 19 años ha tenido al menos un embarazo y el promedio de inicio de la vida sexual es 16 años. De los 351.530 niños nacidos vivos en el 2010, en el Ecuador, el 23,5% corresponden a mujeres entre 11 y 22 años de edad y de éstas solo 1.187 mujeres (0.3%) asisten a un nivel de educación superior.

Según datos del estudio costo de omisión sexual y reproductiva del año 2015 se halló que los costos de la no prevención del embarazo adolescente fueron de USD 331 millones de dólares, de esta cifra, USD 316,73 millones (95.6%) correspondieron a la pérdida de ingresos futuros por deserción escolar y así mismo en este año se estimó que 6.487 adolescentes, de entre las edades de 15 y 19 años, abandonaron sus estudios; más de la mitad de ellas cursaban la educación básica cuando se embarazaron. “El total de mujeres que abandonó de forma permanente los estudios porque salieron embarazadas significó una pérdida estimada en 36,871 años de escolaridad, con una media de 5.8 años por mujer”, según las estimaciones, los ingresos que habrían percibido de no haber abandonado los estudios antes del nivel superior ascienden a USD 728.5 millones (Figura 1).

Un grupo de investigadores sostienen que la maternidad temprana hace que persiste los ciclos de pobreza por lo que las adolescentes dejan de estudiar, lo que limita sus oportunidades de un empleo digno siendo el costo promedio de evitar un embarazo no intencionado es de USD 114, mientras que atenderlo se estimó en USD 612. Eso es 5.4 veces más. El embarazo precoz trae consecuencia muy significativas en la vida de una adolescentes y no solo psicológicas, existen otros tipos de riesgos que muchas adolescentes deben afrontar a la hora de estar embarazadas, entre ellas tenemos las hemorragias uterinas. (Figura 2)

Entre los adolescentes, es mayor la probabilidad de padecer problemas psicológicos debido a que se encuentran en un período de cambios de identidad y autonomía además se ha

descrito que en los adolescentes la frecuencia de depresión es de 3 a 17%. (World Health Organization. WHO; 2008) Los problemas psicológicos como la depresión se manifiesta como un estado de ánimo deprimido o una pérdida del interés aunque en los adolescentes que se observan manifestar de otras formas como irritabilidad, cambio de apetito o de peso, trastornos del sueño, falta de energía, sentimientos de infravaloración y de culpa, dificultad para pensar, ideación suicida, pobre auto cuidado de la salud (Goldney RD, 2014) y a través de cuadros problemas típicos de la adolescencia: abuso de sustancias, iniciación sexual temprana y embarazo, deserción o problemas escolares y delincuencia. (Hodgkinson SC, 2010)

Pero también el análisis de las bases de datos de atenciones ambulatorias dio cuenta de una reducción de 30.6% en el número de usuarias iniciales por métodos anticonceptivos. “Esto es importante por sí mismo, lo es más si se toma en consideración que el grupo etáreo de 19 años o menos en mujeres con un decremento de 46.5%”, concluye el informe. La hemorragia obstétrica es la pérdida excesiva de sangre superior a los 500 cc que requiere tratamiento urgente de reposición de líquido por vía endovenosa y/o transfusión de sangre puede presentarse durante el estado gravídico o puerperal entre las causas más frecuentes son la placenta previa, el desprendimiento prematuro de placenta, la rotura uterina, rotura de vasa previa y de rotura del seno marginal. (Jesús González 2006)

Durante el año 2006 en el Ecuador la hemorragia post-parto ocupó el segundo lugar como causa de muerte materna con un 11,9 % (16 muertes), pero el desprendimiento prematuro de la placenta, el embarazo ectópico y placenta previa, que también pueden ocasionar hemorragias aparecen con 5,9 % (8 muertes), 3,7 % (5 muertes) y 2,2 % (3 muertes) respectivamente. Se ha descrito que la depresión es más frecuente en el grupo de madres adolescentes respecto a otros grupos de edad. (Pardo AG, 2011) Existe evidencia donde se observa una mayor prevalencia de trastornos psicológicos como la depresión entre las mujeres embarazadas del 17,9%, que alcanza una frecuencia del 40,1% en aquellas con embarazos no planeados y complicaciones el embarazo, como también una frecuencia del 7,1% de depresión posparto, existe información sobre la magnitud del problema del embarazo en adolescentes en nuestro país, no hay datos suficientes sobre la periodicidad de la depresión en madres adolescentes. Por lo tanto, el objetivo del presente estudio es conocer las complicaciones gineco-obstétricas y psicológicas que padecen las adolescentes durante el embarazo que hayan sido atendidas en el Hospital Martín Icaza Bustamante de la ciudad de Babahoyo como una estimación de la magnitud del problema en el Ecuador.

CAPITULO I

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA

Las adolescentes menores de 15 años tienen mayores posibilidades de fallecer en el alumbramiento, que las mujeres mayores de 20 años de edad. Según Gaviria & Chaskel (2013) refieren: “La falta de atención hacia la salud reproductiva y la salud sexual de los adolescentes es común, y su abordaje no cumple con las políticas y acciones de salud pública de la mayor parte de los países” (p. 6). Los Estados deben prestar atención a esta problemática para disminuir el índice de embarazos precoces que afectan a las sociedades no solo en los proyectos de vida de cada una sino en la economía social, los elementos que conforman el mundo donde vivimos, sin lugar a duda, la sociedad se constituye en el más dinámico, será por ello que cíclicamente se producen expresiones de crisis en las ciencias sociales. Una de las causas de que el 19% de las jóvenes de países en desarrollo queden embarazadas, tiene mención especial en la educación sexual inicial que reciben tanto en el hogar como en las escuelas razón por la cual el Fondo de la Población de las Naciones Unidas, UNFPA en el año 2013 refiere que “pocos jóvenes reciben una preparación adecuada para su vida sexual y reproductiva” (p. 57) como resultado las hace potencialmente vulnerables a la violencia, el abuso y la explotación siendo el embarazo no planificado y la posibilidad de adquirir infecciones de transmisión sexual (ITS). El cambio que se opera tiene diferentes causas; el crecimiento poblacional, la incidencia de la tecnología, la influencia de los medios y, fundamentalmente, la situación socioeconómica.

Las consecuencias del embarazo precoz y/o no planificado colocan a la madre o al padre en una situación de desventaja personal, social y académica que varían según la edad, la personalidad, la dinámica familiar, siendo entre las más frecuentes el aborto, bajo rendimiento académico, la repitencia, la deserción del sistema de estudios, entre otros. Siendo considerado el embarazo precoz un problema de salud pública ya que el 11% de todos los nacimientos en el mundo son de mujeres menores de 19 años, está explícito en el informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Para Leo Bryantel el embarazo en la adolescencia “puede perturbar el acceso a la educación y a otras oportunidades de vida”, así en nuestro país según diario El Universo en el año 2014 refiere que el estado consciente de niveles altos de nacimientos provenientes de adolescentes ha planteado implementar mejoras en la educación sexual, refiere: “Para el 2030, según el Plan del Buen Vivir, ejecuta la Estrategia Nacional Intersectorial de

Planificación Familiar, a fin de disminuir los embarazos en este grupo” (p. 3), este plan debe continuar con el accionar y su seguimiento son indispensables para obtener una respuesta positiva de la población adolescente. (Rodríguez PL, 2010) Según Peter Bloss, entre los 19 y 22 años es la edad considerada adolescencia tardía, etapa en la que persiste una alta labilidad emocional, la falta de integración y la maduración de los procesos afectivos, volitivos y de acción.

Las hemorragias uterinas son complicaciones graves del embarazo, los factores de riesgos que producen el desprendimiento prematuro de placenta pueden ser varios, como estados hipertensivos del embarazo, consumo de cocaína o tabaco, edad materna avanzada, la multiparidad y otros factores mecánicos como traumatismo directo, cordón umbilical corto, pérdida de líquido amniótico o por causas del útero sobre distendido incluyendo aquí las gestaciones múltiples, polihidramnios, la nutrición inadecuada e infecciones, descompresión uterina brusca, deficiencia de vitamina c o ácido fólico o ambos, trombofilias hereditarias, etc. (Alan y Mathen, 2010) A mayor edad materna mayor riesgo encontramos en la incidencia de la placenta previa, la multiparidad también se asocia. La frecuencia de placenta previa es más alta en las gestaciones múltiples en comparación con la observada en embarazos de un solo feto, a veces vienen asociadas con anomalías placentarias como las adherencias y pueden crear graves problemas obstétricos en el posparto por la falta de contracción del segmento uterino, placenta acreta, vasa previa, inserción velamentosa del cordón y pueden provocar retardo del crecimiento intrauterino se asocia con múltiples episodios de sangrado preparto, anomalías congénitas, anemia, isoinmunización Rh. (Jaime, Juan y Guillermo, 2011)

Se ha demostrado que la mortalidad materna disminuye extraordinariamente cuando las pacientes son tratadas a tiempo, la seguridad para la madre y el niño serían mayores si las pacientes fuesen ingresadas precozmente a las unidades de salud y especialmente si no se las manipula, ni se las interviene antes de su llegada al hospital. Hay que considerar las condiciones de ellas que casi en su mayoría presentan anemia, de ahí el peligro para la mujer, aún con sangrado menores los mecanismos de regeneración sanguínea están agotados y pueden causarles la muerte. De ahí la importancia de conocer en el Hospital General Martín Icaza de la ciudad de Babahoyo la prevalencia de las mujeres que ingresaron con hemorragias uterinas embarazadas y determinar los factores de riesgos y las complicaciones maternas perinatales que presentaron a fin de elaborar estrategias para contribuir en el mejoramiento de la salud.

1.2 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.

- ✚ ¿Cuáles son las características sociodemográficas de las adolescentes con embarazo precoz que asistieron a la consulta externa del Hospital Martin Icaza Bustamante durante el año 2016?
- ✚ ¿Cómo influye el factor psicológico predominante en las adolescentes con embarazo precoz que asistieron a la consulta externa del Hospital Martin Icaza Bustamante?
- ✚ ¿Cuáles son las razones por las que se ha incrementado el embarazo en adolescentes de 13 a 17 años de edad?
- ✚ ¿Cuáles son los riesgos del embarazo en temprana edad en las adolescentes?
- ✚ ¿Cuál es la incidencia de hemorragia en el embarazo?

1.3 JUSTIFICACION.

Este estudio es pertinente en el sentido de que el embarazo precoz no planificado, en las últimas décadas, se ha revelado como un problema psicosocial que afecta a todos los estratos sociales y en cualquier nivel de escolaridad; dado por el inicio cada vez más temprano de una vida sexual activa, la incidencia de los medios de comunicación, influencia y presión de amigos, así como familias disfuncionales o incompletas, producto de la migración o divorcios, entre otros factores. Ante esta realidad existen varios programas de promoción de salud sexual y reproductiva, que desde instancias gubernamentales y no gubernamentales, promueven medidas preventivas; sin embargo, la paradoja está en que la tasa de embarazos no planificados se ha incrementado en los últimos años, con las subsecuentes consecuencias psicosociales.

Conociendo la no asistencia periódica a los controles prenatales hace que las hemorragias obstétricas presentes en el embarazo provoquen riesgos en la salud materna y perinatal, la vigilancia el seguimiento es primordial a fin de evitar que la gestación no salga de los límites fisiológicos y en caso de suceder estas sean detectadas en sus fases iniciales para ofrecer de

manera oportuna el manejo adecuado y reducir la tasa de morbilidad y mortalidad de las embarazadas.

En el Ecuador registros del 2008 indican que el desprendimiento prematuro de placenta provocó el 5.6% muertes y la placenta previa el 2.2% muertes maternas y perinatal, los intentos por conseguir su prevención están justificados, pero esto es difícil, puesto que todavía no hay pruebas de screening fiables y aceptables para determinar a las mujeres que tienen mayor riesgo, por tal razón la importancia del presente estudio en tratar de determinar los factores de riesgos y las complicaciones maternas perinatales que provocan las hemorragias uterinas del embarazo en el Hospital General Martin Icaza de la ciudad de Babahoyo .

1.4 VIABILIDAD

El presente trabajo de investigación es viable porque existe una población de mujeres adolescentes que desconocen de las consecuencias que ocasiona un embarazo precoz además cursa con el apoyo de las autoridades, el departamento de docencia del Hospital General Martin Icaza de la ciudad de Babahoyo y con los recursos económicos del investigador. Los recursos humanos del trabajo de investigación serán: investigador, tutor, estadística. Los recursos materiales serán: computadora, papel bond, bolígrafos, programa estadístico.

1.4 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

1.4.1 OBJETIVO GENERAL.

- Conocer las complicaciones gineco-obstetricas y psicológicas que padecen las adolescentes durante el embarazo que han sido atendidas en el Hospital Martin Icaza Bustamante de la ciudad de Babahoyo durante el año 2016.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Determinar la frecuencia de embarazo precoz en adolescente.
- Identificar factores de riesgo en la población de estudio
- Identificar las complicaciones Gineco-obstetricas en las adolescentes gestantes.
- Identificar los factores psicológicos que presentan durante la gestación.

1.5 HIPÓTESIS.

Las complicaciones Gineco-obstétricas y psicológicas en la población adolescente que asiste a consulta Hospital General Martín Ycaza Bustamante de la ciudad de Babahoyo son similar a la reportada en la literatura Nacional.

1.6 DEFINICIÓN DE VARIABLES.

1.6.1 VARIABLES INDEPENDIENTES DE INVESTIGACION

- Complicaciones psicológicas y gineco-obstétricas del embarazo adolescente

1.6.2 VARIABLES DE CARACTERIZACION

- Peso
- Tabaco
- Diabetes

- Hipertensión arterial.
- Edad cronológica.
- Edad gestacional

TABLA 1.

VARIABLES.

VARIABLE	DEFINICION	ESCALA	TIPO
HEMORRAGIAS	ES LA PÉRDIDA EXCESIVA DE SANGRE SUPERIOR A LOS 500 CC QUE REQUIERE TRATAMIENTO URGENTE QUE SE PRESENTA DURANTE EL ESTADO GRAVÍDICO O PUERPERAL	PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO POSTPARTO	CUANTITATIVA CUALITATIVA
PESO	LA CANTIDAD DE MASA QUE ALBERGA EL CUERPO DE UNA PERSONA	DESNUTRICION NOTMAL OBESIDAD	CUALITATIVA
TABACO	HOJA DE PLANTA QUE SE FUMA, SE MASCA O SE ASPIRA EN FORMA DE RAPÉ.	SI/NO	CUALITATIVA
DIABETES	ENFERMEDAD CRÓNICA E IRREVERSIBLE DEL METABOLISMO EN LA QUE SE PRODUCE UN EXCESO DE GLUCOSA EN LA SANGRE Y EN LA ORINA	SI/NO	CUALITATIVA
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	LA PRESIÓN ARTERIAL ES UNA MEDICIÓN DE LA FUERZA EJERCIDA CONTRA LAS PAREDES DE LAS ARTERIAS, A MEDIDA QUE EL CORAZÓN BOMBEA SANGRE A SU CUERPO	SI/ NO	CUALITATIVA CUANTITATIVA
EDAD CRONOLOGICA	AÑOS CUMPLIDOS DESDE EL NACIMIENTO	12-18 18-35 >35	CUANTITATIVA
EDAD GESTACIONAL	LA GESTACIÓN ES EL PERÍODO DE TIEMPO COMPRENDIDO ENTRE LA CONCEPCIÓN Y EL NACIMIENTO.	PRIMER TRIMESTRE SEGUNDO TRMESTRE TERCER TRIMESTRE	CUANTITATIVA

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1 COMPLICACIONES:

2.1.1 Antecedentes Internacionales:

El Organismo Regional Andino de Salud - Convenio Hipólito Unahue (ORAS-CONHU), en consideración a esta realidad en el continente y mediante la Resolución de la Reunión Ordinaria de Ministras y Ministros de Salud del Área Andina - REMSAA XXVIII/000 de 30 de marzo del 2007 resolvió: “Reconocer las consecuencias del embarazo no planificado en adolescentes como un problema de Salud Pública dentro de la Subregión declarando como prioridad los planes para su prevención y atención integral”, considerando que los adolescentes constituyen el 20% de la población, y de este total, entre el 12,7% y 20.5% ya son madres o están en periodo de gestación.

La construcción del marco teórico se ha basado en fuentes primarias y secundarias referentes al problema de investigación. Se ha extraído, recopilado, analizado e integrado información específica; para seguidamente desarrollar la temática inherente al estudio, plasmando proposiciones interrelacionadas entre sí. Para ilustrar y sistematizar ciertos conceptos teóricos y facilitar la comprensión de este tema, se han utilizado modelos gráficos, tablas y cuadros estadísticos. Además el esbozo de las teorías permitirá hacer inferencias a futuro sobre, cómo se puede prevenir o sobrellevar una situación de embarazo no planificado en la adolescencia analizando, describiendo y explicando los factores de riesgo sus consecuencias personales, psicológicas, socio-culturales y académicas. La forma usual de enfocar el tema de la adolescencia es entenderla como una fase crítica en el desarrollo; pero también, como una edad de transición.

A nivel internacional encontramos los siguientes estudios como el de Suarez J. et al 6 (2011) en su trabajo titulado “Algunos factores asociados a la morbilidad obstétrica extremadamente grave” se realizó un estudio descriptivo longitudinal y prospectivo en el Hospital Universitario Gineco-obstétrico "Mariana Grajales" de Santa Clara de enero de 2007 a diciembre de 2008, con el objetivo de describir los principales factores relacionados con la morbilidad obstétrica grave. Para la recogida de la información se confeccionó un formulario

con las variables de interés a través de la revisión de historias clínicas individuales, de entrevistas a las pacientes y de datos ofrecidos por el departamento de estadísticas del hospital. Se constató que en el periodo del estudio 93 pacientes presentaron morbilidad obstétrica grave. Las principales causas estuvieron relacionadas con la hemorragia con 39,8 % y la preeclampsia 37,6%; la sepsis solo apareció relacionada en un 4,3 %; el parto distócico por cesárea fue un evento obstétrico relacionado directamente con la morbilidad grave y la realización de histerectomías obstétricas. Existe una relación directa entre los resultados maternos y los resultados perinatales en este grupo de pacientes

2.1.2 Definición

El embarazo no deseado (también denominado embarazo no previsto, no querido, no planeado, no planificado, inesperado, imprevisto o inoportuno) es aquel que se produce sin el deseo y/o planificación previa y ante la ausencia o fallo de métodos anticonceptivos precoitales adecuados y la ineffectividad o no administración de métodos anticonceptivos de emergencia posteriores al coito que prevengan un posible embarazo.

Las complicaciones en el embarazo como la hemorragia obstétrica es un término que se usa para el sangrado que ocurre durante el embarazo, el parto o el puerperio. Es un sangrado que puede aparecer por los genitales externos o bien, más peligrosamente, una hemorragia intraabdominal. El sangrado puede ser un evento característico del embarazo mismo, pero otras circunstancias pueden causar sangrados más voluminosos. El sangrado obstétrico es una causa principal de mortalidad materna. (Alan y Mathen.). En países en desarrollo es la causa más común de muerte materna. Las dos entidades obstétricas principales que pueden ocasionar sangrado en las gestantes, son el desprendimiento de la placenta normo inserta y la placenta previa pero también pueden ocurrir la rotura uterina, tumores benignos o malignos del tracto genital inferior la vasa previa y la ruptura del seno marginal. Cada una de ella se encuentran asociados a diversas situaciones o factores que condicionan la aparición de sangrado durante el embarazo.

2.1.3 ¿Cuáles son las razones por las que se embarazan las adolescentes?

- 1) Inicio precoz de las relaciones sexuales en edades de pubertad
- 2) Por la deficiente instrucción académica.
- 3) Por inexperiencia de la sexualidad.

- 4) Por no uso de protección contraceptiva, para "aguantar" a la pareja, buscando afecto,
- 5) Por problemas sociales (domésticos, personales, etc.)
- 6) Por escasa percepción del riesgo a que no pasara nada.

2.2 CONSECUENCIAS DEL EMBARAZO PRECOZ O NO PLANIFICADO

El embarazo precoz constituye un acontecimiento biológico con implicaciones psicológicas y sociales. La maternidad y paternidad en las y los adolescentes trae problemas de índole físico-maternales, psicológicos, sociales y académicos los cuales repercuten en la calidad de vida de sí mismos como de su familia, con un riesgo latente para el niño, en suma es un hecho no deseado que desestabiliza a la madre joven, su relación con el medio y en especial con su grupo familiar.

- a) **Abortos:** La madre joven es propensa con mayor frecuencia a un aborto espontáneo o a un aborto inducido (ilegal), en cualquier caso, después del feto se expulsa el producto gestacional por el canal vaginal y pueden ocurrir hemorragias.

Aborto espontáneo.- Ocurre cuando un embarazo termina de manera abrupta, antes de las 12 semanas, cuando el feto no está aún en condiciones de sobrevivir con garantías fuera del útero materno. En algunos casos no requieren de intervención médica, ni quirúrgica.

Aborto inducido.- Según la definición de la Organización Mundial de la Salud (oms) es el resultante de maniobras practicadas deliberadamente con ánimo de interrumpir el embarazo. Las maniobras pueden ser realizadas por la propia embarazada o por otra persona

Aborto ilegal.- O clandestino, es cuando el aborto está prohibido por la ley, las mujeres buscan a comadronas o a médicos que se prestan a colaborar. En estas circunstancias el aborto es peligroso y mantiene unas estadísticas de mortalidad y morbilidad materna superiores a las del aborto legal.

- b) **Preeclampsia, eclampsia:** Aumento de la presión arterial, que puede llegar a provocar convulsiones e incluso la muerte por complicación del embarazo.

- c) **Hipertensión gestacional (Pre-eclampsia y eclampsia):** Aparición de hipertensión por encima de 140/90 mmHg, en una gestante sin diagnóstico previo, después de las 20 semanas de embarazo.

d) Infecciones urinarias: Aparición de una cantidad significativa de bacterias en la orina, puede estar implicada en el desencadenamiento del parto prematuro.

e) Anemia: Déficits nutricionales, escasa ganancia de peso, mala nutrición materna, sea por malos hábitos alimentarios y a la condición socioeconómica baja. Es habitual que la adolescente embarazada tenga dieta deficiente, sobre todo de hierro, proteínas, calcio, vitamina a y ácido fólico. El déficit nutricional severo, antes y durante el embarazo, puede ser causa de infertilidad, aborto espontáneo, parto prematuro, malformaciones congénitas, peso bajo al nacer y mayor probabilidad de enfermedad o muerte del niño en el momento de nacer o en los primeros días después del nacimiento.

f) Interrupción definitiva del proceso de adolescencia: Para asumir roles paternal y maternal con todas las exigencias que esto implica.

g) Hemorragia de la primera mitad del embarazo

Concepto.- Pérdida sanguínea por los genitales que ocurre en el curso de las primeras 22 semanas de gestación.

Incidencia.- Se presenta con una frecuencia que oscila entre el 5 al 14% de todos los embarazos.

Causas.- Toda pérdida sanguínea que ocurra en este periodo es motivo de un estudio completo de diagnóstico con la finalidad de descartar la patología causal como:

Amenaza de aborto, hematoma subcorionico, huevo anembrionado, huevo abortivo, aborto retenido, embarazo molar y embarazo ectópico. Todo sangrado que ocurra en este periodo se lo considera como amenaza de aborto mientras no se demuestre lo contrario.

Conducta a seguir: gestante que presenta sangrado transvaginal y que puede estar acompañado de dolor parte baja del abdomen y que por FUR presenta una amenorrea menor de 22 semanas, se procede a examinarla con **especulo vaginal** y guantes estériles para valorar el canal vaginal y cervix uterino y observar de donde proviene el sangrado, sea de genitales internos o de una patología del canal vaginal o cervix uterino. Si sangrado proviene de cavidad uterina se realiza una **ecografía** la misma que nos permitirá observar: presencia del embrión ó feto con actividad cardiaca y movimientos positivos, características del saco gestacional y del corion

frondoso, realizar medidas tanto del saco gestacional como del embrión y/o feto y con esta técnica podemos realizar varios diagnósticos o sospechar otros:

Amenaza de aborto: saco gestacional de características normales en cuanto a su forma y dimensiones en relación a la amenorrea, corión frondoso, embrión o feto con actividad cardíaca y movimientos activos. (Cunningham, Williamsobstetricia)

Huevo anembrionado: observamos un saco vacío sin presencia de embrión , en caso de duda del FUR se procederá a repetir el examen dentro de 7 a 10 días de no presentarse una hemorragia que amerite un legrado uterino.

Hematoma subcorionico: presencia de un área eco negativa delimitada que está por debajo de la placa corionica y puede ser causal de sangrado, el pronóstico dependerá del tamaño del mismo y de la edad de la gestante.

Huevo abortivo en el que al saco gestacional está totalmente irregular, la posición del saco en parte baja del útero (cerca al segmento) botón cardíaco con marcada bradicardia

Aborto retenido presencia de saco gestacional con embrión o feto sin actividad cardíaca

Aborto incompleto presencia de restos ovulares en cavidad uterina

Aborto completo se observa cavidad uterina libre

Embarazo Molar presencia de vesículas que se observan como pequeñas formaciones eco negativas en cavidad uterina. Si se acompaña de un saco gestacional y embrión se hará el diagnóstico de **mola embrionada**.

Embarazo ectópico la presencia de un saco gestacional fuera del útero con embrión con actividad cardíaca solo se observa por eco en cerca del 20% de los casos y en los cuales procedemos sea al tratamiento médico o quirúrgico, en la mayoría de los casos la ecografía no reconoce la presencia de un saco gestacional en cavidad uterina con las características normales sino la presencia de un llamado pseudosaco y/o una marcada reacción decidua, reevaluamos a la paciente con el uso de laboratorio, clínica y ecografía. (Cunningham, Williamsobstetricia)

Tratamiento

Amenaza de Aborto: la observación ecográfica normal y la dosificación de HCG-B cuantitativa dentro rangos normales se le recomendará reposo absoluto en casa, si el caso amerita el uso de sedante (diazepan 5mg en tabletas dos veces por día), si valores de HCG B cuantitativa son menores al promedio para la edad gestacional puede hacerse uso de progesterona micronizada 100mg dos veces al día. Informar al servicio de la evolución en casa y además para concertar nueva observación en el hospital. (Jaime, Juan y Guillermo)

Hematoma subcorionico en relación al tamaño (más del 25%) y la edad de la gestante es necesario ingresar a la paciente para control y evaluación del embarazo. Usar progesterona micronizada en dosis de 100 mg dos veces al día, reposo, control de paños y de signos vitales. Veinticuatro horas o 48 horas sin presentar manchado se le da alta, manteniendo reposo en casa y en forma gradual reiniciar actividad. Control dentro de unos 7 a 10 días en hospital. En los casos de hematomas pequeños reposo en casa y estar en contacto con el servicio para hacer conocer evolución.

Huevo huero, huevo abortivo, aborto retenido aborto incompleto y embarazo molar se procede a la evacuación con el uso de legra y/o aspiración. Y si el caso lo permite (cuantía del sangrado) en los casos con un cervix uterino completamente inmaduro o con pocas modificaciones se puede preparar el cervix uterino con la finalidad de madurarlo con el uso de misoprostol tableta de 200 mcg colocado en canal vaginal a la entrada del orificio externo del cervix y se promueve la maduración del cervix y permite un acortamiento del tiempo utilizado en el legrado, en especial el uso de la bujías de dilatación de Hegar y complicaciones con el uso de las mismas.

Uso de antibióticos y ergotamínicos se promueve después de realizado el legrado uterino: Ampicilina 500mg cada 6 horas; en caso de alergia eritromicina 600 mg cada 8 horas alcaloides del cornezuelo de centeno (ergotamínicos) 0.125mg cada 6 horas y analgésicos acetaminofén 500mg cada 8 horas. (Alan y Mathen.)

En caso de extracción de un embarazo molar es necesario dosificar semanalmente la HCG-B cuantitativa para asegurarnos su resolución, promover la anticoncepción.

Embarazo ectópico en relación a tratamiento ver protocolo respectivo.

Observación: en todos los casos en el que se realiza legrado uterino enviar el material extraído para estudio histopatológico.

h) Las hemorragias de la segunda mitad del embarazo

Se acompañan de mal pronóstico perinatal, la mortalidad es cinco veces mayor en estos casos. Las causas más frecuentes relacionadas con la gestación son: placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta normoinsera, pero descripta como otra causa, es la rotura uterina, rotura de seno marginal y rotura de vasa previa. Durante el embarazo cualquier hemorragia genital, por pequeña que sea, debe considerarse patológica, las hemorragias en la segunda mitad del embarazo y el parto son complicaciones serias y están entre las causas frecuentes de mortalidad materna. (Cunningham, Williams obstetricia, 2011) Inciden en un 5% de todos los embarazos tras la semana 28, cabe enfatizar que una hemorragia inicialmente escasa y aparentemente no peligrosa puede transformarse en escasos minutos, tanto por un tacto vaginal o por una exploración con espéculo en una hemorragia, el margen del riesgo fetal obliga a finalizar urgentemente la gestación. Globalmente un 80% tienen un origen en la placenta, un 10% en procesos benignos o malignos de cuello, vagina y vulva (hemorragias de origen no placentario). (Alan y Mathen, 2005)

Causas de la placenta previa, abruptio placentario, rotura del seno marginal, vasa previa, otras anomalías placentarias: placenta circunvalada, placenta sucenturiada (lóbulos previos), placenta membranácea, parto pre término, a causa desconocida (grados menores de separación placentaria, causas incidentales (no placentarias), ectopia gravídica, pólipos cervicales, infecciones del tracto genital inferior, varices genitales, traumatismo genitales, cáncer de cuello uterino. Las dos causas más importantes son la placenta previa y el desprendimiento prematuro de placenta. Uno de los objetivos identificar las principales causas de sangrado vaginal en la segunda mitad del embarazo, reconocer causas emergentes y enfoques de manejo. Se define como sangrado del tracto genital, que se presenta entre la semana 24, hasta la primera y segunda fase del trabajo de parto. (Jaime, Juan y Guillermo, 2008)

Como resultados perinatales tenemos prematuros y de muertes perinatales, riesgo para la vida materna, morbilidad quirúrgica, complica el 6% de los embarazos siendo las hemorragias uterinas de mucha importancia y siguen siendo una de las complicaciones más graves del embarazo, Presentan una alta tasa de morbilidad y mortalidad materna fetal. Complican un 6 a 10% de todas las gestaciones, una hemorragia menor puede poner en peligro la vida. Una de las Hemorragias Sin Peligro tenemos la Pérdida sanguínea relativamente pequeña y poca amenaza materno-fetal a excepción del carcinoma invasor de cérvix y no obstétricas como pólipos cervicales, miomas, cervicitis y várices vulvares entre otros. Las hemorragias Con Peligro

tenemos que se da un 3% de los embarazos, se llegan a perder más de 800 ml de sangre por desprendimiento prematuro de la placenta o placenta previa, la ruptura del seno marginal, y la vasa previa, sangrado genital activo que se presenta en el último trimestre del embarazo.

Entre las causas poco comunes tenemos la placenta circunvalada, anomalías de los mecanismos de coagulación y ruptura uterina. La porción periférica del espacio intervelloso, o rotura del seno marginal, es causa debatible de pérdida sanguínea. La expulsión del moco cervical es de causa poco común de hemorragia en la fase final del embarazo. Aquí se centrará tres causas principales de hemorragia: el desprendimiento prematuro de la placenta, placenta previa, ruptura uterina. (Cunningham, Williams obstetricia, 2015) La hemorragia uterina procedente de un sitio por arriba del cuello uterino es motivo de preocupación, puede seguir a cierto grado de separación de una placenta implantada en la vecindad inmediata del conducto cervicouterino: placenta previa.

Puede provenir la separación de una placenta localizada en otro lugar de la cavidad uterina: desprendimiento prematuro de placenta. Cuando una inserción velamentosa del cordón umbilical y los vasos placentarios afectados pueden estar sobre el cuello uterino: vasos previos. (Alan y Mathen, 2008) Las causas y factores que predisponen a una hemorragia de tipo obstétrica tenemos a una placentación anormal como es la placenta previa, el desprendimiento prematuro de placenta acreta, placenta increta, o placenta percreta, también a los traumatismos durante trabajo de parto, un parto vaginal complicado, Cesárea o histerectomía, aumento del riesgo de rotura uterina por cicatriz uterina previa, paridad alta, hiperestimulación, manipulación intrauterina, como volumen sanguíneo materno tenemos a la preeclampsia grave y eclampsia. Atonía uterina se debe a un feto grande, fetos múltiples, hidramnios, corioamnionitis y atonía uterina previa y otros factores como obesidad y hemorragia postparto previa. (Jaime, Juan y Guillermo)(2008)

Placenta previa

Decimos que es una placenta previa, cuando la implantación placentaria está en el segmento inferior del útero, pudiendo interponerse totalmente a la presentación fetal.

Existen varias formas de clasificar el proceso

- Tipo I. Placenta previa oclusiva total (centro por centro). La placenta cubre el OCI totalmente, habitualmente se la llama Placenta central.

- Tipo II. Placenta previa parcial. Cubre parte del OCI.
- Tipo III. Placenta previa marginal. El borde placentario llega justo al OCI
- Tipo IV. Placenta previa lateral. El borde placentario se implanta en el segmento inferior uterino, pero no llega al orificio cervical interno (Jesus.González.)(2006)

Actualmente gracias a la ecografía transvaginal se permite dar una ubicación más precisa de la placenta en relación al orificio cervical y de acuerdo a esto la placenta previa se clasifica en total, parcial y de inserción baja. Su exacta etiología es desconocida por lo que se considera de causa multifactorial y determinadas condiciones se asocian a una mayor incidencia de placenta previa: a) Alteraciones endometriales o miometriales: antecedentes de cesares, legrado uterino, multiparidad, edad sobre 35 años miomas uterinos, b) Aumento relativo de masa placentaria embarazo gemelar, fetos de altura, tabaquismo, c) La asociación entre la placenta previa y cicatriz de cesárea es de particular importancia debido al considerable aumento de esta intervención y el mayor riesgo de acretismo placentario que implica

Causas: Durante el embarazo, la placenta se desplaza a medida que el útero se estira y crece. A comienzos de embarazo, es muy común que la placenta esté en la parte baja del útero. Pero a medida que el embarazo continúa, la placenta se desplaza hacia la parte superior de éste. Hacia el tercer trimestre, la placenta debe estar cerca de la parte superior del útero, de manera que el cuello uterino esté despejado para el parto. Algunas veces, la placenta cubre parcial o totalmente el cuello uterino. Esto se denomina placenta previa.

Existen diferentes formas de placenta previa: **Marginal:** la placenta está al lado del cuello uterino pero no cubre la abertura. **Parcial:** la placenta cubre parte de la abertura cervical. **Completa:** la placenta cubre toda la abertura cervical. La placenta previa ocurre en 1 de cada 200 embarazos y es más común en mujeres que tienen:

- Un útero anormalmente formado
- Muchos embarazos previos
- Embarazos múltiples (gemelos, trillizos, etc.)
- Cicatrización del revestimiento del útero debido a antecedentes de embarazo anterior,
- cesárea, cirugía o aborto
- Fertilización in vitro
- Las mujeres que fuman, usan cocaína o tienen niños a una edad avanzada también pueden tener un mayor riesgo.

Síntomas: El síntoma principal de la placenta previa es un sangrado vaginal súbito. Algunas mujeres presentan cólicos también. El sangrado a menudo comienza cerca del final del segundo trimestre o empezando el tercer trimestre. El sangrado puede ser intenso y potencialmente mortal. Puede detenerse por sí solo, pero puede empezar de nuevo días o semanas después. El trabajo de parto algunas veces empieza al cabo de varios días después del sangrado abundante. Algunas veces, es posible que el sangrado no ocurra hasta después del comienzo del trabajo de parto.

Tratamiento: Su proveedor de atención médica evaluará cuidadosamente el riesgo de sangrado comparado con el riesgo de un parto prematuro para el bebé. Después de las 36 semanas, dar a luz al bebé puede ser el mejor tratamiento. Casi todas las mujeres con placenta previa necesitan una cesárea.

Si la placenta cubre todo o parte del cuello uterino, un parto vaginal puede causar sangrado intenso, lo cual puede ser mortal para la madre y el bebé. 21, 23 Si la placenta está cerca del cuello uterino o está cubriendo una parte de éste, el médico puede recomendar:

- Reducir actividades
- Guardar reposo en cama Descanso de la pelvis, lo cual significa no tener relaciones sexuales, ni practicarse duchas, ni usar tampones No se debe colocar nada en la vagina.
- Es posible que deba permanecer en el hospital para que el equipo médico pueda monitorearlos cuidadosamente a usted y al bebé.

Otros tratamientos que usted puede recibir incluyen:

- Transfusiones sanguíneas
- Medicamentos para prevenir un parto prematuro
- Medicamentos para ayudar a que el embarazo continúe por lo menos hasta la semana 36
- Inyecciones de esteroides para ayudar a que los pulmones del bebé maduren

Implantación baja de la placenta: la placenta está implantada en el segmento uterino inferior de modo que el borde de la placenta no llega al orificio interno pero se encuentra en estrecha proximidad al mismo y vasos previos: los vasos fetales recorren las membranas y están presentes en el orificio cervicouterino. Las relaciones y definiciones usadas para clasificar algunos casos de placenta previa dependen en gran medida de la dilatación del cuello del útero en el momento del examen.

Referente a la frecuencia: 1 por cada 200-300 embarazos mayor en multíparas siendo más frecuente y mayores de 35 años, y está considerada como segunda causa más frecuente de hemorragia genital. (Jesus.González.)(2006)

Desprendimiento prematuro de placenta

El desprendimiento prematuro de la placenta, puede ser parcial o completo después de las 20 semanas y antes del nacimiento. Representa el 2 % de los embarazos, 1 de cada 100 nacimientos, 0% ocurre antes de la semana 36. La mortalidad fetal es muy alta (superior al 15%) y la materna es tres veces superior a la esperada, la aparición frecuente de sufrimiento fetal agudo, prematuridad, anemia, etc., hace que el número de secuelas tanto sensitivas como motoras sea alto.

Clasificación:

Grado 0: el diagnóstico se realiza postparto. Al revisar la placenta se encuentra un pequeño hematoma retroplacentario.

Grado 1: hay dolor y hemorragias leves acompañada de hipertoniá uterina moderada no presenta signos ni síntomas de choque hipovolémico y el feto se encuentra vivo.

Grado 2: el dolor es más intenso por el aumento del tono uterino, la hemorragia es abundante y el feto mostrará signos de sufrimiento fetal se iniciarán las alteraciones cardiovasculares del choque.

Grado 3: corresponde a casos graves de desprendimiento prematuro de placenta, hay hipertoniá uterina severa, la madre presenta choque hipovolémico, el feto está muerto y los trastornos de coagulación están presentes. (Alan y Mathen, 2005)

Entre los factores de riesgo se pueden mencionar:

- Trastornos de la coagulación de la sangre (trombofilias)
- Tabaquismo
- Consumo de cocaína
- Diabetes
- Beber más de 14 tragos de alcohol por semana durante el embarazo
- Presión arterial alta durante el embarazo (aproximadamente la mitad de los casos de desprendimiento prematuro de placenta que llevan a la muerte del bebé están asociados con hipertensión arterial).
- Antecedentes de desprendimiento prematuro de placenta

- Aumento de la distensión uterina (puede ocurrir con embarazos múltiples o un volumen muy grande de líquido amniótico)
- Gran número de partos anteriores
- Edad avanzada de la madre
- Ruptura prematura de membranas (la bolsa de agua se rompe antes de las 37 semanas en el embarazo)
- Miomas uterinos

Síntomas:

- Dolor abdominal
- Dolor de espalda
- Contracciones uterinas frecuentes
- Contracciones uterinas sin ninguna relajación de por medio
- Sangrado vaginal Pruebas y exámenes

Los exámenes pueden abarcar:

- Ecografía abdominal
- Conteo sanguíneo completo
- Monitoreo fetal Nivel de fibrinógeno
- Tiempo parcial de tromboplastina
- Examen pélvico
- Conteo de plaquetas
- Tiempo de protrombina
- Ecografía vaginal

Tratamiento: El tratamiento puede incluir administración de líquidos a través de una vena (vía intravenosa) y transfusiones de sangre. Igualmente, se hará un control cuidadoso de la madre en búsqueda de síntomas de shock. Se puede necesitar una cesárea de emergencia. Si el bebé está muy inmaduro y hay sólo un pequeño desprendimiento de placenta, la madre puede ser hospitalizada para observación minuciosa y se le puede dar de alta a los pocos días si su estado no empeora y cualquier sangrado se detiene. Si el feto está lo suficientemente desarrollado, se puede practicar un parto vaginal si es seguro para la madre y el niño; de lo contrario, se puede hacer una cesárea.

Pronóstico: La madre generalmente no muere a raíz de esta afección. Sin embargo, cualquiera de los siguientes factores aumenta el riesgo de muerte tanto de la madre como del bebé:

- Cuello uterino cerrado.
- Retraso en el diagnóstico y tratamiento del desprendimiento prematuro de la placenta.
- Pérdida excesiva de sangre que causa choque o shock.
- Sangrado uterino oculto en el embarazo.
- Ausencia del trabajo de parto.
- El sufrimiento fetal ocurre temprano en este trastorno en aproximadamente la mitad de todos los casos. Los bebés que sobreviven tienen un 40 a 50% de probabilidades de presentar complicaciones que van de leves a graves.

Posibles complicaciones:

- La pérdida excesiva de sangre puede provocar choque (shock) y la posible muerte de la madre o el feto.
- Si el sangrado se presenta después del parto y la pérdida de sangre no se puede controlar de otras formas, la madre puede necesitar una histerectomía (extirpación del útero).

Rotura uterina

Puede ser la separación oculta, delgada, o dehiscente que se descubre al repetir la cesárea, ruptura completa, sintomática y que requiere de una laparotomía de emergencia y con extrusión fetal o de la placenta, porque habitualmente las del cuello reciben el nombre de desgarros y las del cuerpo, que se producen en gestaciones pequeñas, se denominan perforaciones uterinas. Dentro de la clasificación de las causas de rotura uterina tenemos:

Anomalía del útero sufrida antes del embarazo actual: cesárea o histerectomía, rotura uterina reparada antes, incisión de miomectomía a través del endometrio, resección cornual profunda de oviducto intersticial, metroplastia. Traumatismo uterino coincidental: aborto con instrumentación, traumatismo penetrante o no penetrante accidentes, balas, armas blancas, rotura oculta durante un embarazo previo. Anomalía congénita: embarazo en un cuerno uterino que muestra desarrollo insuficiente. (Cunningham, Williamsobstetricia)(2011)

Hemorragia obstétrica posparto

La hemorragia obstétrica posparto (HOP) puede dividirse en primaria y secundaria. La primaria se define como aquella que ocurre en las primeras 24 h siguientes al parto; en tanto, la secundaria ocurre después de las 24 h y hasta las seis semanas siguientes al parto, incluso hasta la semana 12. Con base en la cuantificación de sangrado puede dividirse en menor (500-1,000 mL de sangrado) o mayor ($> 1,000$ mL de sangrado). Otras definiciones incluyen la necesidad de transfundir más de cuatro paquetes globulares, o bien, la caída de las cifras de hemoglobina superiores a 4 g/dL.

Las definiciones basadas en alteraciones fisiológicas pueden ser poco fiables debido a los cambios fisiológicos asociados con el embarazo. Si bien se considera hemorragia obstétrica grave cuando el sangrado vaginal excede los 1,000 mL, se ha demostrado que 40% de las pacientes pierde más de 500 mL después de un parto vaginal, y 30% pierde más de 1,000 mL después de una cesárea electiva, lo que señala que las pérdidas estimadas son habitualmente la mitad de las pérdidas reales. El 20% del gasto cardiaco perfunde el útero gravídico de término, equivalente a 600 mL de sangre por minuto. (Cunningham, Williams obstetricia)(2011)

La contracción del útero constituye el mecanismo primario para el control de la hemorragia. Por esta razón la definición operacional debe considerar a toda mujer con sangrado genital excesivo después del parto y la aparición de signos y síntomas de hipovolemia e inestabilidad hemodinámica (hipotensión, taquicardia, oliguria, baja saturación venosa central de oxígeno, hiperlactatemia).³ Estudios actuales muestran que el diagnóstico de HOP se ha incrementado en los últimos años, así como las muertes atribuidas a ella, probablemente por el aumento de operaciones cesáreas y de la frecuencia de acretismo placentario.

2.3 CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS PARA LA MADRE Y PADRE ADOLESCENTES

a) Consecuencias psicológicas para la madre

Rechazo a la imagen corporal: distorsión del pensamiento.

Cambios en su estado de ánimo: labilidad afectiva, frustración, depresión, ansiedad, entre otros síntomas.

Cambio de estilo de vida: interrupción de sus estudios u otras actividades que solía hacer, como deportes, artes, entre otras.

Negligencia y maltrato psicofísico al hijo: el maltrato físico o psicológico se manifiesta por modelaje; es decir, la madre puede adoptar ciertas conductas de sus padres. Con frecuencia culpan al niño por la situación en la que se encuentran. Se despreocupan de los cuidados propios del recién nacido, actitud que repercutirá en el vínculo con el hijo (Teoría del Apego).

Dificultades para formar una nueva pareja estable: por el estigma que en muchos casos resulta ser “madre soltera”. Si la joven cuenta con la ayuda de los padres, podría retomar los estudios y otras actividades propias de la edad; caso contrario, cambia su estilo de vida y establece otras prioridades, en función de su nuevo rol.

b) Consecuencias para el padre adolescente

La paternidad adolescente al igual que la maternidad adolescente, interrumpe el proceso normal de la adolescencia; se asocia con mayor frecuencia con el abandono de los estudios profesionales y búsqueda de trabajos por lo general no calificados y la dependencia económica de la familia, convirtiéndose en un círculo vicioso, sea que consolide o no la relación con la pareja

2.4 CONSECUENCIAS ACADÉMICAS: LA REPITENCIA Y DESERCIÓN

La repitencia y deserción son fenómenos existentes en toda institución de educación superior y están relacionados e influyen en la eficiencia de titulación, entendida ésta como la proporción de logro o aprobación de cursos en una cohorte, en un tiempo determinado; y, por otro, un aprovechamiento externo, que es la proporción de puestos de trabajo necesarios en la estructura socioeconómica que son logrados por quienes se formaron para ellos (Tibial y Tibial, 1996).

La repitencia y deserción acarrea costos y pérdidas económicas, en esta cuestión se considerará el costo de oportunidad, definido en economía como el “coste alternativo” que designa el coste de la inversión de los recursos disponibles, en una oportunidad económica, a costa de las inversiones alternativas disponibles, o también el valor de la mejor opción realizada (Case, Karl y Fiar, Rey, 1997).

La repitencia y deserción se ocasiona cuando el número de estudiantes que se matriculan no corresponde a los que se titulan, es decir, se disminuye la tasa de eficiencia de titulación e incrementa del número de estudiantes en las aulas en el caso de la repitencia; y, en caso de la deserción, aumenta la mano de obra no calificada para la sociedad, consecuentemente es una problemática psicosocial multicausal y contribuye a generar inequidad y desequilibrio social, desvirtuando los objetivos que la sociedad le ha entregado a la educación superior. Este tema constituye un fenómeno psicosocial complejo, en el que se conjugan aspectos estructurales, sociales, comunitarios, familiares y emocionales para los estudiantes.

CAPITULO III

3. METODOLOGIA

3.1 MÉTODO.

3.1.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN.

Esta investigación es de tipo descriptiva, retrospectiva y transversal; es descriptiva, porque nos establece las reales consecuencias del embarazo precoz en las adolescentes y es transversal, porque nuestro estudio se llevara a cabo en un tiempo determinado

3.1.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.

La presente investigación será cuantitativa y no experimental, según Lumgren “La metodología cualitativa enfatiza la importancia de entender los significados del comportamiento humano y el contexto sociocultural de la interacción social.”,

3.1.3. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.

La información u obtención de datos será obtenida de la historia clínica con tabulación y análisis de datos del programa SPSS; y la elaboración de gráficos con las tablas de registro en el programa Microsoft Office Excel 2010. Los tipos de variables serán Cualitativas y Cuantitativas. Realizaremos medidas de tendencia central (promedio, desviación estándar, porcentajes).

3.2 MATERIALES

3.2.1. RECURSOS HUMANOS

- Investigador.
- Tutor.

- Estadística.

3.2.2. RECURSOS FÍSICOS

- Computadora.
- Impresora.
- Papel bond.
- Bolígrafos.
- Programa estadístico.

3.3. UNIVERSO Y MUESTRA

Considerando a la edad adolescente de 10 a 19 años de edad de acuerdo con la clasificación de la Organización Mundial de la Salud, se incluyó 540 mujeres de 13 a 17 años de edad embarazadas, que asistieron a control prenatal cuando menos a tres consultas por cada paciente durante su embarazo ingresadas al área de Gineco-obstetricia y la muestra a estudiar será todas las adolescentes embarazadas que ingresaron con diagnóstico de Hemorragia en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital General Martin Icaza de la ciudad de Babahoyo desde el 1 de Enero hasta 31 de Diciembre del 2016.

CAPÍTULO IV

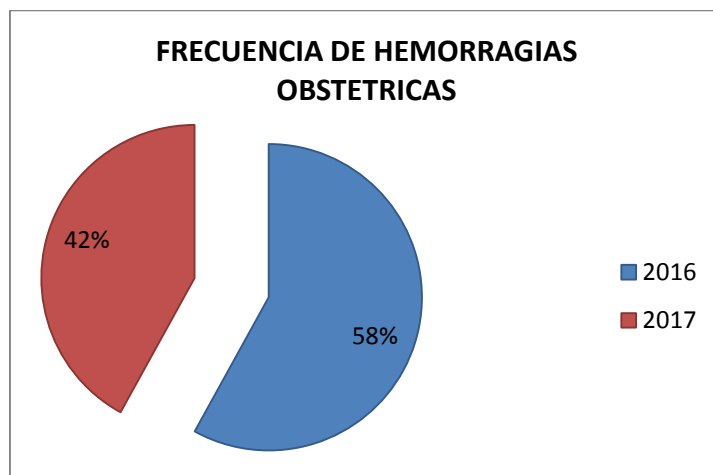
RESULTADOS

6.1 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Nos revela que hay un total de 405 casos de hemorragias obstétricas durante el embarazo entre el periodo del 2016 – 2017 en el Hospital General Martin Icaza de la ciudad de Babahoyo. La tasa de incidencia tiene un descenso de 0.03 % durante el periodo 2017 relacionándolo con el año 2016 que representa un 0.0.7%. La tasa de frecuencia representa 0.42% durante el periodo 2017 se mantiene un alza no muy marcada con respecto al año 2016 que representa 0.58%.

6.1.1. GRÁFICO N° 1.

REGISTRÓ DE LA FRECUENCIA DE LAS HEMORRAGIAS OBSTETRICAS DURANTE EL EMBARAZO EN EL PERIODO 2016 - 2017



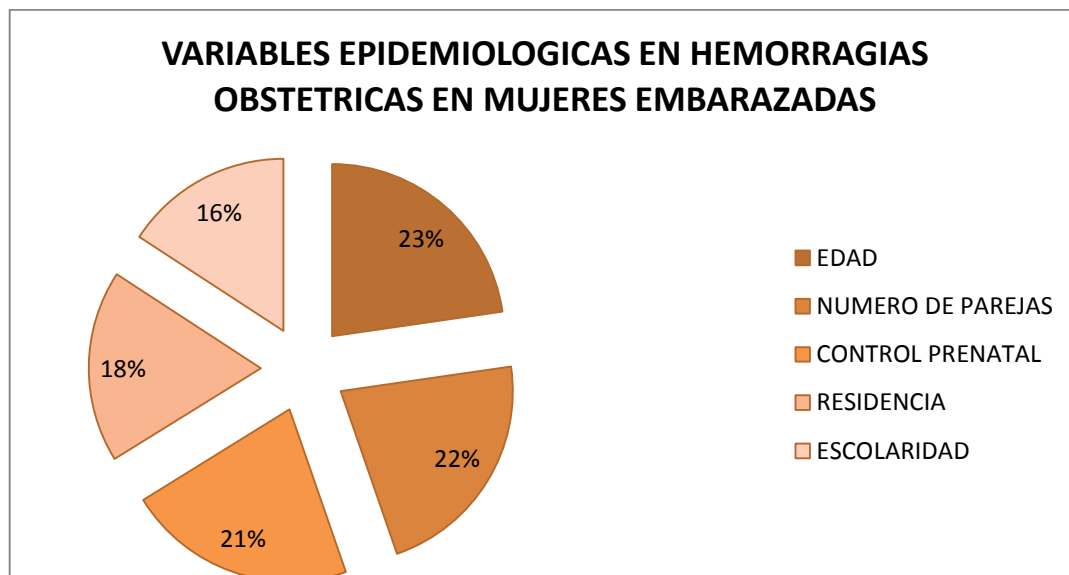
Fuente: Dpto. estadísticas del Hospital MIB
Santos Andrade - Plua Arias

Según el estudio realizado en la investigación la frecuencia en el 2016 fue de 235 embarazadas con hemorragias obstétricas y en 2017 disminuye a 170 pacientes con un porcentaje de 42%

PREVALENCIA	TOTALES	PORCENTAJE
2016	235	58%
2017	170	42%
TOTAL	405	100%

6.1.2. GRAFICO N° 2

REGISTRO DE VARIABLES EPIDEMIOLOGICAS EN HEMORRAGIAS OBSTETRICAS EN MUJERES EMBARAZADAS



Fuente: Dpto. estadísticas del Hospital MIB

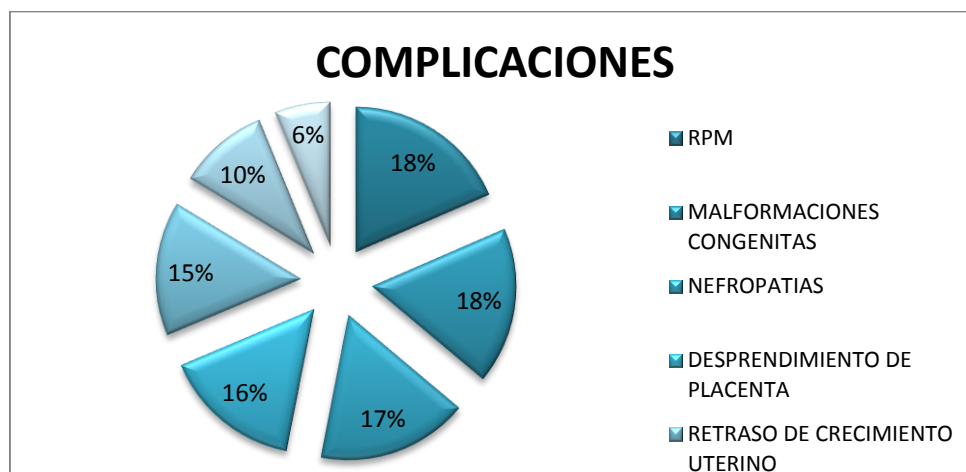
Santos Andrade - Plua Arias

Según el estudio realizado en la investigación de 405 casos de hemorragias obstétricas durante el embarazo la mayor incidencia se da por la edad en un 23% posterior se encuentra con un 22% las mujeres con varias parejas sentimentales de ahí el control prenatal es una de las variables también con mucha incidencia de 21% luego está la residencia con un 18% y por ultimo está la escolaridad con un 16%

VARIABLES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
EDAD	92	23%
NUMERO DE PAREJA	89	22%
CONTROL PRENATAL	87	21%
RESIDENCIA	73	18%
ESCOLARIDAD	64	16%
Total	405	100%

6.1.3. GRÁFICO N° 3.

REGISTRO DE LAS COMPLICACIONES DE LAS HEMORRAGIAS OBSTETRICAS ENE EL EMBARAZO EN EL HOSPITAL GENERAL MARTIN ICAZA DE LA CIUDAD DE BABAHOYO.



Fuente: Dpto. estadísticas del Hospital MIB

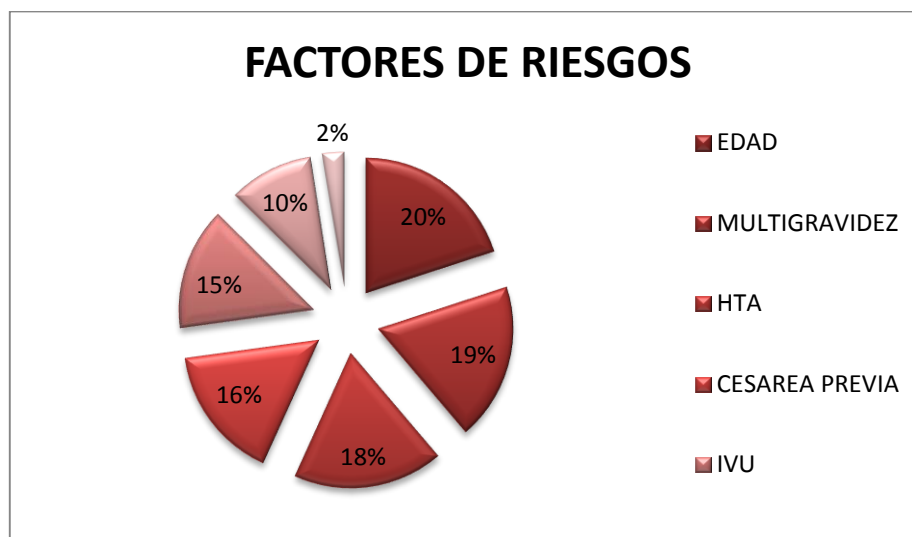
Santos Andrade - Plua Arias

En este estudio podemos verificar que las complicaciones de las hemorragias obstétricas durante el embarazo y tenemos la ruptura prematura de membrana con un 19% luego esta las malformaciones congénitas con un 17% posterior está la nefropatías con un 17% de ahí tenemos el desprendimiento prematura de placenta con un 15% posterior está el retraso de crecimiento uterino con un 16% posterior está el aborto con un 10% y por ultimo está la muerte fetal con un 6%.

COMPLICACIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
RPM	75	19%
Malformaciones congénitas	71	17%
NEFROPATIAS	69	17%
Desprendimiento prematura de placenta	63	16%
Retraso de crecimiento uterino	41	15%
ABORTO	25	10%
MUERTE FETAL	17	6%
TOTAL	405	100%

6.1.4. GRÁFICO N° 4.

REGISTRO DE LOS FACTORES DE RIESGOS DE LAS HEMORRAGIAS OBSTETRICAS ENE EL EMBARAZO EN EL HOSPITAL GENERAL MARTIN ICAZA DE LA CIUDAD DE BABAHOYO



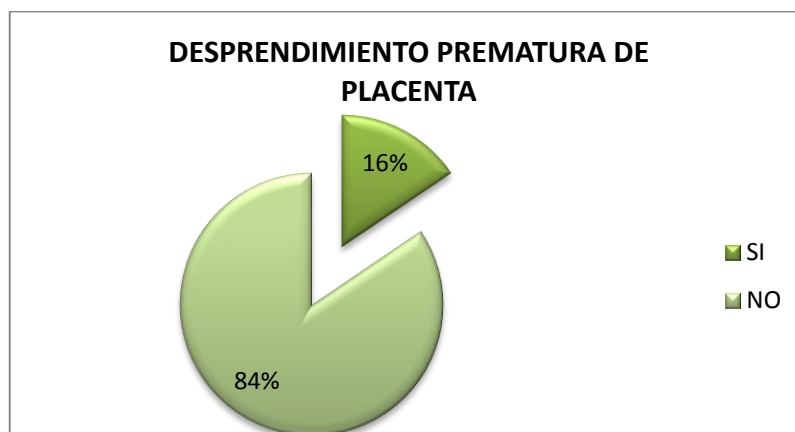
Fuente: Dpto. estadísticas del Hospital MIB
Santos Andrade - Plua Arias

En este estudio podemos verificar que los factores de riesgos de mayor incidencia son la edad con 25% posterior esta la multigravidez con un 19% posterior esta la HTA con un 18% seguido esta la cesárea previa con un 16% de ahí seguida esta la IVU con un 15% posterior la diabetes con un 10% y por último la cardiopatía congénita con un 2%

FACTORES DE RIESGOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
EDAD	81	20%
MULTIGRAVIDEZ	76	19%
HTA	73	18 %
CEDAREA PREVIA	65	16%
IVU	59	15%
DIABETES	41	10%
CARDIOPATIA CONGENITA	10	2%
TOTAL	405	100%

6.1.5. GRÁFICO N° 5.

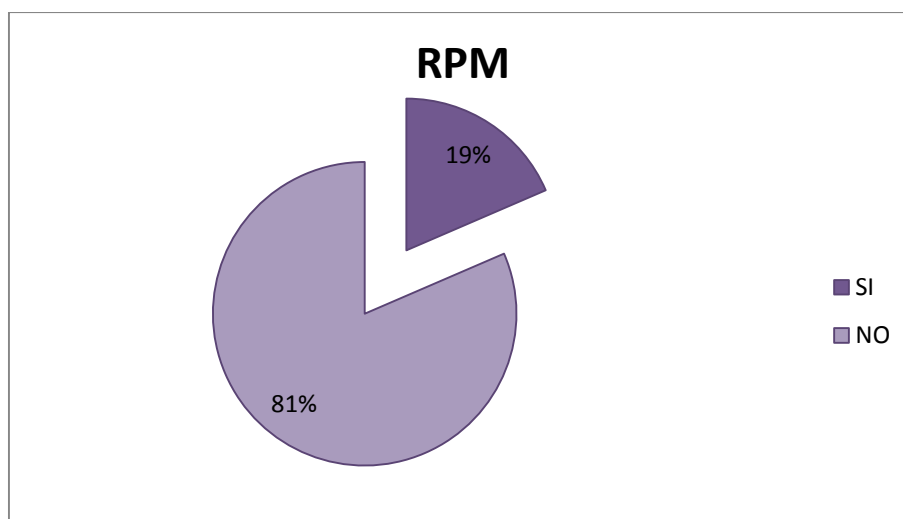
REGISTRO DE LOS HALLAZGOS DE LAS HEMORRAGIAS OBSTETRICAS EN EL EMBARAZO EN EL HOSPITAL GENERAL MARTIN ICAZA DE LA CIUDAD DE BABAHOYO.



Fuente: Dpto. estadísticas del Hospital MIB

Santos Andrade - Plua Arias

En los hallazgos por diferentes estudios de diferentes causas está el desprendimiento prematura de placenta se da en un 16% de los casos se da hemorragia.



Fuente: Dpto. estadísticas del Hospital MIB

Santos Andrade - Plua Arias

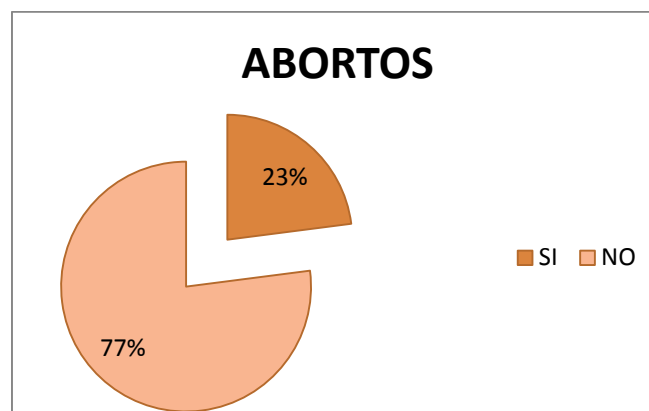
En los hallazgos por diferentes estudios de diferentes causas esta ruptura prematura de membrana se da en un 19% de los casos se da hemorragia



Fuente: Dpto. estadísticas del Hospital MIB

Santos Andrade - Plua Arias

En los hallazgos por diferentes estudios de diferentes causas está el embarazo ectópico se da en un 20% de los casos se da hemorragia



Fuente: Dpto. estadísticas del Hospital MIB

Santos Andrade - Plua Arias

En los hallazgos por diferentes estudios de diferentes causas está el aborto se da en un 23% de los casos se da hemorragia

Enfermedades	SI	PORCENTAJE	N0	PORCENTAJE
Desprendimiento de membrana	63	16%	342	84%
MULTIGRAVIDEZ	75	19%	330	81%
HTA	81	20%	324	80%
CEDAREA PREVIA	93	23%	312	77%

CAPÍTULO V

7. CONCLUSIONES

Luego de recolectados e interpretados los datos se exponen las conclusiones:

- El embarazo precoz sí genera consecuencias psicosociales en las adolescentes.
- Sí existe relación entre los factores de riesgo psicosociales y el incremento de la vulnerabilidad para la concepción temprana.
- Más del 70% de la población de estudio considera que es necesario que se impartan campañas de sensibilización y concienciación sobre temas inherentes a la sexualidad responsable y embarazo planificado, enfatizando en el enfoque de los derechos.
- El embarazo precoz es, a la vez, causa y consecuencia de las discrepancias que subsisten en el contexto social y no se excluye el sistema educativo.

Además de que la presente investigación nos revela que hay un total de 405 casos de hemorragias obstétricas durante el embarazo entre el periodo del 2016 – 2017 en el Hospital General Martin Icaza de la ciudad de Babahoyo. La tasa de incidencia tiene un descenso de 0.03 % durante el periodo 2017 relacionándolo con el año 2016 que representa un 0.0.7%. La tasa de frecuencia representa 0.42% durante el periodo 2017 se mantiene un alza no muy marcada con respecto al año 2016 que representa 0.58%.

Según el estudio realizado en la investigación la frecuencia en el 2016 fue de 235 embarazadas con hemorragias obstétricas y en 2017 disminuye a 170 pacientes con un porcentaje de 42% Además la investigación de 405 casos de hemorragias obstétricas durante el embarazo la mayor incidencia se da por la edad en un 23% posterior se encuentra con un 22% las mujeres con varias parejas sentimentales de ahí el control prenatal es una de las variables también con mucha incidencia de 21% luego está la residencia con un 18% y por ultimo esta la escolaridad con un 16%

También se pudo verificar que las complicaciones de las hemorragias obstétricas durante el embarazo y tenemos la ruptura prematura de membrana con un 19% luego esta las malformaciones congénitas con un 17% posterior esta la nefropatías con un 17% de ahí tenemos

el desprendimiento prematura de placenta con un 15% posterior esta el retraso de crecimiento uterino con un 16% posterior está el aborto con un 10% y po ultimo esta la muerte fetal con un 6%

Y los factores de riesgos de mayor incidencia son la edad con 25% posterior esta la multigravidez con un 19% posterior está la HTA con un 18% seguido esta la cesárea previa con un 16% de ahí seguida está la IVU con un 15% posterior la diabetes con un 10% y por último la cardiopatía congénita con un 2%.

En los hallazgos por diferentes estudios de diferentes causas tuvimos el desprendimiento prematura de placenta se da en un 16% de los casos se da hemorragia, la ruptura prematura de membrana se da en un 19% de los casos se da hemorragia, el embarazo ectópico se da en un 20% de los casos se da hemorragia y el aborto se da en un 23% de los casos se da hemorragia

CAPÍTULO VI

8. RECOMENDACIONES

Después de analizar los resultados de la investigación se consiguen las siguientes recomendaciones:

- Desarrollar un programa de prevención primaria y secundaria para evitar reincidencias.
- Ofrecer alternativas de atención psicológica, una vez identificada la población demandante.
- Registrar adecuadamente los datos en las historias clínicas que permitan obtener datos confiables para las investigaciones, garantizando estudios de calidad.
- Capacitar adecuadamente al personal de salud para lograr un diagnóstico oportuno de esta complicación y tratamiento adecuado.
- Identificar aquellos factores de riesgo para hemorragia postparto que presenten las pacientes embarazadas para tomar las acciones necesarias y prevenir muertes maternas por esta causa.
- Tomando en cuenta que existen factores de riesgo controlables como la anemia, se debe concientizar a la mujer en edad reproductiva sobre la importancia del control prenatal desde el inicio del embarazo.
- Evaluar los niveles de hemoglobina antes del parto y, si es posible y necesario, debemos corregir estos niveles antes del nacimiento.
- Realizar y efectuar correctamente el manejo activo del tercer período de labor de parto pues está plenamente demostrada su eficacia para disminuir la frecuencia de hemorragia postparto.

BIBLIOGRAFIA

Alan H. de Cherney-Lauren Mathen.(2005).ginecología y obstetricia, octava edición y novena edición.editorialmcgraw-hill.

Jaime Botero U,Juan Guillermo Londoño , Guillermo Henao,(2008).texto integrado.

Obstetricia y ginecología. Octava edición. Colombia.

Jesus.González Merlo.(2006).obstetricia. quinta edición. elsevier España. Omar Armando

Méndez Gallo.(2008).hemorragias obstétricas.terceraedición.colombia.

Schwarcz, sala, Duverges.(2005). Obstetricia. Sexta edición. editorial el ateneo.

William sobstetricia. autor Cunningham.(2011).manual de obstetricia complicaciones en el embarazo. vigésima tercera edición. Editorial Mc Grawhill.

Desprendimiento_prematuro_de_placenta:es.wikipedia.org/wiki/Desprendimiento_prematuro_de_placenta.

Diccionario médico: salud.doctissimo.es › Diccionario médico.

Familia/Maternidad: www.col.ops-oms.org/familia/Maternidad/3cifras.htm.

Hipofibrinogenemia:www.esacademic.com/dic.nsf/es_mediclopedia/.../hipofibrinogenemia.

Metrorragia-del-tercer-trimestre: es.slideshare.net/rjc.jimenez/metrorragiadel-tercer-trim-5467292.

Metrorragia_2da_mitad:escuela.med.puc.cl/paginas/.../metrorragia_2da_mitad.html.

Nacersano: www.nacersano.org/centro/9254_9671.asp.

Posgrado/cursomedgral:www.med.unne.edu.ar/posgrado/cursomedgral/claseS/251106ec.pdf.

Prenatal:www.prenatal.tv/lecturas/ecuador/6.%20Lecciones%20Aprendidas.pdf.Revistas:bvs.sld.cu/revistas/gin/vol33_3_07/gin06307.html.

Ruptura-Del-Seno-Marginal:scribd.com/doc/44021575/Ruptura-Del-Senomarginal.

Senomarginal.Ruptura_uterina: es.wikipedia.org/wiki/Ruptura_uterina.

Vasaprevia: www.vasaprevia.org/pressroom/press-es_files/hoja.htm.

Valdés S, Essien J, Bardales J, Saavedra D, Bardales E. Embarazo en la adolescencia.

Incidencia, riesgos y complicaciones. Rev Cubana Obstet Ginecol 2002;28(2). Visitado el 21 de agosto de 2010. Disponible en:

http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol28_2_02/gin04202.htm

León JC, Hernández LAI, Hernández AC. Influencia de los factores socioculturales en la morbilidad materna y perinatal de adolescentes atendidas en tres estados de la república Mexicana. Ginecol Obstet Mex 2002; 70:320-7.

Cabezas Cruz E. Mortalidad materna y perinatal en adolescentes. Rev Cub Obstet Ginecol 2002; 28:5-10.

Zelaya MB, Godoy AC, Esperanza LM. Estado nutricional en el embarazo y peso del recién nacido. Rev Posgr VIa Cátedr Med 2003; 125:1-6.

adaptación castellana de la escala autoaplicada para la depresión de Zung. Arch Neurobiol 1970; 33:185-206.

López VC, Esteban T. Validez de la escala autoaplicada de depresión de Zung. Arch Neurobiol 1975; 38:225-46.

Kaplan HI, Sadock BJ. Trastornos del estado de ánimo. En: Sadock BJ, Sadock VA, editores. Kaplan & Sadok Sinopsis de Psiquiatría. 10ª Edición. Wolters Kluwer–Lippincott Williams & Wilkins; 2009. p. 564.

- Cumplir con el horario de turnos y reducir el tiempo de espera de las pacientes.
- Se deben realizar exámenes y pruebas que respondan a un propósito inmediato y que se ha demostrado que son beneficiosas.

Para las actividades que se deben desarrollar en cada visita del control prenatal remítase a la Norma y Protocolo Materno, capítulo Control Prenatal.

El embarazo en adolescente debe apoyarse también con:

- Plan de parto
- Seguimiento postnatal
- Programa educativo y preventivo
- Club de padres y madres adolescentes
- Sico profilaxis del embarazo y parto
- Estimulación intraútero y temprana
- Promoción de la lactancia materna
- Planificación familiar y salud reproductiva
- Nutrición y crecimiento
- Fomento del rol materno y paterno
- Puericultura y cuidado del recién nacido
- Sexualidad y salud reproductiva
- Escuela para padres y comunicación familiar
- Escuela de parejas jóvenes
- Fortalecimiento de la autoestima y toma de decisiones
- Manualidades y opciones prácticas
- Desarrollo del proyecto de vida
- Reinserción escolar y Orientación vocacional
- Economía familiar
- Orientación legal
- Desarrollo de la participación y ciudadanía

PREVENCIÓN, MANEJO Y ATENCIÓN DE LOS DIFERENTES PERÍODOS DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

PERÍODO PRECONCEPCIONAL

- Los cuidados incluyen: abordaje de crecimiento y desarrollo normales, buen estado nutricional (evaluar anemia), desarrollo emocional, relación familiar y social, inicio de experiencia sexual, orientación y educación sexual, conocimiento y uso de anticoncepción, prevención de patología ginecológica e infecciones de transmisión sexual (ITS), prevención de abuso sexual y embarazos no deseados y relaciones equitativas con los varones para la toma de decisiones.

- Informar sobre los derechos, especialmente los sexuales y reproductivos.
- Indicar los beneficios de la postergación del inicio de las relaciones sexuales coitales: mientras más tarde comiencen será mejor, ya que estarán más maduras no sólo biológica sino psicológica y socialmente, lo que facilitará la toma adecuada de decisiones.
- Orientar e informar a la familia sobre sexualidad, derechos, comunicación y la importancia de la educación a los hijos/as sobre el desarrollo sexual, responsabilidad, toma de decisiones, valores, autoestima y proyecto de vida.
- Realizar la historia clínica de adolescencia a todos los/las adolescentes del área de influencia. Simultáneamente, brindar una guía preventiva en los temas de actividad sexual, riesgo de embarazo, ITS y abuso sexual.
- Facilitar el conocimiento y acceso a métodos de anticoncepción, especialmente los de barrera e incluyendo los de emergencia, como parte de sus derechos sexuales y reproductivos.
- Recomendar ácido fólico suplementario para prevención de lesiones del tubo neural en mujeres en edad fértil, especialmente a las que podrían estar en riesgo de embarazo (vida sexual activa, noviazgo prolongado, autoestima baja, familias disfuncionales) y que no han tomado decisiones efectivas de usar anticonceptivos o de posponer actividad sexual²³.

RIESGO DE EMBARAZO: CONSEJERÍA

DEFINICIÓN

La consejería es "un proceso interactivo que involucra a un consejero profesionalmente capacitado y a un usuario y tiene el propósito de mejorar el nivel de funcionamiento del usuario" (Faiver, Esengart y Colonna, 2000). El consejero y el usuario trabajan en conjunto como aliados, ayudando al primero a crecer al segundo y a cambiar a través de la fijación de metas, el desarrollo de nuevas maneras de interpretar y manejar situaciones problemáticas, enseñándole a utilizar recursos internos y externos de una manera más efectiva (ibid.).

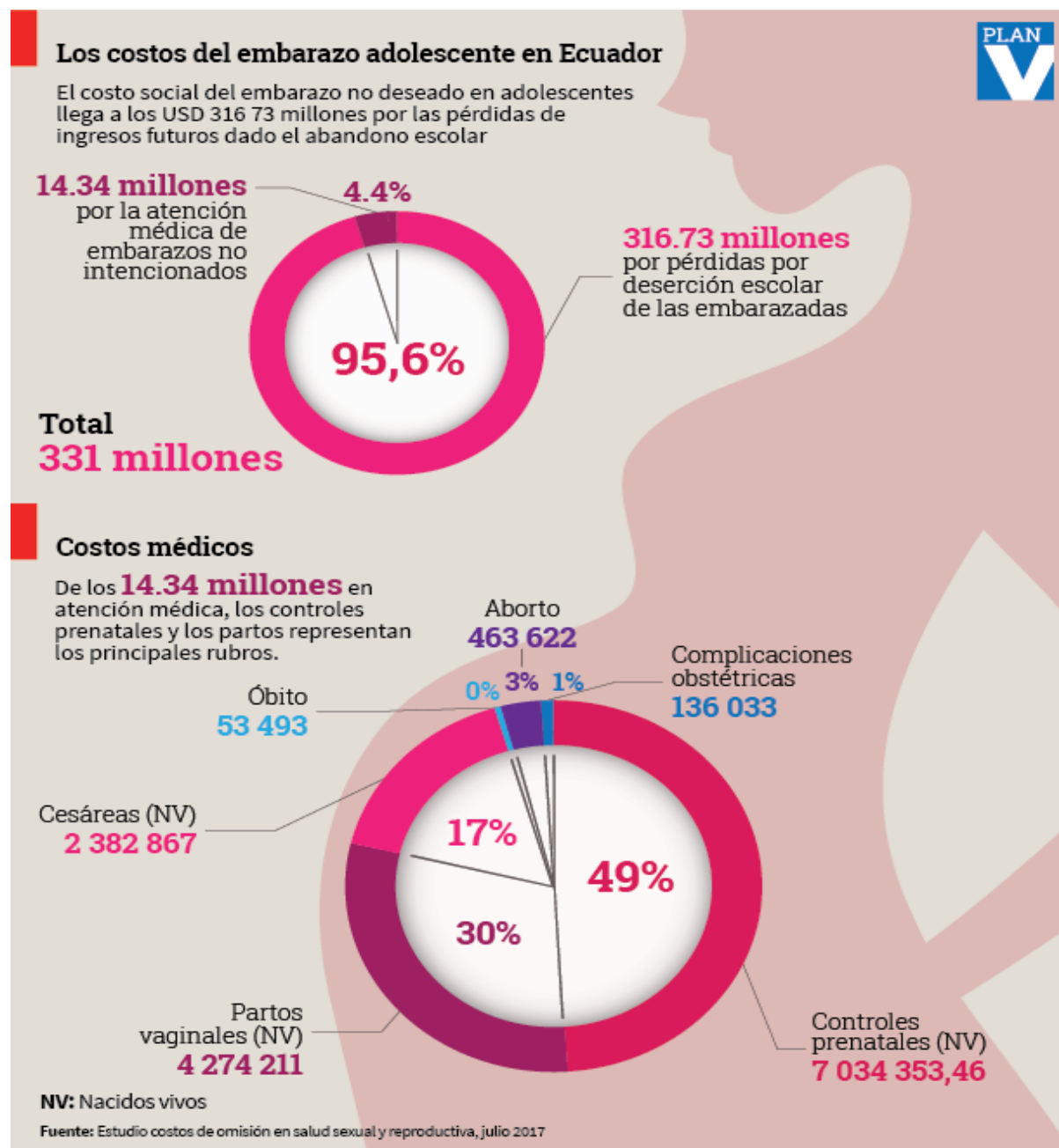
En el contexto de la salud sexual y reproductiva en adolescentes, la consejería se conceptualiza como un encuentro en donde el proveedor actúa como facilitador de cambios de comportamiento, ayudando al joven a resolver un problema en una atmósfera comprensiva.

23 Klein, JD. MPH and the Committee on Adolescence. Adolescent Preg.

Atención de la adolescente embarazada²²

DEFINICIONES

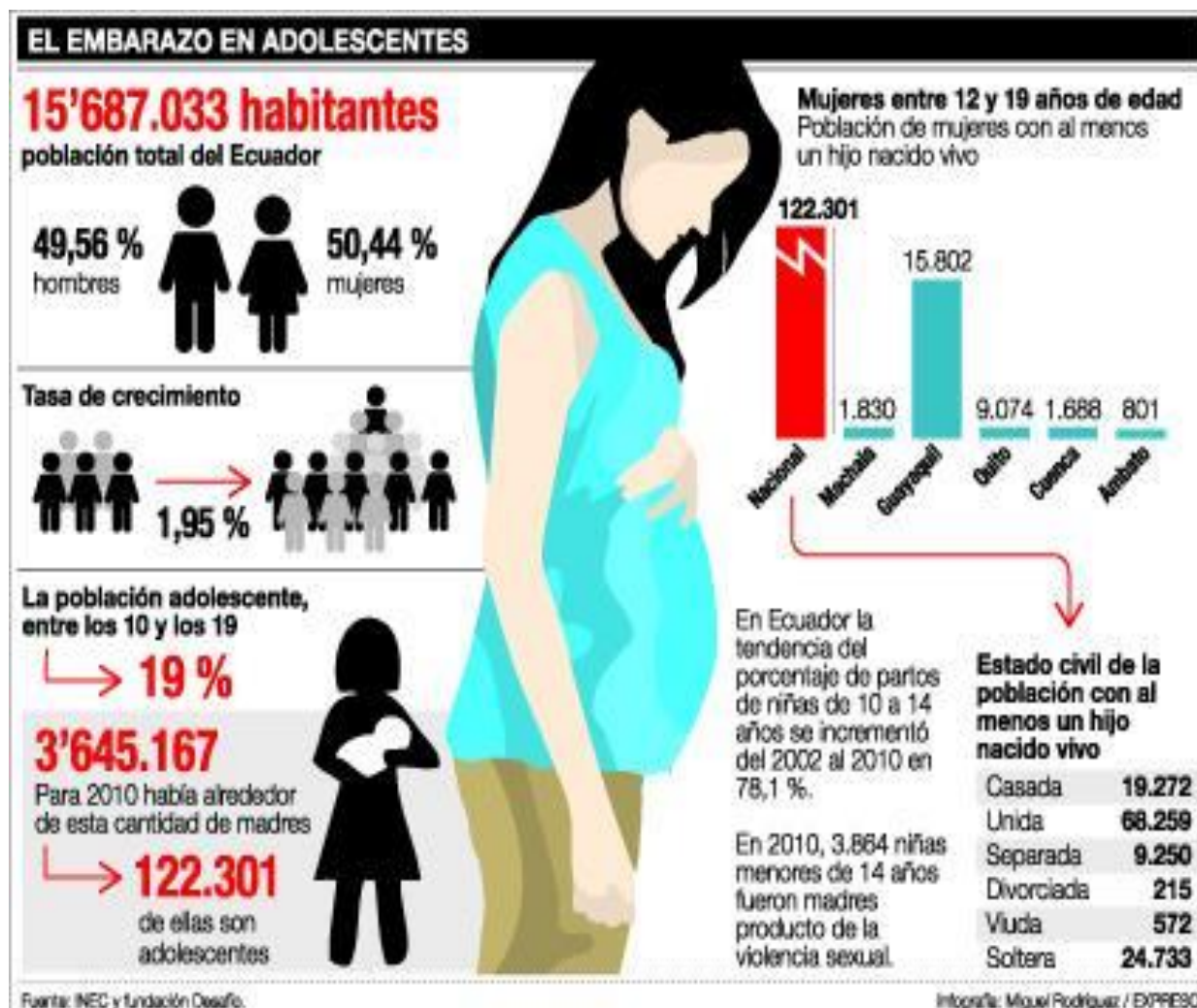
CÓDIGO	CODIFICACIÓN CIE 10 Clasificación Internacional de Enfermedades – OMS	EMBARAZO EN LA ADO- LESCENCIA	El embarazo en la adolescencia es la gestación que ocurre entre los 10 y 19 años. Por la edad y condiciones sicosociales es considerado de alto riesgo, especialmente durante los dos primeros años de edad ginecológica.
028	Hallazgo anormal en el examen prenatal de la madre	CONTROL PRENATAL	Procedimientos y actividades que los equipos de salud ofrecen a la adolescente embarazada y su pareja, así como a sus familias, para identificar factores de riesgo biosociales o enfermedades en la gestante que puedan afectar al curso del embarazo y la salud del recién nacido/a. Sus componentes son: promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud materna, perinatal y neonatal e información sobre sus derechos, con enfoques de interculturalidad, género y generacional (ver Norma Materna MSP 2008).
028.0	Hallazgo hematológico anormal en el examen prenatal de la madre.		
028.1	Hallazgo bioquímico anormal en el examen prenatal de la madre.		
028.2	Hallazgo citológico anormal en el examen prenatal de la madre.		
028.3	Hallazgo ultrasónico anormal en el examen prenatal de la madre.		
028.4	Hallazgo radiológico anormal en el examen prenatal de la madre.		
028.5	Hallazgo cromosómico anormal en el examen prenatal de la madre.		
028.8	Otros hallazgos anormales en el examen prenatal de la madre		
028.9	Hallazgos anormales no especificados en el examen prenatal de la madre		
CÓDIGO	CODIFICACIÓN CIAP 2 Clasificación Internacional de la Atención Primaria – WONCA	CUIDADO PRECONCEP- CIONAL	Es un componente del cuidado de la salud sexual y reproductiva de las adolescentes para disminuir factores de riesgo que puedan afectar embarazos futuros, con énfasis en la promoción y prevención en salud (ver Manual Técnico Operativo de Planificación Familiar MSP 2000, versión preliminar).
W 29	Otros signos, síntomas del embarazo – parto – puerperio	EMBARAZO DE ALTO RIES- GO	Aquel que cumpla con criterios de riesgo, que debe recibir atención en los niveles II y III. El embarazo adolescente requiere servicios diferenciados y especializados, ya que aunque evolucione sin riesgo biológico ha sido considerado de alto riesgo, especialmente sicosocial (ver Norma Materna MSP 2008).
W 78	Embarazo		
W 79	Embarazo no deseado		



Anexo 4



Anexo 5: EMBARAZO EN ADOLESCENTES. ECUADOR 2010



Anexo 6: CIFRAS DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN EL ECUADOR. 2010



Anexo 7: FRECUENCIA DE TRASTORNOS DEPRESIVOS

Tabla 2. Frecuencia de trastorno depresivo.					
Depresión		Grupo 1		Grupo 2	
1. Depresión (test Zung)	Rango	n	%	n	%
Normal (sin depresión)	<40	84	67,2	104	83,2
Leve	41-47	22	17,6	16	12,8
Moderada	48-55	13	10,4	5	4
Severa o grave	>55	6	4,8	0	0
	Total	125	100%	125	100%

Anexo 8: FRECUENCIA DE TRASTORNOS DEPRESIVOS

Tabla 2. Frecuencia de trastorno depresivo.

Depresión		Grupo 1		Grupo 2	
1. Depresión (test Zung)	Rango	n	%	n	%
Normal (sin depresión)	<40	84	67,2	104	83,2
Leve	41-47	22	17,6	16	12,8
Moderada	48-55	13	10,4	5	4
Severa o grave	>55	6	4,8	0	0
	Total	125	100%	125	100%

Tabla 1. Comparación de las características de las poblaciones de adolescentes en Medellín (Colombia).

Variable	Grupo 1 (n= 124) n (%)	Grupo 2 (n= 125) n (%)	Valor p
Escolaridad			<0,00
Primaria	25 (20,1%)	2 (1,63%)	
Secundaria	84 (67,7%)	120 (97,5%)	
Otros	15 (12,1%)	1 (0,81%)	
Estado Civil			<0,00
Casada	4 (3,2%)	0	
Soltera	59 (47,2%)	100 (96,4%)	
Unión libre	60 (48%)	6 (5,6%)	
Viuda	2 (1,6%)	1 (0,93%)	
Ocupación			<0,00
Empleado	4 (3,2%)	1 (0,8%)	
Sin empleo	10 (8,06%)	2 (1,6%)	
Estudiante	30 (24,1%)	121 (97,5%)	
Ama de casa	79 (63,7%)	0	
Relaciones familiares n (%)			0,42
Buena	94 (75,2%)	101 (75,2%)	
Regular	29 (23,2%)	21 (26,2%)	
Mala	2 (1,6%)	1 (0,8%)	

Anexo 9: ADOLESCENTES QUE ABANDONARON LOS ESTUDIOS

Adolescentes que abandonan los estudios, años de escolaridad e ingresos potenciales perdidos según nivel de escolaridad al abandonar



En dólares estadounidenses de 2014

Nivel	Casos	Años de escolaridad perdidos	Ingresos perdidos*
Educación básica	3 641	25 488	208.68
Media/Bachillerato	2 846	11 384	107.76
Total	6 487	36 871	316.73

*Ingreso marginal perdido por abandonar la escuela tanto en el nivel básico, como el nivel medio. Se calculó haciendo la diferencia entre los ingresos anualizados y extendidos a lo largo de la edad laboral, y la escolaridad de referencia: nivel de estudios superior (i.e. se asumió que el ideal alcanzable en escolaridad)

Fuente: Estudio costos de omisión en salud sexual y reproductiva, julio 2017

TABLA 2.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

ACTIVIDADES	may-17	jun-17	jul-17	ago-17	sep-17	oct-17	nov-17	dic-17	ene-18	feb-18	mar-18
Planteamiento del tema de investigación											
Presentación y aprobación del tema de investigación en el hospital											
Presentación y aprobación del tema de investigación en la Universidad.											
Elaboración del anteproyecto											
Revisión de la Literatura											
Elaboración de técnicas de recolección de datos.											
Recolección de datos											
Análisis e interpretación datos											
Presentación de Anteproyecto final											