



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA**

TEMA

**FACTORES DE RIESGO Y COMPLICACIONES EN PARTO
PREMATURO EN ADOLESCENTES DE 14 A 17 AÑOS EN
HOSPITAL LEON BECERRA CAMACHO 2014.**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PRESENTADO COMO REQUISITO
PARA OPTAR POR EL GRADO DE MEDICO**

AUTOR:

CARLOS EDUARDO PRADO TRUJILLO

TUTOR:

DR. LUIS CASTRO PEREZ

GUAYAQUIL - ECUADOR

2016

CERTIFICADO DEL TUTOR

EN MI CALIDAD DE TUTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN PARA OPTAR EL TITULO DE MEDICO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS.

CERTIFICO QUE: HE DIRIGIDO Y REVISADO EL TRABAJO DE TITULACIÓN DE GRADO PRESENTADA POR EL SR. CARLOS EDUARDO PRADO TRUJILLO CON C.I. 1205987892

CUYO TEMA DE TRABAJO DE TITULACIÓN ES: FACTORES DE RIESGO Y COMPLICACIONES EN PARTO PREMATURO EN ADOLESCENTES DE 14 A 17 AÑOS EN HOSPITAL LEON BECERRA CAMACHO 2014.

REVISADA Y CORREGIDA QUE FUE EL TRABAJO DE TITULACIÓN, SE APROBÓ EN SU TOTALIDAD, LO CERTIFICO:

DR. LUIS CASTRO PEREZ
TUTOR



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

Este Trabajo de Graduación cuya autoría corresponde a Carlos Eduardo Prado Trujillo 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 tendiente a obtener el Título de Médico.

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

SECRETARIA
ESCUELA DE MEDICINA



FICHA DE REGISTRO DE TESIS

TÍTULO Y SUBTÍTULO: FACTORES DE RIESGO Y COMPLICACIONES EN PARTO PREMATURO EN ADOLESCENTES DE 14 A 17 AÑOS EN HOSPITAL LEON BECERRA CAMACHO 2014.

AUTOR/ ES: Carlos Eduardo Prado Trujillo

REVISORES:
Dra. Clara Jaime

INSTITUCIÓN: Universidad de Guayaquil

FACULTAD: Ciencias Médicas

CARRERA: Medicina

FECHA DE PUBLICACION: 2014

Nº DE PÁGS: 61

ÁREAS TEMÁTICAS: Salud

PALABRAS CLAVE: Embarazo, factores, riesgo, complicaciones, parto, pretermino

RESUMEN: El embarazo durante la adolescencia son hechos que preocupan a la sociedad, en el Ecuador las cifras son alarmantes, según el ministerio de salud pública, dos de cada tres adolescentes están embarazadas, aunque el embarazo es una condición fisiológica, cuando se presenta en la adolescencia se convierte en un problema, las consecuencias son múltiples, perjudicando las oportunidades de desarrollo personal y socio- económico. El presente estudio tiene como objetivo principal, determinar factores de riesgo y complicaciones en parto prematuro en adolescentes de 14 a 17 años para lo cual se han identificado el perfil clínico de los pacientes ingresados por diagnóstico. Metodología.- se trata de un estudio descriptivo analítico, con un diseño no experimental realizado en el Hospital León Becerra Camacho en el año 2014. Se analizaron 100 pacientes entre 14 – 17 años de los cuales el grupo etario más prevalente fue el de 16 años; 56% (56/100). Se utilizó 100 pacientes para obtener una confiabilidad del 98% y un margen de error del 2%. Estuvo conformado por un total de 100 pacientes adolescentes embarazadas entre 14 a 17 años, de las cuales 40 pacientes, su gestación terminó en cesárea, en el Hospital León Becerra Camacho en el período de estudio, el 35 % de las pacientes corresponden a la edad 16años; el 45% tienen más de 4 controles prenatales, estado civil 51% unión libre, el 40 % terminaron su embarazo entre 33 – 34 semanas, el 47 % presentaron Infecciones de Vías Urinarias, el 60 % finalizó el embarazo en Cesárea, el 63 % de los neonatos fueron adecuados para la edad gestacional. Los factores de riesgo que predominan en este estudio son bajo nivel socioeconómico (80%), prevalencia de infección de vías urinarias (47%), inadecuado controles prenatales (45%). La complicación más frecuente en embarazos adolescentes fue la amenaza de parto pretermino y bajo peso al nacer del producto con el 47%.

Nº DE REGISTRO (en base de datos):

Nº DE CLASIFICACIÓN:

DIRECCIÓN URL (tesis en la web):

ADJUNTO PDF:

SI x

NO

CONTACTO CON AUTORES:

**Teléfono: 042177354
0994119022**

E-mail: carpratru@gmail.com

CONTACTO EN LA INSTITUCIÓN:

Nombre: Universidad de Guayaquil- Facultad de Ciencias Médicas

Teléfono: 0422390311

E-mail: E-mail: <http://www.ug.edu.ec>

DEDICATORIA

Los resultados de este trabajo de titulación, están dedicados a mi amado Dios, a mis padres que me apoyaron y fueron incondicionales en todos los momentos de mi carrera, a los docentes del Hospital León Becerra Camacho al Dr. Luis Castro, Dr Ivan Suarez, Dr, Fernando Bermudez, Dra. María Solorzano, por su comprensión y paciencia que fueron fundamentales para lograr alcanzar este sueño.

AGRADECIMIENTO

Al culminar este proyecto sin duda me gustaría agradecer a todas aquellas personas e instituciones que fueron un pilar fundamental a lo largo de mi carrera profesional. Primeramente agradezco a Dios por bendecirme y permitir realizar este sueño tan anhelado.

A mi familia, papa, hermanos y en especial a mis padres quien me apoyaron y se sacrificaron incondicionalmente durante todos mis años de estudio, permitiéndome terminar mi carrera con éxito.

A la Universidad de Guayaquil por darme la oportunidad de estudiar y formarme como profesional durante estos 7 años de estudio.

A mi tutor de tesis el Dr. Luis Castro Pérez, por su esfuerzo y dedicación, quien con su conocimiento, su experiencia, su paciencia y su motivación han logrado que pueda terminar mi trabajo de titulación con éxito.

También agradezco a mis profesores durante toda mi carrera profesional porque todos han aportado con un granito de arena en mi formación.

Finalmente, también me gustaría agradecer a todos mis amigos durante estos años de estudio, a mis compañeros de internado.

RESUMEN

Antecedentes.- El embarazo durante la adolescencia son hechos que preocupan a la sociedad, en el Ecuador las cifras son alarmantes, según el ministerio de salud pública, dos de cada tres adolescentes están embarazadas, aunque el embarazo es una condición fisiológica, cuando se presenta en la adolescencia se convierte en un problema, las consecuencias son múltiples, perjudicando las oportunidades de desarrollo personal y socio- económico

Objetivos.- El presente estudio tiene como objetivo principal, determinar factores de riesgo y complicaciones en parto prematuro en adolescentes de 14 a 17 años para lo cual se han identificado el perfil clínico de los pacientes ingresados por diagnóstico.

Metodología.- se trata de un estudio descriptivo analítico, con un diseño no experimental realizado en el Hospital León Becerra Camacho en el año 2014.

Resultados.- Se analizaron 100 pacientes entre 14 – 17 años de los cuales el grupo etario más prevalente fue el de 16 años; 56% (56/100). Se utilizó 100 pacientes para obtener una confiabilidad del 98% y un margen de error del 2%. Estuvo conformado por un total de 100 pacientes adolescentes embarazadas entre 14 a 17 años, de las cuales 40 pacientes, su gestación terminó en cesárea, en el Hospital León Becerra Camacho en el período de estudio, el 35 % de las pacientes corresponden a la edad 16años; el 45% tienen más de 4 controles prenatales, estado civil 51% unión libre, el 40 % terminaron su embarazo entre 33 – 34 semanas, el 47 % presentaron Infecciones de Vías Urinarias, el 60 % finalizó el embarazo en Cesárea, el 63 % de los neonatos fueron adecuados para la edad gestacional.

Conclusión.- Los factores de riesgo que predominan en este estudio son bajo nivel socioeconómico (80%), prevalencia de infección de vías urinarias (47%), inadecuado controles prenatales (45%). La complicación más frecuente en embarazos adolescentes fue la amenaza de parto pretermino y bajo peso al nacer del producto con el 47%.

Palabras Clave: Embarazo en adolescentes, factores de riesgo, complicaciones, parto pretermino.

ABSTRACT

Background.- Pregnancy during adolescence are facts that concern society in Ecuador figures are alarming, according to the Ministry of Public Health, two out of three teenagers are pregnant, but the pregnancy is a physiological condition, when presented in adolescence becomes a problem, the consequences are many, harming opportunities for personal development and socio-economic

Objectives.- This study's main objective is to determine risk factors and complications in preterm birth in adolescents aged 14 to 17 years which have identified the clinical profile of patients admitted for diagnosis.

Methodology.- it is an analytical descriptive study with a non-experimental designed in the León Becerra Camacho Hospital in 2014.

Results.- 100 patients were analyzed between 14 - 17 years of which the most prevalent age group was 16; 56% (56/100). 100 patients was used to obtain a reliability of 98% and a margin of error of 2%. It consisted of a total of 100 pregnant adolescent patients aged 14 to 17 years, of which 40 patients gestation ended in cesarean section in Hospital León Becerra Camacho in the study period. 35% of patients are age 16; 83% is of secondary instruction; 45% have more than 4 prenatal visits, 54% have between three to four sexual partners, 40% completed their pregnancy between 33-34 weeks, 61% had Urinary Tract Infections, 40% completed pregnancy cesarean section, 63% of infants were appropriate for gestational age.

CONCLUSION: Risk factors prevailing in this study are low socioeconomic status (80%), prevalence of urinary tract infection (61%), inadequate prenatal controls (45%). The most common complication was the threat teenage pregnancies of preterm delivery and low birth weight of the product to 47%.

Keywords: teen pregnancy, risk factors, complications, preterm delivery.

INDICE

Contenido

| | |
|----------------------------------------------------------------------|-----------|
| INTRODUCCION | 10 |
| CAPITULO I..... | 13 |
| 1. EL PROBLEMA | 13 |
| 1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... | 13 |
| 1.2 JUSTIFICACION | 14 |
| 1.3 DETERMINACION DEL PROBLEMA | 15 |
| 1.4 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA..... | 15 |
| 1.5. OBJETIVOS | 15 |
| CAPITULO II | 17 |
| 2. MARCO TEÓRICO | 17 |
| 2.2 OPINION DEL AUTOR | 35 |
| 2.3 HIPOTESIS | 35 |
| CAPITULO III..... | 36 |
| 3. MATERIALES Y METODOS..... | 36 |
| 3.1. CARACTERIZACIÓN DE LA ZONA DE TRABAJO..... | 36 |
| 3.2 UNIVERSO Y MUESTRA..... | 36 |
| 3.3 VIABILIDAD | 36 |
| 3.4 CRITERIOS DE INCLUSION..... | 37 |
| 3.5 CONSIDERACIONES BIOETICAS..... | 38 |
| 3.6 RECURSOS HUMANOS Y FISICOS..... | 38 |
| 3.7 INSTRUMENTOS DE EVALUACION O RECOLECCION DE DATOS | 39 |
| 3.8 METODOLOGÍA PARA EL ANÁLISIS DE RESULTADOS | 39 |
| 3.9 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES DE INVESTIGACION..... | 40 |
| 3.10 TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACION..... | 41 |
| 3.11 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES..... | 41 |
| CAPITULO IV | 43 |
| 4. RESULTADOS Y DISCUSION | 43 |
| 4.1 RESULTADOS | 43 |
| 4.2 DISCUSION..... | 55 |
| CAPÍTULO V..... | 56 |
| 5. CONCLUSIONES | 56 |
| CAPÍTULO VI | 57 |
| 6. RECOMENDACIONES | 57 |
| BIBLIOGRAFIA | 59 |

INTRODUCCION

El embarazo en la adolescencia es un problema social, económico y de salud pública de considerable magnitud, tanto para los jóvenes como para sus hijos, pareja, familia, ambiente y comunidad que los rodea.

El embarazo reduce las posibilidades de que los adolescentes puedan seguir sus estudios y superarse en la vida. La mayoría de parejas (por decisión propia o exigencias de sus familias) optan por contraer matrimonio lo que conlleva a que el adolescente tenga que trabajar sin terminar sus estudios para mantener su familia.

Las mujeres de igual forma son discriminadas por las instituciones educativas y la sociedad por lo que los sueños de una futura educación se ven frustrados.

Este problema ha ido mejorando gracias a la introducción de temas de sexualidad en las escuelas, pero no se ha generalizado a todas las instituciones educativas, por tal motivo se considera que el número de embarazos no deseados entre adolescentes sigue siendo elevado.

El embarazo en una mujer adolescente puede llegar a término, produciéndose el nacimiento, o interrumpirse por aborto, ya sea éste espontáneo o inducido (aborto con medicamentos o aborto quirúrgico), en el caso del aborto inducido de manera legal o ilegal dependiendo de las leyes sobre el aborto de cada país.

Aunque la OMS considera el embarazo adolescente un problema culturalmente complejo, alienta a retrasar la maternidad y el matrimonio para evitar los altos índices de mortalidad materna y mortalidad de recién nacidos así como otras complicaciones sanitarias, parto prematuro, bajo peso, preeclampsia, anemia asociadas al embarazo en jóvenes adolescentes. En 2012 se estimaba que 16 millones de niñas de edades comprendidas entre los 15 y 19 años daban a luz cada año, un 95 % de esos nacimientos se producen en países en desarrollo, lo que representa el 11 % de todos los nacimientos en el mundo.

La OMS considera fundamental la promoción de la educación sexual, la planificación familiar, el acceso a los métodos anticonceptivos y la asistencia sanitaria universal en el marco de la salud pública y los derechos reproductivos para evitar los problemas asociados al embarazo adolescente.

En el Ecuador según datos del INEC (Instituto nacional de estadísticas y censos) viven cerca de dos millones y medio de adolescentes entre 10 y 19 años. Los/as adolescentes representan el 20% de la población ecuatoriana. La tendencia de la fecundidad adolescente en el país en la última década es al incremento, siendo la más alta de la sub.-región andina y oscila alrededor de 100 nacimientos por cada mil mujeres.

En Ecuador dos de cada tres adolescentes de 15-19 años sin educación son madres o están embarazadas por primera vez. Las proporciones de maternidad adolescente son hasta cuatro veces más altas entre las que no tienen educación (43%), comparadas con las de niveles educativos más altos (11% con secundaria completa). Las brechas por niveles de ingresos son también importantes. Por un lado, alrededor del 30% de las adolescentes del quintil inferior de ingresos son madres en Ecuador, mientras poco más del 10% de las adolescentes de mayor nivel de ingresos son madres o se embarazan. Asimismo, al analizar las tasas de fecundidad por Área, se observa que la fecundidad adolescente en áreas rurales son 30% más altas que en áreas urbanas.

Se desarrollara un estudio de tipo descriptivo de diseño no experimental retrospectivo y longitudinal. La información será consignada en un formulario de datos diseñados para el efecto e ingresados en una hoja de cálculo de Excel para luego ser analizados con el software pertinente.

Los resultados se presentaran mediante índices estadísticos correspondientes, realizándose análisis de cada una de las variables de estudio.

La presente investigación es viable porque cursa con el apoyo y permiso de las autoridades de la institución donde estoy realizando mi internado rotativo de medicina, el permiso correspondiente de la universidad y los recursos económicos del investigador.

Este trabajo se realizara con una muestra de 100 Pacientes embarazadas adolescentes que cursaron con factores de riesgo y complicaciones en el parto en el hospital León Becerra Camacho desde enero 2014 hasta diciembre 2014.

La realización de este estudio ayudara a obtener la información sobre los factores de riesgo y complicaciones en parto prematuro en mujeres embarazadas adolescentes.

Finalmente con la información generada se puede diseñar un protocolo de seguimiento con el objetivo de determinar los factores de riesgos predominantes y las complicaciones pertinentes en embarazos de adolescentes. Además ayudara a contribuir con información a la Escuela de Medicina de la Universidad de Guayaquil y al Sistema Nacional de Salud para la futura creación de guías clínicas y protocolo por parte de estas entidades.

CAPITULO I

1. EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Aproximadamente el 51% de los embarazos en adolescentes terminan con nacimientos vivos, el 35% en aborto inducido y el 14% en aborto involuntario o nacimiento de feto muerto. Por otro lado, los hijos de madres adolescentes tienen un riesgo aumentado de complicaciones médicas, riesgo que es mayor en las adolescentes más jóvenes.

Estos hallazgos concuerdan con los encontrados en los pocos estudios nacionales y latinoamericanos, donde encontramos que las madres adolescentes menores de 15 años tuvieron hijos con más complicaciones, como mayor prematuridad, bajo peso al nacer, entre otras como las infecciones bacterianas, sífilis congénita, paladar fisurado y mayor mortalidad, debe ser entendido que los pocos estudios nacionales o latinoamericanos sirven de base de referencia para la presente investigación, así tenemos estudios locales como los realizados por el Concejo Nacional de Salud de la Niñez y Adolescencia que sirvieron de base para las políticas de salud de la niñez y adolescencia; y otros estudios realizados en el país. (Contreras D, 2013)

Entre las patologías más frecuentes encontramos el bajo peso al nacer cuya incidencia (<2.500 g) entre las adolescentes es más del doble de la tasa de mujeres adultas, y la mortalidad neonatal dentro de los primeros 28 días de nacimiento es casi 3 veces mayor. Sin embargo, este estudio toma únicamente niños hospitalizados, Esta diferencia se marcó en este grupo de estudio y no en la prevalencia de bajo peso al nacer. Sí confirmamos el mayor riesgo de mortalidad neonatal que en este estudio fue 5 veces mayor.

Otra patología asociada, y de acuerdo a experiencias internacionales, por ejemplo en el estudio realizado sobre adolescencia y embarazo en España aproximadamente el 14% de los recién nacidos de las adolescentes de 17 años o menos son prematuros en comparación con el 6% de mujeres de 25-29 años, mientras que las adolescentes de 14 o menos años tienen un mayor riesgo de tener prematuros de bajo peso.

Dentro de Los factores biológicos que se han asociado consistentemente con resultados negativos durante la gestación en adolescentes son el pobre estado nutricional, el peso bajo al inicio de la gestación, pobre ganancia de peso durante el embarazo, anemia, infecciones de vías urinarias, vaginosis, hipertensión inducida por el embarazo, aborto, ruptura prematura de membrana, amenaza de parto pretérmino, placenta previa, retraso del crecimiento intrauterino. (Contreras D, 2013)

1.2 JUSTIFICACION

El estudio involucra a uno de los estratos poblacionales más importantes del binomio madre e hijo. Es importante entonces empezar por entender que la problemática del embarazo adolescente tiene múltiples componentes sociales que contribuyen al origen del problema expresándose posteriormente en complicaciones médicas durante el embarazo y en el neonato.

En este contexto, el origen social inicia el efecto mucho antes de que se prevean las manifestaciones del problema, pues se trata de un escenario social en el que predominantemente existe censura explícita e implícita, de forma similar a su entorno familiar –especialmente de los padres- a las relaciones sexuales y particularmente al embarazo fuera de las reglas entendidas como son la edad adulta, la situación profesional y el relacionamiento sentimental consentido, lo que provoca con mucha frecuencia que las conductas adolescentes tomen caminos opuestos a las reglas consentidas como un acto de rebeldía.

Esta controversia entre el entorno social y familiar y la elección del adolescente determina que un embarazo no previsto deba ser frecuentemente ocultado por el adolescente y con frecuencia por su mismo entorno familiar, determinando que no exista atención médica desde el inicio del embarazo pudiendo tardarse 4 a 5 meses, se suma a ello los cambios psicosomáticos.

Además el nuevo código orgánico integral penal en su artículo 363 inciso 1 que entro en vigencia el 1 de agosto del 2014 que promulga: El estado será responsable de formular políticas públicas que garanticen la formación, rehabilitación, curación, prevención y atención integral en salud y fomentar prácticas saludables en los ámbitos familiar, laboral y comunitario.

1.3 DETERMINACION DEL PROBLEMA

Campo: Salud publica

Área: Hospital León Becerra Camacho

Aspecto: Parto prematuro en adolescentes de 14 a 17 años

Tema de investigación: Factores de Riesgo y complicaciones en parto prematuro en adolescentes de 14 a 17 años en el Hospital león becerra Camacho 2014

En Ecuador, la incidencia de amenaza de parto pre término ha ido aumentando de forma sostenida en los últimos 10 años, coincidiendo con un repunte de embarazos en adolescentes, por lo que constituye un problema de salud pública de gran impacto en adolescentes, grupos familiares y sociedad. La dificultad en el diagnóstico certero de amenaza parto pretérmino, es la mayor limitación en la evaluación y comparación de la eficacia de los agentes tocolíticos.

1.4 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores de riesgos y complicaciones de parto prematuro en adolescentes de 14 a 17 años atendidas en el Hospital León Becerra Camacho en el periodo 2014 ?

1.5. OBJETIVOS

1.5.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores de riesgo de parto prematuro y complicaciones en embarazos de adolescentes entre los 14 y 17 años, mediante revisión de historias clínicas en el Hospital León Becerra Camacho de Milagro en el periodo 2014 para diseñar propuestas de prevención que disminuyan la morbimortalidad materna.

1.5.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1.- Determinar los factores de riesgo de embarazos en adolescentes que acuden al Hospital León Becerra Camacho.
- 2.-Identificar las complicaciones que se presentaron en parto prematuro en adolescentes entre los 14 y 17 años
- 3.-Documentar los factores de riesgo en parto prematuro y las complicaciones frecuentes en adolescentes.
- 4.- Explicar los factores de riesgos más significativos que se presentaron las adolescentes con parto prematuro.
- 5.-Plantear medidas preventivas que contribuyan a disminuir las complicaciones en partos prematuros de adolescentes entre 14 y 17 años.

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO

La OMS define como adolescencia al "período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio – económica" y fija sus límites entre los 10 y 20 años.

Es considerada como un periodo de la vida libre de problemas de salud pero, desde el punto de vista de los cuidados de la salud reproductiva, el adolescente es, en muchos aspectos, un caso especial

En muchos países, los adolescentes llegan a representar del 20 al 25% de su población. En 1980 en el mundo había 856 millones de adolescentes y se estima que en el 2000 llegarán a 1,1 millones. La actividad sexual de los adolescentes va en aumento en todo el mundo, incrementando la incidencia de partos en mujeres menores de 20 años.

Por los matices según las diferentes edades, a la adolescencia se la puede dividir en tres etapas:

1. – Adolescencia Temprana (10 a 13 años)

Biológicamente, es el periodo peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca.

Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo.

Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales.

Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

2. – Adolescencia media (14 a 16 años)

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

Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres.

Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo.

Muy preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.

3. – Adolescencia tardía (17 a 19 años)

Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales.

Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo sabiendo que: "una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes".(American College of Obstetricians and Gynecologists 2012).

EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

Se lo define como: "el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarquia, y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen".

La "tasa de fecundidad adolescente (TFA)" ha ido disminuyendo desde los años 50 pero en forma menos marcada que la "tasa de fecundidad general (TFG)",

condicionando un aumento en el porcentaje de hijos de madres adolescentes sobre el total de nacimientos. En 1958 era del 11,2%; en 1980 del 13,3%; en 1990 del 14,2%; en 2012 del 15%. Este último porcentaje se traduce en 120.000 nacidos vivos de mujeres menores de 20 años.

La fecundidad adolescente es más alta en países en desarrollo y entre clases sociales menos favorecidas, haciendo pensar que se trata de un fenómeno transitorio porque, de mejorarse las condiciones, ella podría descender.

Para otros investigadores, la disminución de las tasas de fecundidad adolescente está cada vez más lejos, ya que el deterioro de las condiciones socioeconómicas globales hace que se dude sobre la posibilidad de que la mayoría de los países realicen mayores inversiones en sus sistemas educacionales y de salud, para alcanzar la cobertura que el problema demanda.

(Gómariz M, Vicente D, Pérez Trallero E. 2012.; Cárdenas C, Figueroa DM, Domínguez Jiménez B, Guzmán G, Ayorro C 2014.; American College of Obstetricians and Gynecologists 2013)

EE.UU es el país industrializado con mayor tasa de embarazadas adolescentes, con una tasa estable del 11,1% en la década de los ´80.

Canadá, España, Francia, Reino Unido y Suecia, han presentado un acusado descenso de embarazos en adolescentes, coincidiendo con el aumento en el uso de los contraceptivos.

Los últimos datos hablan de un 35,49/1000 mujeres en 1994, descendiendo al 32,98 en 2000 y al 30,81 en 2012.

Según el Ministerio de Sanidad y Consumo español, el 12% de las jóvenes con edades entre 14 y 15 años, han mantenido relaciones sexuales alguna vez, lo que significa 160.000 en números absolutos, previéndose que alcanzarán 400.000. Deben tenerse en cuenta, además de los nacimientos de madres adolescentes y el porcentaje de adolescentes sexualmente activas, los más de 6.000 abortos ocurridos en mujeres entre los 14 y 19 años por lo que, el supuesto descenso de la tasa de embarazadas

adolescentes, no lo fue tanto. (Revista cubana 2012.; Botella 2010.; Kamineszky Y 2012)

En España, a partir del 2000, se ha registrado un incremento en el uso de contraceptivos y preservativos comercializándose, en 2013, unos 40 millones de preservativos, equivalente a la media más alta de los países de la Comunidad Europea (3,5 preservativos por habitante). Actualmente es imposible conocer el número de adolescentes que abortan. Sólo 2/3 de los embarazos de adolescentes llegan al nacimiento de un hijo; de los nacidos, un 4% son dados en adopción y un 50% permanecen en hogar de madre soltera. Un 8% de las adolescentes embarazadas abortan y un 33% permanece soltera durante el embarazo.

En nuestro país no es esa la tendencia, con una mayoría importante que se mantiene soltera, en la que prevalece la "unión estable", aunque la incidencia del aborto en las adolescentes no ofrezca credibilidad razonable por el importante subregistro que podría llegar a un aborto registrado por otro no registrado. (Hueston W 2011)

Ya se dijo que la proporción de jóvenes que han iniciado relaciones sexuales va en aumento y que la edad de inicio está disminuyendo, pero la capacidad para evitar el embarazo no acompaña a este comportamiento.

En Buenos Aires, en una encuesta realizada a una población estudiantil en 2011, se observó que la edad promedio de inicio de relaciones sexuales, fue de 14,9 años para varones y 15,7 años para mujeres, variando la proporción según el tipo de escuela a la que asistían (religiosa, laica, laica de sectores populares). El 95% de los adolescentes de la encuesta manifestó tener información sobre cómo evitar el embarazo. Un 70% de los que mantenían relaciones sexuales utilizaban algún método efectivo para evitar el embarazo en la primera relación, disminuyendo ese porcentaje en las siguientes relaciones, siendo el preservativo el método más utilizado.

Además, el consenso social sobre la maternidad adolescente se ha ido modificando con los años y los cambios sociales que los acompañan.

El embarazo en las adolescentes se ha convertido en seria preocupación para varios sectores sociales desde hacen ya unos 30 años. Para la salud, por la mayor incidencia de resultados desfavorables o por las implicancias del aborto. En lo psicosocial, por las consecuencias adversas que el hecho tiene sobre la adolescente y sus familiares.

Cuando la adolescente se embaraza inicia un complejo proceso de toma de decisiones y, hasta decidirse por uno, aparece siempre el aborto a veces como un supuesto más teórico que real.(American College of Obstetricians and Gynecologists 2012.; Heffner L 2012)

En 2011, en EE.UU, el aborto alcanzó el 42%; los matrimonios disminuyeron del 51% al 36%. Hoy, la tendencia es de un aumento de los abortos y disminución de matrimonios, aunque no siempre las decisiones de las adolescentes son conocidas (abortos o adopción).

En España, la cifra del 12% de abortos en general es baja pero la interrupción del embarazo en jóvenes es de las más altas. Los nacimientos en adolescentes descendieron en un 32% en los últimos 4 años, pero los embarazos sólo disminuyeron en un 18%. La diferencia entre las tasas está dada por los abortos. (Contreras D, Valverde M, de la Cruz S, González L, Valdéz N 2013.; Botella 2010.; American College of Obstetricians and Gynecologists 2011)

Salvo que el tener un hijo forme parte de un proyecto de vida de una pareja de adolescentes, el embarazo en ellos es considerado como una situación problemática por los sectores involucrados pero, si se considera al embarazo en la adolescente como un "problema", ello limita su análisis.

En todo caso, esta "problematización" se aplicaría a algunas subculturas o a algunos estratos sociales, pero no a todos los embarazos en adolescentes. Además, el considerarlo un "problema", exige aplicar terapéuticas que aporten soluciones sin permitir implementar acciones preventivas adecuadas. Por ello es conveniente encuadrarlo dentro del marco de la "salud integral del adolescente".

Esto permite abarcar todos los embarazos que ocurran a esta edad; adecuar las acciones preventivas dentro de la promoción de la salud; brindar asistencia integral a cada madre adolescente, a sus hijos y parejas y aportar elementos para el desarrollo de las potencialidades de los adolescentes.

Por todo ello, el embarazo en adolescentes necesita un abordaje integral biopsicosocial por un equipo interdisciplinario capacitado en la atención de adolescentes y en este aspecto específico de la maternidad – paternidad.(Cabero L 2007.; Connon A. 2011)

La adolescencia es definida como una etapa de transición entre la infancia y la adultez, que esa comprendida entre los 10 y 19 años; también define como grupo de jóvenes a los que están comprendidos entre 10 y 24 años.

Se define múltiples categorías en los distintos países.

- Adolescencia temprana: 10 a 14 años.
- Media: de 15 a 17 años.
- Tardía: de 18 a 20 años (que se superpone con el término juventud: de 15 a 25 años).

Según la situación social, familiar y educativa, algunos autores consideran adolescente aquel individuo que va a la escuela, que no ha entrado en la vida activa, que no constituye un hogar (en tanto que el adulto es aquel que trabaja, no estudia más y crea la célula familiar). Otros, la definieron como un estado del espíritu, donde predomina la timidez, aventura y exploración.(Yomayusa N 2012.; Cardenas C 2011)

La adolescencia, además de ser un periodo de adaptación a los cambios corporales, es una fase decisiva de evolución, hacia una mayor independencia psicológica, es la etapa donde el individuo desarrolla su creatividad, su individualidad, sus habilidades, se plantea metas y proyectos de vida y donde la sexualidad es una de las grandes preocupaciones de estas transformaciones.

Podemos recordar que la sexualidad se refiere a todo lo que somos como hombre o como mujer, con nuestro cuerpo, sentimientos, pensamientos, costumbres, normas de comportamiento, etc.

(Ministerio de salud pública 2014.; Revista chilena de obstetricia y ginecología 2012.; American College of Obstetricians and Gynecologists 2011)

La mayoría de las madres latinoamericanas de 15 a 19 años no han concluido la educación primaria y viven en comunidades rurales, según estadísticas proporcionadas por la UNFPA.

A nivel mundial, se calcula que cada año 16 millones de mujeres entre esas edades dan a luz. Algunas de las causas de los embarazos entre adolescentes en América Latina son la educación deficiente o nula, la poca aceptación entre la población adulta sobre la existencia de las relaciones sexuales premaritales entre los jóvenes menores de 18 años, la influencia de la Iglesia Católica y la dificultad de acceso a anticonceptivos gratuitos o de bajo precio, según expertos.

En tanto que los nacimientos de niñas menores de 14 años se deben en su gran mayoría a relaciones sexuales forzadas, apuntó Suazo.

En México, en cuya capital es legal el aborto hasta la decimosegunda semana de gestación, cada año dan a luz 400.000 menores, de acuerdo con cifras del gobierno.

"Actualmente uno de cada cuatro niños que nace lo hace de una madre adolescente. Esa incidencia nos coloca en segundo lugar solamente después de África subsahariana", dijo Suazo en una entrevista con motivo del Día Mundial de la Población de Naciones Unidas, que este año se dedicó a sensibilizar sobre las consecuencias de los embarazos entre adolescentes.(Cárdenas C 2011.; American College of Obstetricians and Gynecologists 2011)

En el África subsahariana, de cada 1.000 mujeres que dan a luz al año 120 tiene de 15 a 19 años, y en América Latina la cifra se ubica en 80, según cifras del último reporte sobre el tema de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) de 2011, que ubica a Oceanía y Asia como tercera y cuarta región en esa problemática.

En América Latina, países como Colombia, Ecuador y Argentina han registrado "algunos avances" en la disminución de esos nacimientos debido a recientes políticas para implementar programas de educación sexual, dijo Suazo telefónicamente desde la ciudad de Panamá. En el ámbito epidemiológico, la prematurez constituye una de las

principales causas de morbilidad perinatal. Ella sola es responsable del 65% de las muertes perinatales globales y del 75% de las muertes neonatales excluyendo las malformaciones congénitas. Esta mortalidad es 30 veces más importante que la de los niños nacidos de término.

El parto prematuro no sólo tiene graves repercusiones en la morbilidad perinatal e infantil, sino que además representa un verdadero desafío al sistema de salud pública. Se estima que en los países desarrollados la prematuridad abarca entre 6 %-10 % de todos los nacimientos.

En general, en América Latina no hay estadísticas confiables sobre el parto prematuro, pero se estima que la frecuencia global supera el 10% del total de nacidos vivos. Esta cifra varía según los países, su dotación de servicios médicos y el tipo de población usuaria (Contreras D 2013). En Ecuador, la incidencia de amenaza de parto pre término ha ido aumentando de forma sostenida en los últimos 10 años, coincidiendo con un repunte de embarazos en adolescentes, por lo que constituye un problema de salud pública de gran impacto en adolescentes, grupos familiares y sociedad.(Cárdenas C 2011.; Ministerio de Salud Publica 2014)

Los resultados del último censo de población y vivienda efectuado por el Instituto Ecuatoriano de Estadística y Censos (INEC) en el año 2010, muestra la realidad del embarazo entre las adolescentes ecuatorianas. De los 3,6 millones de madres que existen en Ecuador, más de 122 mil son adolescentes que se ubican en rangos de edades de 10 a 19 años, con diferencias significativas según nivel de instrucción, etnia e ingresos. La mayoría de estos embarazos no son planificados o deseados.

Además, solo en 2011 se registraron 45.708 partos en madres adolescentes. Por regiones, un 55,3% de estos partos se registra en la Costa versus el 38,4% en la Sierra y el 6,3% en la Amazonía.

Según las estadísticas del INEC, solo 30.575 del total de las madres pertenecen a la Población Económicamente Activa (PEA), de las cuales la mayoría, el 11,5%, son comerciantes de tiendas y el 10% son asistentes domésticas.

En cuanto al estado civil, el 55% se une con su pareja, mientras que el 20% queda soltera; el 18% se casa, el 7% se separa y el porcentaje restante se divorcia o llega a enviudar.

De las más de 7 millones de mujeres, 3.645.167 son madres, de ellas 122.301 son adolescentes, según los últimos datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), información que se la publica en conmemoración del Día de la Madre a celebrarse este 13 de mayo. (American College of Obstetricians and Gynecologists 2013., Connon A 2011)

Según el rango de edad el 3,4% de las madres tiene entre 12 y 19 años, es decir, 122.301 madres son adolescentes (mujeres entre 12 y 19 años), frente a 105.405 madres del 2011. El 24 % de las madres se ubican entre los 30 y 39 años.

El 5,2% de las madres afro ecuatorianas son adolescentes, seguidas de las indígenas con 4,3%. El 81,4% de las madres adolescentes tiene un hijo, seguidas del 16% que tiene dos hijos.

En relación a su población femenina de 12 años y más, la provincia con mayor porcentaje de madres es Carchi con el 69,9%, seguida por Los Ríos con 68,9%

Según su estado conyugal, el 71% de las madres tiene pareja (casada o unida), mientras que el 29% no tiene pareja, de éstas, el 9% está soltera. El 29% de las mujeres son jefas de hogar, de ellas el 87,1% son madres. (Revista chilena de obstetricia y ginecología 2011.; Shutt-Aine, J 2012)

El 44,5% de las madres en el país, tienen entre 1 a 2 hijos, mientras el 5,6% tiene entre 9 hijos y más. Según estos datos el promedio de hijos se reduce de 3,8 en el año 2001 a 3,5 en el 2011 en todos los grupos de edad.

Según este informe, el 44,1% de las madres tuvieron su primer hijo entre los 15 a 19 años, mientras el 35,2% entre los 20 a 24 años y el 2,4% entre 12 y 14 años.

Del total de madres en el Ecuador el 1,4% son extranjeras, es decir, 51.407, de ellas el 64,8% son de Colombia.

De acuerdo al nivel de instrucción el 51,1% de las madres en el país, tienen educación básica, el 23,1% educación media y el 17% educación superior.

Las madres que no poseen nivel de instrucción tienen un promedio de 6 hijos, mientras las de Educación media 2,4 hijos.(Caballero, J 2012.;Shutt-Aine, J 2011.; American College of Obstetricians and Gynecologists 2011)

En las características económicas de las madres el 45,3% de las madres se dedican a quehaceres domésticos mientras el 42,9% trabaja, de estas últimas el 22,9% se dedica al Comercio al por mayor y menor.

El INEC presenta este estudio a la ciudadanía, en el marco de la democratización de la información y ratificando nuestro compromiso con el país de entregarle cifras de calidad, de manera adecuada y oportuna.

Por lo tanto, la sexualidad no aparece en la adolescencia, nos acompaña desde que nacemos hasta que nos morimos; eso sí, se expresa de forma diferente durante la infancia, la adolescencia, la edad adulta y la edad madura.

La Encuesta Nacional de Salud Familiar, reporta que 70% de las mujeres han tenido su primer acto sexual antes de cumplir 18 años de edad. Esta primera experiencia sexual suele ocurrir más temprano en las mujeres que tienen menos escolaridad, presentándose casi siempre una relación inversa con el nivel educativo.

Del total de mujeres entre 15-24 años de edad con experiencia sexual, solamente el 4.4% usó métodos anticonceptivos (ella o su pareja), al momento de su primer acto sexual. El uso aumenta con la edad, pasando de 2% entre las mujeres que tenían menos de 15 años a 11% entre las que tenían entre 20-24 años. Entre las mujeres cuya primera experiencia sexual fue marital, el 3.5% usa anticonceptivos.

(American College of Obstetricians and Gynecologists 2009.;Connon A 2011)

No existe evidencia de un vínculo causal entre la planificación familiar y la promiscuidad.

Es necesario valorar los siguientes factores para tomar una decisión:

- Factores personales, socio-culturales, políticos y ambientales.
- Edad.
- Estado civil.
- Paridad.
- Hábitos sexuales.
- Riesgo de enfermedad de transmisión sexual.
- Actitud del compañero o de la pareja.
- Actitud del padre, de la madre o de la familia.
- Presión de los amigos.
- Ambiente rural o urbano.

Debemos recordar que, en la mayoría de los y las adolescentes, los actos sexuales no son planificados y se dan circunstancialmente, lo cual puede llevar a los embarazos no deseados.

FACTORES SOCIALES QUE INFLUYEN EN LA SEXUALIDAD DEL ADOLESCENTE

En el contexto social, la familia, constituye un factor influyente en la sexualidad del adolescente. En primer lugar, los padres presentan actitudes sobre la sexualidad en relación al cuerpo y sus funciones, guardan una posición frente al placer sexual, la intimidad entre hombre-mujer, la vergüenza, la culpa, etc. (Abarzúa CF 2010.; Cabero L 2011).

Así también son portadores de actitudes sobre el género, incluidos roles sexuales, la distribución del poder y la comunicación entre hombres y mujeres.

Por lo tanto, los padres representan poderosos modelos de rol, simbolizan formas de relacionamiento y trato entre madre y padre, cómo se ocupan de la toma de decisiones, y la manera como se comportan sexualmente. Todas estas prácticas parentales influirán en el modo en que los adolescentes se desarrollen sexualmente.(Cárdenas C 2014.; Yomayusa N 2012.; Ministerio de Salud Publica 2014)

AMENAZA DE PARTO PRETERMINO

La amenaza de parto pretérmino se define clásicamente como la presencia de dinámica uterina regular asociada a modificaciones cervicales progresivas desde las 22,0 hasta las 36,6 semanas de gestación. No obstante, estos parámetros presentan una baja sensibilidad y especificidad para predecir el parto pretérmino. (González P 2010.; Contreras D 2013)

En la mayoría de casos en los que la paciente ingresa con el diagnóstico clásico de amenaza de parto pretérmino, el riesgo real de desencadenarse el parto es muy bajo (20-30%). Existen métodos objetivos que evalúan este riesgo con una mejor capacidad predictiva y con una alta especificidad permitiendo descartar los falsos positivos. (Ministerio de salud pública 2014.;American College of Obstetricians and Gynecologists 2011)

En la mayoría de casos, desconocemos la causa desencadenante (causa idiopática). Otras veces, existe una razón más o menos obvia (gestación múltiple, polihidramnios) que explique la aparición de la dinámica. En otras ocasiones, podemos identificar focalidad infecciosa de otras partes del organismo (pielonefritis, apendicitis...).

Pero la causa conocida más frecuente es la infección/inflamación intraamniótica, en un 18% del total de mujeres que ingresan por amenaza de parto prematur. Dado que la literatura refiere un aumento de la morbilidad neonatal secundaria a este proceso infeccioso y un mayor riesgo de parto pretérmino, la identificación de esta etiología podría tener una importancia relevante para mejorar el pronóstico global de la gestación en estos casos.

Es por este motivo que incluiremos la realización de una amniocentesis en el proceso diagnóstico.

Se excluyen de este protocolo la ruptura prematura de membranas, la sospecha diagnóstica/diagnóstico de corioamnionitis y las metrorragias del tercer trimestre, que se tratarán en protocolos específicos.(Contreras D 2013.; Cárdenas C 2011.;Connon A 2011)

CAUSAS Y FACTORES DE RIESGO

No es una entidad clínica única. Confluyen una serie de etiologías y factores de riesgo diferentes que ponen en marcha el mecanismo de inicio del parto. Existen causas maternas como una enfermedad sistémica grave, preeclampsia; causas uterinas; causas placentarias como placenta previa; causas del líquido amniótico como corioamnionitis, causas fetales como sufrimiento fetal agudo, etc. (Gómariz M 2012.; Cárdenas C 2011)

La etiopatogenia permanece desconocida, se ha avanzado en algunos aspectos, han referido problemas de placentación, infecciones, inmunológicos, uterinos, maternos, trauma y cirugía, anomalías fetales, y condiciones idiopáticas. Clínicamente se asocian a edad materna extrema, carencias socioeconómicas, antecedentes de hipertensión, antecedente de prematuridad, rotura prematura de membranas, restricción de crecimiento fetal, hábitos tabáquicos y drogas, desnutrición, enfermedades maternas hipertensivas y pre-eclampsia, infecciones maternas, multigestación, fertilización asistida, intervencionismo, etc.

Recientemente, el papel del feto en la iniciación del parto se ha reconocido, de una manera simplista se plantea que el feto al reconocer que su medio ambiente se ha hecho hostil precipita el parto. (Yomayusa N 2012.; Cárdenas C 2011.; Revista cubana de obstetricia y ginecología)

CLÍNICA DE LA AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO

La sintomatología de la Amenaza Parto Pretérmino suele ser imprecisa, pudiendo la gestante referir molestias abdominales de tipo menstrual, dolor lumbar continuo, contracciones uterinas o hemorragia escasa. No existe ningún patrón de dinámica uterina específico de la Amenaza de Parto Pretérmino, pero las contracciones han de ser persistentes en el tiempo y regulares, para diferenciarlas de las contracciones que de

forma habitual aparecen en el transcurso de la gestación.(Gómariz M 20124.; Contreras D 2013.; Ministerio de salud pública 2014).

DIAGNÓSTICO

Frente a una paciente que nos consulta por sintomatología compatible con dinámica uterina y en la que se objetiva dinámica uterina regular, se deben realizar sistemáticamente y de manera ordenada: - Anamnesis dirigida - Exploración física (descartar otro posible foco que dé origen al dolor, fiebre, peritonismo, puño percusión...) Exploración obstétrica:

1. Comprobar frecuencia cardiaca fetal positiva.
2. Valoración del abdomen (altura uterina, estática fetal, irritabilidad uterina...).
3. Especulum: visualización del cérvix (descartar amniorrexis, metrorragias...).
4. Tomar muestras para cultivo: Previo al tacto vaginal. - Frotis rectal y vaginal (1/3 externo de vagina) para SGB. - Frotis endocervical. - Extensión de frotis vaginal en porta para Gram (sin fijar). - Sedimento y urinocultivo
5. TV: valoración cervical mediante el Índice de Bishop.
6. Ecografía transvaginal: medición de la longitud cervical (con vejiga vacía, sin presionar excesivamente con el transductor, con contracción o presión fúndica y escoger la menor de 3 mediciones).
7. RCTG: confirmar la presencia de dinámica uterina y descartar signos de pérdida del bienestar fetal.
8. Analítica (Hemograma, bioquímica básica, coagulación y PCR).
9. Amniocentesis (aplicar según como se indica en el apartado de “manejo”): se informará a la paciente de la conveniencia de la prueba para descartar la infección/inflamación intraamniótica y de los riesgos de la prueba (< 1% de RPM).

EXAMEN FÍSICO

- Contracciones uterinas (mínimo 3 en 30 minutos) pueden ser dolorosas o no.
- Aumento o cambio en la secreción vaginal
- Sangrado genital.
- Salida de tapón mucoso cervical.
- Borramiento (50%) o dilatación (igual o menor a 3 cm)

EXÁMENES DE LABORATORIO

- Biometría Hemática
- EMO / Urocultivo
- Cristalografía / Gram y fresco de secreción vaginal
- Ecografía abdominal para confirmación de peso fetal y edad gestacional, ILA, longitud del cuello del útero.
- Monitoreo fetal electrónico (si dispone).

Objetivos terapéuticos:

- Tocolisis (para prolongar al menos 72 horas el embarazo).
- Maduración pulmonar fetal (embarazos < de 34 semanas).
- Determinar etiología.
- Transferencia de unidad de neonatología especializada.

Protocolo del manejo del trabajo de parto pre término

(Muchos de los pasos / tareas deben realizarse simultáneamente)

1. Realizar o completar la historia clínica perinatal.

2. Evaluación clínica que incluya tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y temperatura.
3. Realizar evaluación obstétrica que incluya frecuencia cardiaca fetal por cualquier método y examen vaginal especular.
4. Registrar la existencia en control prenatal de exámenes de laboratorio: Biometría hemática, TP TTP, Plaquetas, grupo sanguíneo y factor Rh, VDRL, HIV con consentimiento informado. EMO – Urocultivo. Gram y fresco de secreción vaginal.
5. Solicitar aquellos exámenes que no consten en la historia clínica perinatal o necesiten ser actualizados. Si resultados indican IVU o infección vaginal brinde tratamiento.
6. Tranquilizar a la paciente e informe sobre su condición.
7. Responder a sus preguntas e inquietudes y a las de sus familiares.
8. Brindar apoyo emocional continuo.
9. Realizar el primer examen o tacto vaginal en condiciones de asepsia, con lavado de manos previo y uso de guantes estériles descartables. Anticipar a la paciente el procedimiento y su utilidad.
10. La primera valoración debe ser realizada por personal debe determinar:
 - Dilatación cervical.
 - Borramiento cervical.
 - Consistencia del cuello.
 - Posición del cuello.
 - Altura de la presentación fetal por planos de Hodge o por Estaciones de De Lee.
 - Estado de las membranas y verificación de eliminación transvaginal de líquido amniótico, color del líquido amniótico.
 - Verificar sangrado, tapón mucoso o leucorrea.

Capacidad de la pelvis en relación al tamaño fetal.

11. Si se dispone de ecografía abdominal verifique la condición de cantidad de líquido amniótico (ILA), peso fetal y edad gestacional; además de valorar la longitud del cuello como predictor de parto pretérmino (ALARMA si menor de 20 mm).

12. Control de signos vitales cada 8 horas.

13. Si el embarazo es >37 semanas, probablemente la paciente se encuentra en la fase latente de labor de parto:

Finalización del embarazo según criterio obstétrico por inducto conducción o cesárea.

14. Con el diagnóstico probable disponer y si el embarazo es menor a 37 semanas; ingresar a la paciente con la primera dosis de tratamiento tocolítico y de maduración pulmonar fetal si no existen contraindicaciones.

15. Si el embarazo es < 37 semanas de debe realizar el manejo tocolítico:

Nifedipina 10 mg VO cada 20 minutos por 3 dosis, luego 20 mg cada 48 horas hasta completar maduración pulmonar fetal o 72 horas; o,

Indometacina 100 mg vía rectal cada 8 horas hasta completar maduración pulmonar fetal o 72 horas. (Solo en embarazos de <32 semanas) sin realizar más de dos ciclos de tocólisis.

16. Contraindicaciones para la aplicación de tratamiento tocolítico:

Dilatación > 4cm.

Corioamionitis.

Preeclampsia, eclampsia, síndrome Hellp.

Compromiso del bienestar fetal o muerte fetal.

Malformaciones fetales.

Desprendimiento normoplacentario.

17. Maduración pulmonar fetal (Si embarazo > 24 y < 34 semanas):

Betametasona 12 mg IM y a las 24 horas (total 2 dosis).

Dexametasona 6 mg IM y cada 12 horas (total 4 dosis).

No se requiere nuevas dosis semanales de corticoides para conseguir efectos beneficiosos perinatales.

18. Si hay presencia de corioamionitis se debe utilizar Antibioticoterapia con:

Ampicilina 2 g IV cada 6 horas.

Gentamicina 2 mg/Kg dosis inicial IV luego 1.5 mg/Kg IV cada 8 horas o Gentamicina 5 mg/Kg IV cada día.

Clindamicina 900 mg IV cada 8 horas (Incluir si se indica cesárea)

Finalización del embarazo según criterio obstétrico independientemente de la edad gestacional.

19. Si transcurridas 72 horas de completada la pauta de maduración pulmonar en el feto persisten las contracciones determinar finalización del embarazo por parto o cesárea según criterio obstétrico.

2.2 OPINION DEL AUTOR

El embarazo a cualquier edad constituye un hecho psicosocial de gran trascendencia que puede ser vivido de diferentes maneras según las características orgánicas, psicológicas y sociales de la gestante, razón por la cual este trabajo de tesis investigativo especifica principalmente los factores de riesgo y las complicaciones que se presentan en la adolescente embarazada en la cual se dan a conocer datos estadísticos reales junto con información acerca de la problemática. Dada que la adolescencia es un estado de inmadurez biofisiológica donde los órganos de su cuerpo no están desarrollados en su totalidad están expuestos a una serie de complicaciones durante y después del embarazo poniendo en riesgo la vida de la paciente y neonato.

2.3 HIPOTESIS

Al determinar las complicaciones y la frecuencia que ocasionan el parto prematuro en las adolescentes embarazadas, se podría disminuir la morbi-mortalidad materno neonatal.

2.4. VARIABLES

2.4.1. VARIABLE INDEPENDIENTE

Los factores de riesgo y su relación que producen complicaciones en adolescentes embarazadas

2.4.2. VARIABLE DEPENDIENTE.

Partos prematuros en adolescentes de 14 a 17 años

2.4.3. VARIABLE INTERVINIENTE

Factores de riesgo (edad, sexo, procedencia)

CAPITULO III

3. MATERIALES Y METODOS

3.1. CARACTERIZACIÓN DE LA ZONA DE TRABAJO

El Hospital León Becerra Camacho está ubicado en la ciudad de Milagro- Ecuador, en la zona centro de la urbe en las calles Milagro Eplicachima y Eloy Alfaro, a 10 minutos de la vía a Guayaquil y 5 minutos del Mercado Principal de Milagro.

El cantón Milagro se encuentra ubicado a 46 Kilómetros de Guayaquil. Temperatura: Promedio anual de 25° C sus límites son al norte con los cantones Yaguachi, A. Baquerizo Moreno y Simón Bolívar, al sur con los cantones Yaguachi y Naranjito, al este con los cantones Simón Bolívar y Naranjito, y al Oeste con Yaguachi.

Sus parroquias Rurales son Chobo, Cinco de Junio, Mariscal Sucre (Huaques) y Roberto Astudillo. Posee una Superficie: 401,1 Km².

Según datos proporcionados por El Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) la ciudad de Milagro posee 140.103 habitantes.

3.2 UNIVERSO Y MUESTRA

3.2.1 UNIVERSO

La población está constituido por las embarazadas que fueron ingresadas en el área de Admisión - Ginecología y Hospitalización - Maternidad en el año 2014, ya que en los cuales se realizó el estudio de 50 pacientes adolescentes de entre 14 y 17 años en estado de gestación que tuvieron algún condicionante clínico que desencadeno un parto pretermino.

Se consideró como unidad muestra de análisis y observación a las embarazadas que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión.

3.3 VIABILIDAD

Esta investigación resultó ser factible debido a que se contó con el respaldo institucional y colaboración del área de Ginecología que me facilitaron los datos necesarios para el trabajo.

3.4 CRITERIOS DE INCLUSION

- Sexo femenino
- Rango de edad 14- 17 años
- Parto prematuro

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Mujeres embarazadas adultas
- Adolescentes con parto a término
- Mujeres de otra casa de Salud

3.5 CONSIDERACIONES BIOETICAS

La elaboración de este trabajo de titulación tiene como fin la obtención del título de Médico, teniendo el pleno conocimiento que la Historia clínica es un documento legal se realiza una solicitud de autorización a los directivos del Hospital León Becerra Camacho, para que el servicio de estadística me permita el acceso a la base de datos de enero del 2014 a diciembre del 2014, con el único propósito de efectuar una investigación del tema propuesto.

Es necesario recalcar que los datos estadísticos obtenidos no son de dominio público y solo son utilizados por el investigador para fines científicos. Cumpliendo de esta manera lo que indica la Ley orgánica de salud en el Capítulo III. Art 7 f) Tener una historia clínica única redactada en términos precisos, comprensibles y completos; así como la confidencialidad respecto de la información en ella contenida y a que se le entregue su Epicrisis.

3.6 RECURSOS HUMANOS Y FISICOS

3.6.1 HUMANOS

- Estudiante de Medicina.
- Tutor.
- Secretaria de estadística.
- Secretaria de Docencia

3.6.2 FISICOS

- Computadora.
- Papel bond.
- Bolígrafos.
- Libros.
- Pen drive.
- Cd.

3.7 INSTRUMENTOS DE EVALUACION O RECOLECCION DE DATOS

Se realiza una solicitud de autorización a los directivos y al departamento de docencia del Hospital León Becerra Camacho, para que se me permita tener acceso a la revisión de Historias clínicas de pacientes con diagnóstico de embarazo en mujeres adolescentes, infección de vías urinarias en el embarazo, recién nacido pretermino. Posterior a la aprobación se me facilita una base de datos con dichos pacientes por parte del personal de estadística. Luego se procede a la obtención de las historias clínicas del hospital y a la revisión de cada una de las carpetas obteniendo información a través de una ficha recolectora de datos para realizar este trabajo.

3.8 METODOLOGÍA PARA EL ANÁLISIS DE RESULTADOS

Luego de la revisión de las historias clínicas de los pacientes, se procede a registrar los datos obtenidos en Microsoft Excel, expresando los resultados mediante tablas y gráficos para posteriormente poder realizar el análisis respectivo.

3.9 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES DE INVESTIGACION

| VARIABLES | DEFINICION | INDICADORES | ESCALA VALORATIVA | FUENTE |
|----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|------------------|
| V. DEPENDIENTE Parto Prematuro | El parto que comienza antes de la semana 37 se llama "pretérmino" o "prematuro" | Edad gestacional | 28 a 36 semanas | Historia Clínica |
| | | Educación sexual | Conocimientos sobre educación sexual | Historia Clínica |
| V. INDEPENDIENTE Factores de Riesgo y Complicaciones | Es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades y sufrir complicaciones en la salud | Edad materna | + 12 a 15 años +15 a 18 años | Historia Clínica |
| V. INTERVINIENTE Factores asociados | Problemas personales Baja autoestima Problemas familiares | Factores de riesgo asociados. | Violencia sexual | Historia Clínica |
| | | Baja autoestima | Drogadicción | |

3.10 TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACION.

Estudio de tipo observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo.

3.11 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

| ACTIVIDADES REALIZADAS | MESES | | | | | | | |
|--------------------------------------------|------------|---------|-----------|-----------|-------|---------|-------|-------|
| | SEPTIEMBRE | OCTUBRE | NOVIEMBRE | DICIEMBRE | ENERO | FEBRERO | MARZO | ABRIL |
| ELABORACION DEL TEMA DEL PROYECTO | ■ | | | | | | | |
| APROBACION DEL TEMA DEL PROYECTO | | | ■ | | | | | |
| REVISION BIBLIOGRAFICA | | | ■ | | | | | |
| REVISION DEL ANTEPROYECTO | | | | ■ | | | | |
| RECOLECCION DE DATOS | | | | | ■ | | | |
| SELECCIÓN Y REVISION DE HISTORIAS CLINICAS | | | | | | ■ | | |
| ELABORACION DEL TEMA DE TITULACION | | | | | | | ■ | |

El cronograma de actividades se realizó desde septiembre del 2015 hasta Marzo del 2016.

FUENTE: Datos del Hospital León Becerra Elaborado por el autor

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
ESCUELA DE MEDICINA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
FACTORES DE RIESGO Y COMPLICACIONES EN PARTO PREMATURO
EN ADOLESCENTES DE 14 A 17 AÑOS EN HOSPITAL LEON BECERRA
CAMACHO 2014.

NOMBRE:

HISTORIA CLINICA:

| | |
|---------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| Edad: | |
| 14 AÑOS () | 15 AÑOS () 16 AÑOS () 17 AÑOS () |
| Etnia: | |
| Indígena () | mestizo () afroamericano () otros () |
| Sexo | |
| Masculino () | femenino () |
| Instrucción | |
| Primaria () | Secundaria () |
| Procedencia: | |
| Zona rural () | provincia () ciudad () |
| Edad Gestacional: | |
| FACTORES DE RIESGO | Múltiples parejas |
| sexuales | () |
| Gastritis | () |
| Hipertensión arterial | () |
| Anemia | () |
| Diabetes | () |
| Controles prenatales | () |
| FACTORES DE RIESGO | |
| Infeción vías urinarias | () |
| Infeción vaginal | () |
| Asma | () |
| Complicaciones | |
| Preeclampsia | () |
| Diabetes gestacional | () |
| Placenta previa | () |
| Trastornos liquido amniotico | () |
| Malformaciones fetales | () |
| Alteraciones hidroelectrolítica | () |
| Ninguno | () |
| Diagnóstico de ingreso: | |
| Diagnóstico y condiciones de egreso: | |
| Estancia hospitalaria: | |
| Menor de 3 días | () |
| De 3 a 5 días | () |
| Mayor de 5 días | () |
| Egreso | Vivo Muerto |
| RESULTANTE NEONATAL | |
| APGAR: | |
| TALLA: | |
| PESO: | |

CAPITULO IV

4. RESULTADOS Y DISCUSION

4.1 RESULTADOS

La información ha sido obtenida mediante una hoja de recolección de datos a partir de los expedientes clínicos de 100 Pacientes, con diagnóstico de embarazo en mujer adolescente, parto pretérmino, infección de vías urinarias asociada al embarazo. Finalmente los resultados obtenidos se han convertido en porcentajes mediante formula utilizando el programa de Microsoft Excel.

4.1.1 DISTRIBUCION SEGÚN EL RANGO DE EDAD EN PACIENTES ADOLESCENTES EMBARAZADAS DEL HOSPITAL LEON BECERRA CAMACHO EN EL AÑO 2014.

TABLA N. 1

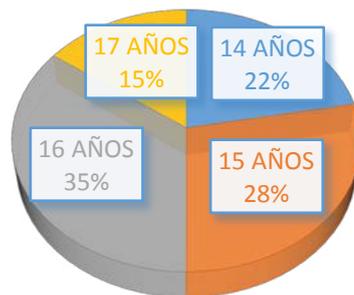
| EDAD | NUMERO DE CASOS | PORCENTAJE |
|-------------------------------|-----------------|------------------------|
| 14 AÑOS | 22 | 22% |
| 15 AÑOS | 28 | 28% |
| 16 AÑOS | 35 | 35% |
| 17 AÑOS | 15 | 15% |
| El Hospital L.Becerra Camacho | | Elaborado por el autor |

ANÁLISIS E INTERPRETACION

En esta tabla podemos apreciar que la edad más frecuente donde aparecen embarazos en adolescente es a los 16 años con el 35%.

GRAFICO N.1.

DISTRUBUCION SEGUN EDADES DE PACIENTES EMBARAZADAS ADOLESCENTES EN HOSPITAL LEON BECERRA CAMACHO 2014



Datos del Hospital Becerra Camacho

Elaborado por el autor

ANÁLISIS E INTERPRETACION

Se pudo determinar en el estudio que de un total de 100 pacientes estudiados (100% de los casos) de mujeres embarazadas, la edad de presentación más frecuente fue 16 años de edad, representando el 35% de los casos.

**4.1.2 DISTRIBUCION SEGÚN LA PROCEDENCIA DE PACIENTES
 ADOLESCENTES EMBARAZADAS EN EL HOSPITAL LEON BECERRA
 CAMACHO AÑO 2014.**

TABLA N. 2

| PROCEDENCIA | NUMERO DE CASOS | PORCENTAJE % |
|--------------------------------------------|------------------------|---------------------|
| Datos del Hospital Icaza Bustamante | | |
| ZONA URBANA | | |
| MILAGRO | 63 | 63% |
| ZONA RURAL | | |
| LOS MONOS | 10 | 10% |
| KM 26 | 7 | 7% |
| MARISCAL SUCRE | 5 | 5% |
| ROBERTO ASTUDILLO | 5 | 5% |
| CHIRIJOS | 1 | 1% |
| ENRIQUE VALDEZ | 1 | 1% |
| ERNESTO SEMINARIO | 1 | 1% |
| CAMILO ANDRADE MANRIQUE | 1 | 1% |
| PROVINCIA | | |
| LOS RIOS | 4 | 4% |
| CHIMBORAZO | 2 | 2% |

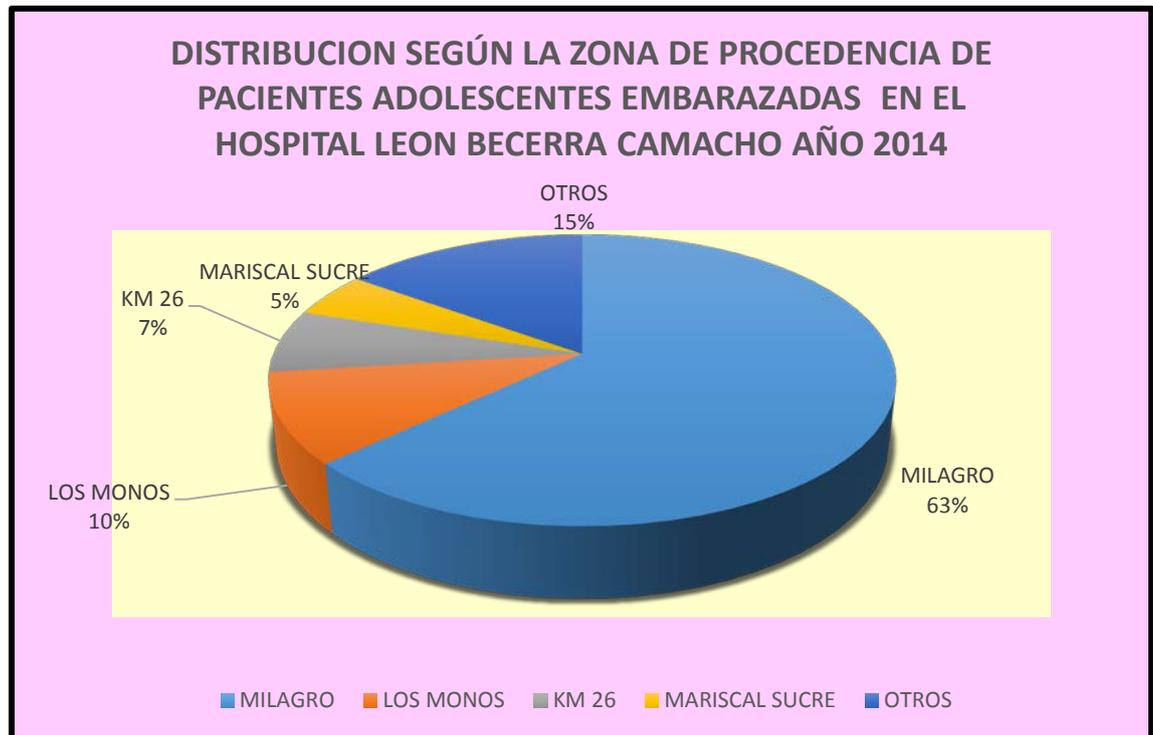
FUE NTE : Datos del Hospital León Becerra Elaborado por el autor

ANÁLISIS INTERP

RETACION

En esta tabla se puede apreciar que la procedencia de casos de embarazo pretermino pertenece al área urbana en mayor proporción Milagro con 63 casos lo que significa un 63% de la población escogida para este estudio.

GRAFICA N. 2



FUENTE: Datos del Hospital Leon Becerra

Elaborado por el autor

ANÁLISIS E INTERPRETACION

En este grafico se puede apreciar que la procedencia de casos de embarazo en adolescentes pertenece en su mayoría al área urbana de Milagro con 63 casos lo que significa un 63% de la población escogida para este estudio.

4.1.3 FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES ADOLESCENTES EMBARAZADAS DEL HOSPITAL LEON BECERRA CAMACHO AÑO 2014.

TABLA N. 3



FUENTE: Datos del Hospital León Becerra Elaborado por el autor

ANÁLISIS E INTERPRETACION

En esta tabla se puede apreciar que el factor de riesgo que predomina en mujeres adolescentes embarazadas de 14 a 17 años es la infección de vías urinarias con el 47%.

GRAFICO N.3



FUENTE: Datos del Hospital León Becerra Elaborado por el autor

ANÁLISIS E INTERPRETACION

En este grafico se aprecia que el factor de riesgo que predomina en mujeres adolescentes embarazadas de 14 a 17 años es la infección de vías urinarias con el 47% seguida de vaginosis con el 21%.

4.1.4 INCIDENCIA DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE 14 A 17 AÑOS QUE SE PRESENTARON DE ACUERDO A LOS MESES DE INVESTIGACIÓN

TABLA N. 4

INCIDENCIA DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE 14 A 17 AÑOS QUE SE PRESENTARON DE ACUERDO A LOS MESES DE INVESTIGACIÓN

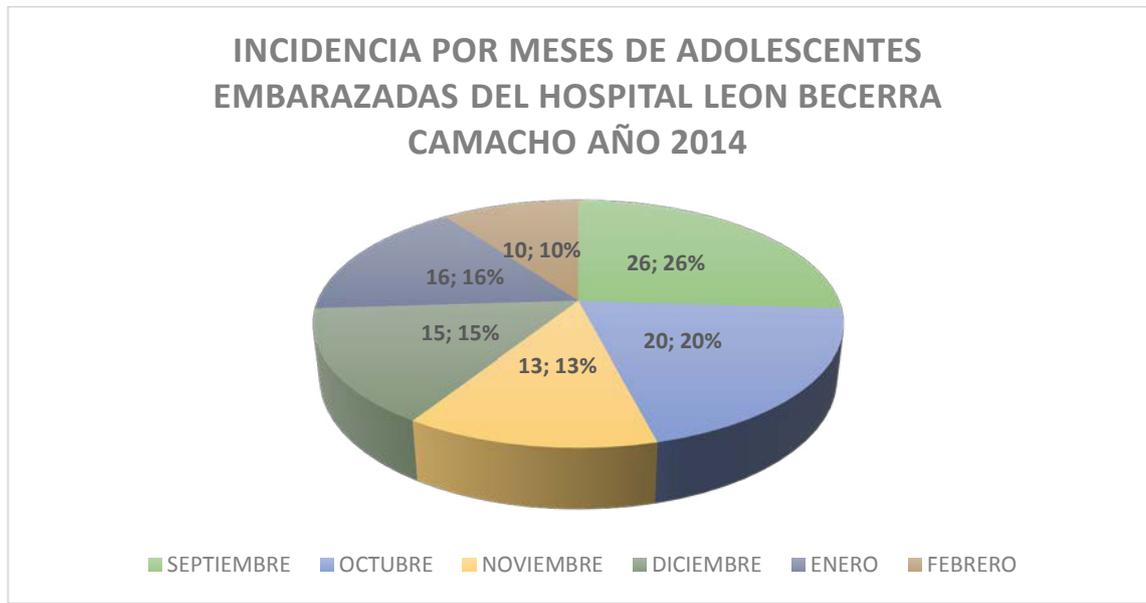
| MESES | N. CASOS | PORCENTAJE |
|------------|----------|------------|
| SEPTIEMBRE | 26 | 26% |
| OCTUBRE | 20 | 20% |
| NOVIEMBRE | 13 | 13% |
| DICIEMBRE | 15 | 15% |
| ENERO | 16 | 16% |
| FEBRERO | 10 | 10% |

FUENTE: Datos del Hospital León Becerra Elaborado por el autor

ANÁLISIS E INTERPRETACION

La tabla nos muestra que el mayor porcentaje de adolescentes embarazadas de 14 a 17 años se presentó en el mes de septiembre 26%, seguido de octubre 20%, noviembre 13%, diciembre 15% y enero 16%, mientras que el menor porcentaje se presentó en el mes de Febrero con 10%.

GRAFICO N. 4



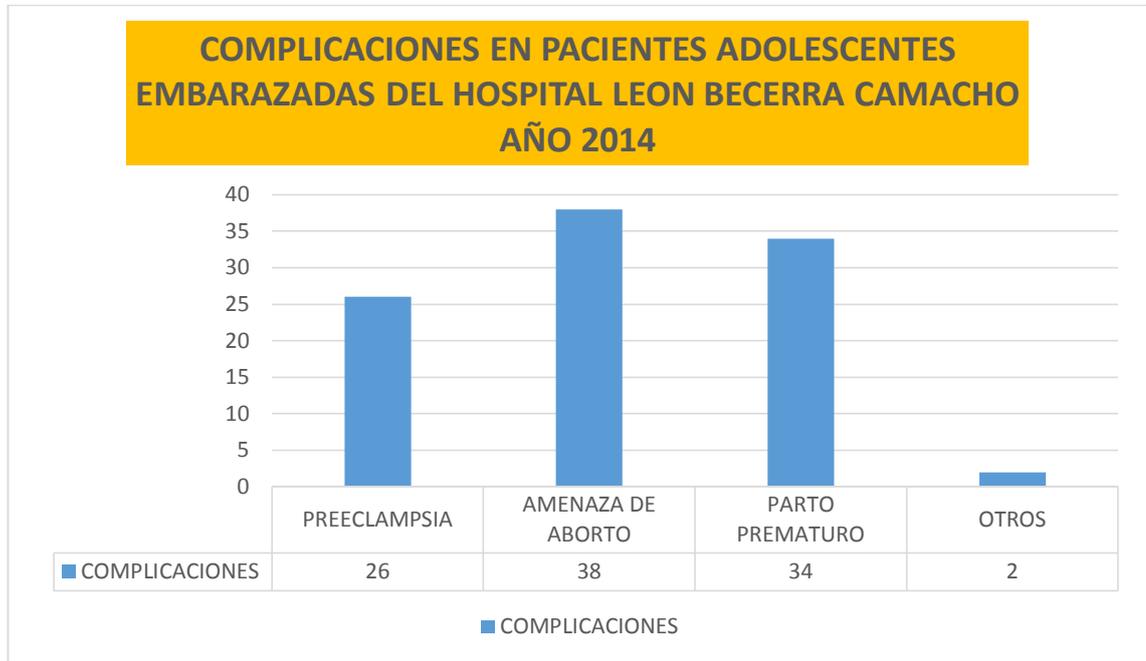
FUENTE: Datos del Hospital León Becerra Elaborado por el autor

ANÁLISIS E INTERPRETACION

El gráfico muestra que el mayor porcentaje de adolescentes embarazadas de 14 a 17 años se presentó en el mes de septiembre 26%, seguido de octubre 20%, noviembre 13%, diciembre 15% y enero 16%, mientras que el menor porcentaje se presentó en el mes de Febrero con 10%

4.1.5 COMPLICACIONES EN PACIENTES ADOLESCENTES EMBARAZADAS DEL HOSPITAL LEON BECERRA CAMACHO AÑO 2014.

TABLA N. 5

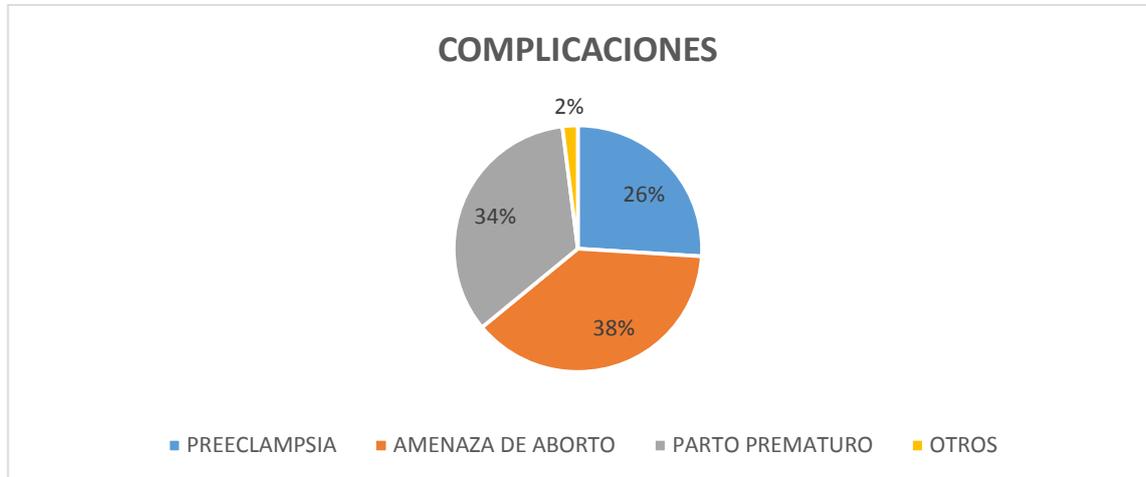


FUENTE: Datos del Hospital León Becerra Elaborado por el autor

ANÁLISIS E INTERPRETACION

La tabla nos demuestra que la mayor complicación materna presentada fue Amenaza de aborto 38%, seguido de parto prematuro 34%, y preeclampsia 26 %.

GRAFICO N. 5



FUENTE: Datos del Hospital León Becerra Elaborado por el autor

ANÁLISIS E INTERPRETACION

El gráfico muestra que la mayor complicación materna presentada fue Amenaza de aborto 38%, seguido de parto prematuro 34%, y preeclampsia 26 %.

4.1.6 INDICE DE PARTOS POR VIA VAGINAL Y ABDOMINAL EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS

| TRATAMIENTO | N. CASOS | PORCENTAJE % |
|---------------|----------|--------------|
| PARTO VAGINAL | 40 | 40% |
| CESAREA | 60 | 60% |
| TOTAL | 100 | 100% |

FUENTE: Datos del Hospital León Becerra Elaborado por el autor

ANÁLISIS E INTERPRETACION

La tabla muestra que el mayor índice de terminación del embarazo en este tipo de pacientes fue la cesárea 60%, y el parto vaginal 40 %.

GRAFICO N. 6



FUENTE: Datos del Hospital León Becerra Elaborado por el autor

ANÁLISIS E INTERPRETACION

El gráfico muestra que el mayor índice de terminación del embarazo en este tipo de pacientes fue la cesárea 60%, y el parto vaginal 40 %.

4.1.7 INCIDENCIA DE ESTADO CIVIL DE PACIENTES EMBARAZADAS ADOLESCENTES DEL HOSPITAL LEON BECERRA CAMACHO AÑO 2014.

TABLA N.7

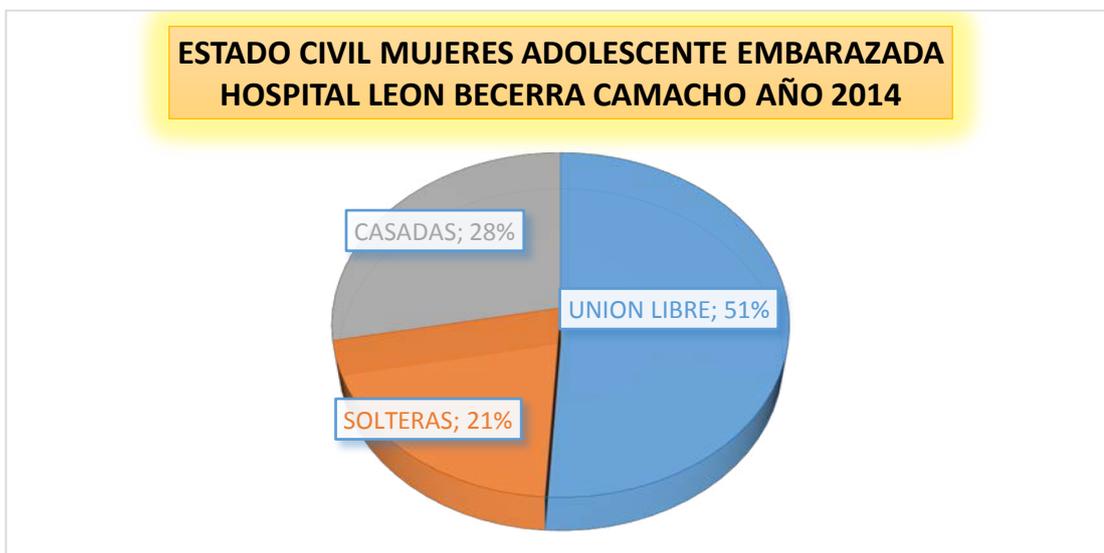
| ESTADO CIVIL | N. CASOS | PORCENTAJE |
|--------------|----------|------------|
| UNION LIBRE | 51 | 51% |
| SOLTERAS | 21 | 21% |
| CASADOS | 28 | 28% |
| TOTAL | 100 | 100% |

FUENTE: Datos del Hospital León Becerra Elaborado por el autor

ANÁLISIS E INTERPRETACION

La tabla muestra que el estado civil que predomina en mujeres adolescentes embarazadas es unión libre con un 51%, seguido de casadas 28% y por último solteras en un 21%.

GRAFICO N.7



FUENTE: Datos del Hospital León Becerra Elaborado por el autor

ANÁLISIS E INTERPRETACION

El grafico demuestra que el estado civil que predomina en mujeres adolescentes embarazadas es unión libre con un 51%, seguido de casadas 28% y por último solteras en un 21%.

4.2 DISCUSION

La adolescencia siempre ha sido una etapa compleja de entender para el mundo adulto, sobre todo a la hora de hablar de sexo. En Ecuador, el embarazo adolescente se mide usualmente entre los 12 a 19 años, tramo en que las cifras están descendiendo.

Según un estudio en Chile titulado “Madres-niñas adolescentes de 14 años y menos, en el 2012”, se presenta un grave problema de salud pública no resuelto en Chile”, las embarazadas de 11 a 14 años representan poco menos del 3 % de la población de madres; en nuestro estudio estas adolescentes representan el 10%, Sin embargo, esa cifra esconde una serie de dramas sociales, los niños que son hijos de adolescentes “no son esperados y eso provoca que nazcan en un entorno que no los quiere, por lo que la tasa de maltrato, accidentes en el hogar y abandono es mucho mayor en este grupo” 9%, en nuestro estudio se presentó el 20 %.

Lo que representa un problema grave en nuestro país. Más aún cuando las tasas de embarazo adolescente están íntimamente ligadas con la condición socioeconómica de las menores adolescentes y su familia. El Centro Latinoamericano de Salud y Mujer (CELSAM) da a conocer un trabajo de investigación en el 2013 que 2/3 de las jóvenes encuestadas entre 13 y 19 años, dicen que en su colegio no tienen un programa estable de educación sexual; piden una educación “más realista” y señalan que su principal temor es al embarazo.

Esto, sin importar su condición socioeconómica. En nuestro estudio la falta de educación sexual es del 30 %. Actualmente se tiene mucha preocupación ya que el 22% de gestantes adolescentes en nuestro estudio son secundigestas.

En cuanto a la procedencia, en su mayor parte corresponde a la ciudad de Milagro, quizás sea porque todavía existen zonas de pobreza que presenten factores de riesgo asociados que predisponen a esta patología, o por la falta de prevención en pacientes sexualmente activos.

CAPÍTULO V

5. CONCLUSIONES

Al término de este estudio concluimos lo siguiente:

1. En cuanto a los meses de investigación el mayor porcentaje de adolescente embarazadas de 14 a 17 años se presentó en el mes de septiembre 26%, seguido de octubre 20%, y enero 16%, mientras que el menor porcentaje se presentó en el mes de febrero con 10%.
- 2 . De acuerdo al estado civil el mayor porcentaje de adolescente embarazada se presentó en pacientes del unión libre 51%, seguido de solteras 21%, y separadas 19%, mientras que el menor porcentaje se presentó en pacientes casadas 9%.
- 3 En cuanto a factores de riesgos que predisponen a problemas obstétricos en adolescentes embarazadas, corresponde a IVU con 47%, seguido de vaginosis 21%, y exceso físico 17%, mientras que el menor porcentaje fue traumatismo 15%.
- 4 La terminación del embarazo en este tipo de pacientes, fue la cesárea 60%, seguido del parto vaginal 40 %.
- 5 En cuanto a la mayor complicación materna presentada en adolescentes embarazadas, fue amenaza de aborto 40%, seguido de parto prematuro 34%, y preeclampsia 26 %.

CAPÍTULO VI

6. RECOMENDACIONES

- 1.- Orientar a las pacientes gestantes adolescentes a la realización de controles prenatales subsecuentes desde que se diagnostica el embarazo o su primera consulta.
- 2.- Realizar una detallada historia clínica en las gestantes adolescente, más aun las que presentan mayor riesgo obstétrico.
- 3.- Notificar a las pacientes sobre las complicaciones que pudieran presentarse en un embarazo en adolescentes.
- 4.- Instruir a las pacientes un aseo adecuado para prevenir las infecciones que pudieran conducir a vaginosis e infecciones urinarias dentro del embarazo.
- 5.- Informar y educar a los estudiantes de escuela del último año, y alumnos de colegio de ciclo básico y diversificado, mediante charlas, presentación de mimos, videos, trípticos, sobre educación sexual, y embarazo en adolescentes.

Al ministerio de salud publica

- Realizar seguimiento médico – clínico a todas las pacientes posterior al diagnóstico de embarazo en adolescentes, ejecutar exámenes de laboratorio y valoraciones Gineco – Obstétrica minuciosa.
- Aportar información a los centros de primer nivel para el manejo adecuado.

7. PROPUESTA

- 1.- Advertir a las pacientes sobre las complicaciones que pudieran presentarse en un embarazo en adolescentes.
- 2.- Ejecutar seguimiento médico – clínico a todas las pacientes posterior al diagnóstico de embarazo en adolescentes, realizar exámenes de laboratorio y valoraciones Gineco – Obstétrica minuciosa.-
- 3.- Instruir y educar a los estudiantes de escuela del último grado, y alumnos de colegio de ciclo básico y diversificado, mediante charlas, presentación de mimos, videos, trípticos, películas, sobre educación sexual, y embarazo en adolescentes.
- 4.- Orientar a las pacientes gestantes adolescentes, a la realización de controles prenatales subsecuentes desde que se diagnostica el embarazo o en su primera consulta, siendo visitada en sus hogares por parte de un profesional de la salud.
5. Determinar con cautela en las primeras consultas los factores de riesgos que predisponen a problemas obstétricos en adolescentes embarazadas, como infecciones de vías urinarias, exceso físico, Vaginosis, y traumatismo entre los más importantes.
6. Reconocer y denunciar las posibles causas psico - sociales que conllevan a un embarazo en adolescente y sus repercusiones médico- sociales como el maltrato, abuso sexual.

BIBLIOGRAFIA

Abarzúa CF, Zajer C, Donoso B, Belmar J, Riveros JP, González BP, Oyarzún E. Reevaluación de la sensibilidad antimicrobiana de patógenos urinarios en el embarazo. RevChilObstetGinecol. Pontificia Universidad Católica de Chile. Año 2011.

Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Protocolo de la infección urinaria durante el embarazo. Información terapéutica del Sistema Nacional de Salud. 2015.

González P. Infección urinaria. Escuela de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile. [en línea] 2011.

Gómariz M, Vicente D, Pérez Trallero E. Infecciones urinarias no complicadas. Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud. 2012 .

Cárdenas C, Figueroa DM, Domínguez Jiménez B, Guzmán G, Ayorro C. Guía para el tratamiento de las IVU en embarazadas. 2014.

Cabero L, Cabrillo Rodríguez E, Davi Armengol E y col. Orientación diagnóstica de la ITU durante la gestación. Zambon: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia 2011.

Contreras D, Valverde M, de la Cruz S, González L, Valdéz N. Aspectos de la infección urinaria en el adulto. RevCubMed Gen Integral 2013.

Yomayusa N, Altahona H. Infección de la vía urinaria inferior. Guías para manejo de urgencias. 2012.

Cárdenas C, Guía para el tratamiento de las ivu en embarazadas 2011.

Ministerio de salud pública. Normas y procedimientos para la atención de la salud reproductiva. Quito: m.s.p; 2014.

Revista chilena de obstetricia y ginecología versión on-line issn 0717-7526 rev.Chil. Obstet. Ginecol. Vol.77 no.5 santiago 2012.

Revista cubana de obstetricia y ginecología versión issn 0138-600x - vol.38 no.3 2012.

Botella Illusiá, José A. Claveo Núñez Tratado de Ginecología Editorial Díaz de Santos 10 edición | 2011 | 1072

Caballero, J 2012. "Ginecología clínica". Madrid-España, Editorial Panamericana

Cabero, L 2011- "Tratado de Ginecología y Medicina de La Reproducción". Barcelona-España, Editorial Panamericana.

Cifuentes, B, 2013, "Urgencias en Obstetricia" Bogotá -Colombia. Editorial Distribuya

Organización Mundial de la Salud, OMS (2010, Octubre 20). Visitado Noviembre 12, 2010

Shutt-Aine, J. Maddaleno, M, (2013) Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas: Implicaciones en programas y políticas, Organización Panamericana de la Salud, pp.

SALAMANCA, Ana Belén, La Investigación Cualitativa en las Ciencias de la Salud, Revista Científica NURE, Visitado el 39 de Enero, 2011, Departamento de investigación FUDEN.

American College of Obstetricians and Gynecologists. Preterm labor. Committee opinion N° 206. Washington, D.C.: ACOG, 2012

American College of Obstetricians and Gynecologists. Preterm labor. Committee opinion N° 321. Washington, D.C.: ACOG, 2011.

Connon A. An assessment of key aetiological factors associated with preterm birth and perinatal mortality. Aust NZ J ObstetGynaecol 2011; 32:200-3.

Clinical and environmental predictors of preterm labor. Obstet Gynecol 2012; 81(Pt 1):750-7.

Hueston W. The effectiveness of preterm-birth prevention educational programs for high-risk women: a metaanalysis. ObstetGynecol 2011; 86:705-12.

Kamieszky Y Obstetricia y perinatología. Principios y práctica. Primera edición. Reimpresión, 2012; 2:1460.

Oyarzún E. Parto Prematuro. Clínicas Perinatológicas Argentinas 20012; 1:32-76.

Terzidou D. Preterm Labour. Current opinion in Obstetrics and Gynecology 2013; 14: 105-113.

ANEXOS

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
ESCUELA DE MEDICINA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

**FACTORES DE RIESGO Y COMPLICACIONES EN PARTO PREMATURO
EN ADOLESCENTES DE 14 A 17 AÑOS EN HOSPITAL LEON BECERRA
CAMACHO 2014.**

NOMBRE:

HISTORIA CLINICA:

| | | | |
|--------------------------|----------------|-------------------|-------------|
| Edad: | | | |
| 14 AÑOS () | 15 AÑOS () | 16 AÑOS () | 17 AÑOS () |
| Etnia: | | | |
| Indígena () | mestizo () | afroamericano () | otros () |
| Sexo | | | |
| Masculino () | femenino () | | |
| Instrucción | | | |
| Primaria () | Secundaria () | | |
| Procedencia: | | | |
| Zona rural () | provincia () | ciudad () | |
| Edad Gestacional: | | | |

| | |
|-------------------------------------|-----|
| FACTORES DE RIESGO Múltiples | |
| parejas sexuales | () |
| Gastritis | () |
| Hipertensión arterial | () |
| Anemia | () |
| Diabetes | () |
| Controles prenatales | () |

| | |
|---------------------------|-----|
| FACTORES DE RIESGO | |
| Infección vías urinarias | () |
| Infección vaginal | () |
| Asma | () |

| |
|---------------------------------------------|
| Diagnóstico de ingreso: |
| Diagnóstico y condiciones de egreso: |

| | |
|---------------------------------|-----|
| Complicaciones | |
| Preeclampsia | () |
| Diabetes gestacional | () |
| Placenta previa | () |
| Trastornos liquido amniotico | () |
| Malformaciones fetales | () |
| Alteraciones hidroelectrolítica | () |
| Ninguno | () |

| |
|-------------------------------|
| Estancia hospitalaria: |
| RESULTANTE NEONATAL |

| | |
|---------|--|
| APGAR : | |
| TALLA: | |
| PESO : | |