



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
 FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
 ESCUELA DE GRADUADOS
 TELEFAX: 042-288086
 Guayaquil - Ecuador

Guayaquil, 05 de Mayo de 2015

Doctor
Raúl Intriago López
 DIRECTOR
 ESCUELA DE GRADUADOS
 Ciudad.-

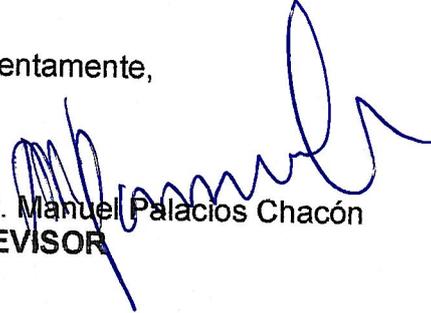
*Acceso a internet
 por parte de representante*

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
 FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
 ESCUELA DE GRADUADOS
 Dr. Guillermo Campuzano C.
 SUBDIRECTOR

De mis consideraciones:

Revisada la Tesis titulada "PRINCIPALES PATOLOGIAS Y FACTORES DE RIESGO DE LAS ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL PERIODO 2010 - 2012" de la Dra. Myriam Pérez Ortega para optar por el grado de Magister en Ginecología Infante Juvenil y Salud Reproductiva del Adolescente habiendo cumplido con los cambios sugeridos, informo a usted que al cumplir con los requisitos para la aprobación, está considerado como válido para la elaboración del documento final previo a la sustentación de la misma.

Atentamente,


 Dr. Manuel Palacios Chacón
 REVISOR

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
 ESCUELA DE GRADUADOS

FECHA: 02/06/2015

HORA: 15:40

RECIBIDO POR: Daniela M. Ibarra Kuera



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE GRADUADOS
TELEFAX: 042-288086
Guayaquil - Ecuador

Of. EG#053-2015/ PROY

Abril 01 de 2015

Doctora
Miriam Pérez Ortega
MAESTRIA GINECOLOGIA INFANTO JUVENIL Y
SALUD REPRODUCTIVA DEL ADOLESCENTE

Ciudad.-

De mis consideraciones:

Por medio del presente oficio comunico a usted, que su ANTEPROYECTO de investigación titulado:

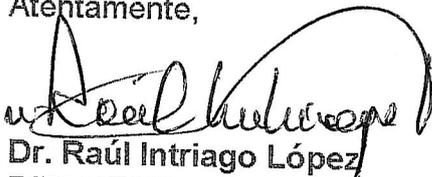
“PRINCIPALES PATOLOGIAS Y FACTORES DE RIESGO DE LAS ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL PERIODO 2010 - 2012”.

Tutor: Obst. Delia Crespo Antepara, MSc.

Ha sido aprobado por la Dirección de esta Escuela de Graduados, el día 30 de Marzo del 2015, por lo tanto puede continuar con la ejecución del BORRADOR FINAL.

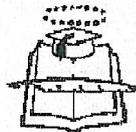
Revisor: Dr. Manuel Palacios Chacón.

Atentamente,


Dr. Raúl Intriago López
DIRECTOR
ESCUELA DE GRADUADOS

C. archivo

Revisado y Aprobado:	Dr. Raúl Intriago L.
Elaborado:	Srta. Daniela Ibarra R.



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE OBSTETRICIA.-
DIRECCIÓN**

Ciudadela Salvador Allende.- Teléfono 2288133

Oficio 258-DEOG
Guayaquil, Mayo 22 2015

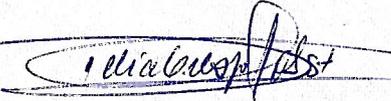
Señor Doctor
Raúl Intriago López; MSc
Director Escuela de Graduados
Facultad de Ciencias médicas
Universidad de Guayaquil.

De mi consideración

Para su conocimiento y fines pertinentes comunico a ud. que he procedido a la revisión y corrección de la Tesis presentada por la DRA. MIRYAM PÉREZ ORTEGA, previa la obtención del grado de Magister en Ginecología Infanto juvenil y Salud Reproductiva del adolescente, mismas que fueron sugeridas por el revisor, encontrándose apta para Sustentarla.

Adjunto al presente la Tesis concluida, revisada y corregida: PRINCIPALES PATOLOGÍAS Y FACTORES DE RIESGO DE LAS ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL. PERIODO 2010-2012.

Atentamente.


Obst. Delia Crespo Antepará; MSc.
TUTORA



Ministerio
de **Salud Pública**

Hospital Universitario de Guayaquil
"Gerencia Hospitalaria"



Guayaquil, 28 de mayo del 2015

CERTIFICADO

Por medio de la presente certifico que la Dra. Miryam Pérez Ortega con cédula de ciudadanía # 0908324783, obtuvo la autorización para el uso de la información que reposa en la base de datos, del Hospital Universitario, con el objeto de realizar la investigación de su tesis con el tema: **PRINCIPALES PATOLOGÍAS Y FACTORES DE RIESGO DE LAS ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL PERIODO 2010-2012.**

Es todo cuanto puedo decir en honor a la verdad, el portador del presente puede hacer uso del documento para sus fines pertinentes.

Dr. Kevin Dickens Guerrero
Gerente Hospitalario

Hospital Universitario de Guayaquil MSP





UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE GRADUADOS

**PRINCIPALES PATOLOGÍAS Y FACTORES DE RIESGO DE LAS
ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE
GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE
GUAYAQUIL PERIODO 2010 - 2012**

**TESIS PRESENTADA COMO REQUISITO PARA OPTAR POR EL
GRADO DE MAGÌSTER EN GINECOLOGÍA INFANTO- JUVENIL
Y SALUD REPRODUCTIVA DEL ADOLESCENTE**

AUTORA:

Md. Miryam del Pilar Pérez Ortega

TUTORA:

Obs. Delia Crespo Antepara, Mgs.

AÑO 2016

GUAYAQUIL-ECUADOR



Presidencia
de la República
del Ecuador



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGIA		
FICHA DE REGISTRO DE TESIS		
TÍTULO Y SUBTÍTULO: PRINCIPALES PATOLOGÍAS Y FACTORES DE RIESGO DE LAS ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL PERIODO 2010 – 2012.		
AUTOR/ES: Md. Miryam Pérez Ortega	TUTOR: Obs. Crespo Antepara, Delia. REVISOR: Dr. Palacios Chacón, Manuel.	
INSTITUCIÓN: Universidad de Guayaquil	FACULTAD: Ciencias Médicas	
CARRERA: Maestría en Ginecología Infanto Juvenil y Salud Reproductiva del Adolescente.		
FECHA DE PUBLICACIÓN: 13/04/2016	No. DE PÁGS: 69	
ÁREAS TEMÁTICAS: SALUD		
PALABRAS CLAVE: Adolescentes, factores de riesgo, Salud Reproductiva, Salud Preventiva.		
RESUMEN: El presente estudio analiza la aparición, distribución y frecuencia de las principales patologías, así como los factores de riesgo que se registran entre las pacientes en edad adolescente que acudieron al hospital Universitario entre 2010 y 2012. Se advierte sobre estas características más importantes, haciendo énfasis en aspectos biológicos tales como el riesgo de padecer anemia, infección urinaria, además del riesgo de aborto, y complicaciones en la salud reproductiva. Entre los hallazgos más relevantes están que el promedio de edad de estas pacientes es de 16.9 años, 54% de las cuales acudieron en estado de embarazo, con un promedio de gestaciones de 1.29. Una de cada tres adolescentes buscó atención para controlar su embarazo y el 4% del total llegó con amenaza de aborto. En cuanto a los antecedentes, el 37% había tenido un parto, el 40% una cesárea y al menos un aborto el 18%. La morbilidad ginecológica más frecuente es la Vulvovaginitis por Cándida, en el 17% de los casos, seguida por la Amenorrea secundaria en el 13% de las pacientes.		
No. DE REGISTRO (en base de datos):	No. DE CLASIFICACIÓN:	
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0987977566	E-mail: dramiryamperez@yahoo.com
CONTACTO EN LA INSTITUCIÓN:	Nombre: SECRETARIA DE LA ESCUELA DE GRADUADOS	
	Teléfono: 2- 288086	
	E-mail: egraduadosug@hotmail.com	

RESUMEN

Teniendo en cuenta los nuevos avances en el campo de la salud reproductiva de los adolescentes, esta Tesis estudia la aparición, distribución y frecuencia de las principales patologías, así como los factores de riesgo que se registran entre las pacientes que acuden al hospital Universitario, el mismo que está situado en la zona de más rápido crecimiento poblacional de Guayaquil. La salud preventiva en esta población de pacientes es clave, y debería convertirse en la primera línea de actividad del sistema público de salud. Para ello, es necesario acercarse a conocer las morbilidades más frecuentes y patrones de demanda de servicios médicos de los adolescentes, factores de riesgos y antecedentes más comunes, tanto de tipo biológico como psicosociales o de conducta.

El aporte que el presente estudio pretende, se encamina a advertir sobre estas características, haciendo énfasis en aspectos biológicos tales como el riesgo de padecer anemia, infección urinaria, además del riesgo de aborto, y complicaciones en la salud reproductiva. Entre los hallazgos más relevantes están que el promedio de edad de estas pacientes es de 16.9 años, 54% de las cuales, en estado de embarazo, un promedio de gestaciones de 1.29. Una de cada tres adolescentes buscó atención para controlar su embarazo y el 4% del total llegó con amenaza de aborto. En cuanto a los antecedentes en relación al embarazo, un parto tuvo el 37%, mientras que una cesárea el 40% de las pacientes y al menos un aborto el 18%. La morbilidad ginecológica más frecuente es la Vulvovaginitis por Cándida, el 17% de los casos, seguida por la Amenorrea secundaria en el 13% de las pacientes.

Palabras claves: Adolescentes, factores de riesgo, Salud Reproductiva, Salud Preventiva.

ABSTRACT

Taking into account new developments in the field of reproductive health of adolescents, this thesis studies the occurrence, distribution and frequency of major diseases and risk factors that are reported among patients attending the University Hospital, it is located in the fastest population growth of Guayaquil. Preventive health in this patient population is key, and should become the first line of activity of the public health system. To do this, you need to come to know the most common morbidities and patterns of demand for medical services for adolescents, risk factors and common history, both biological and psychosocial type or behavior.

The contribution that this study aims, heads to warn of these features, with an emphasis on biological aspects such as the risk of anemia, urinary tract infection, and the risk of abortion and reproductive health complications. Among the most important findings are that the average age of these patients was 16.9 years, 54% of which in a state of pregnancy, an average of 1.29 pregnancies. One in three adolescents sought care to monitor your pregnancy and 4% of total reached with threatened abortion. As for the background in relation to pregnancy, childbirth was 37%, while a caesarean 40% of patients and at least one abortion by 18%. The most common gynecological morbidity is Candida Vulvovaginitis, 17% of cases, followed by secondary amenorrhea in 13% of patients.

Key words: adolescent, risk factors, reproductive health, preventive health.

Contenido

RESUMEN	III
ABSTRACT	IV
INTRODUCCIÓN	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
OBJETIVO GENERAL.....	5
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	5
HIPÓTESIS.....	5
CAPÍTULO 1.....	6
MARCO REFERENCIAL SOBRE TEMAS DE SALUD DE LOS ADOLESCENTES.	6
1.1 ANTECEDENTES DE LA SALUD MENTAL EN LOS ADOLESCENTES	7
1.1.1 SITUACIÓN DE LA SALUD MENTAL, EL COMPORTAMIENTO Y CONSUMO DE SUSTANCIAS ILÍCITAS POR ADOLESCENTES EN ECUADOR	8
1.2 LA VIOLENCIA Y SU IMPACTO EN LOS ADOLESCENTES	13
1.2.1 LOS EFECTOS DE LA VIOLENCIA EN LOS ADOLESCENTES EN ECUADOR.....	13
1.3 LA DESNUTRICIÓN Y LA OBESIDAD ENTRE ADOLESCENTES	17
1.3.1 LOS PROBLEMAS NUTRICIONALES DE LOS ADOLESCENTES EN EL ECUADOR.....	18
1.4 LAS CAUSAS MÁS FRECUENTES DE ATENCIÓN DE ADOLESCENTES EN EL ECUADOR .	21
1.5 LOS PROBLEMAS GINECOLÓGICOS DE LA ADOLESCENCIA	24
1.6 LA FECUNDIDAD ADOLESCENTE EN EL ECUADOR.....	25
1.7 LOS PROBLEMAS GINECOLÓGICOS Y DE SALUD SEXUAL DE LOS ADOLESCENTES EN EL ECUADOR.....	27
1.7.1 LAS PATOLOGÍAS GINECOLÓGICAS DE MAYOR FRECUENCIA	29
1.8 FACTORES DE RIESGO DE LAS ADOLESCENTES ATENDIDA HUG.	37
CAPÍTULO 2.....	39
MATERIALES Y MÉTODOS.....	39
CAPÍTULO 3.....	41
RESULTADOS	41
3.1 LAS ESPECIALIDADES MAS REQUERIDAS POR LAS PACIENTES ADOLESCENTES EN EL HUG	41
3.2 PRINCIPALES PATOLOGIAS Y FACTORES DE RIESGO DE LAS ADOLESCENTES ATENDIDAS EN SERVICIO GICOLOGIA HUG.....	43

3.2.1 MORBILIDADES GINECOLÓGICAS MÁS FRECUENTES EN LAS ADOLESCENTES	51
3.3 ANÁLISIS DE ASOCIACIÓN ENTRE PRINCIPALES VARIABLES.....	52
3.4 ANÁLISIS DE LOS FACTORES DE RIESGO DE LAS ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HUG	55
3.5 ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	60
CONCLUSIONES	63
RECOMENDACIONES.....	65
APÉNDICE 1. FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	67
APÉNDICE 2. PRUEBA DE NORMALIDAD DE LA DISTRIBUCIÓN DE LAS MEDIAS DE LAS VARIABLES CUANTITATIVAS.	68
Bibliografía	70

Índice de Tablas

Tabla 1. Tipo de consumo de marihuana por edades de adolescentes en Ecuador (%).	10
Tabla 2. Tipo de consumo de Cocaína por edades de adolescentes (%)	11
Tabla 3. Diez mayores causas de mortalidad en adolescentes de 10 a 14 años en Ecuador. Año 2011, ambos sexos	15
Tabla 4. Diez mayores causas de mortalidad en adolescentes de 15 a 19 años en Ecuador. Año 2011, ambos sexos.	16
Tabla 5. Porcentaje de nacimientos de niños de madres adolescentes por edad de la madre....	26
Tabla 6. Diez causas más frecuentes de atención hospitalaria, pacientes de 10 a 14 años en Ecuador.	27
Tabla 7. Diez causas más frecuentes de atención hospitalaria en pacientes de 15 a 19 años en Ecuador. Año 2012, ambos sexos.	28
Tabla 8. Etiología de la Amenorrea en adolescentes.....	32
Tabla 9. Distribución de frecuencias de atenciones a adolescentes por especialidad	41
Tabla 10. Distribución de la edad de las pacientes adolescentes	43
Tabla 11. Número de gestaciones de la paciente adolescente	44
Tabla 12. Número de partos que han tenido las pacientes adolescentes	45
Tabla 13. Número de cesáreas que han tenido las pacientes adolescentes.....	46
Tabla 14. Número de abortos practicados a las pacientes adolescentes.....	47
Tabla 15. Resumen estadístico para el número de semanas de embarazo.....	48
Tabla 16. Estadísticos descriptivos de las variables cuantitativas.....	49
Tabla 17. Tabla de frecuencia de condición de embarazo	50
Tabla 18. Morbilidades ginecológicas de las pacientes adolescentes del Hospital Universitario.....	51
Tabla 19. Número de gestaciones por edad de las pacientes.....	53
Tabla 20. Análisis de ANOVA entre el número de gestaciones y las edades de las adolescentes.....	53
Tabla 21. Tabla de frecuencia de factores de Bajo Riesgo	55
Tabla 22. Tabla de frecuencia de factores de Mediano Riesgo	56
Tabla 23. Tabla de frecuencia de factores de Alto Riesgo	57
Tabla 24. Resultados de Prueba de Chi Cuadrado para factores de Riesgo Bajo con relación a la Edad de la adolescente	58
Tabla 25. Resultados de Prueba de Chi Cuadrado para factores de Riesgo Medio con relación a la Edad de la adolescente	58
Tabla 26. Resultados de prueba de Chi cuadrado para factores considerados de Alto riesgo en relación con la edad de la adolescente	59

Índice de Gráficos

Gráfico 1. Porcentaje de estudiantes que declararon usar estimulantes y tranquilizantes sin receta médica en el último año, según sexo a nivel nacional	9
Gráfico 2. Estudiantes que consumen marihuana por tipo de uso y grupos de edad (%).....	10
Gráfico 3. Estudiantes que consumen cocaína por tipo de uso y grupos de edad (%)	11
Gráfico 4. Prevalencia de Baja talla entre adolescentes (%) por sexo.	19
Gráfico 5. Prevalencia de Baja talla entre adolescentes (%) por grupos de edad.....	20
Gráfico 6. Diez causas más frecuentes de hospitalización de adolescentes de 10 a 14 años en el año 2012.....	22
Gráfico 7. Diez causas más frecuentes de hospitalización de adolescentes de 15 a 19 años en el año 2012	23
Gráfico 8. Distribución de frecuencias de las atenciones a adolescentes por especialidad.....	42
Gráfico 9. Distribución de la Edad de las pacientes	43
Gráfico 10. Diagrama de sectores del número de gestaciones	44
Gráfico 11. Diagrama de sectores del número de partos.....	45
Gráfico 12. Diagrama de sectores del número de cesáreas de las pacientes	46
Gráfico 13. Diagrama de sectores del número de abortos en los antecedentes de las pacientes	47
Gráfico 14. Distribución del número de semanas de gestación con que llegan las pacientes ...	48
Gráfico 15. Condición de embarazo al momento de atención.....	50
Gráfico 16. Las 10 morbilidades ginecológicas más frecuentes en las pacientes adolescentes del Hospital Universitario	52
Gráfico 17. Distribución de factores de Bajo Riesgo	55
Gráfico 18. Distribución de factores de Mediano Riesgo	56
Gráfico 19. Histograma de factores de riesgo Altos	57

INTRODUCCIÓN

Demográficamente la adolescencia se considera, según la definición de organismos como la Organización Mundial de la Salud (OMS), al grupo de edad entre 10 y 19 años. En el Ecuador este segmento poblacional pasó de 2,5 millones en el año 2001 a cerca de 3 millones de personas, representando el 20% de la población total millones de personas (1).

Un análisis general de la situación de los adolescentes a nivel global muestra a este grupo poblacional en un número de 1,2 billones al año 2012 (2) en condiciones de vulnerabilidad. En ese año ascendieron a 1,4 millones las víctimas de heridas por accidentes de tránsito, complicaciones durante el parto, suicidios y violencia en general. El mismo informe señala que 71 millones de adolescentes en edad de los primeros años de secundaria no estudian, 2,2 millones, 60% de niñas, viven con VIH, muchas de ellas no saben que están infectadas. Además, según la misma fuente una gran proporción de adolescentes femeninas son víctimas de violencia sexual entre los 15 y 19 años.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) indicó en agosto de 2011 que 2,6 millones de jóvenes de 10 a 24 años mueren anualmente por causas que son prevenibles, y entre otras cifras reveladores de la situación de salud de este grupo de edad señala que se producen aproximadamente 16 millones de partos de mujeres de entre 15 y 19 años, que el 40% de los nuevos casos de VIH son de personas de 15 y 24 años y que aproximadamente el 20% de adolescentes presentan signos de depresión y ansiedad anualmente (3). A esto aún se debe sumar problemas como la violencia de la que son víctimas y el incremento de consumo de alcohol y tabaco.

Entre los trastornos más frecuentes estudiados en los adolescentes en América Latina están los de conducta alimentaria (TCA). En Chile se encontró que alrededor del 95% de quienes sufren estos trastornos son adolescentes y adultas jóvenes.

Esto revelaría una importancia del género femenino en su etiología, (4), y por lo tanto las mujeres estarían en condiciones de mayor nivel de riesgo de desarrollar un trastorno alimentario.

Entre las acciones que la OMS lleva a cabo, están las de registrar los casos de morbilidad, mortalidad y traumatismos que sufren los adolescentes, estudiar alternativas para promover la buena salud, sensibilizar a la comunidad sobre la importancia de este problema y ayudar a los países que promueven programas de control y valoración del estado de salud de jóvenes y adolescentes.

En el Ecuador, el Ministerio de Salud Pública (MSP) señala citando como fuente al INEC que por cada 1.000 niñas de 12 a 14 años, 9 son mamás y que el 17.2 % de las adolescentes de 15 a 19 años son madres, esto es 172 de cada 1.000 adolescentes (5).

Otra de las actividades de organismos del Estado con respecto a los adolescentes en el Ecuador, es la que realiza el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), desde el cual se realizó *una* Agenda para la Igualdad de Niñas, Niños y Adolescentes para los años 2012 y 2013, con políticas públicas encaminadas a observar en el Ecuador el cumplimiento de mejores condiciones para el desarrollo integral de este grupo etario. El Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) en conjunto, entre otras entidades, con el MSP.

Los abortos no especificados están registrados como la quinta causa de morbilidad más frecuente en el Ecuador en el año 2012 (6) tabuladas las morbilidades en ambos sexos. Para el sexo femenino es la segunda causa más importante alcanzando una tasa de 26,47 casos por cada 10 mil mujeres, según la misma publicación.

Los recursos hospitalarios en el Ecuador, en sus distintos indicadores, muestra entre otras cifras la de las camas disponibles por cada mil habitantes: en 1993 se sumaron 1,6 y en el año 2012, veinte años después alcanza la cifra de 1,5, (6). Mientras que el porcentaje de Ginecólogos entre los años 2003 y 2012 varió de 9,11 a 7,52, y el 49% en ejercicio en la Región Sierra (7).

Los indicadores de actividad hospitalaria de atención a los adolescentes del Ecuador indican 154 mil egresos de pacientes de un total de 1 millón 156 mil, representando el 13% de todos los egresos producidos en el año 2012 (6).

Entre las causas más frecuentes de hospitalización de adolescentes en el Ecuador, se observa que para el grupo de 10 a 14 años el *Parto único espontáneo* ocupó el quinto lugar, con 1.217 casos en todo el país, al tiempo que, para el grupo de edad de 15 a 19 años, esta causa acumuló 27.914 casos, siendo la principal causa que explica los egresos hospitalarios, ambas cifras del año 2012 (6). Esto configura un motivo de atención a la problemática de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes.

La Universidad de Guayaquil inició las operaciones del Hospital Universitario en el año 2005, aunque solamente en el servicio de consulta externa, para evolucionar progresivamente a más de especialidades entre médicas y quirúrgicas, a manera de un hospital general. El presente estudio se acerca a conocer qué tanto acuden pacientes en edad adolescente a buscar servicios de salud, y realiza un análisis de la importancia que tienen en la frecuencia de servicios ginecológicos en el periodo entre los años 2010 y 2012. En el año 2013, años de realización de este estudio, el Hospital Universitario de Guayaquil (HOSPITAL UNIVERSITARIO) pasó a depender exclusivamente de la gestión del MSP.

Entre las características principales del HUG están el de contar con 177 camas disponibles en el año 2012, un 41,85% de ocupación diaria frente al 63,62% como indicador nacional, y 38,72 giros de cama anual versus 49,97 que resultó para todos los hospitales del Ecuador (7).

El hospital informó tener 89 médicos, siete de los cuales con la especialidad en Ginecología y obstetricia se ofrecieron 2.994 consultas de morbilidad para pacientes de entre 10 y 14 años, y 4.053 a pacientes de 15 a 19 años, en ambos casos como servicios brindados por médicos (7) En total se atendieron 35.542 servicios de emergencia, los que requirieron 11.403 ingresos de emergencia y 1.756 intervenciones quirúrgicas. En total por razones de morbilidad en el año los médicos atendieron 72.872 consultas en el año 2012, según la misma fuente, de las que 14.674 fueron primeras consultas y 58.198 fueron consultas subsecuentes.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las instituciones encargadas de la salud en el Ecuador, de la ciudad de Guayaquil, y específicamente el Hospital Universitario, necesitan preparar sus recursos para atender de forma completa y oportuna la demanda de servicios de la población adolescente. Se pretende explorar y determinar cuáles son las patologías ginecológicas y los factores de riesgo más frecuentes con que acuden las pacientes, lo que permitirá conocer objetivamente éstas características de las pacientes, y posteriormente esta información pueda ser usada para diseñar planes de acción hospitalaria que mejoren la atención.

Enunciado del Problema

¿Cuáles son las patologías ginecológicas y factores de riesgo más frecuente de las adolescentes que acuden al Hospital Universitario de Guayaquil?

OBJETIVO GENERAL

Determinar la frecuencia de las patologías ginecológicas y factores de riesgos de las adolescentes que acuden al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario de Guayaquil.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar la frecuencia de pacientes adolescentes embarazadas mediante el método estadístico.
- Identificar las principales patologías ginecológicas que sufren las adolescentes, analizando los registros estadísticos del hospital.
- Relacionar las patologías con los factores de riesgo como la edad, número de gestaciones, número de partos, cesáreas y abortos, por una asociación estadística.

HIPÓTESIS

La prevalencia patológicas y factores de riesgo de adolescentes que acuden al servicio de ginecología del Hospital Universitario, es mayor a las de otras especialidades médicas.

CAPÍTULO 1

MARCO REFERENCIAL SOBRE TEMAS DE SALUD DE LOS ADOLESCENTES.

El enfoque de la salud de los adolescentes debe ir más allá de una consideración biológica, debe ser integral, como la única forma de atender correctamente sus problemas (8). Los autores citados, señalan que en el tratamiento del adolescente deben armonizarse aspectos biológicos, psicológicos y sociales, enmarcados en dos procesos: uno de maduración y otro de cambio. Procesos que tienen simultáneamente características propias y socio culturales.

Estas características influyen con fuerza en todas las culturas, más aún con el auge y progreso de las telecomunicaciones, que facilita compartir música, imágenes y con éstos, valores que dictan el comportamiento en esta etapa crítica del individuo. Esto termina por contribuir a homogenizar los hábitos, costumbres y maneras de vivir durante el proceso de arribo a la edad adulta. Durante este proceso juega un rol importante la sexualidad, según los autores de la SEC, existen pocas dudas de que la vivencia y expresión de la sexualidad es una de las cuestiones más trascendentales de la etapa adolescente.

Es claro entonces que la aproximación a los aspectos de salud de los adolescentes obliga a una mirada amplia, en la que se evidencian los efectos de problemas que se pueden resumir en los siguientes campos, según la OMS (9)

- Salud mental
- Consumo de sustancias ilícitas
- Violencia

- Traumatismos involuntarios
- Nutrición
- Salud sexual y reproductiva
- Contagio de VIH.

Cada uno de estos aspectos amerita una profundización científica que ayude a establecer no solamente la dimensión actual, el peso de la enfermedad, sino también las consecuencias probables a futuro, el impacto a largo plazo en el desarrollo individual y en la sociedad.

1.1 ANTECEDENTES DE LA SALUD MENTAL EN LOS ADOLESCENTES

Tanto los padres de familia, los profesionales de la salud como los funcionarios de gobierno reconocen la importancia de la salud mental de los jóvenes. Los adolescentes con una mejor salud mental son físicamente más sanos, y demuestran socialmente una conducta positiva, con una participación menos riesgosa (10). Por el contrario, los jóvenes con problemas mentales de salud como la depresión, son más proclives a mantener conductas de riesgo (11).

La importancia del estudio y tratamiento de la salud mental en los adolescentes ha sido tratada por organismos como la Organización Mundial de la Salud, diferenciando la *salud mental* de la *enfermedad mental*, la primera la define como el desempeño exitoso de la función mental, lo que resulta en las actividades productivas, relaciones satisfactorias con otras personas, y la capacidad de cambiar y de hacer frente a la adversidad, mientras que la enfermedad es definida como los trastornos mentales diagnosticables que se caracterizan por alteraciones en el pensamiento, estado de ánimo, el comportamiento, o una combinación de los mismos.

Particularmente en los adolescentes se identifica una amplia gama de problemas emocionales y de comportamiento que, en términos generales no pueden ser considerados mentales o trastornos psiquiátricos. Aquí, los términos trastornos emocionales, conductuales y mentales se utilizan indistintamente.

En el Ecuador existe una política de servicios de salud mental en la que se incluye específicamente a los adolescentes en líneas de acción como:

- Prevención y atención del maltrato infantil y del adolescente
- Prevención del alcoholismo y fármaco dependencia
- Prevención del tabaquismo
- Prevención y atención de enfermedades mentales, y
- Desarrollo de servicios de salud mental.

1.1.1 SITUACIÓN DE LA SALUD MENTAL, EL COMPORTAMIENTO Y CONSUMO DE SUSTANCIAS ILÍCITAS POR ADOLESCENTES EN ECUADOR

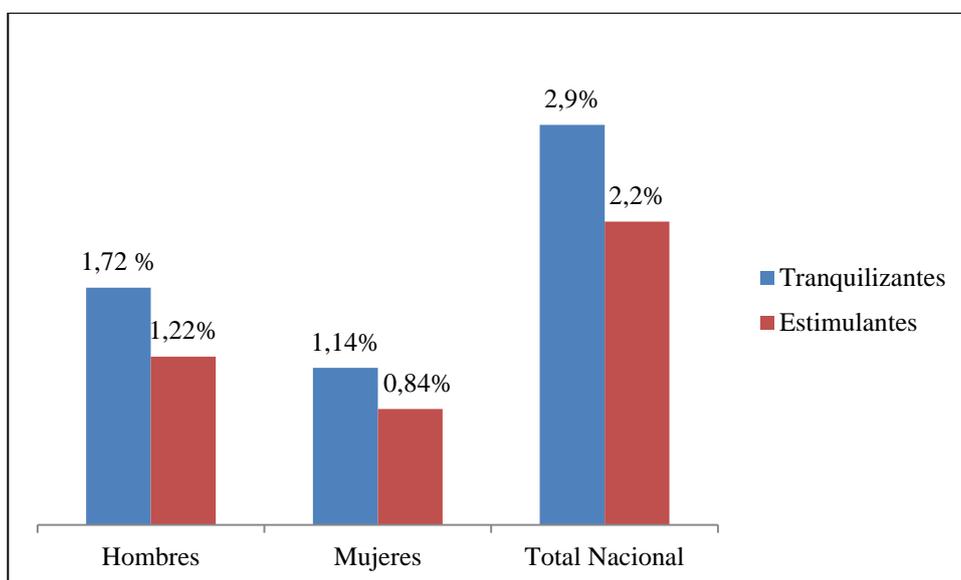
En el año 2012 en el Ecuador se registraron 78.473 egresos hospitalarios de adolescentes de ambos sexos, de los que los cuales 1.009 corresponden a problemas de salud mental, el 0,65% de los casos, y la causa más frecuente en este tipo de morbilidades es el Trastorno mental y del comportamiento debido al uso del alcohol, en el 22,5% de las veces, seguida por los Episodios Depresivos, el 21,61% de los casos.

El uso de sustancias ilícitas por adolescentes en el Ecuador, fue motivo de un estudio por parte del Observatorio Nacional de Drogas, entidad perteneciente al Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas, CONSEP.

Este Consejo en el año 2012 realizó la Cuarta encuesta nacional sobre el uso de drogas en estudiantes de 12 a 17 años (Observatorio Nacional de Drogas, OND, por sus siglas).

Entre los resultados más relevantes encontrados en este estudio se puede citar el uso de estimulantes y tranquilizantes sin receta médica: el 2,9% y el 2,2% de los estudiantes declara haber utilizado en los últimos años estimulantes y tranquilizantes respectivamente (12).

Gráfico 1. Porcentaje de estudiantes que declararon usar estimulantes y tranquilizantes sin receta médica en el último año, según sexo a nivel nacional



*Fuente: Encuesta nacional sobre uso de drogas en estudiantes
Elaborado por: La Autora*

El consumo experimental de marihuana por parte de los adolescentes alcanza al 2,30%, mientras que 1,65% de los estudiantes que representa la muestra la consume ocasionalmente y el 1,35% la consume frecuentemente, cifras del estudio citado del OND. De este conjunto los varones son mayores consumidores que las mujeres, 8 de cada 10 consumidores frecuentes son hombres, y los mayores de 16 años son los que presentan porcentajes más altos de consumo.

Tabla 1. Tipo de consumo de marihuana por edades de adolescentes en Ecuador (%).

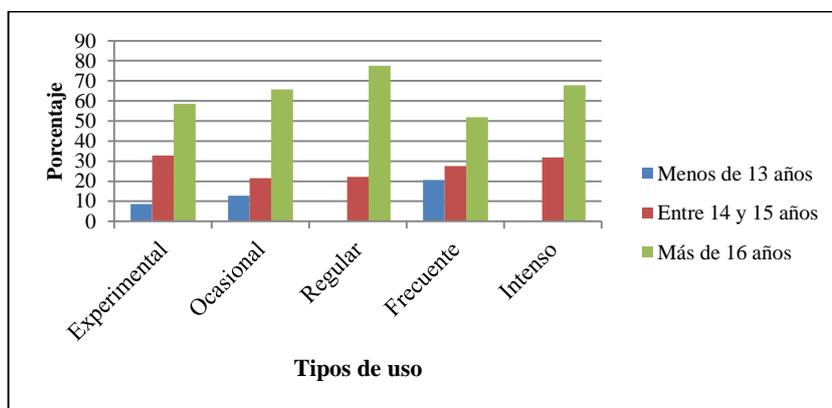
Tipo de consumo	Menos de 13 años	Entre 14 y 15 años	Más de 16 años
<i>Experimental</i>	8.58	32.82	58.6
<i>Ocasional</i>	12.72	21.46	65.82
<i>Regular</i>	0.34	22.12	77.54
<i>Frecuente</i>	20.59	27.51	51.9
<i>Intenso</i>	0.35	31.83	67.82

Fuente: Encuesta nacional sobre uso de drogas en estudiantes

Elaborado por: La autora

En todas las categorías de consumo los menores de 13 años son los que presentan inferior frecuencia de uso de marihuana, aunque en ese grupo de edad los de consumo *Frecuente* ya son los más numerosos. Gráficamente se puede expresar estas cifras que ilustran mejor el problema.

Gráfico 2. Estudiantes que consumen marihuana por tipo de uso y grupos de edad (%).



Fuente: Encuesta nacional sobre uso de drogas en estudiantes

Elaborado por: La Autora

El mayor grupo entre los consumidores de marihuana son los mayores de 16 años, en la categoría *Regular*, como se observa en el Gráfico 2, seguido por los que indicaron un tipo de uso *Intenso*.

Finalmente se anota el consumo de cocaína entre los estudiantes, que alcanza un 0,80% como un *Consumo Experimental*, 0,47% como un uso *Ocasional* y 0,08% de uso *Intenso*. La distribución porcentual de estos tipos de consumo se muestra en la siguiente Tabla.

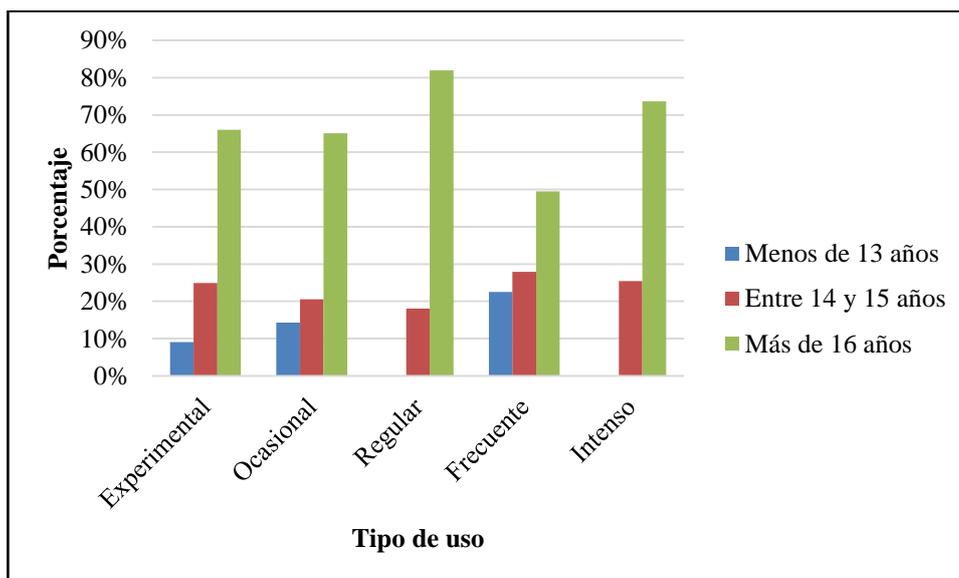
Tabla 2. Tipo de consumo de Cocaína por edades de adolescentes (%)

Tipo de consumo	Menos de 13 años	Entre 14 y 15 años	Más de 16 años
Experimental	9.11	24.89	66.00
Ocasional	14.34	20.54	65.12
Regular	-	18.06	81.94
Frecuente	22.56	27.95	49.50
Intenso	0.95	25.42	73.63

*Fuente: Encuesta nacional sobre uso de drogas en estudiantes
Elaborado por: La autora*

Nuevamente se observa que los adolescentes mayores a 16 años son los más numerosos entre los consumidores de cocaína, específicamente los que dicen consumirla *Regularmente*.

Gráfico 3. Estudiantes que consumen cocaína por tipo de uso y grupos de edad (%)



*Fuente: Encuesta nacional sobre uso de drogas en estudiantes
Elaborado por: La autora*

La encuesta citada explora detenidamente el uso de otras sustancias ilícitas entre los adolescentes del Ecuador, entre los estudiantes específicamente, y se puede añadir un resultado sobre el cigarrillo, que, aunque no es considerada ilícita, su consumo es un factor de riesgo, es así como el estudio señala que la edad promedio para el primer cigarrillo en la ciudad de Guayaquil es de 13,74 años.

El consumo de alcohol a nivel nacional en los adolescentes estudiados es de 2,03% y en Guayaquil 1,52%. La marihuana es consumida por un porcentaje de 0,22 a nivel nacional y por un 0,39% en Guayaquil. Las ciudades de mayor consumo de cocaína por adolescentes son Ambato y Guayaquil.

La descripción ofrecida por la encuesta mencionada detalla cifras de gasto, y otras características que ayudan a dimensionar el problema del consumo de sustancias entre la población adolescente, el segundo factor de riesgo mencionado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) que afecta gravemente a la población adolescente.

Según la OMS la gran mayoría de consumidores de tabaco de todo el mundo empieza a fumar durante la adolescencia. Actualmente, más de 15 millones de adolescentes consumen tabaco, cifra que aumenta en escala mundial, pero con las políticas implementada sobre la prohibición de publicidad del tabaco, aumento de precio del producto, la prohibición de fumar en lugares públicos está reduciendo disminuya uso del mismo, esta hace de los jóvenes disminuya su consumo (13).

El consumo nocivo de alcohol en muchos países es motivo de creciente preocupación entre los jóvenes, ya que este disminuye el autocontrol y aumenta el comportamiento de riesgo. Ya que este es el causante de traumatismo (incluidos los provocados por accidentes de tránsito), violencia (especialmente la violencia domestica) y muertes prematuras.

La reglamentación del acceso a las bebidas alcohólicas es una estrategia eficaz para reducir el consumo nocivo de alcohol por parte de los jóvenes. La prohibición de la publicidad del alcohol puede atenuar la presión ejercida sobre los adolescentes para que beban (14).

1.2 LA VIOLENCIA Y SU IMPACTO EN LOS ADOLESCENTES

La violencia entre los jóvenes es un problema manifiesto a nivel mundial. La OMS en un informe del año 2011 estima que cada día mueren más de 400 jóvenes entre 10 y 24 años, la mayoría de ellos varones, además de que por cada muerte se necesita internamiento hospitalario por razones de violencia, para un número de 20 a 40 adolescentes (3).

Este informe citado, señala la importancia de los factores relacionados con la crianza en el hogar, el acceso la educación y salud como asociados al incremento de la violencia tanto física como psicológica. A esto se suma muy de cerca el problema de los traumatismos involuntarios, como la principal causa de muerte y discapacidad entre adolescentes, llegando a sumar cerca de 700 muertes diarias por accidentes de tránsito. Uno de los objetivos de comunicación de la OMS se relaciona justamente con sensibilizar a la opinión pública sobre este tema.

1.2.1 LOS EFECTOS DE LA VIOLENCIA EN LOS ADOLESCENTES EN ECUADOR

La violencia fue determinada como un problema de salud pública por la OMS en el año 1996, y la definió como el uso intencional de fuerza física o poder, hecho o amenaza, contra uno mismo, otra persona, o contra un grupo o una comunidad.

Además, produce o tiene la gran probabilidad de producir lesión, muerte, daño psicológico, perturbación del desarrollo. Entre los estudios dedicados a la violencia juvenil, se encontró que el factor más común en casos de violencia y homicidio juvenil, es el haber sido víctima de la violencia (15).

Cómo afecta la violencia a la población Infanto - Juvenil es el motivo del estudio elaborado por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, por sus siglas en inglés) a través del Observatorio de los derechos de la niñez y la adolescencia (16). De esta publicación se puede recoger datos que indican que la violencia tiene distintas formas de manifestarse, así como distintos orígenes. Una manifestación de ello es el incremento de la tasa de suicidios entre personas de 12 a 17 años, que en 2011 era la segunda causa de muerte, y más aún en 10 provincias de la Sierra y Amazonía es la primera.

El estudio realizado por motivo de cumplir 21 años de suscripción de la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN), tiene entre sus objetivos principales el brindar mayor y mejor información que ayude a trazar políticas públicas para favorecer la inversión social que ayude a mejorar y proteger la vida de niños y adolescentes en el Ecuador.

La consideración de los Traumatismos involuntarios entre los mayores factores y problemas de salud entre los adolescentes se explica por el incremento de los accidentes de tránsito y los eventos considerados de traumatismo general.

La definición como causa de mortalidad de la clasificación internacional de enfermedades (CIE 10) Causas externas de morbilidad y mortalidad que engloba los diferentes traumatismos y accidentes de tránsito es la tercera causa de muerte general en el Ecuador, según cifras publicadas por el INEC en su Anuario de Estadísticas Vitales: Nacimientos y Defunciones del 2011 (17).

La muerte violenta es la causa más frecuente entre los adolescentes. Se realizó un análisis de la base de datos de defunciones del año 2011 para cada una de las edades, la siguiente tabla muestra las causas por las que fallecieron los adolescentes de 10 a 14 años.

Tabla 3. Diez mayores causas de mortalidad en adolescentes de 10 a 14 años en Ecuador. Año 2011, ambos sexos

<i>Causa</i>	<i>10 años</i>	<i>11 años</i>	<i>12 años</i>	<i>13 años</i>	<i>14 años</i>	<i>Suma</i>	<i>%</i>
Accidente de tránsito	9	11	13	10	21	64	11.4%
Suicidio por ahorcamiento	0	8	19	10	13	50	8.9%
Leucemia linfoblástica aguda	5	1	4	4	5	19	3.4%
Neumonía, no especificada	2	6	1	3	6	18	3.2%
Bronconeumonía, no especificada	3	3	4	2	3	15	2.7%
Parálisis cerebral	3	2	4	2	3	14	2.5%
Septicemia, no especificada	2	1	4	1	2	10	1.8%
Ahogamiento	9	2	0	3	4	18	3.2%
Cefalea	2	1	0	2	3	8	1.4%
Suicidio por envenenamiento	0	1	0	0	7	8	1.4%
Otras causas	65	58	68	61	84	336	60.0%
Suma	100	94	117	98	151	560	100.0%

Fuente: Base de datos de defunciones del año 2011. INEC

Elaborado por: La autora

Los accidentes de tránsito son la mayor causa de muerte, el 11.4% de los casos de un total de 560 jóvenes fallecidos entre estas edades. Las 10 mayores causas representan el 40%, es decir que 4 de cada 10 personas de entre 10 y 14 años que fallecen en Ecuador, lo hacen por alguna de las causas de la tabla anterior. La causa más frecuente de fallecimiento para el grupo de 15 a 19 años también es la de accidentes de tránsito, más de 16% de los casos entre un total de 1.334.

Tabla 4. Diez mayores causas de mortalidad en adolescentes de 15 a 19 años en Ecuador. Año 2011, ambos sexos.

<i>Causa</i>	<i>15 años</i>	<i>16 años</i>	<i>17 años</i>	<i>18 años</i>	<i>19 años</i>	<i>Suma</i>	<i>%</i>
Accidente de tránsito	26	32	58	49	54	219	16.4%
Disparo de arma de fuego	3	15	17	19	32	86	6.4%
Suicidio por envenenamiento	10	25	19	17	12	83	6.2%
Suicidio por ahorcamiento	13	12	18	16	15	74	5.5%
Traumatismo múltiple	6	11	15	7	11	50	3.7%
Agresión con objeto cortante	7	3	11	11	17	49	3.7%
Leucemia linfoblástica aguda	2	4	6	4	3	19	1.4%
Neumonía, no especificada	1	2	5	5	5	18	1.3%
Ahogamiento	1	3	4	6	2	16	1.2%
Caída no especificada	2	2	4	3	3	14	1.0%
Otras causas	95	137	139	174	161	706	52.9%
Suma	166	246	296	311	315	1,334	100.0%

Fuente: Base de datos de defunciones del año 2011. INEC

Elaborado por: La autora

Más de 11% de muertes han sido por suicidios, y en resumen las diez causas más frecuentes suman al menos 47%, y si se consideran las causas denominadas violentas, al menos 4 de cada 10 son de este tipo. Se podría afirmar que la violencia es la mayor causa de pérdida de vidas de adolescentes, lo que llamaría la atención a observar su conducta, especialmente en los aspectos que signifiquen ocasionar lesiones intencionales y no intencionales.

Según la OMS sobre el traumatismo y la seguridad vial, dice que los traumatismos involuntarios son unas de las principales causas de muerte y discapacidad de adolescentes, así como ahogamiento y quemaduras. Las tasas de traumatismos entre los adolescentes son más altas en los países en desarrollo.

El 14 de mayo de 2014 en Ginebra, según el informe elaborado por la OMS, titulado Health for the world's adolescents, la depresión es la principal causa de enfermedad y discapacidad entre adolescentes de ambos sexos de edad comprendida entre los 10 y los 19 años (18).

Las tres principales causas de mortalidad entre los adolescentes a nivel mundial son los traumatismos causados por el tránsito, el VIH/SIDA y el suicidio. Se estima que en el 2012 fallecieron 1,3 millones de adolescentes en todo el mundo.

Este informe se basa en un importante acervo de datos publicados y entrevista realizada a adolescentes de entre 10 y 19 años de edad de todo el mundo, también reúne, por primera vez, el conjunto de orientación brindadas por la OMS sobre todo la gama de atenciones de salud que afectan a los adolescentes, entre los que caben mencionar el tabaco, el consumo de alcohol y drogas, el VIH, los traumatismo, la salud mental, la nutrición, la salud sexual y reproductiva y la violencia, además recomienda medidas claves para que los países puedan responder más eficazmente a las necesidades físicas y de salud mental de los adolescentes.

La Dra. Flavia Bustreo, Subdirectora General de la OMS para la salud de la Familia y el niño Informa que la atención prestada a la salud de los adolescentes en todo el mundo es insuficiente y que a la vez espera que:

“contribuya a centrar la atención de las altas instancia en la necesidad de la salud de los adolescentes de entre 10 y 19 años de edad y sirva de trampolín para acelerar adopción de medidas con la salud de los adolescentes”

1.3 LA DESNUTRICIÓN Y LA OBESIDAD ENTRE ADOLESCENTES

Naturalmente, los adolescentes necesitan condiciones favorables de nutrición para su desarrollo y crecimiento adecuado, así como necesitan espacio y tiempo para crecer con seguridad y de forma saludable. Uno de los eventos importantes en la vida de las adolescentes es la menarquia, que incide en el status nutricional, al extremo que en la mayoría de países en desarrollo hasta la mitad de las niñas y adolescentes presentan déficit nutricional, que afectan su crecimiento (19).

La malnutrición tiene una influencia adversa tanto en la morbilidad como en la mortalidad. Tiene efectos físicos evidentes en la evolución personal, en la productividad y en la posibilidad de resistir enfermedades infecciosas. Paralelamente a la desnutrición, aparece el problema de la obesidad, es así como la OMS estima que se ha triplicado la proporción de obesidad en los adolescentes en las últimas tres décadas.

Las consecuencias del sobrepeso y obesidad infantil son graves, aumenta el riesgo de problemas cardíacos, presión arterial alta y otros problemas médicos además del impacto psicológico de tener sobrepeso, que puede ser devastador. La obesidad durante la niñez y la adolescencia se ha asociado con mayores tasas de enfermedad y muerte en la edad adulta. Esto significa que los niños con sobrepeso pueden estar poniéndose en grave riesgo de problemas de salud para toda la vida, más que los adultos que se convierten en obesos.

Las revisiones sistemáticas confirman la persistencia de la obesidad desde la infancia hasta la edad adulta. Se ha hecho evidente que mientras es más alto el índice de masa corporal en la infancia, mayor es la probabilidad de la obesidad en la edad adulta (20). El sobrepeso y la obesidad en la infancia y la adolescencia se han asociado con resultados socioeconómicos adversos, el aumento de los riesgos de salud y morbilidad, y el aumento de las tasas de mortalidad en la edad adulta.

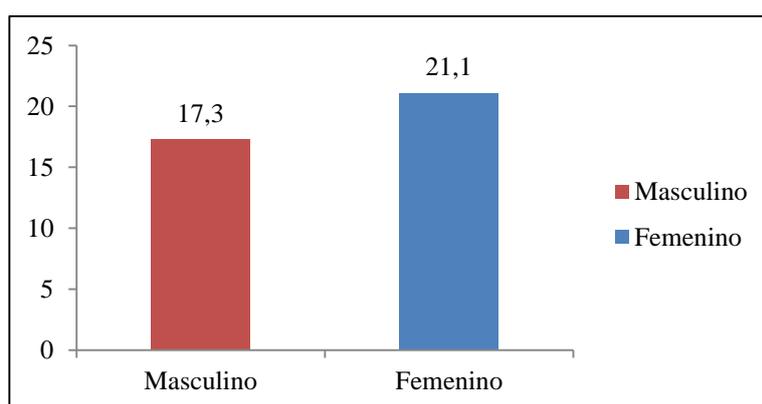
1.3.1 LOS PROBLEMAS NUTRICIONALES DE LOS ADOLESCENTES EN EL ECUADOR

Se considera que este tipo de problemas no tienen una sola causa; la desnutrición y la obesidad coexisten en la adolescencia originada por la conducta alimentaria, resultado del exceso de consumo de energía.

La desorganización de horarios de alimentación, deficiencia de nutrientes, adicciones alimentarias, entre otros, resumidos en dos tipos: malos hábitos y alimentación poco balanceada (20). Se mencionó que los problemas nutricionales en los adolescentes tienen un alto impacto, por lo que se ha analizado un estudio nacional de las condiciones nutricionales en Ecuador (21).

Para acercarse a la dimensión de las complicaciones, causas y efectos de la mala nutrición entre los adolescentes. Este estudio agrupa a la población adolescente entre 12 y 19 años de edad, y este grupo resultó con problemas de baja talla en un 19.1%, la mayor prevalencia es entre las mujeres, el 21.1% que, entre los varones, el 17.3%.

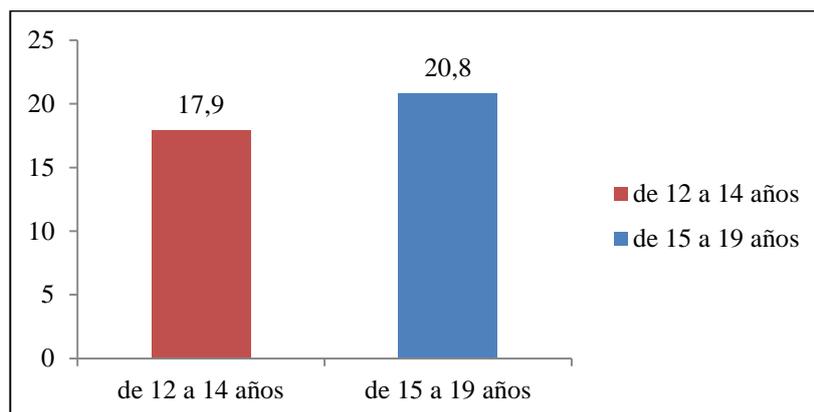
Gráfico 4. Prevalencia de Baja talla entre adolescentes (%) por sexo.



*Fuente: Encuesta nacional de salud y nutrición. MSP / INEC
Elaborado por: La Autora*

El estudio citado agrupó a los adolescentes entre 12 y 14 años y entre 15 y 19 años. Entre los dos grupos existen claras diferencia del mismo problema, la prevalencia es de 17.9% para los primeros, y 20.8% para el segundo grupo.

Gráfico 5. Prevalencia de Baja talla entre adolescentes (%) por grupos de edad.



*Fuente: Encuesta nacional de salud y nutrición. MSP / INEC
Elaborado por: La Autora*

Otras consecuencias de los desequilibrios en la nutrición son el sobrepeso y la obesidad, las que es mayor entre las mujeres, con una prevalencia de 28.8%, que en los varones, 23.3%. Entre los grupos de edad los de 12 a 14 años presentan un 27% frente a un 24.5% de los de 15 a 19 años.

En cuanto a la etnicidad los adolescentes indígenas son los de mayor prevalencia de baja talla, 48.8%, casi el triple que los otros grupos étnicos, mientras que la variable sobrepeso y obesidad es mucho mayor entre los afro ecuatorianos, 43.7%, mientras que la prevalencia nacional es de 26%.

Se analizó la prevalencia de anemia y deficiencia de zinc entre mujeres, y la primera en el grupo de 12 a 14 años es baja, 4.8%, y casi se triplica de los 15 años en adelante, llegando a 14.8% en el grupo de 15 a 19 años. La segunda es de 56.1% a nivel nacional, y también aumenta a medida que aumenta la edad.

El estudio revisado además investigó el consumo de comidas rápidas y alimentos procesados, gaseosas, entre otros, y el resultado fue que el 85% de los adolescentes encuestados respondieron que habían consumido bebidas azucaradas en los 7 días anteriores a la encuesta.

Adicionalmente el 50% había consumido algún tipo de comida rápida en el mismo periodo. También se investigó el hábito de realizar actividad física, y se concluye, de acuerdo a la muestra, que el 34% de los adolescentes son inactivos, y menos de 3 de cada 10 realizan actividad física regularmente, niveles de sedentarismo considerados como alarmantes.

Según la OMS que la malnutrición de niños y niñas de países en desarrollo comienza la adolescencia desnutridos, siendo más vulnerables a la enfermedad y a la mortalidad prematura. A la inversa el sobrepeso y la obesidad otra forma de malnutrición con graves consecuencias sanitarias, aumentan entre jóvenes en países de bajo y alto ingresos. Una buena nutrición y unos hábitos de alimentación sana y ejercicios físicos sientan las bases de una buena salud en la edad adulta (18).

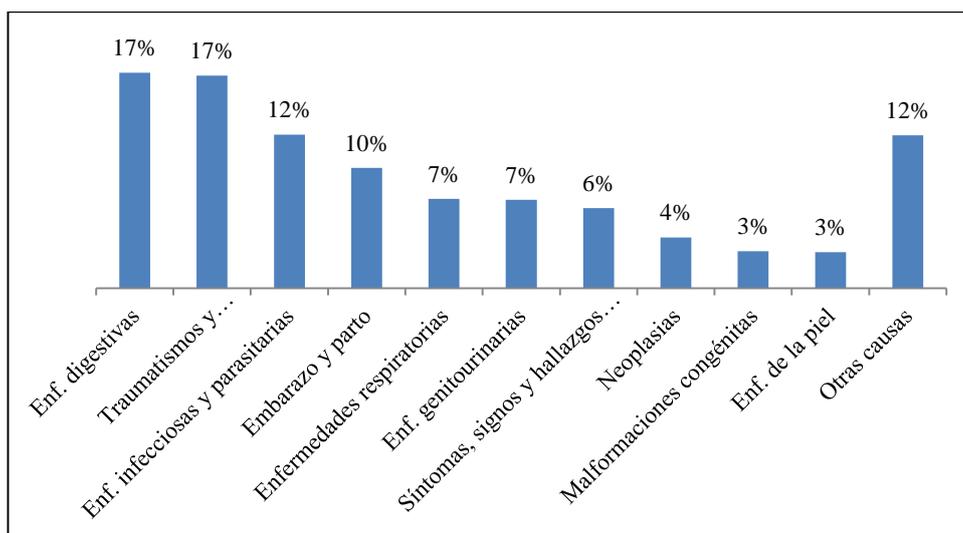
Se analizaron variables relacionadas con el perfil lipídico, el hipercolesterolemia en general en Ecuador es de 24.5% en la población de 10 a 59 años, en los adolescentes de 10 a 19 años es de 6.5%, y crece a medida que avanza la edad del individuo. En cuanto a la hipertrigliceridemia en el país la prevalencia llega a 28.7%, y en el grupo adolescente es de 11.1%. La combinación de baja talla, sobrepeso, marcadores lipídicos, sedentarismo entre los adolescentes hacen prever condiciones de baja productividad, disminución de rendimiento y escaso desarrollo al llegar a la edad adulta, según el estudio revisado.

1.4 LAS CAUSAS MÁS FRECUENTES DE ATENCIÓN DE ADOLESCENTES EN EL ECUADOR

Los registros oficiales de salud en el Ecuador permiten analizar la ocurrencia de casos de hospitalización y sus causas; el Anuario de Egresos del año 2012 del INEC (6) señala que el principal motivo de internamiento está relacionado con el embarazo.

Las diez causas más frecuentes para ambos sexos en pacientes de 10 a 14 años están encabezadas por enfermedades digestivas, traumatismos, enfermedades parasitarias como se las puede observar en el Gráfico 6.

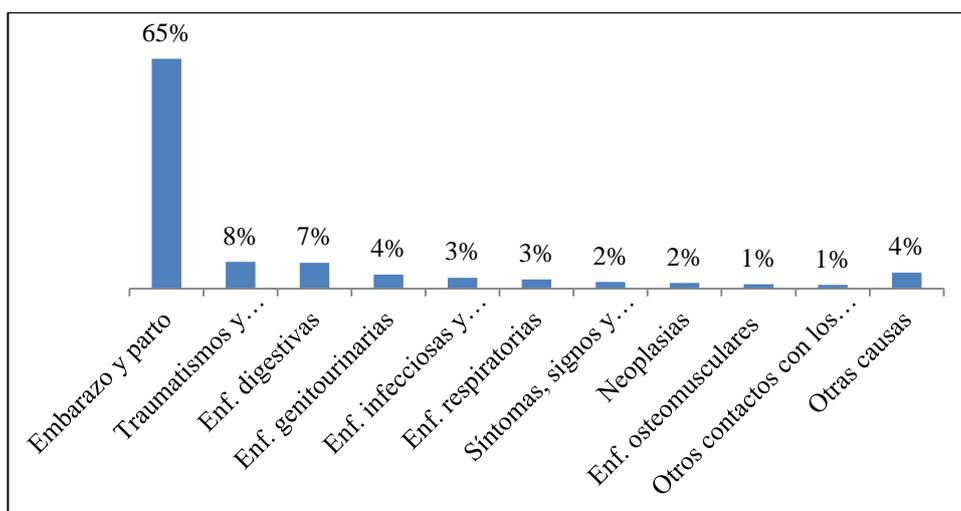
Gráfico 6. Diez causas más frecuentes de hospitalización de adolescentes de 10 a 14 años en el año 2012.



*Fuente: INEC, 2012
Elaborado por: La Autora*

Los internamientos hospitalarios relacionados con problemas de embarazo y de tipo genitourinario son la cuarta y sexta más frecuentes para este grupo, mientras que, entre pacientes de 15 a 19 años, la mayoría de casos de hospitalización son los relacionados con el embarazo y la atención del parto.

Gráfico 7. Diez causas más frecuentes de hospitalización de adolescentes de 15 a 19 años en el año 2012



*Fuente: INEC, 2012
Elaborado por: La Autora*

Casi dos de cada tres pacientes en este grupo de edad son hospitalizados para atención de embarazo y parto, representando el mayor peso de atención especializada. Se puede llevar la mirada a otro aspecto relacionado con el embarazo adolescente, y es la fecundidad. Según la OMS el estado de la salud de los adolescentes refiere que de cada cinco personas en el mundo es un adolescente y el 85 % de ellos viven en países en desarrollo y que casi dos tercio de las muertes prematuras y que un tercio de la carga de mortalidad total de los adultos están en relacionadas con condiciones o comportamientos que se inician en la juventud, incluido el consumo de tabaco, falta de actividad física, las relaciones sexuales sin protección o la exposición a la violencia (22).

1.5 LOS PROBLEMAS GINECOLÓGICOS DE LA ADOLESCENCIA

Las complicaciones de salud de los adolescentes son generalmente atendidas por especialistas en medicina de adolescentes, pero los problemas ginecológicos deben ser tratados por especialistas en ginecología del adolescente, un ámbito específico de la especialidad. Casi todas las enfermedades ginecológicas se pueden encontrar durante la adolescencia.

Las más comunes son los trastornos menstruales, es decir Oligomenorrea y hemorragia uterina disfuncional, como muchas de las jóvenes que presentan irregularidades menstruales durante los dos primeros años ginecológicos. Las infecciones pélvicas, masas ováricas y defectos anatómicos del aparato genital también pueden ser vistos durante esta etapa. Los temas obstétricos durante la adolescencia incluyen el control del embarazo y el aborto. El incremento de la actividad sexual durante esta etapa, sumado al desconocimiento de la salud sexual y reproductiva, deriva en un incremento de la tasa de embarazos no deseados.

Sea que se trate de ginecología o de obstetricia en la adolescencia, se presentan problemas sociales, legales y psicológicos. Por tanto, es obvio que tales casos deben ser tratados en unidades bien organizadas por ginecólogos capacitados, especialmente entrenados en este campo.

Adolescentes de 15 a 19 años dieron a luz a 17 millones de niños en 1997, de los cuales 16 millones nacieron en el mundo en desarrollo, donde entre el 15% y el 20% de todos los nacimientos son de una madre adolescente. Por otra parte, el 85% de las adolescentes están en el mundo en desarrollo, y el 25% de todas las muertes maternas se producen en tales grupos de edad (23).

El embarazo en adolescentes se ha asociado con un aumento de la incidencia de algunas adversidades maternas y perinatológicas, tales como bajo peso al nacer (BPN), parto prematuro, bajo peso de la madre durante la gestación, muerte perinatal, eclampsia y muerte materna.

1.6 LA FECUNDIDAD ADOLESCENTE EN EL ECUADOR

La fecundidad, como medida del número de nacimientos entre las mujeres en edad de procreación, ocurridos en un año específico, es un indicador que desde el punto de vista de la demografía explica el número de nacimientos en una comunidad. Desde la óptica de la epidemiología, la fecundidad adolescente, o más bien dicho la falta de control de la fecundidad en este grupo de edad, constituye un factor de riesgo. La importancia de señalar este indicador es reconocida a nivel mundial, inclusive la Organización Mundial de la Salud, la incluye en las estadísticas mundiales para su análisis y comparación entre distintos países o regiones, o para hacer una tendencia específica.

En Ecuador nacieron 62 mil 678 niños de madres adolescentes en el año 2011, es decir de madres de hasta 19 años de edad, esto significa que cada 8 minutos nace un niño de una madre adolescente en algún lugar del Ecuador. Proporcionalmente representan el 18% de los nacimientos ocurridos.

El INEC, organismo oficial de registro estadístico, agrupa la población por edades, y registra 2.177 casos de nacimientos de madres del grupo de edad de los 10 a 14 años, y 60.501 nacimientos de madres de entre 15 y 19 años. Estas cifras exponen un problema que se puede enfocar bajo consideraciones demográficas o epidemiológicas, y profundizarse específicamente bajo la óptica de la sexualidad precoz en el país.

En el sitio web del Banco Mundial (22) se registran entre otros indicadores del Ecuador, el de la fecundidad adolescente, considerando a las madres de entre 15 y 19 años de edad en el año 2010 fue 77, lo que constituye la segunda mayor tasa en Suramérica después de Venezuela, cuya tasa es 83.

A partir de los registros de los nacimientos ocurridos en el año 2011 publicados por el INEC, las cifras de población proyectada por provincia y por sexo y la distribución porcentual de la población por edades y por sexo registrada en el censo de población y vivienda del mismo organismo, se han seleccionado algunas variables para describir la fecundidad las adolescentes.

Se ha debido estimar la población adolescente femenina por provincia, por área (urbana o rural) al año 2011 para calcular la tasa de fecundidad específica de las adolescentes. El número de hijos nacidos de madres adolescentes ha ido creciendo anualmente, las causas explicativas de este hecho no son motivo de este estudio.

Sin embargo, al observar los porcentajes de nacimientos distribuidos por la edad de la madre, vemos que en el año 2007 menos de 16 niños por cada cien tenían una madre menor de 19 años, mientras que al año 2011, son más de 18.

Tabla 5. Porcentaje de nacimientos de niños de madres adolescentes por edad de la madre

<i>Edad de la madre</i>	<i>2007</i>	<i>2008</i>	<i>2009</i>	<i>2010</i>	<i>2011</i>	<i>Tendencia</i>
<i>11</i>		0.005%	0.002%	0.002%	0.004%	
<i>12</i>	0.02%	0.02%	0.02%	0.02%	0.01%	
<i>13</i>	0.08%	0.08%	0.09%	0.11%	0.11%	
<i>14</i>	0.33%	0.35%	0.45%	0.51%	0.51%	
<i>15</i>	0.98%	1.09%	1.28%	1.36%	1.39%	
<i>16</i>	2.06%	2.07%	2.51%	2.66%	2.60%	
<i>17</i>	3.25%	3.40%	3.73%	3.79%	3.83%	
<i>18</i>	4.20%	4.20%	4.60%	4.55%	4.66%	
<i>19</i>	4.62%	4.73%	4.89%	4.99%	4.92%	
<i>Porcentaje acumulado</i>	15.55%	15.96%	17.57%	17.99%	18.02%	

*Fuente: Base de datos de nacimientos. INEC
Elaborado por: La autora*

1.7 LOS PROBLEMAS GINECOLÓGICOS Y DE SALUD SEXUAL DE LOS ADOLESCENTES EN EL ECUADOR

Se encontró la necesidad de agrupar las causas relacionadas con la atención del embarazo y las concernientes a los órganos genitales y el sistema urinario, con el objetivo de focalizar la dimensión de la atención hospitalaria.

Tabla 6. Diez causas más frecuentes de atención hospitalaria, pacientes de 10 a 14 años en Ecuador.

<i>Causa de internamiento</i>	<i>Número</i>	<i>%</i>
Parto único espontáneo	1,217	18%
Trastornos del sistema urinario	704	11%
Parto único por cesárea	580	9%
Prepucio redundante	552	8%
Aborto no especificado	237	4%
Infección de las vías GU en el embarazo	230	3%
Atención materna por desproporción conocida o presunta	216	3%
Nefritis tubulointersticial	215	3%
Falso trabajo de parto	200	3%
Insuficiencia renal crónica	178	3%
Otras	2,359	35%
Suma	6,688	100%

*Fuente: Base de datos de egresos hospitalarios en el año 2012. INEC
Elaborado por: La autora*

Se halló que en los pacientes de 10 a 14 años la causa más frecuente es la atención de partos, la segunda es Trastornos del sistema urinario seguida por atención de cesáreas. Recién la tercera causa de hospitalización más frecuente se deduce que es a pacientes de sexo masculino, y la primera causa es dos veces más frecuente que ésta. Para pacientes de 15 a 19 años la cifra de hospitalizaciones se multiplica, es casi 12 veces mayor, llega a 79, 160 casos, y la atención de partos es la más frecuente, llegando a ser 23 veces más frecuente que en el otro grupo de adolescentes, que pasa de 1,217 casos a 27,914, a medida que aumenta la edad se multiplica la posibilidad de una necesidad de atención hospitalaria por causas de embarazo.

Las cesáreas también se multiplican al comparar ambos grupos, son 20 veces más probables en pacientes de 15 a 19 años que en los de 10 a 14 años, en el año 2012 pasaron de 580 a 11,109, según se puede revisar en la siguiente tabla.

Tabla 7. Diez causas más frecuentes de atención hospitalaria en pacientes de 15 a 19 años en Ecuador. Año 2012, ambos sexos.

<i>Causa de internamiento</i>	<i>Número</i>	<i>%</i>
Parto único espontáneo	27,914	35%
Parto único por cesárea	11,109	14%
Aborto no especificado	3,558	4%
Falso trabajo de parto	3,473	4%
Infección de las vías GU en el embarazo	3,358	4%
Atención materna por desproporción conocida o presunta	2,870	4%
Otras enfermedades maternas	1,803	2%
Hipertensión gestacional	1,711	2%
Trabajo de parto y parto complicados por sufrimiento fetal	1,321	2%
Otros productos anormales de la concepción	1,267	2%
Otras	20,776	26%
	79,160	100%

Fuente: Base de datos de egresos hospitalarios en el año 2012. INEC

Elaborado por: La autora

En la presente revisión se ha tratado de cubrir los aspectos más importantes de los problemas de salud de los adolescentes, haciendo énfasis en la situación actual.

Observando esta tabla se puede deducir que entre las 10 mayores causas de internamiento no hay casos de pacientes de sexo masculino, y que probablemente más de 3 de cada cuatro pacientes son de sexo femenino para todo el grupo de edad.

Se revisó temas de salud mental, conducta, nutrición, violencia y salud sexual y reproductiva. El incremento de la actividad sexual entre los adolescentes conlleva serias implicaciones en la salud sexual, lo afirma Schutt-Aine, J. (24), quien además añade que inclusive esto contribuye al incremento de la mortalidad materna adolescente, por causas como las ETS, el VIH y el aborto.

Adicionalmente estos autores proporcionan cifras que explican la morbilidad adolescente femenina, tales como que en América Latina el 50% de los jóvenes menores de 17 años son sexualmente activos, que el promedio de edad del primer coito femenino es entre 15 y 16 años y que cada año el 15% de los jóvenes entre 15 y 19 años adquieren una ETS, incluyendo el VIH. Según la OMS el VIH y los jóvenes, se calcula que los jóvenes entre 15 y 24 años representaron un 45% de todas las nuevas infecciones por VIH de los adultos (3).

La necesidad de servicios médicos oportunos se vuelve imperativa, especialmente entre los sectores más vulnerables, con un enfoque de integralidad y multidisciplinario, como se desprende del artículo Factores etiológicos y epidemiológicos en adolescentes embarazadas a raíz de un estudio realizado en el hospital Enrique C. Sotomayor de la ciudad de Guayaquil en el año 2007 (25).

1.7.1 LAS PATOLOGÍAS GINECOLÓGICAS DE MAYOR FRECUENCIA

Se ha revisado literatura sobre las patologías ginecológicas más comunes, infanto-juvenil, especialmente en adolescentes. Los principales motivos de consultas durante la infancia son:

- Sinequias vulvares
- Vulvovaginitis
- Abuso sexual Infantil

Durante la adolescencia van a ser relacionados relacionado con la menstruación:

- Alteración menstrual por defecto: amenorreas
- Alteración menstrual por exceso: metrorragia
- Dismenorrea

- Patología mamaria
- Consulta sobre métodos anticonceptivos

AMENORREA

Se define como la ausencia o suspensión anormal de la menstruación. La denominación de Primaria o Secundaria, describe la ocurrencia de la amenorrea antes o después de la menarquia, respectivamente. Este tipo de irregularidad menstrual es frecuente durante la adolescencia, especialmente durante los primeros 2-3 años después de la menarquia. La presentación de una amenorrea prolongada, sin embargo, no es normal y puede estar asociada con una morbilidad médica específica, que difiere en función de la deficiencia de estrógeno. Amenorrea - estrógeno deficiente se asocia con una reducción de la densidad mineral ósea y un mayor riesgo de fractura, mientras que. Amenorrea – estrógeno excesiva puede conducir a sangrado uterino disfuncional en el corto plazo y predisponer al cáncer de endometrio en el largo plazo.

En ambas situaciones, la intervención adecuada puede reducir la morbilidad. La forma tradicional de evaluar la amenorrea ha sido impugnada por investigaciones recientes que proporcionan una mejor comprensión del ciclo menstrual normal y su variabilidad. La Amenorrea hipotalámica es la causa más frecuente de amenorrea en el grupo de adolescentes, seguido de síndrome de ovario poli quístico (26). En la anorexia nerviosa, la inducida por el ejercicio, y la asociada con una enfermedad crónica, se produce un déficit de energía en la supresión de la secreción hipotalámica de GnRH mediada en parte por la leptina. La administración de esta hormona recombinante a las mujeres con amenorrea hipotalámica se ha demostrado para restaurar la pulsatilidad de LH y ciclos menstruales ovulatorios, además de que puede mejorar la comprensión de la fisiopatología de la amenorrea hipotalámica en adolescentes y también puede tener posibilidades terapéuticas.

La distinción entre la amenorrea primaria y amenorrea secundaria es algo arbitraria y a menudo se superponen. Cualquier causa de la amenorrea secundaria (incluyendo el embarazo) también puede ser una causa de la amenorrea primaria. En general, sin embargo, para una paciente con amenorrea primaria la sospecha debe ser alta para la posibilidad de una anomalía cromosómica.

Golden & Carlson, citados anteriormente, hacen las siguientes indicaciones para la evaluación de la amenorrea primaria:

1. Una adolescente que no ha tenido la menarquia a la edad 15 años
2. Una adolescente que no ha tenido la menarquia y que haya transcurrido más de 3 años desde la telarca.
3. Una adolescente que no ha tenido una menarquia a la edad de 13 años sin el de caracteres sexuales secundarios.
4. Una adolescente que no ha tenido la menarquia a la edad de 14 años y adicionalmente:
 - I. existe la sospecha de un trastorno de la alimentación o el ejercicio excesivo.
 - II. hay signos de hirsutismo.
 - III. existe sospecha de obstrucción del flujo genital

Se recomienda en primer lugar descartar un embarazo, mediante diagnósticos adicionales se puede llegar a establecer anomalías genéticas o anatómicas. La prevalencia relativa de la amenorrea primaria (porcentajes redondeados a la décima más próxima) incluye hipogonadismo hipergonadotrópico (48,5% de los casos), hipogonadismo hipogonadotrópico (27,8%), y eugonadismo (retraso puberal con gonadotropinas normales; 23,7%).

La categoría hipogonadismo hipergonadotrópico incluye pacientes con cromosomas anormales sexuales (es decir, el síndrome de Turner), que representan el 29,7% de todos los casos de amenorrea primaria, y los que tienen cromosomas sexuales normales. Este último grupo incluye tanto a los pacientes que son 46, XX (15,4%) y los que son 46, XY (3,4%). La siguiente Tabla describe la etiología de la amenorrea en adolescentes y permite observar el tipo y la condición de deficiencia o exceso de estrógenos, en relación con otros órganos.

Tabla 8. Etiología de la Amenorrea en adolescentes

Tipo	Deficiencia de Estrógeno	Exceso de Estrógeno
Hipotalámica	Desórdenes alimenticios	Inmadurez del eje HPO
	Inducida por el ejercicio excesivo	
	Inducida por medicamentos	
	Estrés crónico	
	Síndrome de Kallmann	
Pituitaria	Hiperprolactemia	
	Prolactiloma	
	Craneofaringioma	
	Deficiencia de gonadotropina aislada	
Tiroides		Hipotiroidismo
		Hipertiroidismo
Suprarrenal		Hiperplasia suprarrenal congénita
		Síndrome de Cushing
Ovárica	Disgenesia gonadal (Síndrome de Turner)	Síndrome de ovario poliquístico
	Falla prematura del ovario	Tumor ovárico
	Irradiación quimioteráica	
Uterina		Embarazo
		Insensibilidad a los andrógenos
		Adherencias uterinas (Síndrome de Asherman)
		Agnesia Mulleriana
		Agnesia Cervical
Vaginal		Himen imperforado
		Septum
		Agnesia vaginal

Fuente: Golden y Carlson, 2008

Elaborado por: La autora

DISMENORREA

La dismenorrea se refiere a los síntomas de la menstruación dolorosa. Se puede dividir en 2 grandes categorías: primaria, cuando ocurre en ausencia de una patología pélvica, y secundaria si se trata de estar causada por una enfermedad orgánica.

El registro de la historia clínica debe ser completo e incluir lo siguiente:

- Edad de la menarquia
- Frecuencia menstrual, la duración del período, el flujo menstrual estimado, y la presencia o ausencia de sangrado intermenstrual
- Los síntomas asociados
- El inicio, la duración, el tipo y la gravedad del dolor, así como su relación con el ciclo menstrual
- Factores externos que afectan el dolor
- Impacto de la dismenorrea en la actividad física y social
- La evolución de la gravedad de los síntomas

Historia sexual y obstétrica Las características clínicas de la dismenorrea primaria son las siguientes:

- El inicio poco después de la menarquia, frecuentemente en un periodo de 6 meses
- La duración habitual de 48 a 72 horas (comúnmente comienza varias horas antes o inmediatamente después de inicio del flujo menstrual)
- Antecedentes de dolor abdominal bajo constante, que se irradia a la espalda o el muslo

Lo siguiente puede indicar la dismenorrea secundaria (27) :

- La dismenorrea a partir de los 20 o 30 años, después de ciclos relativamente indoloras anteriores
- Flujo menstrual abundante o sangrado irregular
- La dismenorrea se produce durante los primeros o segundos ciclos después de la menarquia
- Anormalidad de la pelvis con el examen físico
- Mala respuesta a los fármacos anti-inflamatorios no esteroideos (AINE) o anticonceptivos orales (AO)
- Esterilidad
- La dispareunia.

Se debe realizar un examen físico completo. Un examen pélvico es fundamental para la exclusión de irregularidades uterinas, sensibilidad del cérvix, o nódulos. Se debe revisar los genitales externos, la vagina, y el cuello uterino.

En cuanto al diagnóstico, no hay pruebas específicas, se pueden realizar los siguientes estudios de laboratorio para identificar o excluir causas orgánicas de la dismenorrea secundaria:

- Recuento sanguíneo completo con diferencial
- Cultivo onocócicos y por clamidias, pruebas de inmunidad.
- Hormona Gonadotropina coriónica cuantitativa
- Análisis de orina
- Estudio del antígeno de cáncer.

Si se sospecha de patología pélvica, pueden considerarse las siguientes pruebas de imagen:

- Ecografía abdomino-pelvico o transvaginal.
- Histerosalpingografía
- Pielografía intravenosa e inclusive una tomografía computarizada.

Estudios más invasivos que pueden ser considerados son los siguientes:

En un estudio entre adolescentes escolares del área urbana de Quito (Vergara, F. 1997) se encontró que la prevalencia de síntomas de dismenorrea fue de 42.19, y como factor asociado al ausentismo escolar apareció en el 16.25% de los casos, el artículo citado de Dawood, señala la dismenorrea como un problema muy extendido entre adolescentes, a niveles del 40 a 50% de los casos, y causante de ausentismo escolar en un 15% de casos.

VULVOVAGINITIS

La vaginitis (inflamación de la vagina) es la condición ginecológica más común encontrada en la consulta ambulatoria. Es un diagnóstico basado en la presencia de síntomas de secreciones anormales, malestar vulvar, vaginal, o ambos. Frecuentemente la Cervicitis también podría causar una secreción anómala y, a veces ocurre con la vaginitis.

La secreción fluye de la vagina todos los días como la manera del cuerpo de mantener un medio ambiente sano. La secreción normal suele ser transparente o lechoso sin mal olor. Un cambio en la cantidad, el color o el olor, irritación, picazón o ardor podrían ser debido a un desequilibrio de las bacterias sanas en la vagina, lo que lleva a la vaginitis.

Las causas más comunes de vaginitis en mujeres sintomáticas son la vaginosis bacteriana (40-45%), la candidiasis vaginal (20-25%), y la tricomoniasis (15-20%); aún el 7-72% de las mujeres con vaginitis puede permanecer sin diagnosticar. El diagnóstico preciso puede ser difícil de alcanzar y se debe tener cuidado de distinguir estas condiciones por otras causas infecciosas y no infecciosas (28).

El tratamiento de la vaginitis varía según la causa y se debe dirigir al agente patógeno en cuestión. Generalmente no se indica internamiento hospitalario, a menos que surjan infecciones pélvicas graves o evidencia de infección sistémica en un paciente inmunodeficiente. Se conoce que entre los factores de riesgo que aumentan la probabilidad de vaginitis y cervicitis está el sexo sin protección y múltiples parejas sexuales, debido a la vaginosis bacteriana o tricomoniasis y de cervicitis debido a la gonorrea, clamidia, o más raramente, herpes virus simplex.

Las tasas de transmisión aumentan con la exposición repetida. La gonorrea, la clamidia, y tricomoniasis se transmiten exclusivamente a través del contacto sexual. La vaginosis bacteriana, un síndrome caracterizado por alteraciones en la flora vaginal, no es considerada como una infección de transmisión sexual (ITS) (29).

Los antibióticos, la diabetes no controlada, y cambios hormonales pueden predisponer a los pacientes a las infecciones vaginales. El uso de ropa que retiene la humedad puede también contribuir a estas infecciones o exacerbar los síntomas, los detergentes perfumados y jabones, duchas vaginales, aerosoles y desodorantes femeninos, y la falta de higiene puede irritar la vulva y la vagina y, posiblemente, aumentar la susceptibilidad a la infección.

En general, el pronóstico es muy bueno: la mayoría de las infectadas se curan. Sin embargo, las infecciones vaginales recurrentes pueden conducir a una irritación crónica, excoriación, y la cicatrización.

Estos a su vez, pueden conducir a la disfunción sexual, Tensiones psicosociales y emocionales no son infrecuentes. Aunque el tratamiento de la vaginosis bacteriana no se ha documentado para prevenir el VIH, las infecciones de transmisión sexual y vaginosis bacterianas, incluyendo la tricomoniasis, se consideran factores de riesgo para el VIH. Infección vaginal crónica puede facilitar la transmisión de diversas enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH.

Las complicaciones de la vaginosis bacteriana incluyen endometritis y enfermedad inflamatoria pélvica (EIP). La Vaginosis bacteriana no tratada puede resultar en complicaciones (por ejemplo, infecciones vaginales de la herida) después de procedimientos quirúrgicos ginecológicos.

En el embarazo, la infección por Trichomonas y la vaginosis bacteriana se asocian con un mayor riesgo de resultados adversos del embarazo, incluyendo el parto prematuro, ruptura prematura de membranas, parto prematuro, bajo peso al nacer y la endometritis postparto.

1.8 FACTORES DE RIESGO DE LAS ADOLESCENTES ATENDIDA HUG.

En el diagnóstico y tratamiento de la condición de embarazo y de las morbilidades ginecológicas es necesario contar con guías que orienten el criterio profesional, y aseguren la calidad de la atención. El Ministerio de Salud Pública del Ecuador provee de los documentos que ayudan, en el caso específico de salud materno infantil, a reducir la morbimortalidad materna e infantil. Se ha consultado la norma de Cuidado Obstétrico y Neonatal esencial, CONE (30) para adaptar la clasificación de los factores de riesgo en las adolescentes atendidas en el Hospital Universitario.

Como de **Bajo riesgo** se clasificó a:

- Anemia leve
- Infecciones de vías urinarias
- Hemorragia leve
- Edad menor a 15 años
- Periodo intergenésico menor a 12 meses

Como de **Mediano Riesgo** se clasificó a:

- Anemia moderada
- Diabetes mellitus gestacional
- Oligoamnios
- Preclampsia leve
- Rotura prematura de membrana
- Síndrome de ovario poliquístico

Como de **Alto Riesgo** se clasificó

- Embarazo con abortos previos
- Anemia grave
- Amenaza de parto prematuro
- Crecimiento fetal restringido
- Pielonefritis
- Placenta previa
- Pre eclampsia grave

CAPÍTULO 2

MATERIALES Y MÉTODOS.

Para el presente estudio se tomaron en consideración la totalidad de pacientes de sexo femenino que acudieron al Hospital Universitario en edad adolescente, en el periodo de enero del 2010 a diciembre del año 2012, que fueron atendidas en Consulta Externa como en Emergencia.

Se efectuó un estudio de tipo descriptivo, documental, exploratorio para detallar las características clínicas y epidemiológicas de la población de adolescentes, se utilizó una perspectiva cuantitativa de análisis. Se realizó un análisis univariado para describir las características generales de las pacientes y otro bivariado para analizar las relaciones entre algunas variables y estimar la asociación estadística entre ellas.

Se realizó el siguiente proceso de tratamiento de la información: Se accedió al registro de actividades realizadas en cada paciente en el periodo de enero del año 2010 a diciembre del año 2012, el mismo que se guarda en la Base de datos del hospital, como Historia Clínica electrónica. Se clasificó por sexo a los pacientes atendidos y se tomó la totalidad de pacientes de sexo femenino. Luego a este grupo de historias clínicas se las clasificó por edades, y se seleccionó las de pacientes que estaban entre más de 10 y menos de 19 años cumplidos a la fecha de atención. Las historias clínicas completas sirvieron para escoger 500 registros de manera aleatoria, los que han sido la base de análisis del presente estudio.

Luego de escoger este grupo de estudio se tomaron en consideración las siguientes variables clínicas y epidemiológicas:

- Edad del paciente
- Condición de embarazo

- Número de semanas de gestación
- Número de gestaciones previas
- Formas de culminación de embarazos previos
- Número de partos, cesáreas y abortos.
- Diagnóstico ginecológico
- Tipo de factores asociados con las morbilidades encontrados

Esta información seleccionada de la historia clínica de las 500 pacientes seleccionadas se recogió en una ficha especialmente elaborada para este estudio, de manera electrónica, y cuyo formato se muestra en el Apéndice 1. Con la información recogida en esta ficha se procedió a realizar el análisis estadístico pertinente a cada una de las variables, según su naturaleza de cualitativas o cuantitativas.

Como variables cualitativas se analizó las siguientes: diagnóstico ginecológico, factores de riesgo y la condición de embarazo, la misma que tiene además la característica de dicotómica, porque los valores admitidos son sí o no. Las variables Número de gestaciones previas, número de partos, número de cesáreas y número de abortos, si bien su respuesta es numérica, su análisis y tratamiento estadístico ha sido como de conteo. Finalmente, dos variables han sido analizadas como cuantitativas: la edad y el número de semanas de embarazo. El tratamiento de la información, la tabulación y gráficos se realizó mediante la aplicación estadística SPSS versión 18, y la hoja electrónica Excel 2010.

CAPÍTULO 3

RESULTADOS

3.1 LAS ESPECIALIDADES MAS REQUERIDAS POR LAS PACIENTES ADOLESCENTES EN EL HUG

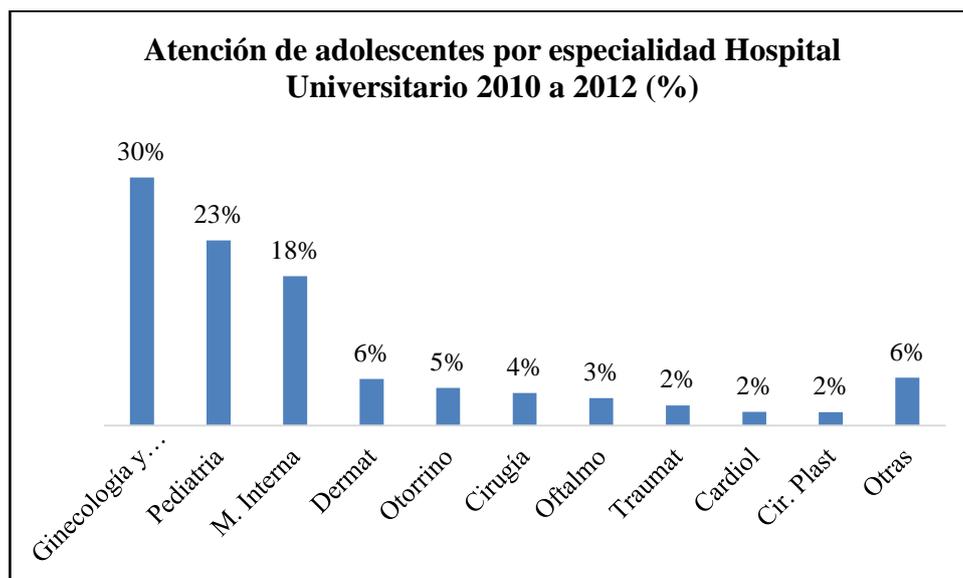
Los resultados de este estudio descriptivo, documental y exploratorio para detallar las características clínicas y epidemiológicas de las adolescentes, fueron obtenidos por el análisis de la base de datos de Historias Clínicas del hospital Universitario de Guayaquil / MSP en el periodo de enero de 2010 a diciembre de 2012, en pacientes atendidas en Consulta Externa y en Emergencia. El hospital ofrece más de 20 especialidades, y se encontraron registros de más de 17,500 pacientes, y la mayor proporción corresponde a atenciones del servicio de Ginecología y Obstetricia.

Tabla 9. Distribución de frecuencias de atenciones a adolescentes por especialidad

Especialidad	Frecuencia	Frecuencia Relativa	Frecuencia Acumulada	Frecuencia Rel. Acumulada
Ginecología y Obstetricia	5,284	30.14%	5,284	30%
Pediatría	3,947	22.52%	9,231	53%
M. Interna	3,184	18.16%	12,415	71%
Dermatología	992	5.66%	13,407	76%
Otorrinolaringología	804	4.59%	14,211	81%
Cirugía	694	3.96%	14,905	85%
Oftalmología	588	3.35%	15,493	88%
Traumatología	433	2.47%	15,926	91%
Cardiología	296	1.69%	16,222	93%
Cir. Plástica	287	1.64%	16,509	94%
Gastroenterología	259	1.48%	16,768	96%
Nutrición	195	1.11%	16,963	97%
Neurocirugía	140	0.80%	17,103	98%
Proctología	131	0.75%	17,234	98%
Neurología	117	0.67%	17,351	99%
Cir. Pediátrica	116	0.66%	17,467	100%
Urología	30	0.17%	17,497	100%
Psiquiatría	27	0.15%	17,524	100%
Vascular	5	0.03%	17,529	100%
Suma	17,529			

*Fuente: Base de datos de Estadística del HUG
Elaborado por: La autora*

Gráfico 8. Distribución de frecuencias de las atenciones a adolescentes por especialidad



*Fuente: Base de datos de Estadística del HUG
Elaborado por: La autora*

La Tabla y Gráfico anteriores muestran la distribución de frecuencia de las atenciones por especialidad médica, así, las atenciones de Ginecología y Obstetricia constituyen el 30.14% de los casos, lo que representa casi uno de cada tres casos. Las diez especialidades más frecuentes constituyen el 94% de casos.

Una vez que se encontró que la mayoría de atenciones a pacientes en edad adolescentes la brinda el servicio de Ginecología y Obstetricia, se procedió a tomar una muestra al azar de 500 registros para profundizar el estudio de las pacientes que se atienden en esta especialidad, y conocer las principales características de éstas. Los resultados se detallan a continuación.

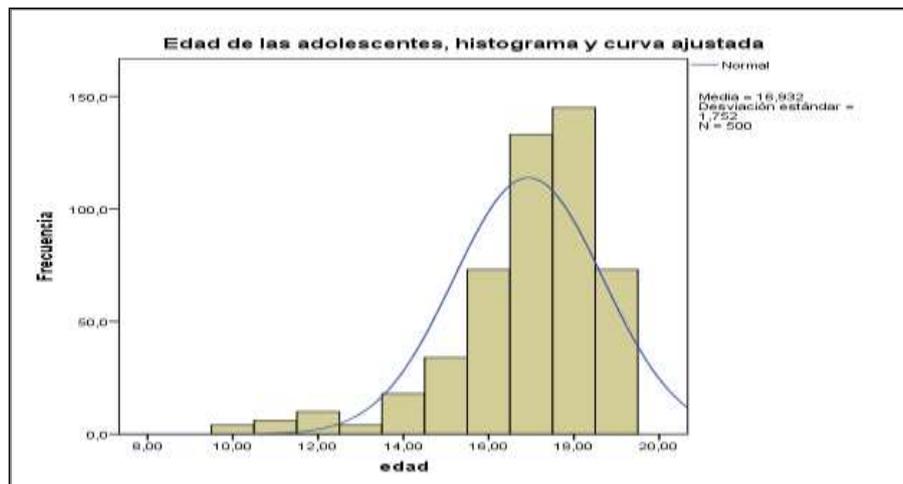
3.2 PRINCIPALES PATOLOGIAS Y FACTORES DE RIESGO DE LAS ADOLESCENTES ATENDIDAS EN SERVICIO GICOLOGIA HUG

Tabla 10. Distribución de la Edad de las pacientes adolescentes

Edad	Frecuencia	Porcentaje
10	4	0.80%
11	6	1.20%
12	10	2.00%
13	4	0.80%
14	18	3.60%
15	34	6.80%
16	73	14.60%
17	133	26.60%
18	145	29.00%
19	73	14.60%
Total	500	100.00%

*Fuente: Muestra analizada de Estadística del HUG
Elaborado por: La autora*

Gráfico 9. Distribución de la Edad de las pacientes



*Fuente: Muestra analizada de Estadística del HUG
Elaborado por: La autora*

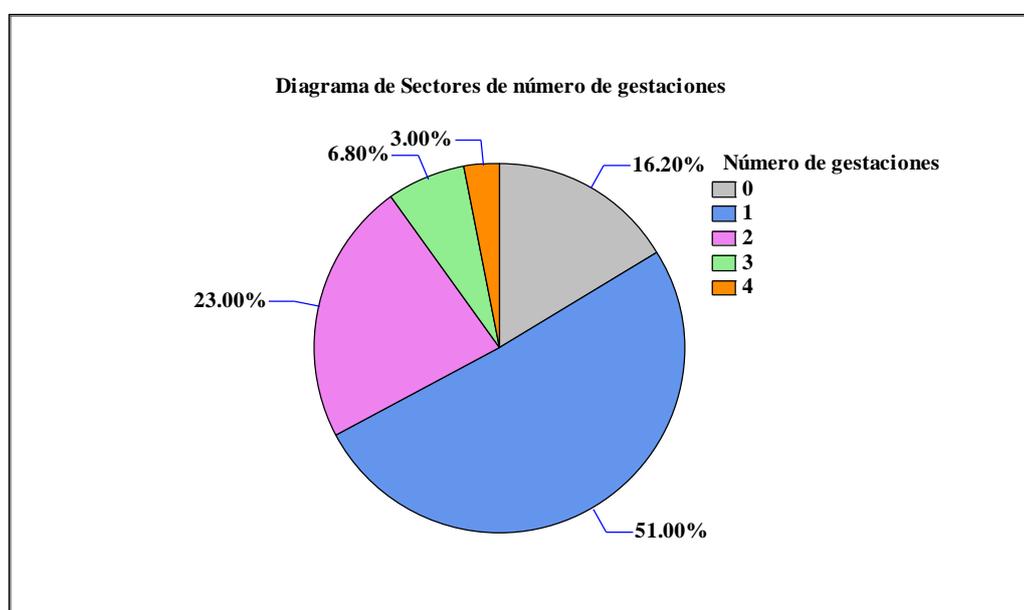
El mayor número de pacientes se encuentra en edades entre 17 y 18 años, mientras es menos frecuente encontrar pacientes con edades de 10 a 13 años, edades de adolescencia temprana.

Tabla 11. Número de gestaciones de la paciente adolescente

Número de gestaciones	Frecuencia	Porcentaje
0	81	16.2
1	255	51.0
2	115	23.0
3	34	6.8
4	15	3.0
Total	500	100.0

*Fuente: Muestra analizada de Estadística del HUG
Elaborado por: La autora*

Gráfico 10. Diagrama de sectores del número de gestaciones



*Fuente: Muestra analizada de Estadística del HUG
Elaborado por: La autora*

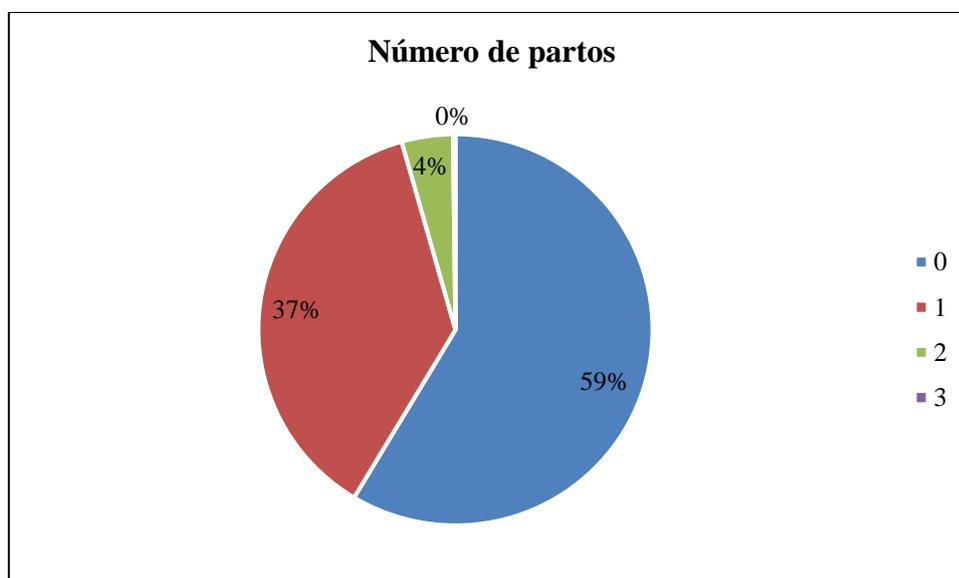
El número de gestaciones que había tenido la paciente al momento de recibir el servicio en el hospital va desde cero hasta cuatro gestaciones, con un promedio entre uno y dos, y más de la mitad, el 51%, había tenido una gestación. La condición más frecuente es la de haber tenido una gestación, en el 51% de los casos, seguida por las que han tenido dos gestaciones, el 23% de las pacientes. Quienes no tuvieron como antecedente alguna gestación representan el 16.20%, mientras que las menos frecuentes son las que han indicado tener cuatro gestaciones, el 3%.

Tabla 12. Número de partos que han tenido las pacientes adolescentes

Número de partos	Frecuencia	Porcentaje
0	293	58.6
1	185	37.0
2	21	4.2
3	1	0.2
Total	500	100.0

*Fuente: Muestra analizada de Estadística del HUG
Elaborado por: La autora*

Gráfico 11. Diagrama de sectores del número de partos



*Fuente: Muestra analizada de Estadística del HUG
Elaborado por: La autora*

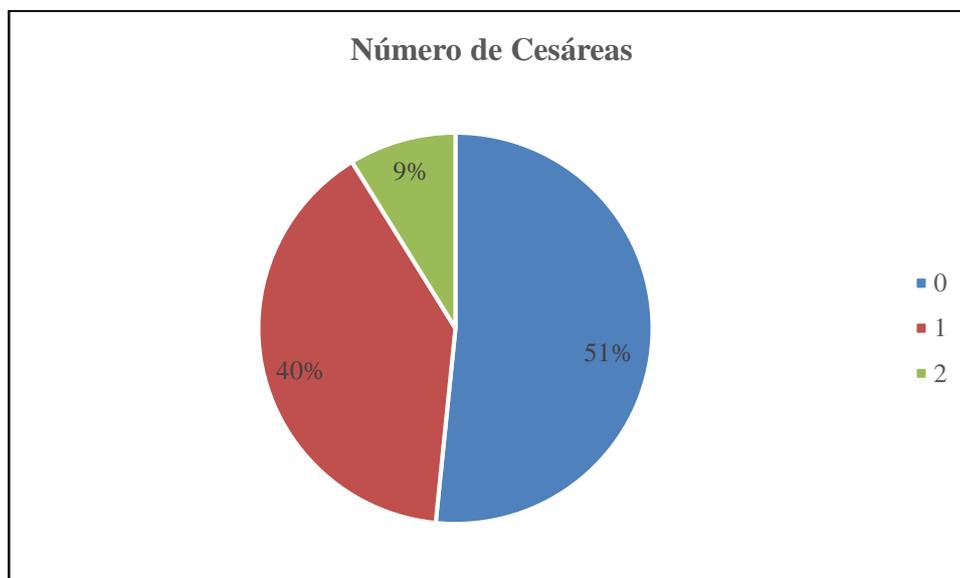
De las historias clínicas revisadas, poco más del 58% señala que nunca tuvieron un parto, tuvo uno el 37%, y menos frecuentes son los registros de dos y tres partos. El Gráfico muestra cómo se distribuye entre las pacientes adolescentes la condición de haber tenido como antecedente el número de partos como forma de culminación de su embarazo, y es cero el caso más frecuente, con un porcentaje de 58.60%, y tres partos el número menos frecuente, el 0.20%.

Tabla 13. Número de cesáreas que han tenido las pacientes adolescentes

Número de Cesáreas	Frecuencia	Porcentaje
0	258	51.6
1	198	39.6
2	44	8.8
Total	500	100.0

*Fuente: Muestra analizada de Estadística del HUG
Elaborado por: La autora*

Gráfico 12. Diagrama de sectores del número de cesáreas de las pacientes



*Fuente: Muestra analizada de Estadística del HUG
Elaborado por: La autora*

Las frecuencias muestran que la mayoría de pacientes indicó que no ha sido sometida a cesárea, esto representa el 51.6% de los casos, a la vez que casi el 40% de las pacientes han tenido un parto por cesárea, y casi el 9% ha tenido dos.

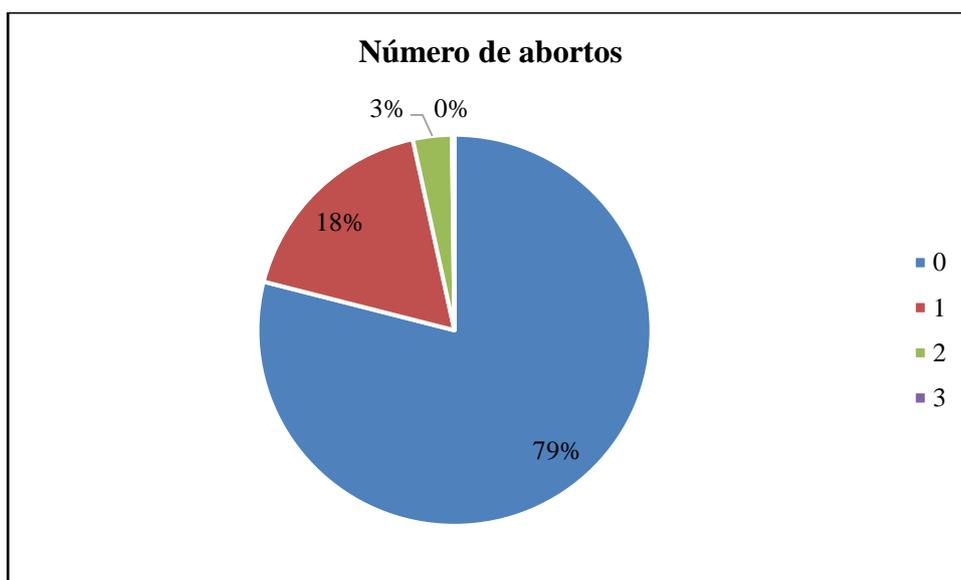
Tabla 14. Número de abortos practicados a las pacientes adolescentes

Número de abortos	Frecuencia	Porcentaje
0	395	79.0
1	88	17.6
2	16	3.2
3	1	0.2
Total	500	100.0

Fuente: Muestra analizada de Estadística del HUG

Elaborado por: La autora

Gráfico 13. Diagrama de sectores del número de abortos en los antecedentes de las pacientes



Fuente: Muestra analizada de Estadística del HUG

Elaborado por: La autora

La segunda mayor frecuencia es la de pacientes que sufrieron un aborto, 88 de los 500 registros estudiados, lo que significa 17.60%, seguida de pacientes con antecedente de dos abortos, 3.20% y finalmente quienes indicaron un número de tres abortos, fueron el 0.20% de los casos.

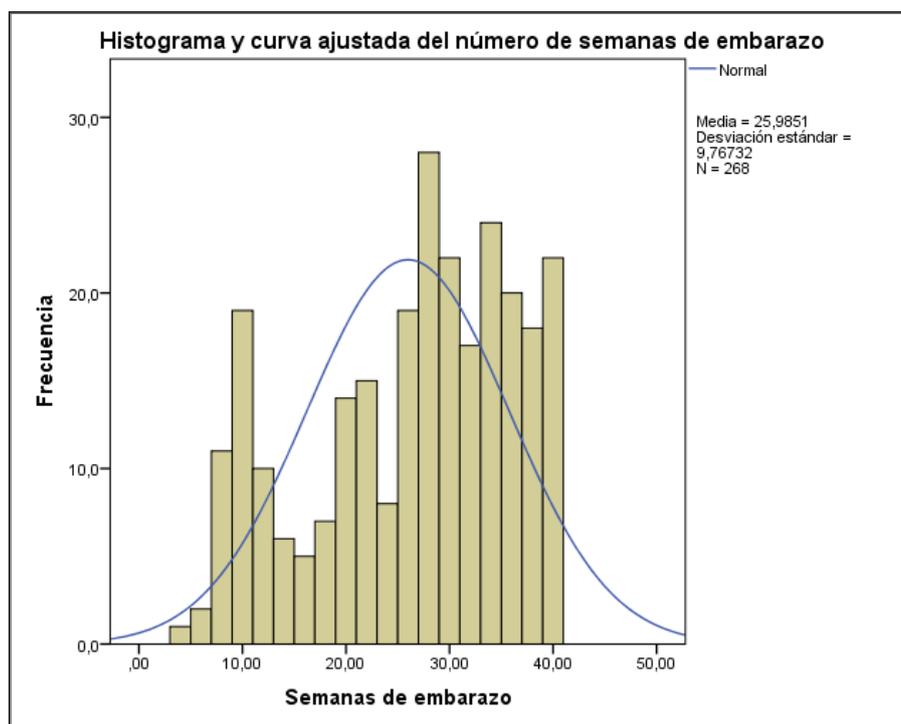
Tabla 15. Resumen estadístico para el número de semanas de embarazo

Recuento	268
Promedio	25.99
Desviación Estándar	9.77
Coefficiente de Variación	37.59%
Mínimo	4
Máximo	40
Rango	36

Fuente: Muestra analizada de Estadística del HUG

Elaborado por: La autora

Gráfico 14. Distribución del número de semanas de gestación con que llegan las pacientes



Fuente: Muestra analizada de Estadística del HUG

Elaborado por: La autora

La Tabla incluye medidas de tendencia central, medidas de variabilidad y los valores mínimo y máximo encontrados. El número mínimo de semanas de embarazo en los registros es cuatro, y el máximo 40, el número de semanas más frecuente es 28, seguido por 34, lo que no permitiría identificar oportunamente los factores de riesgo que probablemente existan en este tipo de pacientes.

Tabla 16. Estadísticos descriptivos de las variables cuantitativas

Estadístico	Edad	Número de semanas embarazo	de Número de gestaciones	Número de partos	Número de cesáreas	de Número de abortos
Media	16.9	25.98	1.29	0.46	0.57	0.25
Mínimo	10	4	0	0	0	0
Máximo	19	40	4	3	2	3
Rango	9	36	4	3	2	3
Moda	18	28				

*Fuente: Muestra analizada de Estadística del HUG
Elaborado por: La autora*

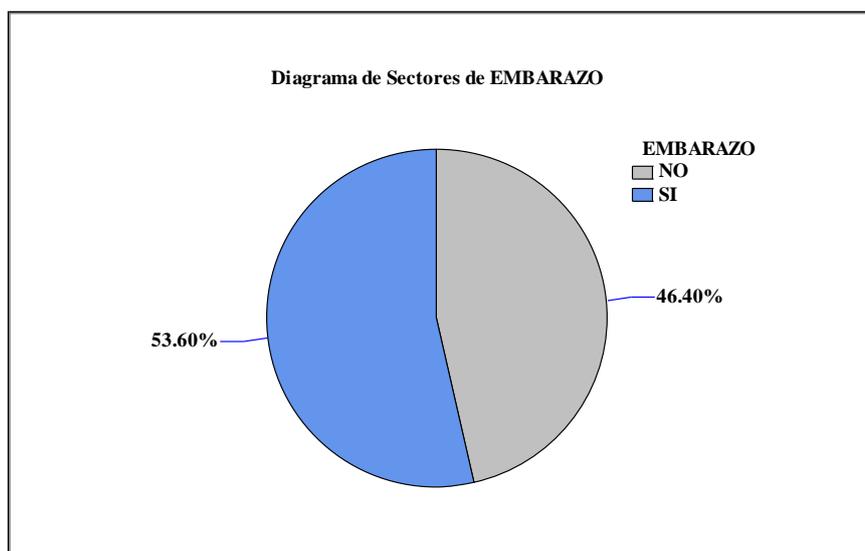
Este resumen permite hacer un breve perfil de las adolescentes que acuden al servicio de ginecología y obstetricia, tiene generalmente 18 años de edad, aunque el rango es de 10 a 19 años. Si está embarazada, llega generalmente con 28 semanas de transcurso de embarazo y probablemente con más de una gestación en su vida.

Tabla 17. Tabla de frecuencia de condición de embarazo

Clase	Valor	Frecuencia	Frecuencia Relativa
1	NO	232	46.40%
2	SI	268	53.60%

*Fuente: Muestra analizada de Estadística del HUG
Elaborado por: La autora*

Gráfico 15. Condición de embarazo al momento de atención.



*Fuente: Muestra analizada de Estadística del HUG
Elaborado por: La autora*

En cuanto a la condición de embarazo o no, la mayoría de pacientes presentaban al momento de su atención estado de gravidez, el 53.6%.

La mayor proporción de pacientes fueron en condición de embarazadas y establecer esta proporción se usó para analizar más profundamente las particularidades ginecológicas de ellas.

3.2.1 MORBILIDADES GINECOLÓGICAS MÁS FRECUENTES EN LAS ADOLESCENTES

En los 232 registros de la muestra de pacientes que no estaban embarazadas se revisó las morbilidades que presentaban al momento de su atención.

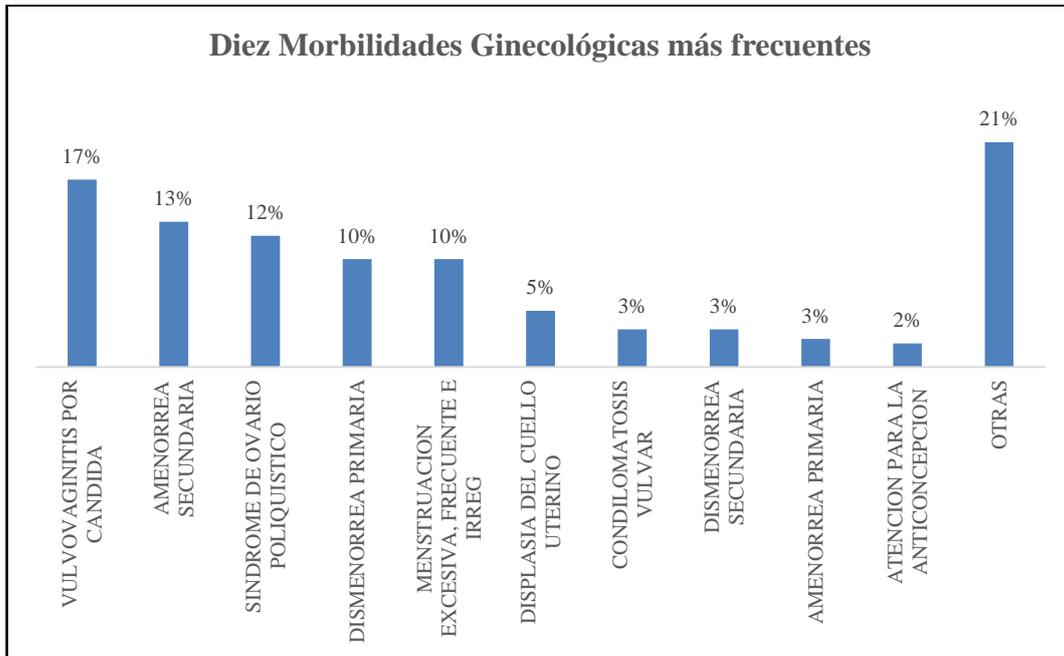
Tabla 18. Morbilidades ginecológicas de las pacientes adolescentes del Hospital Universitario

Morbilidad	Frecuencia	Relativa
Vulvovaginitis Por Cándida	40	17.24%
Amenorrea Secundaria	31	13.36%
Síndrome De Ovario Poli quístico	28	12.07%
Dismenorrea Primaria	23	9.91%
Menstruación Excesiva, Frecuente e Irregular	23	9.91%
Displasia Del Cuello Uterino	12	5.17%
Condilomatosis Vulvar	8	3.45%
Dismenorrea Secundaria	8	3.45%
Amenorrea Primaria	6	2.59%
Atención Para La Anticoncepción	5	2.16%
Trastornos Inflamatorios Pélvicos Fem.	5	2.16%
Vulvovaginitis Por Tricomonas	5	2.16%
Mastitis No Purulenta Asociada Con El Parto	4	1.72%
Bartolinitis	3	1.29%
Fibroadenosis De Mama	3	1.29%
Mastodinia	3	1.29%
Tricomoniasis Urogenital	3	1.29%
Displasia Mamaria Benigna	2	0.86%
Menstruación Ausente, Escasa O Rara	2	0.86%
Prurito Vulvar	2	0.86%
Quiste De Ovario	2	0.86%
Absceso De Mama	1	0.43%
Examen Ginecológico (General) (De Rutina)	1	0.43%
Folículo Persistente En Ovario	1	0.43%
Micosis No Especificada	1	0.43%
Oligomenorrea Primaria	1	0.43%
Oligomenorrea Secundaria	1	0.43%
Otras Atenciones Especificadas Para La A	1	0.43%
Otras Colitis Y Gastroenteritis No Infecciosa	1	0.43%
Otros Quistes Ováricos No Especificados	1	0.43%
Otros Trastornos De La Mama	1	0.43%
Tumor Benigno De La Mama	1	0.43%
Tumor De Comportamiento Incierto	1	0.43%
Úlceras vulvares	1	0.43%
Várices de la vulva	1	0.43%
Suma	232	100%

*Fuente: Muestra analizada de Estadística del HUG
Elaborado por: La autora*

Las 10 enfermedades ginecológicas más frecuentes agrupan más de 79% de los casos mientras que el restante 21% se distribuye entre las otras 25 encontradas en los registros estadísticos.

Gráfico 16. Las 10 morbilidades ginecológicas más frecuentes en las pacientes adolescentes del Hospital Universitario



*Fuente: Muestra analizada de Estadística del HUG
Elaborado por: La autora*

3.3 ANÁLISIS DE ASOCIACIÓN ENTRE PRINCIPALES VARIABLES

La relación entre la edad y el número de gestaciones de la paciente, indica que más de la mitad, el 51% ha tenido por lo menos un embarazo, casi una de cada cuatro ha tenido dos, el 16% de ellas no ha tenido ninguno. Las pacientes que más embarazos han tenido son las de 18 años de edad, cifras que se muestran en la siguiente Tabla.

Tabla 19. Número de gestaciones por edad de las pacientes

Edad de la paciente	Número de Gestaciones que ha tenido la paciente					Total
	0	1	2	3	4	
10 años	1	3	0	0	0	4
11 años	1	4	1	0	0	6
12 años	0	8	0	1	1	10
13 años	0	2	1	1	0	4
14 años	3	10	3	2	0	18
15 años	10	15	6	2	1	34
16 años	12	32	20	5	4	73
17 años	25	65	31	7	5	133
18 años	20	81	35	8	1	145
19 años	9	35	18	8	3	73
Total	81	255	115	34	15	500
Porcentaje	16%	51%	23%	7%	3%	100%

Fuente: Muestra analizada de Estadística del HUG

Elaborado por: La autora

La prueba de normalidad entre las variables *Número de gestaciones* relacionada con la *Edad* calculada para evaluar la pertinencia de un análisis de varianza, resultó con una distribución *NO normal* en todos los grupos de edad, excepto en el de 13 años en que el valor es superior al 5%, en cada una de las otras edades de las pacientes, no hay una distribución normal de los promedios del número de gestaciones, y permite inferir una escasa asociación de dependencia entre el número de veces que las adolescentes llegan a un embarazo y la edad de las mismas. El resumen de la prueba de normalidad de la variable *Número de gestaciones* se muestra en el Apéndice 2.

El análisis de varianza entre el número de gestaciones de las adolescentes con relaciona la edad de las mismas sugiere que no se puede descartar la hipótesis nula de que no existe diferencia entre los promedios de gestaciones entre los distintos grupos de edad.

Tabla 20. Análisis de ANOVA entre el número de gestaciones y las edades de las adolescentes

	Suma de cuadrados	Gl.	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	8.283	9	0.920	1.085	0.372
Intra-grupos	415.499	490	0.848		
Total	423.782	499			

Fuente: Muestra analizada de Estadística del HUG

Elaborado por: La autora

La sugerencia anotada anteriormente surge del resultado del nivel de significancia, o *p* valor de 0.372, mayor al 0.05 con el que se hizo el análisis. Al realizar las pruebas de normalidad de la distribución de las medias de las otras variables, se encontró que en la variable *Número de partos*, tampoco existe una distribución normal, excepto en el grupo de 13 años. En la variable *Número de cesáreas* los grupos de distribución normal son los de 11 y 12 años y por último en cuanto al *número de abortos*, en ninguna de las edades existe una distribución normal del promedio. Esto lleva a concluir que en términos estadísticos no existe mayor diferencia entre las distintas edades en cuanto al número de partos, cesáreas y de abortos, son similares entre sí. El resumen de las pruebas de normalidad se muestra en el Apéndice 2.

3.4 ANÁLISIS DE LOS FACTORES DE RIESGO DE LAS ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HUG

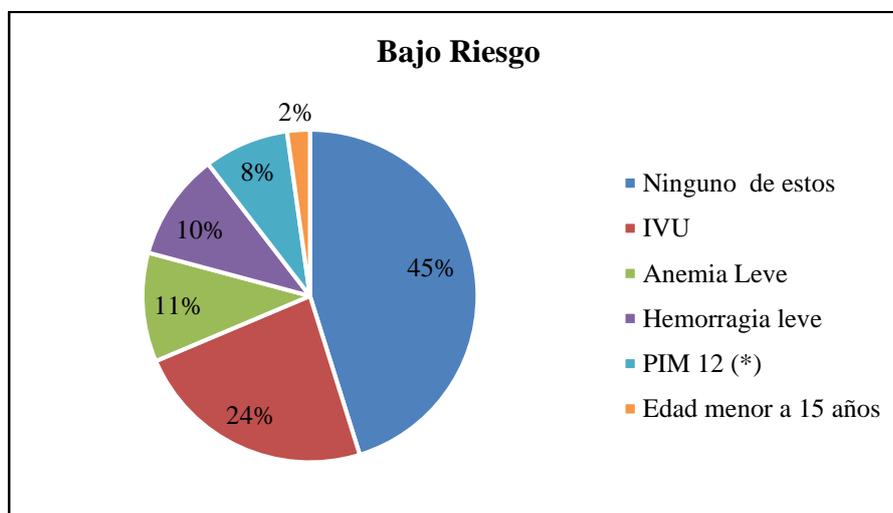
De los datos encontrados sobre la condición clínica se hizo una clasificación en tres niveles: Bajo, Medio y Alto. Las medidas de frecuencia de los factores considerados como de Bajo Riesgo son:

Tabla 21. Tabla de frecuencia de factores de Bajo Riesgo

Riesgo Bajo	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno de estos	226	45%
IVU	117	23%
Anemia Leve	53	11%
Hemorragia leve	52	10%
PIM 12 (*)	41	8%
Edad menor a 15 años	11	2%
Total	500	100%

*Fuente: Muestra analizada de Estadística del HUG
Elaborado por: La autora*

Gráfico 17. Distribución de factores de Bajo Riesgo



*Fuente: Muestra analizada de Estadística del HUG
Elaborado por: La autora*

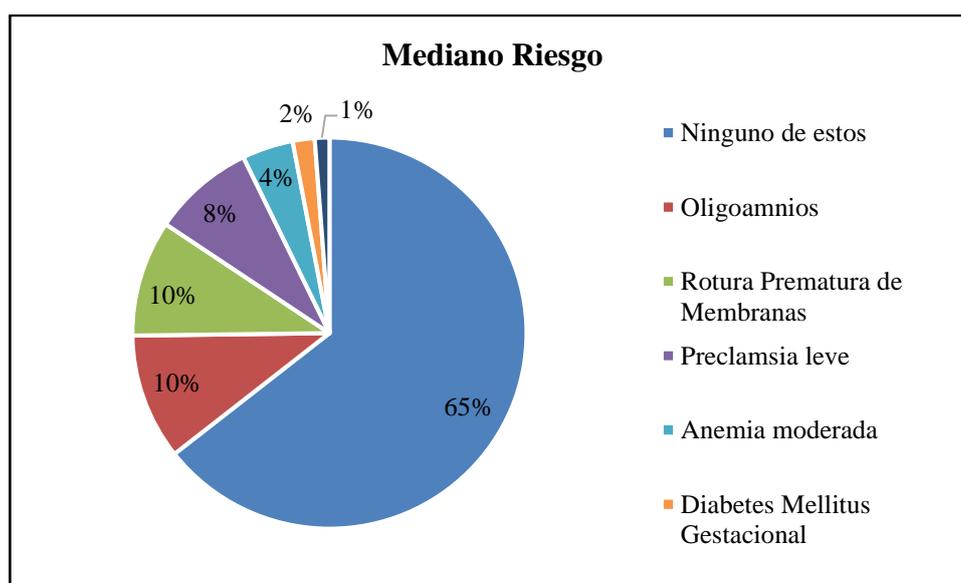
El factor más frecuente encontrado es *Infección de Vías Urinarias*, en el 23% de los datos, seguido por *Anemia Leve* con el 11%, mientras el menos frecuente es *Menor de 15 años*.

Tabla 22. Tabla de frecuencia de factores de Mediano Riesgo

Mediano Riesgo	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno de estos	322	64%
Oligoamnios	52	10%
Rotura Prematura de Membranas	48	9.6%
Preclamsia leve	42	8%
Anemia moderada	21	4%
Diabetes Mellitus Gestacional	9	2%
Síndrome de Ovario Poliquístico	6	1%
Total	500	100%

*Fuente: Muestra analizada de Estadística del HUG
Elaborado por: La autora*

Gráfico 18. Distribución de factores de Mediano Riesgo



*Fuente: Muestra analizada de Estadística del HUG
Elaborado por: La autora*

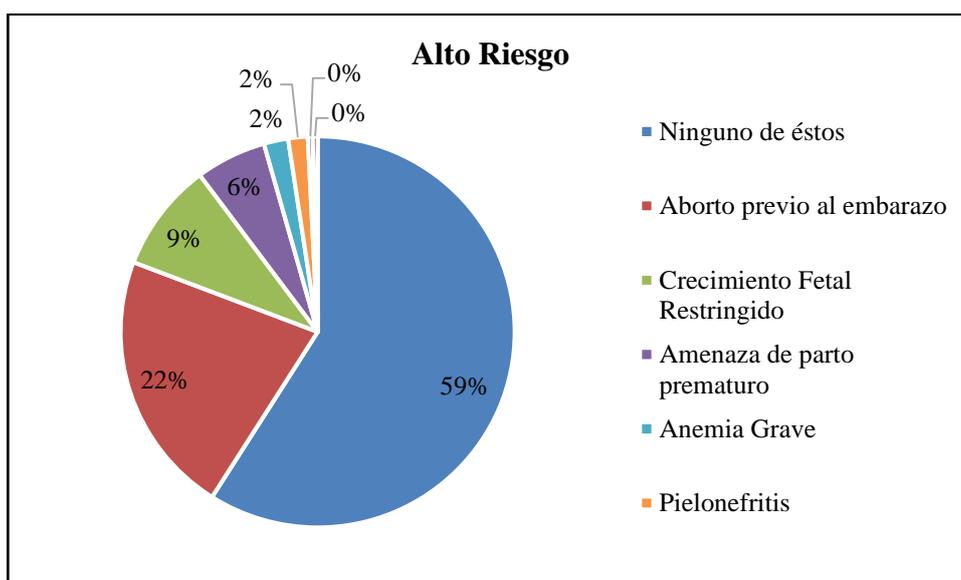
La mayoría de casos estudiados no registró ninguno de los factores de esta clase. El factor más frecuente encontrado es *Oligoamnios*, seguido por *Rotura Prematura de Membranas*, con 10.4% y 9.6% respectivamente.

Tabla 23. Tabla de frecuencia de factores de Alto Riesgo

Alto Riesgo	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno de éstos	295	59%
Aborto previo al embarazo	109	22%
Crecimiento Fetal Restringido	45	9%
Amenaza de parto prematuro	29	6%
Anemia Grave	10	2%
Pielonefritis	8	2%
Placenta previa	2	0%
Preclamsia grave	2	0%
Total	500	100%

*Fuente: Muestra analizada de Estadística del HUG
Elaborado por: La autora*

Gráfico 19. Distribución de factores de Alto Riesgo



*Fuente: Muestra analizada de Estadística del HUG
Elaborado por: La autora*

El factor de Alto Riesgo más frecuente encontrado en los registros es el Aborto Previo al Embarazo, seguido por el Crecimiento Fetal Restringido, en el 22% y 9% respectivamente.

Para revisar la asociación entre los distintos tipos de factores y la edad de la paciente se hicieron las respectivas pruebas no paramétricas, debido a que se trata de variables categóricas. La prueba estadística usada fue de Chi cuadrado, para indagar si los factores de riesgo tienen una relación con la edad de las pacientes.

Tabla 24. Resultados de Prueba de Chi Cuadrado para factores de Riesgo Bajo con relación a la Edad de la adolescente

	Valor	Gl.	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	123.717	45	.000
Razón de verosimilitudes	88.479	45	.000
N de casos válidos	500		

*Fuente: Muestra analizada de Estadística del HUG
Elaborado por: La autora*

La primera comparación entre los factores de riesgo clasificados como bajos, muestra una asociación en todas las edades, es decir que estadísticamente se podría afirmar que efectivamente existe una relación entre ambas características: la edad y el factor de bajo riesgo. La afirmación anterior se desprende del valor bajo de P, es menor a 0.05.

Tabla 25. Resultados de Prueba de Chi Cuadrado para factores de Riesgo Medio con relación a la Edad de la adolescente

	Valor	Gl.	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	60.772	54	.245
Razón de verosimilitudes	74.511	54	.034
N de casos válidos	500		

*Fuente: Muestra analizada de Estadística del HUG
Elaborado por: La autora*

Al analizar los factores categorizados como de Mediano Riesgo, la prueba de Chi cuadrado revela no existiría una asociación estadística entre ellos y las edades de las pacientes. En este caso se podría afirmar que no existe asociación debido al P valor, mayor a 0.05, que resulta según se aprecia en la Tabla 25, es de 0.245.

Tabla 26. Resultados de prueba de Chi cuadrado para factores considerados de Alto riesgo en relación con la edad de la adolescente

	Valor	Gl.	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	56.326	63	.711
Razón de verosimilitudes	62.616	63	.490
N de casos válidos	500		

Fuente: Muestra analizada de Estadística del HUG

Elaborado por: La autora

El último análisis de relación entre factores de riesgo se hizo comparando los Factores calificados como de Alto Riesgo y las edades de las pacientes, y el resultado de la prueba indica que no habría relación entre la edad de las pacientes y que éstas tengan alguno de estos factores de alto riesgo.

El único tipo de factor que probablemente esté relacionado con la edad de las adolescentes es el tipo de Bajo Riesgo, es decir que es más probable encontrar uno de estos factores como la Anemia leve, Infecciones de vías urinarias, Hemorragia leve o tener un Periodo intergenésico menor a 12 meses, que los calificados como de Mediano o Alto riesgo.

3.5 ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

En el estudio a las pacientes adolescentes del hospital Universitario de Guayaquil /MSP, en un número de 17,529 en el periodo 2010 a 2012, el 30.14% han sido atendidas por el servicio de Ginecología y Obstetricia, por lo que esta se constituye en la especialidad que más servicios brinda a este grupo de edad. Pediatría y Medicina Interna son las dos especialidades que siguen en número de atenciones, con 22% y 18% respectivamente.

Esta alta frecuencia estaría en concordancia con los informes de la OMS sobre la problemática de los adolescentes, y específicamente con la incidencia del embarazo adolescente, el inicio temprano de la actividad sexual y el incremento de las enfermedades de transmisión sexual especialmente en los países en desarrollo (18). Además, es similar a lo descrito en la investigación de Conde Agudelo y sus colaboradores, citada anteriormente.

En proporciones distintas, pero con claridad se pueden comparar las morbilidades no ginecológicas en adolescentes del Ecuador con los que son atendidos en el Hospital Universitario de Guayaquil. Existen numerosas atenciones de especialidades como Oftalmología, Nutrición, Otorrinolaringología, entre las más frecuentes, inclusive se encontraron atenciones en la especialidad de Psiquiatría y Neurología, resultado que confirma la investigación de Brooks y colaboradores (11). Este hecho podría interpretarse como la necesidad de brindar una atención integral al adolescente, debido al amplio espectro de dificultades de salud que los afecta: violencia, adicciones, salud mental además de problemas de salud reproductiva (31). El informe citado justifica una cobertura universal además de integral a los adolescentes.

En el servicio de Ginecología y Obstetricia propiamente dicho, se refleja en mucho la problemática general de la sociedad ecuatoriana, en que hay un alto porcentaje de adolescentes embarazadas, la mayor proporción de mujeres en edad adolescentes acudieron en condición de embarazadas, el 54% y en promedio, fueron con 26 semanas de embarazo.

En los registros se encuentra que el 84% de las pacientes que se atendieron han tenido al menos un embarazo en su historial de salud. En cuanto a las distintas formas de culminación del embarazo, el 41% de ellas ha tenido al menos un parto, mientras que quienes se sometieron al menos a una cesárea suman el 48% y quienes tienen en su historia clínica al menos un aborto alcanza el 21% de las pacientes.

La Organización Mundial de la Salud en el 2014 emitió un informe denominado El Embarazo en la Adolescencia, en el que afirma que 16 millones de jóvenes entre 15 y 19 años y un millón de menores de 15 años, dan a luz cada año. Esto representaría en 11% de todos los nacimientos a escala mundial y 95% de esos casos ocurren en países considerados como de bajo y medianos ingresos económicos (32).

En promedio la tasa de natalidad, continúa el mismo informe, es de 49 por cada 1,000 jóvenes de entre 15 y 19 años, lo que constituye uno de los factores más importantes de mortalidad materna, de hecho, las complicaciones durante el embarazo y el parto constituyen la segunda causa de muerte entre las adolescentes de 15 y 19 años de edad.

Desde el punto de vista ginecológico, la mayor proporción de pacientes han sido diagnosticadas con Vulvovaginitis por candida, el 17.24%, mientras que la amenorrea secundaria es la segunda morbilidad más frecuente, con más del 13% y en proporciones comparables se encuentran casos de síndrome de ovario poli quístico y dismenorrea primaria. Se encontraron registros de más de 30 morbilidades diagnosticadas en

Ginecología, inclusive casos de tumores benignos de mama y úlceras vulvares, información que contribuye al perfil epidemiológico de las adolescentes atendidas en el Hospital Universitario, en contraste con el perfil más común que anota la Organización Mundial de la Salud, que pone a la Dismenorrea y a la Hemorragia Uterina Disfuncional como las morbilidades más frecuentes entre las adolescentes.

Finalmente se debe anotar que la frecuencia de aparición de factores de riesgo con que acuden las adolescentes señala que la mayor cantidad de pacientes tienen en su historial factores de Bajo Riesgo, 274 de éstos, seguidos por los considerados de Alto Riesgo, en un número de 205 y finalmente la suma de factores de Mediano Riesgo llega a 178. El más frecuente es la Infección de Vías Urinarias, con más de 23% de los casos, el mismo que está clasificado como de Bajo Riesgo, aunque no menos importante, por la gravedad que reviste, se debe resaltar la frecuencia de casos de Aborto Previo al Embarazo, con un 22%, considerado como de Alto Riesgo.

CONCLUSIONES

El objetivo primordial de esta tesis era determinar la frecuencia de las patologías y factores de riesgos de las adolescentes que acuden al servicio de ginecología del Hospital Universitario de Guayaquil. Mediante el uso del Método Estadístico Descriptivo, se ha analizado los registros de más de 17,000 historias clínicas de pacientes adolescentes atendidas entre los años 2010 y 2012. Se escogió este método debido a que es el que mejor permite analizar e interpretar los datos estudiados.

Las conclusiones que se derivan del presente trabajo de investigación vinculan entre sí los temas de salud más relevantes de los adolescentes, y son presentadas a continuación.

- Aquí se demuestra que la mayor cantidad de atenciones médicas en el Hospital Universitario a las adolescentes corresponde al servicio de Ginecología y Obstetricia, el 30% de las mismas. El INEC informó que en Ecuador en el año 2012 la mayor causa de hospitalización de pacientes entre 10 y 19 años fue debido a la atención de embarazos y partos, con más de 65% de los casos. El estudio de los resultados obtenidos es congruente con estas cifras relacionadas con el Ecuador, en consecuencia, resulta de utilidad conocer que el tipo de servicios que más demanda la comunidad para las adolescentes es el gineco obstétrico.
- Del análisis de las diferentes características que presentan las pacientes adolescentes, se encontró que el 54% de ellas llegan embarazadas a buscar atención, la edad más frecuente se encuentra entre 17 y 18 años. El 51% de ellas tuvo al menos una gestación anterior, y de éstas el 37% tuvo al menos un parto, el 39.6% una cesárea y el 17.6% al menos un aborto.

- Los factores de riesgo más frecuentes son la Infección de Vías Urinarias y el Aborto Previo al Embarazo, encontrados en el 23% y 22% de las pacientes, el primero clasificado como de bajo riesgo mientras que el segundo es de alto riesgo.
- Al asociar la condición del Número de gestaciones por cada una de las edades, no se encuentra, en términos estadísticos, una relación significativa entre ambas condiciones, es decir que, la paciente en cualquiera de sus años de edad adolescente tiene la misma probabilidad de salir embarazada. En cambio, al relacionar la edad con los factores de riesgo, los que se clasificó como bajos son los más asociados a ellas.

RECOMENDACIONES.

- La promoción de prácticas saludables durante la adolescencia y continuar con el esfuerzo de protección en el transcurso de toda la etapa de su vida.
- Garantizando su vida larga y productiva.
- Continuar con el esfuerzo de enseñanza de protección frente a las ETS o del VIH y que cuente con el acceso de una prueba para detectar la infección para realizar una atención eficaz, eficiente y oportuna.
- Mayor fortalecimiento en plan de salud y reproductiva durante la adolescencia dando mayor acceso al método anticonceptivo, para de esta manera reducir los embarazos precoces que están en relación con la muerte materno-infantil.
- Enseñar y fomentar en nuestros adolescentes los hábitos de una alimentación sana y saludable, establecer un horario para cada día realizar alguna actividad física, para que de esta forma tengan una vida saludable en su edad adulta.
- Sobre la salud mental trabajar con el departamento de Psicología clínica para identificar el adolescente en riesgo de caer en consumir tabaco, alcohol, drogas y pandillas, dándole un asesoramiento a cada uno de acuerdo a su necesidad asimismo a la comunidad en peligro.
- Existe la necesidad de fomentar de escuela para padre para que estén atentos durante los primeros años de la vida del adolescente en su cambio de comportamiento, con quien frecuenta durante su ausencia, evitar la violencia intrafamiliar, siendo este un factor importante que da inicio al cambio de comportamiento en el adolescente, esto hace que busque refugio en el alcohol, luego consumo de drogas y de esta forma el ingreso a pandilla o de provocar accidentes traumáticos poniendo en riesgo su vida y causar dolor a la familia por esta causa.

- Continuar con la actividad sobre seguridad vial de los estudiantes en las calles, de que se respete las leyes de tránsito y de la responsabilidad cuando se conduce, de esta forma no se olvidaran que las causas de muerte por traumatismo en los adolescentes son provocadas por accidente de tránsito y que están relacionados por consumo de alcohol.
- Que esta investigación realizada en Hospital Universitario sirva como un aporte de saber qué pasa con los adolescentes en Ecuador, en Guayaquil, en la Parroquia Tarqui.
- Los adolescentes que buscaron una atención en Hospital Universitario durante 2010-2012, las causas por que fueron atendidos por distintas especialidades, por distintas unidades de HUG/MSP. Continuar con la recopilación de datos, seguir analizándolos con el Objetivo de evitar los riesgos durante la adolescencia.
- Reforzar el programa de salud del adolescente en base de criterios científicos que apoyen la salud del adolescente.
- Establecer un programa de atención para adolescente en HUG/MSP.
- Donde este sea una actividad multidisciplinaria con ayuda de otras especialidades. Con la finalidad orientarlos tanto en salud sexual y reproductiva, así como alejarse alcohol, drogar, padillas, de cómo protegerse frente a las ETS.

APÉNDICE 1. FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FICHA #	EDAD	
EMBARAZO	Si	No
MOTIVO DE CONSULTA		
SEMANAS de EMBARAZO		
NUMERO DE GESTACIONES		
NUMERO DE PARTOS		
NUMERO DE CESAREAS		
NUMERO DE ABORTOS		
FACTOR BAJO		
FACTOR MEDIO		
FACTOR ALTO		
DIAGNÓSTICO GINECOLÓGICO		

APÉNDICE 2. PRUEBA DE NORMALIDAD DE LA DISTRIBUCIÓN DE LAS MEDIAS DE LAS VARIABLES CUANTITATIVAS.

De la variable Número de gestaciones:

EDAD	Kolmogorov-Smirnova			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
10	.441	4	.	.630	4	.001
11	.333	6	.036	.827	6	.101
12	.478	10	.000	.539	10	.000
13	.283	4	.	.863	4	.272
14	.322	18	.000	.837	18	.005
15	.271	34	.000	.846	34	.000
16	.258	73	.000	.868	73	.000
17	.286	133	.000	.847	133	.000
18	.314	145	.000	.834	145	.000
19	.284	73	.000	.866	73	.000

De la variable Número de Partos:

EDAD	Kolmogorov-Smirnova			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
11	.407	6	.002	.640	6	.001
12	.381	10	.000	.640	10	.000
13	.283	4	.	.863	4	.272
14	.421	18	.000	.601	18	.000
15	.399	34	.000	.617	34	.000
16	.338	73	.000	.727	73	.000
17	.368	133	.000	.690	133	.000
18	.367	145	.000	.702	145	.000
19	.366	73	.000	.672	73	.000

De la variable Número de cesáreas:

EDAD	Kolmogorov-Smirnova			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
10	.441	4	.	.630	4	.001
11	.293	6	.117	.822	6	.091
12	.254	10	.067	.833	10	.036
13	.307	4	.	.729	4	.024
14	.294	18	.000	.752	18	.000
15	.379	34	.000	.692	34	.000
16	.356	73	.000	.717	73	.000
17	.337	133	.000	.721	133	.000
18	.345	145	.000	.728	145	.000
19	.279	73	.000	.776	73	.000

De la variable Número de abortos:

EDAD	Kolmogorov-Smirnova			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
12	.482	10	.000	.509	10	.000
13	.441	4	.	.630	4	.001
14	.435	18	.000	.614	18	.000
15	.499	34	.000	.464	34	.000
16	.441	73	.000	.571	73	.000
17	.475	133	.000	.525	133	.000
18	.496	145	.000	.462	145	.000
19	.445	73	.000	.594	73	.000

Bibliografía

1. INEC. Proyecciones poblacionales. [Online].; 2013. Available from: http://www.inec.gob.ec/estadisticas/index.php?option=com_content&view=article&id=329&Itemid=328&lang=es.
2. United Nations Children's Fund, UNICEF. Levels & Trends in child mortality New York: WHO; 2012.
3. Organización Mundial de la Salud. Riesgos para la salud de los jóvenes. [Online].; 2013. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/>.
4. Marín V. Trastornos de la conducta alimentaria en escolares y adolescentes. Revista chilena de nutrición, 29(2), 86-91. 2002;; p. 86 - 91.
5. Ministerio de Salud Pública. Embarazo adolescente y fecundidad en cifras. [Online].; 2012. Available from: http://instituciones.msp.gob.ec/misalud/index.php?option=com_content&view=article&id=668:embarazo-adolescente-y-fecundidad-en-cifras&catid=51:mi-salud-al-dia&Itemid=242.
6. INEC. Anuario de Camas y Egresos Hospitalarios Quito; 2012.
7. INEC. Anuario de Recursos y Actividades de Salud 2012 Quito; 2013.
8. Sociedad española de contracepción. Manual de salud reproductiva en la adolescencia Madrid: INO Reproducciones S.A.; 2001.
9. Organización Mundial de la Salud. Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. [Online].; 2014. Available from: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/.
10. Resnick M. Protective factors, resiliencyand healthy youth development. Adolescente mMedicine, State of the Art Review. 2000;; p. 157 - 164.
11. Brook T, Harris TJ, Woods E. Association of adolescent risk behaviors with mental health symptoms in high school students. Journal of Adolescent Health. 2002;; p. 240 - 246.
12. Observatorio Nacional de Drogas, OND. Cuarta encuesta nacional sobre el uso de drogas en estudiantes de 12 a 17 años. Quito;; 2013.
13. Margarita F, María T. Consumo de tabaco y alcohol en la adolescencia. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2010 Marzo; 18(2).
14. OMS. Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2010.
15. Acero Á, Escobar F, Castellanos G. Factores de riesgo para violencia y homicidio juvenil. Revista Colombiana de Psiquiatría. 2007.
16. UNICEF. Estado de los derechos de la niñez y la adolescencia en Ecuador 1990 - 2011. Quito;; 2012.

17. INEC. Anuario de estadísticas vitales: nacimientos y defunciones. Quito; 2011.
18. OMS. Health for world´s adolescents. [Online].; 2014. Available from: <http://www.oms.org>.
19. Raheena B. Prevalence of malnutrition among adolescents girls. New Delhi; 2001.
20. Aguirre ML, Castillo C, Le Roy C. Desafíos Emergentes en la Nutrición del Adolescente. Revista chilena de pediatría. 2010;: p. 488 - 497.
21. MSP / INEC. Encuesta nacional de salud y nutrición. Tomo I Quito; 2013.
22. Banco Mundial. Datos Banco Mundial. [Online].; 2014. Available from: http://datos.bancomundial.org/indicador/SP.ADO.TFRT?order=wbapi_data_value_2011+wbapi_data_value+wbapi_data_value-last&sort=desc.
23. Conde Agudelo A, Belizán J, Lammers C. Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: Cross-sectional study. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2005;: p. 342 - 349.
24. Schutt-Aine JyMM. Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas: Implicaciones en programas y políticas Washington, DC: OPS; 2003.
25. Celi R, Hidalgo L, Chedraui P, Gonzaga M. Sociedad argentina de salud integral del adolescente. [Online].; 2014. Available from: <http://www.sasia.org.ar/sites/www.sasia.org.ar/files/Factores-etiológicos-epidemiológicos-adolescentes-embarazadas.pdf>.
26. Golden N, Carlson J. The Pathophysiology of Amenorrhea in the Adolescent. Annals of the New York Academy of Sciences. 2008;: p. 163 - 178.
27. Dawood Y. Primary Dysmenorrhea, Advances in Pathogenesis and Management. Obstetrics and Gynecology. 2006;: p. 428 - 441.
28. Romero P. Vulvovaginitis en niñas y adolescentes. Revista chilena de pediatría. 1999.
29. Laine C, Williams S. The clinic of Vaginitis y Cervicitis. Annals of Internal Medicine. 2009.
30. MSP. Norma de Cuidado Obstétrico y Neonatal Esencial (CONE). Quito; 2013.
31. OMS. Salud para los Adolescentes del Mundo. Una Oportunidad en la segunda Década. científico. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014.
32. OMS. Embarazo en la Adolescencia. Ginebra: Organizacion Mundial de la Salud; 2014.
33. Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES). Agenda para la Igualdad de Niñas, Niños y Adolescentes 2012 - 2013. Quito; 2012.
34. Deligeoroglou E, Athanasopoulos N, Tsimaris P. Evaluation and management of adolescent amenorrhea. Annals of the New York academy of sciences. 2010;: p. 23 - 32.

35. Vergara F. Biblioteca virtual en salud. [Online].; 2014. Available from:
<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/lil-249638>.
36. OMS. Riesgos para la salud de los jóvenes. [Online].; 2013. Available from:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/>.
37. Reilly I, Methven E, McDowell Z. Health consequences of obesity. Archives of disases in Childhood (ADC). 2003;; p. 748 - 752.
38. ONU. ONUSIDA. Informe sobre la epidemia mundial de sida 2013. Ginebra: Organización de Naciones Unidas; 2013.