



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

TEMA:

“FACTORES DE RIESGO OBSTÉTRICOS EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ACUDEN AL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL, IBARRA 2018”

Trabajo de Grado previo a la obtención del título de Licenciada
en Enfermería

AUTORA: Katherin Mishel Almeida Vallejos

DIRECTORA: Msc. Tatiana Isabel Vásquez Figueroa

IBARRA - ECUADOR

2019

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS
CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS

En calidad de Directora de la tesis de grado titulada “**FACTORES DE RIESGO OBSTÉTRICO EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ACUDEN AL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL, 2018**”, de autoría de KATHERIN MISHEL ALMEIDA VALLEJOS, para la obtener el Título de Licenciada en Enfermería, doy fe que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometidos a presentación y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En la ciudad de Ibarra, a los 28 días del mes de junio del 2018

Lo certifico

(Firma)..........
MSc: Vásquez Figueroa Tatiana Isabel
C.C: 1002120432
DIRECTORA DE TESIS



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
BIBLIOTECA UNIVERSITARIA

AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA
UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

En cumplimiento del Art. 144 de la Ley de Educación Superior, hago la entrega del presente trabajo a la Universidad Técnica del Norte para que sea publicado en el Repositorio Digital Institucional, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

| DATOS DE CONTACTO | | | |
|------------------------------------|---|------------------------|------------|
| CÉDULA DE IDENTIDAD: | 1004708077 | | |
| APELLIDOS Y NOMBRES: | Katherin Mishel Almeida Vallejos | | |
| DIRECCIÓN: | Sánchez y Cifuentes y Atahualpa | | |
| EMAIL: | Kattyalmeida156@gmail.com | | |
| TELÉFONO FIJO: | 062530-422 | TELÉFONO MÓVIL: | 0961224512 |
| DATOS DE LA OBRA | | | |
| TÍTULO: | “Factores de riesgos obstétricos en adolescentes embarazadas que acuden al Hospital San Vicente de Paul, Ibarra 2018. | | |
| AUTOR (ES): | Katherin Mishel Almeida Vallejos | | |
| FECHA: | 2019/06/28 | | |
| SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO | | | |
| PROGRAMA: | <input checked="" type="checkbox"/> PREGRADO <input type="checkbox"/> POSGRADO | | |
| TITULO POR EL QUE OPTA: | Licenciatura en Enfermería | | |
| ASESOR /DIRECTOR: | Msc. Tatiana Isabel Vásquez Figueroa | | |

2. CONSTANCIAS

La autora manifiesta que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto, la obra es original y que es la titular de los derechos patrimoniales, por lo que asume la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

En la ciudad de Ibarra, a los 28 días del mes de junio de 2019

LA AUTORA

(Firma).....
Almeida Vallejos Katherin Mishel
C.I.: 1004708077

REGISTRO BIBLIOGRÁFICO

Guía: FCS-UTN

Fecha: Ibarra, 28 de junio de 2019

ALMEIDA VALLEJOS KATHERIN MISHEL “FACTORES DE RIESGO OBSTÉTRICOS EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ACUDEN AL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL IBARRA 2018.” / TRABAJO DE GRADO. Licenciada en Enfermería. Universidad Técnica del Norte. Ibarra, 28 de junio de 2019.

DIRECTORA: MSc. Tatiana Isabel Vásquez Figueroa

El principal objetivo de la presente investigación fue, determinar los factores de riesgos obstétricos en adolescentes embarazadas que acuden al Hospital San Vicente de Paul, en el año 2017- 2018 Entre los objetivos específicos se encuentran: Caracterizar socio-demográficamente de la población en estudio. Identificar factores de riesgo obstétricos en adolescentes. Identificar las morbilidades obstétricas en adolescentes embarazadas. Establecer complicaciones en la madre y el recién nacido. Desarrollar un poster científico con los resultados obtenidos de la investigación.

Fecha: Ibarra, 28 de junio de 2019



.....

MSc. Tatiana Isabel Vásquez Figueroa

Directora



.....

Katherin Mishel Almeida Vallejos

Autora

AGRADECIMIENTO

Quiero expresar mis más sinceros y profundos agradecimientos a Dios, al ser mi compañero y motor de vida, por su infinito amor y bondad, me permite levantarme y seguir ante cualquier dificultad, a mis padres por darme la vida y estar pendientes brindándome su apoyo, por creer siempre en mí, estar en cada etapa de mi vida, enseñarme valores, a ser siempre humilde y no rendirme, a la Universidad Técnica del Norte por abrirme las puertas y permitirme dejar algo de mí en cada aula, a mis maestros por compartir sus conocimientos. A mi directora de tesis Msc. Tatiana Vásquez, por su paciencia, tiempo, colaboración y enseñanza brindada durante el transcurso de esta investigación a mi hermano y hermana por impulsarme a superarme y dar siempre lo mejor de mí.

A mis mejores y grandes amigas y amigo Stefanny Díaz y Santiago Ponce, quienes me enseñaron el verdadero significado de la amistad y animarme brindarme su confianza y apoyo y por siempre estar hay en cada momento difícil. A mi gran y mejor amiga Wendy Díaz por ser mi confidente y consejera, por estar ahí con su paciencia y enseñarme que una amistad es sincera y que nunca se espera nada a cambio, por ser un ejemplo de solidaridad y valores.

Almeida Vallejos Katherin Mishel

DEDICATORIA

Con satisfacción y cariño dedico este trabajo de investigación a Dios y Virgencita, por ayudarme a superar cada obstáculo y no rendirme ante ninguna dificultad. A mis padres Gustavo Almeida y Ana Vallejos y mis hermanos, por apoyarme y siempre estar ahí durante todo este tiempo, por ser un ejemplo de lucha y perseverancia, por su paciencia y consejos siendo el motor fundamental en mi vida ya que sin ellos no hubiese sido posible llegar donde estoy, siempre estaré eternamente agradecida.

Almeida Vallejos Katherin Mishel

ÍNDICE GENERAL

| | |
|--|------|
| CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS | ii |
| AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE | iii |
| CONSTANCIAS..... | iv |
| REGISTRO BIBLIOGRÁFICO | v |
| AGRADECIMIENTO | vi |
| DEDICATORIA | vii |
| ÍNDICE GENERAL..... | viii |
| ÍNDICE DE TABLAS | xi |
| ÍNDICE DE ILUSTRACIONES..... | xi |
| RESUMEN..... | xii |
| SUMMARY | xiii |
| TEMA: | xiv |
| CAPITULO I..... | 1 |
| 1 El Problema de Investigación..... | 1 |
| 1.1. Planteamiento del Problema | 1 |
| 1.2. Formulación del Problema..... | 4 |
| 1.3. Justificación | 5 |
| 1.4. Objetivos..... | 6 |
| 1.4.1. Objetivo General | 6 |
| 1.4.2. Objetivos Específicos | 6 |
| 1.5. Preguntas de Investigación | 7 |
| CAPITULO II | 8 |
| 2 Marco Teórico..... | 8 |

| | | |
|-------|--|----|
| 2.1 | Marco Referencial..... | 8 |
| 2.1.1 | Caracterización de las Gestantes de Alto Riesgo Obstétrico de Colombia, 2015..... | 8 |
| 2.1.2 | Caracterización de los factores de riesgo del embarazo en Perú, 2016. | 8 |
| 2.1.3 | Complicaciones perinatales asociadas al embarazo en adolescentes Ecuador, 2018. | 9 |
| 2.1.4 | Incremento del Riesgo Obstétrico en Embarazo Adolescente. Estudio de Casos y Controles en Honduras, 2016. | 9 |
| 2.1.5 | Características y riesgos de gestantes adolescentes en Perú, 2016. . | 10 |
| 2.1.6 | Prevalencia de embarazos en Adolescentes, Honduras, 2015..... | 11 |
| 2.2 | Marco Contextual | 12 |
| 2.2.1 | Reseña Histórica del Hospital San Vicente de Paúl | 12 |
| 2.2.2 | Ubicación del Hospital San Vicente de Paúl..... | 13 |
| 2.2.3 | Misión y Visión Hospital San Vicente de Paúl. | 14 |
| 2.2.4 | Organigrama Hospital San Vicente de Paúl | 14 |
| 2.2.5 | Infraestructura | 15 |
| 2.3 | Marco Conceptual..... | 16 |
| 2.3.1 | La Adolescencia y sus Etapas | 16 |
| 2.3.2 | El Embarazo en la Adolescencia | 17 |
| 2.3.3 | Factores de Riesgo Obstétricos en Adolescentes Embarazadas | 17 |
| 2.3.4 | Clasificación de los factores de riesgo. | 18 |
| 2.3.5 | Factores de riesgo incluidos en cada nivel | 19 |
| 2.3.6 | Presentación de Embarazo de Alto Riesgo..... | 23 |
| 2.3.7 | Complicaciones Prenatales en el Embarazo Adolescente | 24 |
| 2.3.8 | El Aborto | 25 |

| | | |
|--------------------|--|----|
| 2.3.9 | Presencia de Anemia | 26 |
| 2.3.10 | Modelos de Enfermería | 27 |
| 2.4 | Marco Legal y Ético | 28 |
| 2.4.1 | Marco Legal | 28 |
| 2.4.2 | Marco Ético: | 36 |
| CAPITULO III | | 40 |
| 3 | Metodología de la Investigación | 40 |
| 3.1 | Diseño de la investigación: | 40 |
| 3.2 | Tipo de Investigación: | 40 |
| 3.3 | Localización y Ubicación del estudio: | 41 |
| 3.4 | Población | 41 |
| 3.4.1 | Universo | 41 |
| 3.4.2 | Muestra: | 41 |
| 3.4.3 | Criterios de inclusión: | 42 |
| 3.4.4 | Criterios de exclusión: | 43 |
| 3.5 | Operacionalización de variables | 43 |
| 3.6 | Métodos de recolección de información | 50 |
| CAPITULO IV | | 51 |
| 4 | Análisis, Tabulación, Interpretación y Discusión de Resultados | 51 |
| 4.1 | Análisis e Interpretación | 51 |
| CAPITULO V | | 67 |
| 5 | Conclusiones y recomendaciones | 67 |
| 5.1 | Conclusiones | 67 |
| 5.2 | Recomendaciones | 69 |
| BIBLIOGRAFÍA | | 70 |
| ANEXOS | | 75 |

| | |
|--|----|
| Anexo 1: Búsqueda de historias clínicas en el Hospital San Vicente de Paúl | 75 |
| Anexo 2: Revisión de Historias Clínicas..... | 75 |
| Anexo 3: Aplicación del instrumento (Matriz de recolección de datos) | 76 |
| Anexo 4: Oficio para acceder a historia clínicas | 77 |
| Anexo 5: Poster científico | 78 |
| Anexo 6: Matriz de recolección de datos | 79 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|--|----|
| Tabla 1: Características sociodemográficas | 52 |
| Tabla 2: Antecedentes Factores de Riesgos Obstétricos..... | 54 |
| Tabla 3: Morbilidades durante el Embarazo | 56 |
| Tabla 4 Complicaciones para la Madre..... | 58 |
| Tabla 5: Complicaciones para el Recién Nacido | 60 |
| Tabla 6: Controles Prenatales..... | 61 |
| Tabla 7: Menarquia | 62 |
| Tabla 8: Inicio de Vida Sexual..... | 63 |
| Tabla 9: Número de Parejas Sexuales..... | 64 |
| Tabla 10: Utilización del Método Anticonceptivo..... | 65 |
| Tabla 11 Tipo de Parto..... | 66 |

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

| | |
|--|----|
| Ilustración 1: Hospital San Vicente de Paul..... | 13 |
| Ilustración 2: Mapa ubicación Hospital San Vicente de Paúl | 13 |
| Ilustración 3: Organigrama Hospital San Vicente de Paúl..... | 14 |

RESUMEN

FACTORES DE RIESGO OBSTÉTRICOS EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ACUDEN AL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL IBARRA 2018.

AUTORA: Katherin Mishel Almeida Vallejos

CORREO: kattyalmeida156@gmail.com

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define como adolescencia al período de entre 10 a 19 años, en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, a través de cambios de la niñez a la adultez, adquiriendo la independencia socio económica. El presente estudio tuvo como objetivo determinar los factores de riesgos obstétricos en adolescentes embarazadas que acuden al Hospital San Vicente de Paul, en el año 2018. Empleando materiales y métodos, con un diseño de tipo cuantitativo, no experimental, descriptivo de corte transversal, documental, mediante revisión de historias clínicas, análisis de factores de riesgo, aplicando como instrumento una matriz de recolección de datos y analizados en SPSS, con una muestra de 283 adolescentes embarazadas, de la cual se obtuvo los siguientes resultados: 68,6% fueron adolescentes tardías. 66,4% de área urbana y el 58,3% fueron solteras. El 44,2% tuvo secundaria incompleta. El 32,2% eran madres multigestas. El 84,4% tuvieron infección de vías urinarias e infecciones vaginales. En cuanto a complicaciones materno-neonatales el 77,4% tuvo trabajo de parto prolongado y distocia de presentación. El 17,7% de niños tuvieron talla no acorde a la edad gestacional. El 39,9% se realizó cuatro controles prenatales o menos, el 62,1% de adolescentes usaban métodos anticonceptivos. El 38,9% tuvieron dos o más de dos parejas sexuales. El 36,4% fue cesárea. En conclusión, los factores de riesgos obstétricos están determinados por las características sociodemográficas, antecedentes obstétricos, morbilidades, complicaciones maternas y neonatales, sexualidad y tipo de parto, para lo cual se busca la implementación de diversas estrategias por parte del personal de salud, en especial el personal de enfermería como tal.

Palabras Clave: Embarazo, Adolescentes, Riesgo obstétrico, Factores de riesgo.

SUMMARY

OBSTETRIC RISK FACTORS IN PREGNANT ADOLESCENTS IN THE SAN VICENTE DE PAUL IBARRA HOSPITAL, 2018

AUTHOR: Katherin Mishel Almeida Vallejos

MAIL: kattyalmeida156@gmail.com

The World Health Organization (WHO) defines adolescence as the period between the ages of 10 to 19 in which the individual acquires reproductive capacity, through changes from childhood to adulthood, acquiring socioeconomic independence. The objective of this study was to determine the obstetric risk factors in pregnant adolescents who attend the St. Vincent de Paul Hospital in 2018. Using materials and methods, with a quantitative non-experimental, descriptive, cross-sectional, documentary design, through review of medical histories, analysis of risk factors, applying a sample of 283 pregnant adolescents the following results were obtained: 68.6% were late adolescents. 66.4% from urban areas and 58.3% were single. 44.2 % had incomplete secondary education. 32.2 % were multiparous mothers. 84.4%% had urinary tract infection and vaginal infections. In terms of maternal and neonatal disorders, 77.4 % had prolonged labor and dystocia 17.79% of children had a size not according to gestational age. 39.9% had four or fewer prenatal checkups, 50.5 % of adolescents used contraceptive methods that failed 38.9% had two or more than two sexual partners. 36.4%% underwent a cesarean section. In conclusion, the factors of obstetric risk are determined by sociodemographic characteristics, obstetric history, morbidity, maternal and neonatal complications, sexuality and type of delivery, for this reason the implementation of various strategies by health personnel is important, especially the nursing staff.

Keywords: Pregnancy, Adolescents, Obstetric risk, Risk factors.

TEMA:

“FACTORES DE RIESGOS OBSTÉTRICOS EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ACUDEN AL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL, IBARRA 2018”.

CAPITULO I

1 El Problema de Investigación

1.1. Planteamiento del Problema

La adolescencia comprende una etapa difícil durante su desarrollo, en la cual se experimentan diversos cambios, donde existen factores que desestabilizan la salud sexual y reproductiva del adolescente. Actualmente hay un inicio precoz de las relaciones sexuales, ya sea por falta de educación sexual, la actividad sexual indiscriminada y sin protección son factores que inciden, produciéndose embarazos no deseados y constituyendo un verdadero problema de salud (1).

Según la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia es el periodo comprendido desde los 10 años hasta los 19 años de edad, que se determina por cambios físicos, psicosociales y cognoscitivos; es considerada la etapa de transición de la niñez a la juventud. El embarazo en adolescentes se considera de interés mundial debido a su gran incidencia y complicaciones (2).

El embarazo y sus complicaciones obstétricas es considerado un problema de salud pública a nivel mundial ya que en un 68% se debe a causas comunes como: la anomalía pélvica identificada clínica y/o radiológicamente, la baja estatura materna, la cardiopatía, las condiciones socioeconómicas desfavorables, la patología psicosocial, el control insuficiente de la gestación: menos de 4 visitas prenatales o 1a visita después de la semana 20, la edad en menores de 15 años y tener un embarazo no deseado, el ser fumadora habitual (3).

En Estados Unidos, anualmente cerca de un millón de embarazos corresponden a madres adolescentes, constituyendo un 12,8% del total de embarazos. En países subdesarrollados, el porcentaje de embarazos adolescentes es de aproximadamente 15,2%, pudiendo llegar a cifras tan elevadas como del 45% del total de embarazos en algunos países africanos (4).

A nivel nacional, de acuerdo al último censo del año 2010, se han presentado 122.301 madres adolescentes representando al 3,4 % del total de embarazadas; durante el año 2011 se registraron 45.708 partos en madres adolescentes, de los cuales el 38,4 % se ubican en la Sierra, el 55,3 % corresponde a la Costa y el 6,3% provienen de la Amazonia (5).

Entre 1990 y 2016 la tasa correspondiente al rango de madres entre los 15 a 19 años ha disminuido en 5,8 nacidos vivos para cada 1000 mujeres. Mientras que en el grupo de 12 a 17 años se observa un incremento de 5,8 nacidos por cada mil mujeres del rango de edad.

En el 2014, 49 de cada 100 nacidos vivos fueron de madres adolescentes, de hasta 19 años. Si se toma en cuenta los rangos de edad, las progenitoras menores de 15 años representan el 3%. Las madres entre 15 y 17 años conforman el 23%. Mientras que las mamás de entre 18 y 19 años ocuparon el 23.3%. Según el informe, en total, 12 de cada 100 adolescentes de 12 a 19 años son madres (6).

La tasa de mortalidad materna en Ecuador continúa siendo alta, aproximadamente entre 500 y 700 mujeres mueren cada año a causa de complicaciones relacionadas con los riesgos obstétricos durante el embarazo. Las causas de muerte materna, en orden de importancia, son: hemorragia, hipertensión arterial (HTA), eclampsia, sepsis, el 10% de las muertes ocurrieron en adolescentes menores de 20 años (7).

Los antecedentes patológicos personales al igual que familiares implica un riesgo para la salud del feto durante su desarrollo, debido a que es un factor genético que puede ocasionar morbimortalidad tanto materna como perinatal, al igual que las practicas interculturales y religiosas puesto que durante la adolescencia se atraviesa un cambio en el cual el adolescente atraviesa un proceso que si no es llevado de la mejor forma posible puede conllevar a un riesgo obstétrico (8).

Los factores de riesgo obstétricos en el Hospital San Vicente de Paúl, están determinados por antecedentes tanto familiares como personales, consumo de alcohol, tabaco o algún tipo de sustancia, fracaso del método anticonceptivo, periodo

intergenesico, menarquia, inicio de vida sexual, gestas previas al embarazo actual, enfermedades de transmisión sexual, abortos, infección de vías urinarias durante el embarazo, infecciones vaginales, anemia, pre eclampsia, eclampsia, embarazo molar, ectópico, múltiples, distocia de presentación, ruptura prematura de membranas, entre otros aumenta la probabilidad de ocasionar daños en la salud de gestantes adolescentes y sus hijos, ocasionando morbimortalidad materna y neonatal (4).

1.2. Formulación del Problema

¿Cuáles son los factores de riesgos obstétricos en adolescentes embarazadas que acuden al Hospital San Vicente de Paul, Ibarra 2018?

1.3. Justificación

El embarazo y los riesgos obstétricos que se presentan en las adolescentes son considerados un problema de salud pública a nivel mundial, por lo que se busca brindar la información necesaria para contrarrestar los diferentes factores de riesgo que se presentan en las adolescentes embarazadas.

Los casos de madres adolescentes con sus primer embarazo o su primer hijo entre los 12 y 19 implican un riesgo ya que en ocasiones no han concluido con sus estudios básicos, situación que conduce a las niñas o adolescentes a tener una maternidad a edades tempranas, pasando a un cambio abrupto a una etapa adulta para lo cual no se encuentran preparadas, y por ende van a tener efectos no favorables en el desarrollo de su vida y la de su bebe.

La viabilidad de la investigación es importante para la recolección de datos e identificación de factores que conllevan a un riesgo obstétrico durante el embarazo en adolescentes, considerando, que la edad como tal implica un factor de riesgo obstétrico causante de morbilidad tanto materna como perinatal. Durante la adolescencia se atraviesa una serie de cambios que alteran el comportamiento y desarrollo de la adolescente.

El hecho de pasar por el proceso de embarazo a una edad temprana puede reducir la autonomía social y económica de una mujer a largo plazo, desviando sus perspectivas educativas, pone en peligro su salud y la de su recién nacido. Las mujeres inician su maternidad a una edad temprana, llegando a tener familias más numerosas que aquellos que posponen la maternidad y sus hijos son más susceptibles a que sea afectado su patrón de salud y desarrollo.

Por lo cual, es de suma importancia identificar los factores de riesgos obstétricos en madres adolescente que acuden al Hospital San Vicente de Paúl. Estos factores comprometen la vida tanto de la madre como del bebe, este estudio es esencial para lograr evitar la morbilidad materna y fetal además de las complicaciones que esta conlleva, ya que tanto la madre como su producto son prioridad.

1.4.Objetivos

1.4.1. Objetivo General

Determinar los factores de riesgos obstétricos en adolescentes embarazadas que acuden al Hospital San Vicente de Paul, en el año 2018.

1.4.2. Objetivos Específicos

- Establecer las características socio-demográficas de la población en estudio
- Identificar factores de riesgo obstétricos en adolescentes.
- Detallar la morbilidades obstétrica en adolescentes embarazadas
- Detectar complicaciones en la madre y el recién nacido.
- Socializar los resultados obtenidos de la investigación al personal del servicio de Ginecobstetricia del Hospital San Vicente de Paúl.

1.5. Preguntas de Investigación

- ¿Cuáles son las características socio-demográficas de la población en estudio?
- ¿Cuáles son los antecedentes de riesgo obstétricos en adolescentes?
- ¿Cuáles son las morbilidades obstétrica en adolescentes embarazadas en adolescentes embarazadas?
- ¿Cuáles son las complicaciones en la madre y el recién nacidos?
- ¿Cuáles fueron los resultados obtenidos?

CAPITULO II

2 Marco Teórico

2.1 Marco Referencial

2.1.1 Caracterización de las Gestantes de Alto Riesgo Obstétrico de Colombia, 2015.

Un estudio realizado en Colombia, con el objetivo de caracterizar las gestantes de Alto Riesgo Obstétrico, este es un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo. La muestra fue conformada 123 gestantes ARO. Las variables empleadas son sociodemográficas, el instrumento fue elaborado por las investigadoras; se sometió a validez de constructo y contenido, y análisis de consistencia interna mediante el alfa de Cron Bach.

Entre las patologías preexistentes más frecuentes se encontró anemias y migrañas, así como las del sistema endocrino y respiratorio. En conclusión el antecedente de cesárea en adolescentes gestantes tuvo una prevalencia significativa, la mayoría manifestaron que no usan métodos anticonceptivos, lo cual ocasionó un alto porcentaje de embarazos no programados. Más de la mitad de las gestantes presentó condiciones psicosociales desfavorables (9).

2.1.2 Caracterización de los factores de riesgo del embarazo en Perú, 2016.

Enfocado en el embarazo en la adolescencia constituye un problema vigente, su objetivo es caracterizar los factores de riesgo del embarazo en la adolescencia; este es un estudio descriptivo y transversal. Predominando las adolescentes entre 15 y 19 años. En cuanto antecedentes obstétricos prevalentes fueron abortos, anemia, los partos previos y la hipertensión arterial.

En morbilidad, prevaleció anemia, cesárea, infección vaginal e hipertensión inducida por el embarazo. En el grupo de 15 a 19 años hubo infección vaginal, anemia y desnutrición por defecto. Predominó el parto eutócico, pero en las de 10 y 14 años

hubo un alto índice de parto distócico, la familia las apoya; sin embargo, los padres adolescentes ofrecen poca ayuda (10).

2.1.3 Complicaciones perinatales asociadas al embarazo en adolescentes Ecuador, 2018.

Las complicaciones perinatales en adolescentes embarazadas es un gran problema de salud pública, los riesgos en las madres adolescentes determinan el aumento en la morbi-mortalidad materna y un incremento de 2 a 3 veces la mortalidad neonatal. El objetivo es determinar las complicaciones perinatales en adolescentes embarazadas. Este es no experimental, cuantitativo de corte transversal y correlacional.

En cuanto a los resultados se determinó que de las 69 embarazadas adolescentes que presentaron complicaciones perinatales fue por abortos. Se hospitalizaron por, amenaza de aborto, amenaza de parto prematuro, infección de vías urinarias, oligoamnios y ruptura prematura de membrana, histerectomía y hemorragia postparto. Concluyendo que el aborto fue la principal complicación presentada en las embarazadas, seguido por otras como la ruptura prematura de membrana, amenaza de aborto, infección de vías urinarias, desproporción céfalo pélvico, sufrimiento fetal, antecedentes patológicos personales, entre otras (7).

2.1.4 Incremento del Riesgo Obstétrico en Embarazo Adolescente. Estudio de Casos y Controles en Honduras, 2016.

Un estudio realizado en Honduras sobre el embarazo en las adolescentes se ha visto relacionado con ciertas complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio. La finalidad de este estudio es determinar los factores de riesgo obstétrico que se presentan en las adolescentes. Con un método cuantitativo, analítico, retrospectivo analizado mediante el método de Fleiss. El muestreo fue probabilístico. Las variables incluyeron características como antecedentes gineco-obstétricos, sociodemográficas, complicaciones maternas y datos del recién nacido.

Se observó que las adolescentes embarazadas procedentes del área rural tienen dos veces más riesgo de presentar complicaciones durante el embarazo. Puesto que durante el parto el rompimiento prematuro de membranas se presentó un porcentaje con alta significancia estadística. Durante el parto y posparto se pudo evidenciar que los desgarros perineales fueron la complicación más frecuente. En conclusión la gestación en las adolescentes es considerado como factor de riesgo para presentar una complicación obstétrica durante el preparto, parto, puerperio y período neonatal (11).

2.1.5 Características y riesgos de gestantes adolescentes en Perú, 2016.

Un estudio realizado en el Hospital IV “Augusto Hernández Mendoza” estableció la incidencia, riesgos y complicaciones que se presentan en el embarazo y parto en las adolescentes. Con un método retrospectivo de casos y controles. El embarazo en las adolescentes representó el 6,63% de la población atendida. Las complicaciones más frecuentes fueron anemia e infecciones urinarias, enfermedades hipertensivas, mientras que la incompatibilidad cefalopélvica y el sufrimiento fetal agudo fueron las principales indicaciones de cesárea en las adolescentes.

En conclusión la frecuencia de complicaciones del puerperio en los casos observados fue mayor que en los controles, siendo estadísticamente significativo. Con embarazo en la adolescencia tiene riesgo elevado de complicaciones, haciendo necesario el desarrollo de políticas de salud, de educación sexual y sanitaria encaminadas a reducir las tasas de embarazo en este grupo etario (12).

2.1.6 Prevalencia de embarazos en Adolescentes, Honduras, 2015.

El estudio determino la prevalencia y características clínicas de las adolescentes embarazadas atendidas. El diseño de la investigación fue cuantitativo, de corte transversal, descriptivo. La recolección de datos fue directamente de los libros de registros de ingreso de labor y parto. Los datos fueron tabulados en Excel 2010. Un total de 14,008 nacimientos fueron atendidos en la Sala de Maternidad durante el año 2014, 4,035 correspondientes a madres adolescentes.

Los principales factores de riesgos obstétricos fueron: el haberse realizado cesárea no cumplir con el número de controles prenatales establecidos por la organización mundial de la salud. El mayor número adolescentes utilizaban el método anticonceptivo hormonal (inyección de Acetato de medroxiprogesterona), concluyendo que existe alta prevalencia de embarazos en adolescentes, muchas jóvenes son madres al cumplir apenas quince años (13).

2.2 Marco Contextual

2.2.1 Reseña Histórica del Hospital San Vicente de Paúl

El hospital San Vicente de Paúl se encuentra ubicado en la ciudad de Ibarra, provincia de Imbabura tiene una trayectoria formal y bien definida, en cuanto a atención a usuarios externos ambulatorios desde el año 1875, su cobertura abarca la provincia y zona norte del país.

En la madrugada de 1868, Ibarra fue destruida por un terrible terremoto, por la actitud y la fuerza de voluntad del Doctor Gabriel García Moreno, es reconstituida la ciudad de Ibarra y el hospital de Ibarra es reconstituido bajo los planos del hermano Benito Aulin, de las escuelas cristianas, con el nombre del hospital San Vicente De Paúl, entidad que fue considerada en su época como una de los mejores de América. Este edificio antiguo que se encuentra hasta la actualidad en las calles Juan Montalvo y Salinas de la ciudad de Ibarra, en la actualidad es utilizado como centro de educación superior de la Universidad Técnica del Norte.

En el año 1979, se comienza a conversar del nuevo edificio del hospital, entre los legisladores y autoridades del hospital de esa época, y se coloca la primera piedra el 23 de enero de 1981, después de 10 años e intenso trabajo, el 23 de abril de 1991 es inaugurado el nuevo edificio del hospital durante la presidencia del doctor Rodrigo Borja y siendo director del hospital Doctor José Albuja, siendo un hito de gran relevancia para la comunidad de la provincia del norte del país.

En el año 2015, esta casa de salud logró la acreditación internacional de calidad de sus servicios por parte de la organización canadiense Acreditación Canadá International (ACI). En el ámbito nacional ya son siete hospitales del Ministerio de Salud que cuentan con acreditaciones internacionales de ACI. Debido a que con la Acreditación hospitalaria, se gestionó recursos económicos para mejorar la calidad hospitalaria y seguridad del paciente.



Ilustración 1: Hospital San Vicente de Paul

2.2.2 Ubicación del Hospital San Vicente de Paúl.

El Hospital San Vicente de Paúl se encuentra ubicado en la provincia de Imbabura misma que está ubicada en la región Sierra Norte del Ecuador, limita con las provincias de Esmeraldas al Noreste, con Carchi al Norte, y al Sur con la provincia de Pichincha. Pertenece al Cantón Ibarra, parroquia El Sagrario, al suroeste de la ciudad de Ibarra entre las calles Luis Vargas Torres y Luis Gómez Jurado.

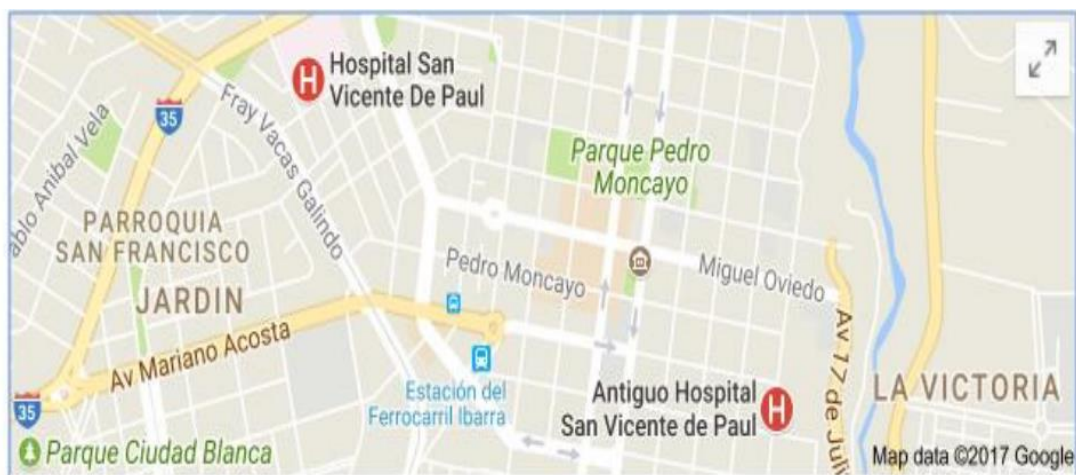


Ilustración 2: Mapa ubicación Hospital San Vicente de Paúl

2.2.3 Misión y Visión Hospital San Vicente de Paúl.

Misión

Prestar servicios de salud con calidad y calidez en el ámbito de la asistencia especializada, a través de su cartera de servicios, cumpliendo con la responsabilidad de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación de la salud integral, docencia e investigación, conforme a las políticas del Ministerio de Salud Pública y el trabajo en red, en el marco de la justicia y equidad social.

Visión

Ser reconocida por la ciudadanía como los hospitales accesibles, que prestan una atención de calidad que satisface las necesidades y expectativas de la población en los principios públicos de la salud pública y bioética, utilizando la tecnología y los recursos públicos de forma eficiente y transparente.

2.2.4 Organigrama Hospital San Vicente de Paúl

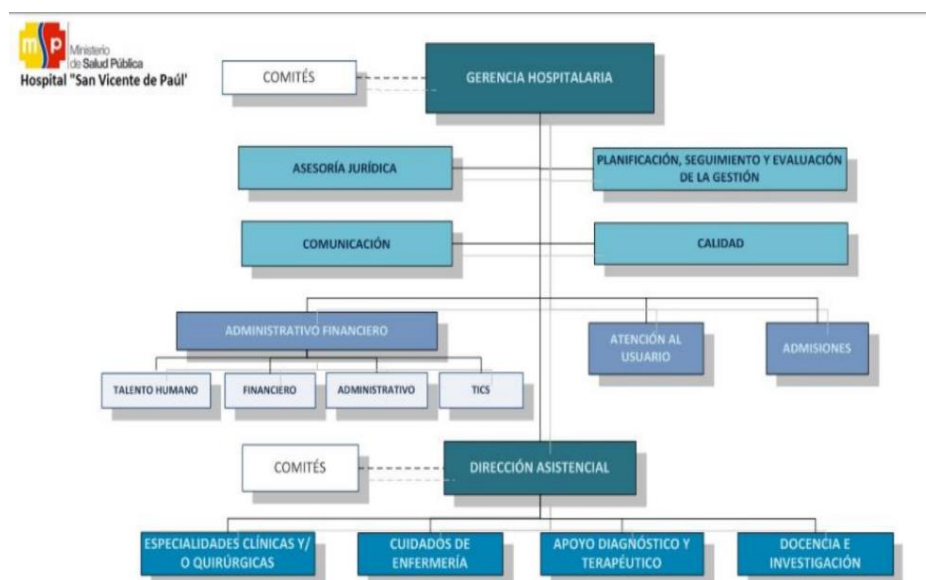


Ilustración 3: Organigrama Hospital San Vicente de Paúl

2.2.5 Infraestructura

El hospital San Vicente De Paúl cuenta con un edificio de aproximadamente 15.000 metros cuadrados distribuidos en cinco pisos, cuenta con 344 camas, es un hospital de referencia y contra referencia, calificado en el segundo nivel de atención como Hospital General. Distribuido de la siguiente manera: en la planta baja funcionan los servicios de Emergencia, Consulta Externa, Estadística, Trabajo social, Laboratorio, Imagenología, Rehabilitación, Dietética y nutrición, farmacia, información; en el primer piso se encuentra el área administrativa, centro quirúrgico, esterilización y terapia intensiva; el segundo piso funciona ginecología, centro obstétrico y la unidad de neonatología; en el tercer piso cirugía y traumatología; en el cuarto piso medicina interna, la unidad de docencia y endoscopia, en cambio en el quinto piso pediatría y auditorio.

2.3 Marco Conceptual

2.3.1 La Adolescencia y sus Etapas

El transcurrir de la adolescencia pasa por varias etapas que, basándose en característica etarias y de escolarización, se puede dividir en tres fases:

- a) **Adolescencia temprana:** comprende de 10 a los 13 años de edad, donde da inicio los cambios. Es en esta etapa en la que, por lo general, comienzan a manifestarse los cambios físicos, que usualmente empiezan con una repentina aceleración del crecimiento, seguido por el desarrollo de los órganos sexuales y las características sexuales secundarias. En estos cambios externos son con frecuencia muy obvios y pueden ser motivos de ansiedad así como de entusiasmo para los individuos cuyos cuerpos están sufriendo la transformación (5).
- b) **Adolescencia media:** comprende de 14 a los 16 años, en la que culminan los cambios del desarrollo sexual. Este es un proceso que resulta fundamental para el desarrollo de la autonomía, la responsabilidad individual y la identidad, así como en el desarrollo de procesos cognoscitivos complejos como la simbolización, la generalización y la abstracción, que permiten establecer visiones más amplias sobre el mundo (5).

Así mismo, constituye la base de buena parte de las preocupaciones durante esta etapa, de hecho, las relaciones sentimentales suelen empezar a consolidarse durante esta etapa, alrededor de experiencias e intereses compartidos (14).

- c) **Adolescencia tardía:** de 17 a los 19 años en la que finaliza el desarrollo corporal y se logra la madurez de la persona. Para entonces, ya usualmente han tenido lugar los cambios físicos más importantes, aunque el cuerpo sigue desarrollándose. El cerebro también continuo desarrollándose y reorganizándose, y la capacidad para el pensamiento analítico y reflexivo aumenta notablemente (14).

2.3.2 El Embarazo en la Adolescencia

El embarazo adolescente se define como la gestación en mujeres, es determinado por el rango edad, es considerada adolescente, independientemente de su edad ginecológica, o bien se puede utilizar el siguiente concepto “es el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, o la que ocurre en la mujer entre el comienzo de la edad fértil y el final de la etapa de adolescente”. La adolescente es madre en una etapa en donde todavía depende de su familia para sostenerse, y poder enfrentarse a las diversas situaciones de un nuevo hogar (15).

La maternidad temprana es reconocida en el mundo como un factor que afecta el bienestar y la salud reproductiva de las mujeres jóvenes, así como el ritmo y la dirección del desarrollo de un país. Esto hace fracasar en diversos ámbitos de la vida adolescente, en donde adquiere una responsabilidad más el de la nueva familia (14).

2.3.3 Factores de Riesgo Obstétricos en Adolescentes Embarazadas

El contexto de la maternidad adolescente es clave: Dar a luz a una edad temprana puede reducir la autonomía social y económica de una mujer a largo plazo, desviar sus perspectivas educativas y pone en peligro su salud y la de su recién nacido. Las mujeres que comienzan la maternidad a una corta edad tienden a tener familias más numerosas que aquellos que posponen la maternidad, y a las madres muy jóvenes y sus hijos que inician sus vidas en la pobreza son a menudo incapaces de salir de esa pobreza (16).

Puede restringir seriamente las oportunidades educativas de las jóvenes y, por consiguiente, limitar sus perspectivas de empleo. Puede empeorar las condiciones de salud de la madre y el hijo cuando éstas ya son deficientes, estos riesgos se agravan en las adolescentes pobres, quienes tienen pocas probabilidades de tener una nutrición adecuada y acceso a la atención médica (12).

Factores de riesgo en la adolescencia:

- Creencias, mitos, e ideas irracionales sobre las relaciones sexuales
- Analfabetismo sexual

- Falta de habilidades sociales, de comunicación y resolución de problemas
- Juegos sexuales (petting) bajo presión, con ansiedad extrema y al apuro
- “Coitus interruptus” (retirar el pene durante el coito para no eyacular dentro de la vagina) puede provocar trastornos. El hombre no siente la necesidad de aprender a controlar su eyaculación.
- Actividad sexual con trabajadoras sexuales
- Uso de sustancias (tabaco, alcohol o drogas)
- Pornografía (17).

2.3.4 Clasificación de los factores de riesgo.

Los factores de riesgo durante el embarazo se pueden clasificar en factores sociodemográficos, antecedentes médicos, reproductivos y factores de riesgo propios de la gestación actual.

La presencia de un factor de riesgo conlleva la inclusión de la gestante en un grupo determinado. Los factores de riesgo durante el embarazo se pueden clasificar en factores sociodemográficos, antecedentes médicos, reproductivos y factores de riesgo propios de la gestación actual.

La presencia de un factor de riesgo conlleva la inclusión de la gestante en un grupo determinado. Un factor de riesgo específico puede pertenecer a dos niveles asistenciales distintos según su intensidad y la aparición de complicaciones. Además, la identificación de más de un factor de riesgo debe ser clasificado en el nivel correspondiente al factor de mayor importancia (16).

- Riesgo bajo o riesgo O. Integrado por gestantes en las que no es posible identificar ninguno de los factores de riesgo que se detallan en los niveles siguiente. Riesgo bajo no significa ausencia de riesgo.
- Riesgo medio o riesgo I. Gestantes portadoras de factores patológica notablemente frecuentes pero de baja sensibilidad y especificidad Sor, factores

que no se asocian necesariamente a una mala evolución y resultado del embarazo, pero su presencia hace que sea más probable la aparición de complicaciones.

- Riesgo alto o riesgo II. Gestantes con factores de riesgo relativamente frecuentes, con una sensibilidad y especificidad notables. En estas gestantes aumenta la posibilidad de aparición de complicaciones durante el embarazo y el parto. El control sanitario del embarazo debe realizarse en un centro de tercer nivel desde su inicio o desde el momento en el que aparece el factor de riesgo.
- Riesgo muy alto o riesgo III. Gestantes con factores de riesgo poco frecuentes, pero con una alta sensibilidad y especificidad. En este grupo se describen afecciones que se han identificado en los grupos de riesgo anteriores, pero en este caso las gestantes suelen necesitar atenciones especiales, recursos sanitarios de alta tecnología, vigilancia por servicios de alto riesgo de obstetricia, y hospitalización casi de forma sistemática (18).

2.3.5 Factores de riesgo incluidos en cada nivel

A continuación se enumeran los factores de riesgo de cada nivel:

- Riesgo medio o riesgo I:
- Anemia moderada.
- Auto identificación.
- Baja estatura materna (< 1,50 m).
- Condiciones socioeconómicas desfavorables.
- Diabetes Gestacional sin tratamiento con insulina.
- Esterilidad previa (> 2 años).
- Gestación en mujeres < 16 años o > 35 años.
- Incompatibilidad Rh.
- Infección de vías urinarias inferiores o bacteriemia, uro cultivo).
- Metrorragias durante el primer trimestre.
- Obesidad no mórbida: índice de masa corporal (kg/m²): 30-40

- Presentación fetal anómala: presentación no cefálica > 32 semanas de gestación
- Riesgo de enfermedades de transmisión sexual
- Anomalías pélvicas
- Cardiopatías de grado I: sin limitación de la actividad física
- Control insuficiente de la gestación (menor a 5 visitas prenatales en total o primera visita tras la semana 20 de gestación)
- Embarazo no deseado.
- Fumadora habitual.
- Incremento de peso excesivo (mayor a 15kg) o insuficiente (menor a 5 kg) en todo el embarazo.
- Infecciones maternas sin repercusión fetal aparente
- Edad gestacional incierta: fecha de última regla desconocida
- Riesgo laboral (18).

Riesgo alto o riesgo II:

- Amenaza de parto prematuro (entre 32-35 semanas).
- Anemia grave (hemoglobina < 9 g/dL; hematocrito < 25%).
- Cardiopatía de grado II: paciente obligada a una limitación ligera de la actividad física.
- Consumo de sustancias tóxicas: drogas, alcohol, etcétera Embarazo gemelar.
- Historia obstétrica desfavorable (dos o más abortos, uno o más partos prematuros, recién nacido < 2.500 g, partos distócicos, deficiencia mental o sensorial de probable origen obstétrico).
- Metrorragia en el segundo y/o tercer trimestre.
- Obesidad mórbida: índice de masa corporal (kg/m^2) > 40.
- Presunta malformación fetal.
- Presunta macrostomia (peso fetal estimado a término > 4.000 g)
- Trastorno hipertensivo del embarazo
- Tumoración genital: uterina, anexial, etcétera (18).

Riesgo muy alto o riesgo III:

- Amenaza de parto prematuro (< 32 semanas).
- Crecimiento intrauterino retardado/limitado confirmado
- Diabetes pre gestacional (de tipos 1 y 2) y diabetes gestación o un mal control metabólico.
- Embarazo prolongado.
- Incompetencia cervical.
- Malformación uterina.
- Muerte fetal ante parto.
- Placenta previa.
- Pre eclampsia grave y pre eclampsia sobreañadida a hipertensión crónica.
- Cardiopatía de grados III y IV: paciente obligada a una limita, un importante de la actividad física o en la que ésta provoca una descompensación.
- Colestasis intrahepática gestacional.
- Drogadicción/alcoholismo.
- Gestación múltiple
- Isohnmun zadói (prueba de Coombs indirecta positiva).
- Malformación fetal confirmada.
- Afección materna asociada grave sistémica o mental
- Ruptura de membranas en una gestación pre término
- Riesgo de tromboembolia (18).

2.3.5.1 Factores Biológicos

El proceso de crecimiento y maduración sexual terminan con la menarquia. Son madres cuando todavía son unas niñas, no están preparadas físicamente, pero mucho menos lo están emocionalmente, cuando las mujeres establecen uniones tempranamente, ya sea por decisión de ellos o de la misma familia, también tienden a comenzar la maternidad a una corta edad (19).

2.3.5.2 Factores Socio- Económicos

El embarazo en la adolescencia ocurre en todos los grupos socio-económicos, raciales y étnicos. Sin embargo, no hay que olvidar que la pobreza, el hacinamiento, la delincuencia juvenil, la iniciación a drogas, trabajo no calificado, vivir en área rural, ingreso precoz a la fuerza de trabajo, el alcohol e incluso la indigencia, marginación social y predominio del amor romántico en las relaciones sentimentales de los adolescentes, favorecen de forma notable su incremento (12).

2.3.5.3 Factores Psicológicos

La pubertad no implica madurez psicológica, por tanto, los adolescentes no siempre son capaces de comprender todas las consecuencias del inicio precoz de la actividad sexual, ni muchos menos enfrentar un embarazo. La pulsión sexual del varón adolescente no se puede negar, su fuerza arrolladora e imprevisible, de ahí que con frecuencia pueda desencadenar disturbios psicológicos más o menos graves. Implica el uso de la fuerza, la coerción o la intimidación psicológica para hacer que la mujer lleve a cabo un acto sexual (19).

2.3.5.4 Factores Familiares

Otro de los factores que está involucrado en esta situación es la disfunción familiar, como falta de comunicación con los padres, abandono, baja escolaridad de los padres, padres separados, madres solteras, antecedentes familiares de embarazos adolescentes o enfermedades crónicas de los progenitores parecen aumentar la incidencia de embarazos en adolescentes, los cuales hacen que se pierda esa relación entre padre y el adolescente (7).

El intento de escapar a situaciones conflictivas en el hogar, formar un nuevo hogar, tener hijos-as propios para no seguir con las cargas domésticas, tarea comúnmente asignada a las adolescentes en zonas rurales como urbanas, y esto se agravan en los estratos más pobres (10).

2.3.5.5 Factores Culturales

El embarazo a temprana edad es práctica cultural en algunas comunidades asociándose a la falta de una educación sexual (mitos y tabúes sobre sexualidad) adecuada, cuyo resultado es que las adolescentes queden embarazadas, sin que el cuerpo todavía no se ha desarrollado completamente. También debe tenerse en cuenta que las niñas que no reciben una educación son más vulnerables a quedarse embarazadas. Los valores morales y religiosos han sufrido un gran cambio en los últimos tiempos (14).

En el momento actual se cuestiona la familia como institución y se pone en duda el valor de la fidelidad matrimonial. Para la adolescente formada en estos principios la actividad sexual, es el cambio adecuado para conseguir la popularidad y el éxito. La mayor parte del mundo, la educación es uno de los factores que más influyen en la edad al momento de la primera unión (20).

2.3.6 Presentación de Embarazo de Alto Riesgo

Una de las funciones de la atención prenatal es la atención del embarazo del alto riesgo, porque hay diversos factores de riesgo que puede identificarse y atenderse en forma apropiada en el manejo del embarazo. El amplio uso y la popularidad del termino alto riesgo llevaron a calificar con este a casi toda la gestante por el simple hecho de serlo. Edad, talla, peso, condición social, estado nutricional, numero de gestaciones previas o falta de las mismas, curso clínico y ultrasonográfico del embarazo (21).

En general, el 70% de las mujeres embarazadas entre 15 y 24 años reciben algún tipo de atención prenatal profesional. La proporción de las que acuden al menos a una visita prenatal alcanza a ocho de cada 10 jóvenes con más escolaridad y las no indígenas, pero entre las adolescentes con menor escolaridad y las indígenas es casi la mitad (22).

2.3.7 Complicaciones Prenatales en el Embarazo Adolescente

Es un conjunto de trastornos que se presentan desde que se inicia la fecundación hasta la atención o la finalización del parto. Dentro de este conjunto de complicaciones se encuentran las siguientes:

Embarazo que termina en aborto

- Aborto a determinarse
- Aborto séptico
- Cori carcinoma
- Desprendimiento placentario
- Embarazo ectópico accidentado
- Ruptura uterina

Trastornos hipertensivos en el embarazo, parto y puerperio

- Eclampsia
- Pre eclampsia
- Pre eclampsia Severa
- Síndrome de Hellp

Hemorragia obstétrica

- Acretismo placentario
- Atonía Uterina
- Desgarro Cervical
- Hemorragia uterina
- Retención de restoscorio placentarios
- Ruptura de arteria uterina, desgarre.
- Ruptura de Útero
- Shock hipovolémico
- Trastornos de la placenta

Otras complicaciones obstétricas

- Choque cardiogénico
- Edema agudo de pulmón
- Embolia de líquido amniótico
- Síndrome de abstinencia de opiáceos
- Trombo embolismo pulmonar
- Trombosis Venosa profunda (23)

2.3.8 El Aborto

Es cuando un nacimiento es muy prematuro y nace antes de que sea posible vivir. Finalización del embarazo antes de las 20 semanas de gestación es decir cuando un feto pesa menos de 500g.

Las causas de un aborto pueden ser más de una o el mismo factor puede manifestarse de manera muy distinta, dependiendo las circunstancias y características que tengan las pacientes (24).

2.3.8.1 El Aborto Espontaneo

Alrededor del 80% de abortos se producen dentro de las 12 primeras semanas de edad gestacional. Por lo que esta es una complicación más común en los embarazos de situaciones de pérdidas tempranas, ya que las pérdidas tardías son de menor frecuencia con 1.3% de los embarazos. Hay diversos factores los cuales influyen en el índice de abortos espontáneos (25).

2.3.8.2 Presencia de Amenaza de Aborto

Esto se define como una situación clínica de metrorragia que se da antes de la semana 20 de amenorrea. Un diagnóstico clínico de una amenaza de aborto se presume cuando existe la aparición de una secreción sanguinolenta o de una hemorragia vaginal por el orificio cervical cerrado en la primera mitad del embarazo. En un 20% a 25% suele presentarse en las mujeres al principio del embarazo y permanece varios días y

semanas. Donde la causa fisiológica de una hemorragia se puede presentar con más probabilidad durante la menstruación (24).

2.3.8.3 Presencia de Amenaza de Parto Pre término

La amenaza de un parto pre término es considerado como un proceso clínico en el cual aparece contracciones uterinas las cuales son propias del proceso del parto en las pacientes que aún tienen las membranas intactas, apareciendo después de la semana 20 y antes de las 37 semanas de gestación. El movimiento uterino se hace más visible clínicamente con un periodo de 30 segundos o de más duración con una frecuencia de una o más de 10 minutos en un lapso de un periodo mínimo de 1 hora, por lo que se producirán cambios cervicales bajos o leves, borramiento de cérvix uterino de un 80% o menos, y con una dilatación la cual puede ser igual o menor a dos cm (18).

2.3.9 Presencia de Anemia

La anemia es considerada con una de las enfermedades que se presenta con mayor frecuencia de manera coincidente en el embarazo, o por el mismo proceso de desarrollo de un embarazo, ya que el aumento de los requerimientos de la nutrición por parte de la madre gestante aumenta, debido a que las necesidades de desarrollo de un feto y de la placenta aumentan progresivamente en el consumo de hierro elemental. Existen varios factores como es el aumento considerado de sangre y la producción eritrocitaria, produciéndose una disminución de masa de hemoglobina.

También aparece el aumento plasmático el cual hace que llegue a una medida de 1000ml, resultando algo necesario para que se llegue a un llenado de vascularización expandida por parte de los tejidos de la madre que se encuentran hipertrofiados y la circulación feto-placentario.

A nivel mundial la presentación de anemia en el embarazo varía según los países ya que no es la misma incidencia en un país desarrollado como en un subdesarrollado. Hay que tener en cuenta que estos casos de anemia suelen presentarse en madres gestantes que no han recibido un control y cuidado adecuado, entre los factores más

comunes de anemia es porque existe una mala alimentación durante el desarrollo del embarazo. Es decir que una madre gestante anémica y su futuro bebe estarían expuestos a sufrir una complicación y alguna de estas complicaciones pueden manifestarse de forma grave, poniéndolos en una categoría de alto riesgo (26).

2.3.10 Modelos de Enfermería

Los modelos conceptuales de enfermería representan matrices disciplinares diferentes o paradigmas, derivados del metaparadigma de enfermería. Cada uno de ellos define los cuatro conceptos de la meta paradigma de forma diferente y enfoca desde distintos puntos de vista las relaciones que se dan entre ellos. (Persona, Entorno, Salud y Concepto de Enfermería (27).

2.3.10.1 Dorothea Orem:

Orem define su modelo como una teoría general de enfermería:

- Teoría del Autocuidado.
- Teoría del déficit de autocuidado
- Teoría de los sistemas de enfermería.

2.3.10.2 Ramona Mercer

“Modelo de adopción del rol maternal”

Mercer explica el proceso que enfrenta la mujer para convertirse en madre y las variables que influyen en este proceso desde el embarazo hasta el primer año después del nacimiento del hijo.10 Convertirse en madre hace referencia a las percepciones de la mujer respecto a su competencia para brindar cuidados al hijo. Al establecer su competencia, la madre anticipa el comportamiento del hijo, sabiendo cómo, qué, cuándo y por qué se hace algo para o con él con el fin de obtener el bienestar del hijo.

El cuidado de enfermería debe de contribuir identificando junto con la madre situaciones que dificultan o fuentes de apoyo que contribuyen en este proceso, para plantear acciones que favorezcan la adopción del rol materno (27).

2.4 Marco Legal y Ético

2.4.1 Marco Legal

2.4.1.1 Constitución de la República del Ecuador

La Constitución de la República del Ecuador es el principal instrumento legal del estado, que establece diferentes artículos consagrados a favor de la vida y salud de la población, estableciendo derechos económicos y socio culturales, para mejorar la calidad de vida. La Constitución del Ecuador es la carta magna vigente en la República.

Es el fundamento y la fuente de la autoridad jurídica que sustenta la existencia del Ecuador y de su gobierno. La supremacía de esta constitución la convierte en el texto principal dentro de la política ecuatoriana, y para la relación entre el gobierno con la ciudadanía (28).

Mujer embarazada

Art. 43.-

El Estado garantizará a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia los derechos a:

- 1. No ser discriminadas por su embarazo en los ámbitos educativo, social y laboral.*
- 2. La gratuidad de los servicios de salud materna.*
- 3. La protección prioritaria y cuidado de su salud integral y de su vida durante el embarazo, parto y posparto.*
- 4. Disponer de las facilidades necesarias para su recuperación después del embarazo y durante el periodo de lactancia*

Niños, Niñas y Adolescentes:

Art. 44.- El Estado, la sociedad y la familia promoverán de forma prioritaria el desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes y asegurarán el ejercicio pleno de sus derechos; se atenderá al principio de su interés superior y sus derechos prevalecerán sobre los de las demás personas.

Art. 45.- Las niñas, niños y adolescentes gozarán de los derechos comunes del ser humano, además de los específicos de su edad. El Estado reconocerá y garantizará la vida, incluido el cuidado y protección desde la concepción.

Art. 46.- El Estado adoptará, entre otras, las siguientes medidas que aseguren a las niñas, niños y adolescentes:

8. Protección y asistencia especiales cuando la progenitora o el progenitor, o ambos, se encuentran privados de su libertad.

9. Protección, cuidado y asistencia especial cuando sufran enfermedades crónicas o degenerativas.

Todos los niños, niñas y adolescentes, tienen derecho a la protección de su vida y salud, mediante la ejecución de políticas sociales y económicas que permitan su concepción, gestación, nacimiento y desarrollo físico e intelectual en condiciones dignas de existencia y en un marco de atención prioritaria de la salud familiar. Desde el momento de la concepción el niño/ña debe ser protegido en forma integral e íntegra, en todos y cada uno de los períodos de su desarrollo evolutivo, incluido el prenatal (Art. 4 C.M. Art. 43,49 C. P.). (Art. 2, 11 C.M., Art. 37, 38 C. P., Art. 81,82,95,96,101 No.3, 103,134,136 C. C., Art. 1, 2 LUHec.)(Art. 11 C.M.).

El Estado reconocerá y protegerá a la familia, como célula fundamental de la sociedad y garantizará las condiciones que le favorezcan íntegramente, de igual manera al matrimonio, la maternidad, el haber familiar (Art. 37C.P, Art. 103 C. C.) y sobre manera a las madres y padres jefas / es de hogar. (Art. 40 C.P.). Fomentará y propugnará la maternidad y paternidad corresponsables, en el ejercicio de sus obligaciones, garantizando el derecho de las personas a decidir sobre la libre elección de su pareja y la conformación de una familia, el número de hijos que puedan procrear, adoptar, mantener

Art.363.-El Estado será responsable de: Formular políticas públicas que garanticen la promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención integral en salud y fomentar prácticas saludables en los ámbitos familiar, laboral y comunitario.

- 1. Universalizar la atención en salud, mejorar permanentemente la calidad y ampliar la cobertura.*
- 2. Fortalecer los servicios estatales de salud, incorporar el talento humano y proporcionar la infraestructura física y el equipamiento a las instituciones públicas de salud*
- 3. Garantizar las prácticas de salud ancestral y alternativa mediante el reconocimiento, respeto y promoción del uso de sus conocimientos, medicinas e instrumentos.*
- 4. Brindar cuidado especializado a los grupos de atención prioritaria establecidos en la Constitución.*
- 5. Asegurar acciones y servicios de salud sexual y de salud reproductiva, y garantizar la salud integral y la vida de las mujeres, en especial durante el embarazo, parto y postparto.*

6. *Garantizar la disponibilidad y acceso a medicamentos de calidad, seguros y eficaces, regular su comercialización y promover la producción nacional y la utilización de medicamentos genéricos que respondan a las necesidades epidemiológicas de la población. En el acceso a medicamentos, los intereses de la salud pública prevalecerán sobre los económicos y comerciales.*

7. *Promover el desarrollo integral del personal de salud.*

Art. 366.- El financiamiento público en salud será oportuno, regular y suficiente, y deberá provenir de fuentes permanentes del Presupuesto General del Estado. Los recursos públicos serán distribuidos con base en criterios de población y en las necesidades de salud. El Estado financiará a las instituciones estatales de salud y podrá apoyar financieramente a las autónomas y privadas siempre que no tengan fines de lucro, que garanticen gratuidad en las prestaciones, cumplan las políticas públicas y aseguren calidad, seguridad y respeto a los derechos. Estas instituciones estarán sujetas a control y regulación del Estado y educar (Art. 39 C.P. Art. Inm. 11 Proyecto Ley Reformatoria al C.Sa.

2.4.1.2 Plan Toda una Vida.

Eje 1: Derechos para todos durante toda la vida

Las metas en salud materna, especialmente en lo concerniente a la mortalidad materna y el embarazo adolescente, aún no han sido alcanzadas por el Estado ecuatoriano. De acuerdo con el estudio sobre los costos de omisión de no invertir en acceso a servicios de salud sexual y reproductiva en Ecuador (Ministerio de Salud Pública et al., 2017), para el año 2015 el costo económico y social por la omisión de servicios de salud

sexual y reproductiva llegó a US\$ 472 9 millones, lo que evidencia una deuda social en una adecuada educación sexual, reproductiva y de planificación familiar.

En cuanto a la mortalidad materna, en el año 2016 se produjeron 39,7 muertes maternas por cada 100 000 nacidos vivos. Reducir la mortalidad materna ha sido un eje fundamental dentro de las políticas del sector social; sin embargo, este sigue representando un desafío para el país, sobre todo en la implementación de los programas y las políticas en todo el territorio (29).

Objetivo 1: Garantizar una vida digna con iguales oportunidades para todas las personas

Por otra parte, la salud se constituye como un componente primordial de una vida digna, pues esta repercute tanto en el plano individual como en el colectivo. La ausencia de la misma puede traer efectos inter-generacionales. Esta visión integral de la salud y sus determinantes exhorta a brindar las condiciones para el goce de la salud de manera integral, que abarca no solamente la salud física, sino también la mental.

La salud mental de las personas requiere significativa atención para enfrentar problemáticas crecientes, como los desórdenes relacionados con la depresión y la ansiedad, que limitan y condicionan las potencialidades de una sociedad para su desarrollo.

De igual forma, la aproximación a la salud se debe hacer con pertinencia cultural, desde la prevención, protección y promoción, hasta la atención universal, de calidad, oportuna y gratuita, concentrando los esfuerzos para combatir la

malnutrición en sus tres expresiones, eliminar la prevalencia de enfermedades transmisibles y controlar las no transmisibles.

Esta visión exige el desarrollo de redes de servicios de salud enfocados en las necesidades de sus usuarios, acorde con la edad y la diversidad cultural y sexual.

En la provisión de servicio de salud, es de vital importancia adoptar un enfoque de equidad territorial y pertinencia cultural a través de un ordenamiento del territorio que asegure a todos las mismas condiciones de acceso, sin discriminación ni distinción de ninguna clase.

El derecho a la salud debe orientarse de manera especial hacia grupos de atención prioritaria y vulnerable, con énfasis en la primera infancia y con enfoque en la familia como grupo fundamental de la sociedad, en su diversidad y sin ningún tipo de discriminación. Aquí se incluye el derecho a la salud sexual y reproductiva, que permite el ejercicio de la libertad individual, basada en la toma de decisiones responsables, libres de violencia o discriminación, y el respeto al cuerpo, a la salud sexual y reproductiva individual (Consejo Económico Social de Naciones Unidas, 2016). Cabe resaltar que una educación sexual, reproductiva y de planificación familiar libre de prejuicios, permitiría la consecución del derecho a la libertad individual y garantizará la salud sexual y reproductiva.

En esta misma línea, durante los últimos años el Ecuador ha avanzado en el desarrollo de infraestructura sanitaria y en la concepción del Sistema Nacional de Salud, con una operación coordinada, ordenada y articulada entre la red pública y los

demás proveedores. Es necesario continuar hacia la consolidación del Sistema como el mecanismo más efectivo para implementar el Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI), cuya aplicación debe basarse en la equidad social y territorial, para contribuir a la disminución de la desigualdad entre territorios.

Plan Mujer

Mujeres en situación de pobreza o vulnerabilidad sus líneas de acción se enfocan en salud sexual y reproductiva: embarazo adolescente (29).

2.4.1.3 Ley Orgánica de Salud:

En el Capítulo III Derechos y Deberes de las personas y del estado en relación con la salud establece (30).

Art. 7.- Toda persona, sin discriminación por motivo alguno, tiene en relación a la salud, los siguientes derechos:

Inciso a

a) Acceso universal, equitativo, permanente, oportuno y de calidad a todas las acciones y servicios de salud;

Inciso e

d) Ser oportunamente informada sobre las alternativas de tratamiento, productos y servicios en los procesos relacionados con su salud, así como en usos, efectos, costos y calidad; a recibir consejería y asesoría de personal capacitado antes y después de los procedimientos establecidos en los protocolos médicos.

Inciso h

h) Ejercer la autonomía de su voluntad a través del consentimiento por escrito y tomar decisiones respecto a su estado de salud y procedimientos de diagnóstico y tratamiento, salvo en los casos de urgencia, emergencia o riesgo para la vida de la persona o para la salud pública.

2.4.2 Marco Ético:

Principios Éticos de la Investigación Científica en Seres Humanos.

Principios éticos generales

Toda investigación en seres humanos debiera realizarse de acuerdo con tres principios éticos básicos: respeto por las personas, beneficencia y justicia. En forma general, se concuerda en que estos principios –que en teoría tienen igual fuerza moral– guían la preparación responsable de protocolos de investigación. Según las circunstancias, los principios pueden expresarse de manera diferente, adjudicárseles diferente peso moral y su aplicación puede conducir a distintas decisiones o cursos de acción. Las presentes pautas están dirigidas a la aplicación de estos principios en la investigación en seres humanos (31).

El respeto por las personas incluye, a lo menos, dos consideraciones éticas fundamentales:

- a) **Respeto por la autonomía**, que implica que las personas capaces de deliberar sobre sus decisiones sean tratadas con respeto por su capacidad de autodeterminación;
- b) Protección de las personas con autonomía disminuida o deteriorada, que implica que se debe proporcionar seguridad contra daño o abuso a todas las personas dependientes o vulnerables.

La beneficencia se refiere a la obligación ética de maximizar el beneficio y minimizar el daño. Este principio da lugar a pautas que establecen que los riesgos de la investigación sean razonables a la luz de los beneficios esperados, que el diseño de la investigación sea válido y

que los investigadores sean competentes para conducir la investigación y para proteger el bienestar de los sujetos de investigación. Además, la beneficencia prohíbe causar daño deliberado a las personas; este aspecto de la beneficencia a veces se expresa como un principio separado, **no maleficencia** (no causar daño).

La **justicia** se refiere a la obligación ética de tratar a cada persona de acuerdo con lo que se considera moralmente correcto y apropiado, dar a cada uno lo debido. En la ética de la investigación en seres humanos el principio se refiere, especialmente, a la **justicia distributiva**, que establece la distribución equitativa de cargas y beneficios al participar en investigación.

Código de Helsinki

La participación de personas capaces de dar su consentimiento informado en la investigación médica debe ser voluntaria. Aunque puede ser apropiado consultar a familiares o líderes de la comunidad, ninguna persona capaz de dar su consentimiento informado debe ser incluida en un estudio, a menos que ella acepte libremente (31).

El participante potencial debe ser informado del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Se debe prestar especial atención a las necesidades específicas de información de cada participante potencial, como también a los métodos utilizados para entregar la información.

Código enfermero:

Las enfermeras tienen cuatro responsabilidades fundamentales: promover la salud, prevenir las enfermedades, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento.

La necesidad de cuidados de enfermería es universal. El respeto por la vida, la dignidad y los derechos del ser humano son condiciones esenciales de la enfermería. No se hará distinción alguna fundada en consideraciones de nacionalidad, raza, religión, color, edad, sexo, opinión política o posición social.

La enfermera proporciona servicios de enfermería al individuo a la familia y a la comunidad, y coordina sus actividades con otros grupos con los que tiene relación (32).

Sus responsabilidades:

- La enfermera y las personas
- La enfermería y el ejercicio de la enfermería
- La enfermera y la sociedad
- La enfermera y sus compañeros de trabajo
- La enfermera y la profesión

Concepto de persona:

Concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como tal es afectado por el entorno Y es capaz de acciones predeterminadas que le afecten a él mismo, a otros y a su entorno, condiciones que le hacen capaz de llevar a cabo su autocuidado.

Concepto de Salud:

La Salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos.

Concepto de Enfermería:

Enfermería es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales (32)

CAPITULO III

3 Metodología de la Investigación

3.1 Diseño de la investigación:

- **Cuantitativa**

La investigación es de tipo cuantitativo debido a que este método nos permite conocer más del objeto de estudio, además el uso de las técnicas de recolección de información nos ayuda a analizar cada uno de los elementos que comprende los factores de riesgos obstétricos en adolescentes embarazadas.

- **No experimental**

No tiene control de las variables independientes porque ya ocurrieron los hechos. Se basa fundamentalmente en la observación de fenómenos tal y como se dan en su contexto natural para analizarlos con posterioridad.

3.2 Tipo de Investigación:

El presente estudio es de tipo cuantitativo, no experimental, documental, descriptivo, transversal, retrospectivo.

- **Documental**

La investigación es documental puesto que se procederá a la selección, recopilación y revisión de cada una de las historias clínicas para la obtención de información.

- **Descriptivo**

Se realizó un estudio descriptivo debido a que se describe cada uno de los hechos, escenarios, características y comportamientos las variables utilizadas sin cambiar el entorno (es decir, no hay manipulación). Este tipo de estudio nos ayuda a comprender sus causas y consecuencias de las madres adolescentes.

- **Transversal**

La investigación es de tipo transversal debido a que se realizara en madres adolescentes durante un tiempo determinado, porque se realizara un corte en un tiempo para la recolección de datos en un solo momento con el propósito de describir y analizar dentro de un tiempo dado.

- **Retrospectivo**

Se realizan basándose en observaciones clínicas, o a través de análisis especiales, mediante el análisis de los factores de riesgos obstétricos.

3.3 Localización y Ubicación del estudio:

El hospital San Vicente de Paúl se encuentra ubicado en la ciudad de Ibarra, provincia de Imbabura tiene una trayectoria formal y bien definida en cuanto a atención a usuarios externos ambulatorios desde el año 1875, su cobertura abarca a nuestra provincia y la zona norte de nuestro país. 2018

3.4 Población

Se tomará en cuenta a todas las adolescentes embarazadas que fueron atendidas en el Hospital San Vicente de Paúl en el año 2018

3.4.1 Universo

La población a estudiar en esta investigación según la sala situacional del Hospital San Vicente de Paul que comprende un total de 1080 adolescentes, esta información se basa en el número de adolescentes embarazadas que reciben atención en el Hospital San Vicente de Paul.

3.4.2 Muestra:

La muestra se tomara en cuenta de acuerdo a la formula aplicada de acuerdo a la población con un 0,5 % de error y 0,95% de significancia

$$n = \frac{N * Z^2}{1 + \frac{e^2(N - 1)}{z^2pq}}$$

$$n = \frac{N}{1 + \frac{e^2(N - 1)}{z^2pq}}$$

n= Tamaño de la muestra

N= Tamaño de la población

e= Porcentaje de error 0,05

z= Nivel de significación 1,96

p=Probabilidad de éxito 0.5

q=Probabilidad de fracaso 0.5

$$n = \frac{N}{1 + \frac{e^2(N - 1)}{z^2pq}}$$

$$n = \frac{1080}{1 + \frac{(0.05)^2(1080 - 1)}{(1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5}}$$

$$n = \frac{1080}{3.80873} = 283$$

3.4.3 Criterios de inclusión:

- Adolescentes de 10 a 19 años de edad con riesgos obstétricos
- Adolescentes que recibieron atención en el Hospital San Vicente de Paul
- Adolescentes en las cuales se realizó cesáreas por riesgos obstétricos

3.4.4 Criterios de exclusión:

- Mujeres mayores de 19 años de edad o menores de 10 años de edad
- Adolescentes embarazadas de 10 a 19 años de edad que no hayan tenido ninguna complicación o riesgo obstétrico durante su parto y que no expresen su deseo de colaborar en la investigación

3.5 Operacionalización de variables

Dependientes:

- Características socio-demográficas de la población en estudio
- Antecedentes de riesgo obstétricos en adolescentes.
- Morbilidades obstétrica en adolescentes embarazadas
- Complicaciones en la madre y el recién nacido.

Independientes:

- Factores de riesgo obstétricos en adolescentes embarazadas de entre 10 y 19 años de edad.

Objetivo 1. Establecer las características socio-demográficas de la población en estudio

| VARIABLE | DEFINICION CONCEPTUAL | DIMENSIONES | INDICADOR | TECNICA | ESCALA |
|-----------------------------------|--|---------------------|--|---------------------|---|
| Características Sociodemográficas | Son un conjunto de características biológicas, socioeconómico culturales que están presentes en la población en estudio. | Edad | Años cumplidos | Revisión Documental | Menores de 19 años Mayores de 10 años |
| | | Estado civil | Establecido por el Registro civil | Revisión Documental | Soltera Casada Divorciada Viuda UL |
| | | Residencia | Zona en que reside | Revisión Documental | Urbano Rural |
| | | Auto identificación | Autodefinición | Revisión Documental | Blanca Mestiza Indígena Negra Afro ecuatoriana Afro descendiente |
| | | Instrucción | Establecida por el Ministerio de Educación Nivel de instrucción | Revisión Documental | Analfabeta Primaria Secundaria incompleta Secundaria |

| | | | | | |
|--|--|--------------|---------------------|---------------------|--|
| | | | | | completa Superior |
| | | Nacionalidad | Lugar de nacimiento | Revisión Documental | Ecuatoriana Colombiana Cubana Venezolana Otros |

Objetivo 2. Identificar Antecedentes de Riesgo Obstétricos en Adolescentes.

| VARIABLE | CONCEPTO | DIMENSIÓN | INDICADOR | TECNICA | ESCALA |
|---------------------|---|------------------------|--------------------------------|---------------------|---|
| Riesgos obstétricos | Es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de contraer un problema de salud. Un número reducido de riesgo contribuye de manera sustancial con la morbilidad de las enfermedades no transmisibles. | Periodo Intergenesico | Fecha de Embarazo anterior | Revisión Documental | Menor a 12 meses Mayor a 12 meses |
| | | Consumo de sustancias | Fuma, Drogas Alcohol | Revisión Documental | Si No |
| | | Talla | Centímetros | Revisión Documental | Menor a 1,50 Mayor a 1,50 |
| | | Tipificación sanguínea | Factor Rh | Revisión Documental | Positivo Negativo |
| | | Gestas previas | Número De Embarazos Anteriores | Revisión Documental | Si No |
| | | Antecedentes | Familiares Y Personales | Revisión Documental | Si No |
| | | Menarquia | Edad | Revisión Documental | Dieciocho Diecisiete Dieciséis Quince Menos de quince |

| | | | | | |
|--|--|------------------------|-----------------------------------|---------------------|---|
| | | Vida sexual | Inicio De Vida Sexual | Revisión Documental | Menos de quince años Más de 15 años |
| | | Planificación familiar | Fracaso Del Método Anticonceptivo | Revisión Documental | Si No No usaba |
| | | Controles prenatales | Durante El Embarazo | Revisión Documental | Tres Cuatro Cinco Más de cinco |
| | | Sexualidad | Número de Parejas Sexuales | Revisión Documental | Una Dos Tres Más de tres |

Objetivo 3. Detallar las Morbilidades Obstétricas en Adolescentes Embarazadas

| VARIABLE | CONCEPTO | DIMENSIÓN | INDICADOR | TECNICA | ESCALA |
|--------------------------|---|-----------------------|--|---------------------|---------------|
| Morbilidades Obstétricas | Es un estado en el cual la gestante casi muere durante su gestación, parto o puerperio pero sobrevivió gracias a una atención oportuna y adecuada, se evalúa por medio de identificación de retrasos o demoras en la atención de la gestante definidos por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), los cuales permiten detectar fallas de la paciente o el sistema de salud en su atención, permitiendo mejorar y evitar muertes maternas (33). | Infecciones | Infección de vías urinarias Infecciones vaginales | Revisión Documental | Si No |
| | | Enfermedades | Enfermedades de transmisión sexual | Revisión Documental | Si No |
| | | Urgencia hipertensiva | Preclamsia Eclampsia | Revisión Documental | Si No |
| | | Gestación | Embarazos múltiples | Revisión Documental | Si No |
| | | Tipo de embarazo | Embarazo ectópico Embarazo molar | Revisión Documental | Si No |
| | | Patología | Anemia | Revisión Documental | Si No |

Objetivo 4. Detectar Complicaciones en la Madre y el Recién Nacido.

| VARIABLE | CONCEPTO | DIMENSIÓN | INDICADOR | TECNICA | ESCALA |
|------------------------------------|--|-------------------------|---|---------------------|-------------------|
| Complicaciones en la madre | Las complicaciones durante el embarazo son problemas de salud que se dan durante el período de gestación. Pueden afectar la salud de la madre, del bebé, o ambas. Algunas mujeres padecen problemas de salud antes de quedar embarazadas, lo cual puede desencadenar complicaciones. Otros problemas surgen durante el embarazo (34). | Presentación | Distocia de presentación | Revisión Documental | Si No |
| | | Trabajo de parto | Trabajo de parto prolongado | Revisión Documental | Si No |
| | | Hemorragias | Hemorragia en el tercer trimestre de embarazo | Revisión Documental | Si No |
| | | Integridad de membranas | Ruptura prematura de membranas | Revisión Documental | Si No |
| | | Aborto | Esponáneo | Revisión Documental | Si No |
| | | Parto | Tipo de parto | Revisión Documental | Normal Cesárea |
| Complicaciones en el recién nacido | | Tamaño | Pequeño para la edad gestacional | Revisión Documental | Si No |
| | | Mortalidad | Nacidos muertos | Revisión Documental | Si No |
| | | Nacimiento | Parto prematuro | Revisión Documental | Si No |

3.6 Métodos de recolección de información

| Método | Técnica | Muestra |
|---------------|---|---|
| Deductivo | Matriz de recolección de datos Revisión documental de historias clínicas | Se recolectara información relevante de acuerdo al tema de investigación basándonos en la hoja perinatal. |
| Bibliográfica | Revisión bibliográfica de fuentes primarias y secundarias de literatura científica. | Se utilizó la revisión documental: biblioteca virtual UTN, revisión de la base de datos bibliográficos como libros, guías del MSP, y artículos científicos. |

CAPITULO IV

4 Análisis, Tabulación, Interpretación y Discusión de Resultados

4.1 Análisis e Interpretación

En el presente trabajo investigativo se dio a conocer los resultados obtenidos de acuerdo a cada uno de los diferentes objetivos planteados, a través de la observación indirecta para determinar cada uno de los factores de riesgo obstétricos en adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital San Vicente de Paul durante el año 2018, mediante la obtención de información necesaria y adecuada de la base de datos de cada una de las historias clínicas de los pacientes que forman parte del estudio siendo estos documentos legales y con información óptima para la investigación.

Una vez que la información fue obtenida se realizó un análisis exhaustivo, posteriormente se clasificó cada variable y dato obtenido para luego realizar una tabulación de cada parte del estudio, cada uno de los datos recolectados fueron analizados mediante la distribución de frecuencias y porcentajes las cuales fueron parte de estadística descriptiva para el levantamiento de información en tablas estadísticas de acuerdo a cada uno de los objetivos planteados. La tabulación y procesamiento de cada variable se realizó en el programa SPSS (Software estadístico) para que los resultados sean verídicos.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Tabla 1: Características sociodemográficas

| Variable | Frecuencia | Porcentaje |
|----------------------------|------------|------------|
| Edad | | |
| 10 a 13 | 13 | 4,6 |
| 14 a 16 | 76 | 26,9 |
| 17 a 19 | 194 | 68,6 |
| Residencia | | |
| Urbano | 188 | 66,4 |
| Rural | 95 | 33,6 |
| Nacionalidad | | |
| Ecuatoriana | 249 | 88,0 |
| Otro | 34 | 12,0 |
| Auto identificación | | |
| Mestiza | 226 | 79,9 |
| Indígena | 32 | 11,3 |
| Afro ecuatoriana | 16 | 5,7 |
| Negra | 6 | 2,1 |
| Blanca | 3 | 1,1 |
| Estado civil | | |
| Soltera | 165 | 58,3 |
| Casada | 24 | 8,5 |
| Unión libre | 94 | 33,2 |
| Instrucción | | |
| Ninguno | 2 | 0,7 |
| Primaria | 94 | 33,2 |
| Secundaria incompleta | 125 | 44,2 |
| Bachillerato | 62 | 21,9 |

Se identificó una muestra correspondiente a 283 adolescentes. En la cual existe una prevalencia de adolescentes tardías, de residencia urbana, siendo un 88% ecuatoriana y el menor porcentaje de otra nacionalidad. Predominando la etnia mestiza. Más de la mitad son solteras. En cuanto a instrucción predomina la instrucción secundaria incompleta.

En un estudio realizado en México, en el año 2016 el 9.2 % de la población femenina de 12 a 19 años de edad había tenido por lo menos un hijo registrado vivo de un total de 208,849 mujeres de este grupo de edad. Predominando adolescentes de residencia rural. Según su estado civil, prevalecía el 67.7 % en unión libre y el 15.7 % fueron madres solteras, el porcentaje de madres solteras se incrementó a un 17.1 %. Entre las mujeres con al menos un grado aprobado en el nivel medio superior, el promedio fue de 1 hijo, esto identifica que el nivel educativo y socioeconómico influye de manera importante en este indicador (35).

La presente investigación analizo características sociodemográficas cuyas prevalencia coinciden con estudios previos, en que la mayor cantidad de embarazadas eran adolescentes tardías entre 17 y 19 años, el nivel de instrucción como secundaria incompleta al igual que la etnia mestiza prevaleció. En cuanto a la residencia la mayoría procedían del área urbana, aspecto a tomar en cuenta, a diferencia del estudio comparativo realizado en área rural, que denota factores que terminan en riesgo obstétrico. Respecto a la nacionalidad encontramos que hay un porcentaje considerable de extranjeros y que va en aumento debido a la migración, se destaca que la mayoría de esta población se considera mestiza al igual que la población ecuatoriana que además se determina indígena, afrodescendiente y blanca. La mayoría son solteras posiblemente debido a ser menores de edad, o permanecen en unión libre, en algunos casos esto no les permite culminar sus estudios por lo cual el mayor porcentaje de adolescentes tienen secundaria incompleta además de que un porcentaje bajo pero existencial de adolescentes son analfabetas.

FACTORES DE RIESGOS OBSTETRICOS

Tabla 2: Antecedentes Factores de Riesgos Obstétricos

| Riesgos Obstétricos | Frecuencia | Porcentaje |
|---|------------|--------------|
| Periodo Intergenésico Menor A 12 Meses | 8 | 2,8 |
| Consumo De Sustancias | 9 | 3,2 |
| Talla Menor A 1.50 | 89 | 31,4 |
| Embarazo Gemelar | 13 | 4,6 |
| Grupo Factor Rh Negativo | 3 | 1,1 |
| Gestas Previas | 91 | 32,2 |
| Antecedentes Familiares | 31 | 11,0 |
| Antecedentes Personales | 34 | 12 |
| Ninguno | 5 | 1,8 |
| Total | 283 | 100,0 |

Se mostró los factores de riesgos obstétricos, con predominio de madres multigestas y mujeres de talla menor a 1.50cm. La menor cantidad de casos presentaron embarazo múltiple, además 9 de 283 adolescentes consumía sustancias. Finalmente el periodo intergenesico menor a un año tuvo menor prevalencia.

En un estudio referente a embarazo repetido en la adolescencia en Chile. El 93,2% tuvo una gestación previa. Un 6,8% reportó 2 o más embarazos previos. 18,2% no terminó en

parto. El 22% declara uno o más abortos previos. El 36,6% presentó un periodo intergenésico de 11 meses y menos. El 73,5% de estas adolescentes reincidentes no usaron método anticonceptivo (36).

Un estudio realizado en Lima referente a Período Intergenésico Prolongado. El 12,8% fue de antecedente patológico personal. El 25,6% presentó pre eclampsia en gestas previas. Un 25,6% prevalece en antecedentes familiares. En cuanto a gestantes con periodo intergenésico menor o igual a 24 meses el 9% presentaron pre eclampsia (37).

Nuestro estudio presento como factor de riesgo obstétrico prevalente las gestas previas desencadenado por una incorrecta planificación familiar en la su gesta anterior y podría terminar en complicaciones con mayor prevalencia pre eclampsia. Talla baja fue otro factor prevalente en nuestro estudio, esto de acuerdo a la talla promedio de la población ecuatoriana y relacionada con el proceso de crecimiento. Los antecedentes patológicos tuvieron una incidencia media, prevaleciendo hipertensión arterial y diabetes que contribuyen al riesgo. En menor proporción embarazos múltiples, consumo de sustancias y corto periodo intergenésico.

MORBILIDADES

Tabla 3: Morbidades durante el Embarazo

| Morbilidades Durante El Embarazo | Frecuencia | Porcentaje |
|---|-------------------|-------------------|
| Infección de Vías Urinarias | 124 | 43,8 |
| Infección de Transmisión Sexual | 9 | 3,2 |
| Infecciones Vaginales | 115 | 40,6 |
| Anemia | 8 | 2,8 |
| Preclamsia | 16 | 5,7 |
| Eclampsia | 9 | 3,2 |
| Embarazo Ectópico | 1 | 0,4 |
| Embarazo Molar | 1 | 0,4 |
| Total | 283 | 100,0 |

En cuanto a la morbilidad durante el embarazo en adolescentes encontramos infección de vías urinarias e infecciones vaginales siendo más prevalentes y un 15,6% pertenece a otras morbilidades como urgencias hipertensivas, embarazo ectópico, molar y anemia.

En un estudio realizado en Cuba referente a Caracterización de los factores de riesgo del embarazo en la adolescencia presento morbilidad (51.5%) de adolescentes durante el embarazo por grupo de edades. Donde predominó de forma general: la anemia, la cesárea, infección vaginal seguida de la desnutrición. El grupo de 10 a 14 años 6,5 % presentó

anemia (56,5 %). En el grupo de 15 a 19 años 50,5 % predominó infección vaginal (36,7 %) (38).

El presente estudio mostro la morbilidad en adolescentes predominando las infecciones de vías urinarias seguido de infecciones vaginales, estadística similar a la del artículo citado en el que las adolescentes tempranas tienen mayor incidencia de anemia, mientras que las adolescentes tardías sufren más de infecciones vaginales. Siendo un riesgo obstétrico importante debido a los cambios que la mujer experimenta durante su embarazo considerando que estas son las más frecuentes durante el embarazo.

COMPLICACIONES

Tabla 4 Complicaciones para la Madre

| Complicaciones Para la Madre | Frecuencia | Porcentaje |
|--|-------------------|-------------------|
| Distocia de presentación | 97 | 34,3 |
| Trabajo de parto prolongado | 122 | 43,1 |
| Hemorragia en el tercer trimestre de embarazo | 1 | 0,4 |
| Ruptura prematura de membranas | 17 | 6,0 |
| Abortos | 23 | 8,1 |
| Ninguna | 23 | 8,1 |
| Total | 283 | 100,0 |

En las complicaciones, maternas predominan, el trabajo de parto prolongado y distocia de presentación, el 8,1% de embarazos en adolescentes terminan en aborto. La Guía de la OMS para la conducción del parto nos muestra las tasas de cesárea por sufrimiento fetal o por prolongación del trabajo de parto. Sin embargo, en un ensayo (613 mujeres), la tasa general de cesáreas fue más elevada en la línea de acción de tres horas comparado con el grupo de cuatro horas de labor de parto, lo que nos indica que entre mayor tiempo de trabajo de parto mayor es el riesgo de complicaciones durante la cesárea (2).

Las complicaciones ponen en riesgo la vida de la madre y su producto, predominando en nuestro estudio el trabajo de parto prolongado, con una duración aproximada de 20 horas o más en primíparas y 14 horas o más en multíparas. Otras complicaciones como ruptura prematura de membranas y hemorragia en el tercer trimestre de embarazo se presentaron

en menor porcentaje sin embargo el 8,1% no culminaron su embarazo terminando en aborto.

Tabla 5: Complicaciones para el Recién Nacido

| Complicaciones en el Recién Nacido | Frecuencia | Porcentaje |
|---|-------------------|-------------------|
| Pequeño para la edad gestacional | 50 | 17,7 |
| Nacidos muertos | 13 | 4,6 |
| Parto prematuro | 16 | 5,7 |
| Ninguno | 204 | 72,1 |
| Total | 283 | 100,0 |

Con respecto a complicaciones en recién nacidos la presente investigación muestra que de 283 nacidos vivos 50 fueron pequeño para la edad gestacional. Mientras que un menor porcentaje pero considerable corresponde a nacidos muertos y parto prematuro.

En un estudio realizado en Colombia referente a Causas frecuentes de condiciones críticas de salud madre-hijo, los recién nacidos correspondieron al género masculino con un peso promedio de 2.411 gramos y el promedio de edad gestacional fue 33.14 semanas. La patología de mayor incidencia fue la membrana hialina seguida de la sepsis (37).

Nuestro estudio presento una alta incidencia de niños sin complicaciones. También hay una prevalencia considerable de niños pequeños para la edad gestacional ya que aproximadamente dos de cada diez neonatos nacen con esta condición, ya sea por enfermedades genéticas, metabólicas, anomalías cromosómicas u embarazos múltiples complicando la salud desencadena un parto prematuro o hasta a una muerte neonatal.

Tabla 6: Controles Prenatales

| Controles Prenatales | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------------------|-------------------|-------------------|
| Tres | 59 | 20,8 |
| Cuatro | 54 | 19,1 |
| Cinco | 99 | 35,0 |
| Más de cinco | 71 | 25,1 |
| Total | 283 | 100,0 |

En cuanto al número de controles prenatales prevalecen las adolescentes que se realizaron cinco o más de cinco controles prenatales a diferencia el 39,9% de adolescentes que se realizó cuatro o menos de cuatro controles prenatales.

Un estudio realizado en Argentina, informa que cerca del 85% de las embarazadas adolescentes tienen entre 5 y 9 consultas prenatales. En lo referente al abordaje posembarazo, se evidenció una baja asistencia a los controles posparto y deficiente anticoncepción en el puerperio. Sobresalió la tasa de repetición de embarazo adolescente. En particular, en menores de 17 años, con 21% (39).

En relación al número de controles prenatales en adolescentes embarazadas el análisis muestra que el mayor porcentaje de adolescentes se ha realizado cinco o más de cinco controles prenatales, cumpliendo con las normas establecidas sin embargo aún hay adolescentes que se han realizado apenas tres controles prenatales durante todo su embarazo lo cual constituye un factor de riesgo obstétrico en adolescentes embarazadas puesto que el control prenatal permite el diagnóstico temprano y oportuno de trastornos y patologías que ponen en riesgo la vida de la madre y su producto.

SEXUALIDAD

TABLA 7: MENARQUIA

| Menarquia | Frecuencia | Porcentaje |
|------------------------|-------------------|-------------------|
| Dieciocho | 35 | 12,4 |
| Diecisiete | 55 | 19,4 |
| Dieciséis | 75 | 26,5 |
| Quince | 85 | 30,0 |
| Menos de quince | 33 | 11,7 |
| Total | 283 | 100,0 |

En cuanto al inicio de la menarquia se evidencio prevalencia en gestantes que tuvieron su menarquia a los quince años, mientras que la mitad de gestantes inicio su periodo fértil luego de los 15 años. Y con menor prevalencia antes de cumplir los quince años.

En un estudio realizado en Perú referente a obesidad como factor de riesgo de menarquia temprana. De 260 adolescentes de 10 a 18 años de edad. El 42,69 % tuvieron menarquia temprana. El 61,76 % de mujeres adolescentes obesas comparado con 30,38% de mujeres adolescentes no obesas tuvieron menarquia temprana. La obesidad es factor de riesgo de desarrollar menarquia temprana (40).

A los quince años es la edad en que la mayoría tuvieron su menarquia, convirtiéndose en un punto de corte importante a ser tomado en cuenta para posibles intervenciones debido a que con el inicio de su menstruación empieza su etapa fértil implicando una serie de cambios fisiológicos, físicos y psicológicos.

Tabla 8: Inicio de Vida Sexual

| Inicio De Vida Sexual | Frecuencia | Porcentaje |
|------------------------------|-------------------|-------------------|
| Menos de quince | 117 | 41,3 |
| Más de quince | 166 | 58,7 |
| Total | 283 | 100,0 |

El inicio de la vida sexual representado con una muestra de 283 adolescentes. Se evidencia que más de la mitad de la muestra inicio su vida sexual cuando tenían más de quince años.

Según un estudio referente a Embarazo en la adolescencia en una región de México. El 51% de adolescentes embarazadas iniciaron vida sexual entre los 15 y 16 años y el 7.9 % a los 12 y 13 años. El 80.4% recibió información sobre prevención del embarazo, 51 % la recibió en la escuela y de estas el 57% no utilizo ningún método anticonceptivo (35).

De acuerdo a nuestro análisis prácticamente 4 de cada 10 gestantes iniciaron su vida sexual antes de los 15 años teniendo un inicio precoz de la vida sexual, mientras que un mayor porcentaje luego de los 15 años, lo que ratifica y concuerda en que el mayor porcentaje de embarazos se presenta en la adolescencia tardía. Todas las mujeres de nuestro estudio iniciaron ya su vida sexual antes de los diecinueve años y quedaron embarazadas o no usaron métodos anticonceptivos a pesar de haber recibido información lo cual implica un factor de riesgo como tal debido al inicio precoz de su vida sexual.

Tabla 9: Número de Parejas Sexuales

| Número de Parejas Sexuales | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------------------------|-------------------|-------------------|
| Una | 172 | 60,8 |
| Dos | 75 | 26,5 |
| Tres | 24 | 8,5 |
| Más de tres | 12 | 4,2 |
| Total | 283 | 100,0 |

Se presenta la variable número de parejas sexuales con una prevalencia de mujeres que tuvieron una sola pareja sexual. Seguido de las adolescentes que tuvieron dos parejas sexuales, mientras que el 12,7% tuvieron tres o más de tres parejas sexuales.

En un estudio realizado en Cuba se correlaciona el número de compañeros(as) sexuales y el sexo. Se muestra que las adolescentes femeninas tienen un solo compañero sexual el (23,3%), y el (13,3%) tienen más de uno. En cuanto al sexo masculino el (13,3%) tiene una sola compañera sexual y un (50%) tienen más de una (41).

Nuestro estudio y el análisis comparativo citados referentes a número de parejas sexuales como antecedente gineco obstétrico concuerdan que en cuanto al sexo femenino más de la mitad tuvieron una pareja sexual, mientras que un promedio del 25% tuvieron dos o más de dos parejas sexuales. Mientras que en los hombres la prevalencia es de más de dos parejas sexuales. Resaltando la importancia de los datos por el alto riesgo de infecciones de transmisión sexual por tener varias parejas sexuales implicando un factor de riesgo obstétrico. Tomando en cuenta el sesgo que existe en cuanto a la veracidad de los datos.

Tabla 10: Utilización del Método Anticonceptivo

| Utilización del Método Anticonceptivo | Frecuencia | Porcentaje |
|--|-------------------|-------------------|
| Si | 204 | 72,1 |
| No usaba | 79 | 27,9 |
| TOTAL | 283 | 100,0 |

En cuanto al uso del método anticonceptivo se observa prevalencia en más de la mitad de la muestra de adolescentes que usaban métodos anticonceptivos y fallaron, mientras un menor porcentaje no usaba ningún método anticonceptivo.

En un estudio realizado en Honduras referente a Prevalencia de embarazo en adolescentes. Se evidenció el predominio del uso del método anticonceptivo hormonal con un 75% y el método de barrera el menos elegido con el 0.58%. Resultados que difieren con los revelados en el II Congreso Dominicano de Salud Integral en la Adolescencia en septiembre del 2012 por el Dr. Roberto Antonio Nina Bautista, donde se muestra que la píldora es el método más utilizado con el 18.6% y las inyecciones el menos elegido con 8.7% en el área de puerperio por madres adolescentes (13).

En cuanto al uso de métodos anticonceptivos la mitad de nuestra muestra fallo ya sea por un uso incorrecto o porque no cumplió con el régimen terapéutico. Nuestro estudio comparativo nos indica mayor prevalencia de uso de los métodos hormonales con predominio de métodos inyectables sobre anticoncepción oral lo que es explicado por la falta de adherencia al tratamiento oral, y un considerable número de adolescentes no usaba método anticonceptivos a pesar de ya haber iniciado su vida sexual.

Tabla 11 Tipo de Parto

| Tipo de Parto | Frecuencia | Porcentaje |
|----------------------|-------------------|-------------------|
| Normal | 180 | 62,9 |
| Cesárea | 103 | 36,0 |
| Total | 283 | 99,0 |

En el tipo de parto de la presente investigación se encontró mayor prevalencia en adolescentes que tuvieron un parto normal y el menor pero a tomar en cuenta fue cesárea.

En un estudio realizado en Lima referente a Características y riesgos de gestantes adolescentes encontramos que las indicaciones de cesárea, en las adolescentes fueron incompatibilidad cefalopélvica y sufrimiento fetal agudo, mientras que en el grupo control fueron trabajo de parto disfuncional, macrosomía fetal y cesárea previa. La condilomatosis fue indicación de cesárea en (5%) casos en las adolescentes (12).

Pudimos notar en cuanto al tipo de parto que nuestras madres gestantes necesitaron en mayor porcentaje un parto normal frente a gestantes que necesitaron cesárea, estas últimas debido a factores materno infantiles anormales como posición cefalopélvica, sufrimiento fetal, macrosomía fetal y cesáreas previas. Que junto con edad, multiparidad y demás riesgos que por incidencia demostrada en nuestro estudio podrían influir en la necesidad de requerir cesárea para culminar el parto.

CAPITULO V

5. Conclusiones y recomendaciones

5.1. Conclusiones

- Prevalece el grupo de adolescentes entre 17 y 19 años correspondiente a las adolescentes tardías, destacándose la etnia mestiza, estado civil solteras, con estudios secundarios incompletos, el mayor porcentaje vive en área urbana, más de la mitad son de nacionalidad ecuatoriana y en menor porcentaje de otra nacionalidad, debido al aumento de migración.
- Los antecedentes de Riesgo Obstétrico son las gestas previas y una talla menor a 150cm respectivamente, mientras que un menor porcentaje pero significativo fue un periodo intergenésico menor a 12 meses que conjuntamente con los antecedentes patológicos familiares y personales concomitaron para generar morbimortalidad materna y neonatal. En cuanto a antecedentes ginecobstétricos se desataca el inicio de la vida sexual luego de los 15 años, más de la mitad tienen una sola pareja sexual mientras que el 39% tienen más de dos parejas sexuales. El 72,1% quedaron embarazadas a pesar de usar métodos anticonceptivos. En base al número de controles prenatales, del estudio se evidencian mayor prevalencia de número de controles adecuados (cinco o más).
- Las morbilidades obstétricas de mayor prevalencia en gestantes adolescentes fueron: infección de vías urinarias e infecciones vaginales, seguido de morbilidades tales como, infecciones de transmisión sexual, anemia, preclamsia y eclampsia, finalmente en menor porcentaje embarazo ectópico y molar.
- Las complicaciones maternas ponen en riesgo la vida de la madre y su producto, en el estudio predominó trabajo de parto prolongado, con una duración aproximada de 20 horas o más en primíparas y 14 horas o más en multíparas. Otras

complicaciones como ruptura prematura de membranas y hemorragia en el tercer trimestre de embarazo se presentaron en menor porcentaje sin embargo el 8,1% no culminaron su embarazo terminando en aborto. Con respecto a complicaciones Neonatales, se presentó en mayor porcentaje pequeño para la edad gestacional, seguido de parto prematuro y nacidos muertos.

- Se socializo los resultados de investigación mediante la entrega de un banner al personal del servicio de Centro Obstétrico

5.2. Recomendaciones

- Es pertinente por parte del personal de salud especialmente enfermería, brindar charlas de educación sexual y de la importancia del control prenatal en gestantes adolescentes, en el área de consulta externa, con el fin de informar a este grupo las posibles complicaciones que conlleva un riesgo obstétrico si no es tratada a tiempo.
- Se recomienda a las Internas Rotativas de enfermería, que realizan sus practica a nivel hospitalario que durante sus rotaciones incorporen estrategias de información a las adolescentes embarazadas, sobre cuidados del embarazo y signos de alarma, permitiendo a la adolescente identificar oportunamente los principales factores de riesgo obstétrico, para que exista un menor índice del mismo tanto en el área hospitalaria como comunitaria.
- En relación a las Internas de Enfermería en el área comunitaria se recomienda incorporar estrategias de información de promoción y prevención de la salud acerca de factores de riesgo obstétrico en adolescentes, a través de la formación de clubs de adolescentes en el cual se aclaren dudas y se lleve un seguimiento.
- Fomentar en los profesionales de enfermería conjuntamente con el equipo multidisciplinario fomentar el seguimiento y visitas domiciliarias a adolescentes embarazadas de las guías y protocolos del Ministerio de Salud Pública, para un manejo oportuno de los factores de riesgos obstétricos, y con ello abordar este tema y lograr una disminución de las tasas de morbilidad materna y fetal.
- Fomentar la post consulta por parte del personal de enfermería hacia las pacientes, para reforzar y educar a las y los adolescentes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Janco A. Factores de riesgo asociados a adolescentes embarazadas de 10 a 19 años que acuden a su control prenatal en el hospital municipal Copacabana, provincia Manco Kapac. Departamento de la paz. Octubre a Diciembre 2011. [Online].; 2013 [cited 2019 02 21. Available from: http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S4321-12342013000100003&script=sci_arttext.
2. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto. Organización, Mundial, de, la, Salud. 2015; 92(4).
3. Cuz Chen A. Complicaciones Obstétricas en Adolescentes Embarazadas, ingresadas en el Servicio de Complicaciones Prenatales del Hospital de Cobán, A.V. del año 2009 al 2013. [Online].; 2016 [cited 2019 02 13. Available from: <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesisjcem/2016/09/03/Cuz-Amilcar.pdf>.
4. Tapia Martínez H, Iossi Silva A, Pérez Cabrera I, Jiménez Mendoza A. Revista Latino-Americana de Enfermagem. [Online].; 2015 [cited 2019. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000500829&lng=en&tlng=en.
5. INEC. Estadísticas Vitales Registro Estadístico de Nacidos vivos y Defunciones 2016. [Online]. ECUADOR; 2016 [cited 2019. Available from: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/2016/Presentacion_Nacimientos_y_Defunciones_2016.pdf.
6. INEC. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Revistas de analisis estadistico. 2015 JULIO;(2).
7. Velasteguí JE, Egüez M. Complicaciones perinatales asociadas al embarazo en adolescentes de Atacames. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2018; 34(1).
8. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud. Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública. MAIS. MSP. [Online].; 2012 [cited 2018. Available from: http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAI S-MSP12.12.12.pdf.

9. Martínez J, Pereira Peñate M. Caracterización de las gestantes de alto riesgo obstétrico (ARO) en el departamento de Sucre (Colombia), 2015. Characterization of pregnant women high obstetrical risk (ARO) in the department of sucre (Colombia), 2015. [Online]. Colombia; 2015. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/817/81750089008.pdf>.
10. Quintero Paredes PP. Caracterización de los factores de riesgo del embarazo en la adolescencia en el Policlínico Universitario "Pedro Borrás Astorga" Characterization of risk factors for teenage pregnancy at Pedro Borrás Astorga university polyclinic. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2016; 42(3).
11. Izaguirre González A, Aguilar Reyes V, Alejandro Ramírez I, Valladares Rivera G, Rivera Mejía W, Valladares Rivera E. Incremento del Riesgo Obstétrico en Embarazo Adolescente. Estudio de Casos y Controles. *MedPub Journals*. 2016 Oct; 12(4).
12. Bendezú G, Espinoza D, Bendezú G. Características y riesgos de gestantes adolescentes. Characteristics and risks of pregnant adolescents. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. 2016 Enero; 16(1).
13. Fajardo Hernández J. PREVALENCIA DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES, HOSPITAL LEONARDO MARTÍNEZ VALENZUELA. *Revista Científica de la Escuela Universitaria de la Ciencias de la Salud*. 2015 Dec; 2(2).
14. Fernández Poncela M. Adolescencia, crecimiento emocional, proceso familiar y expresiones humorísticas. *EDUCAR*. 2014 Diciembre; 50(2).
15. Merchán Ortiz KG. EMBARAZOS ADOLESCENTES EN LA SOCIEDAD ACTUAL. UNIVERSIDAD DE CUENCA. 2016.
16. Díaz A, Sanhueza P, Yaksic N. Riesgos obstetricos en el embarazo adolescente: Estudio comparativo de resultados obstetricos y perinatales con pacientes embarazadas adultas. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. Scielo. 2012; 67(6).
17. Fleury Skaf T, Annelies Domingues W, Belo. Factores de riesgo relacionados con el Trabajo de Parto Prematuro en adolescentes embarazadas: revisión integradora de la literatura. *Enfermería Global*. *Revista electrónica trimestral de enfermería*. 2016 Octubre; 6(44).
18. Sergio Castan M. Manejo del Riesgo Obstétrico. 2nd ed. Madrid España: Editorial medica panamericana; 2016.

19. Fernandez Ilaca J. Gineco-obstetricia. 2nd ed. Mexico: McGrawHill Interamericana Editores, S.A. de C.V; 2009.
20. Maque Ponce , Córdova Ruíz , Soto Rueda A, Ramos García , Rocano Rojas. Embarazo no planeado: impacto de los factores socioculturales y emocionales de la adolescente, 2017. Investigación Valdizana. 2017; 12(2).
21. Delgado M, Jaramillo Quiroz S, Falcón M. "Tecnologías de la Información y Comunicación en la formación de los profesionales de la Salud". GUÍA DE educación para la salud: Prevencion de embarazos en adolescentes. [Online].; 2015 [cited 2019. Available from: <http://dspace.chedia.org.ec/bitstream/123456789/700/1/Guia%20de%20embarazo%20en%20adolescentes.pdf>.
22. Rosabal García E, Romero Muñoz N, Gaquín Ramírez , Hernández Mérida R. Conductas de riesgo en los adolescentes. Scielo. Rev Cubana. 2015; 44(2).
23. Velez Vera J. "Factores de riesgo y complicaciones asociadas a embarazos en adolescentes" Estudio a realizarse en el Hospital Materno Infantil. [Online].; 2017 [cited 2019. Available from: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/33113/1/CD%202064-%20VELEZ%20VERA%20JONATHAN%20DAVID.pdf>.
24. Romo Dude. Diastasis de la sínfisis pùblica: Implicaciones en el proceso de maternidad. [Online].; 2017 [cited 2019. Available from: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18658/1/Relat%c3%b3rio%20de%20Roc%c3%ado%20Dudes.pdf>.
25. Mayo Clinic. Aborto Espontaneo. [Online].; 2016 [cited 2019. Available from: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/pregnancy-loss-miscarriage/symptoms-causes/syc-20354298>.
26. Espitia De La Hoz , Orozco Santiago. Anemia en el embarazo, un problema de salud que puede prevenirse. Scielo. Medicas UIS. 2013; 26(3).
27. Rosario E, Cárdenas V. Modelo de rol materno en la alimentación del lactante. Scielo. 2016; 25(3).
28. Constituyente A. Constitucion de la Republica del Ecuador. 2008.
29. Gobierno Nacional del Ecuador. Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021 Toda una Vida Ecuador: Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo; 2017.

30. Congreso Nacional del Ecuador. Ley organica de la salud. Ley organica de la salud. Ley organica de salud - Ecuador. Plataforma Prof Investig Jurídica. 2012.
31. Salazar Anrango A, Acosta Murcia M,M, Lozano Restrepo N, Quintero Camacho MC. Consecuencia del embarazo adolescente del estado civil de la madre joven. Scielo. 2014.
32. Ministerio de Salud Publica.Codigo de Etica. [Online]. [cited 2019. Available from: http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Doc_Codigo_Etica.pdf.
33. David A. Factores de riesgo para morbilidad materna extrema en gestantes sin demora en la atención médica según la estrategia camino para la supervivencia. REV CHIL OBSTET GINECOL. 2016; 81(3).
34. UU. OplSdlMelOdSdSeeDdSySHdIE. Complicaciones durante el embarazo. Departamento de Salud y Servicios Humanos del los E.E.U.U. 2019 Abril.
35. Flores Valencia M, Nava Chapa , Arenas Monreal. Embarazo en la adolescencia en una regiónde México: un problema de Salud Pública. Rev. Salud Pública. 2017; 19(3).
36. Electra G. Embarazo repetido en la adolescencia: la realidad chilena. Scielo. 2016; 81(5).
37. Centeno Huamán GK, Crispin Paucar LM. Período Intergenésico Prolongado como factor de riesgo para el desarrollo de Preeclampsia en gestantes. UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS. 2013 Mar.
38. Paredes PPQ. Caracterización de los factores de riesgo del embarazo en la adolescencia en el Policlínico Universitario "Pedro Borrás Astorga". Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2016; 42(3).
39. Rodríguez C. Causas frecuentes de condiciones críticas de salud madre-hijo, en los hospitales universitarios de la Samaritana y Del Valle. Revista de la Facultad de medicina. 2014; 56(2).
40. Alva Huaylla MG. OBESIDAD COMO FACTOR DE RIESGO DE MENARQUIA TEMPRANA EN ESCOLARES ADOLESCENTES TEMPRANA EN ESCOLARES ADOLESCENTES. [Online]. Perú; 2019 [cited 2019. Available from:

http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/4577/1/RE_MED.HUMA_MERLY.ALVA_OBESIDAD.COMO.FACTOR.DE.RIESGO_DATOS.PDF.

41. Eliane dITN, Georges AC. Identificación de factores de riesgo de Infección de Transmisión Sexual en adolescentes. Panorama. Cuba Salud. 2018; 13(1).

ANEXOS

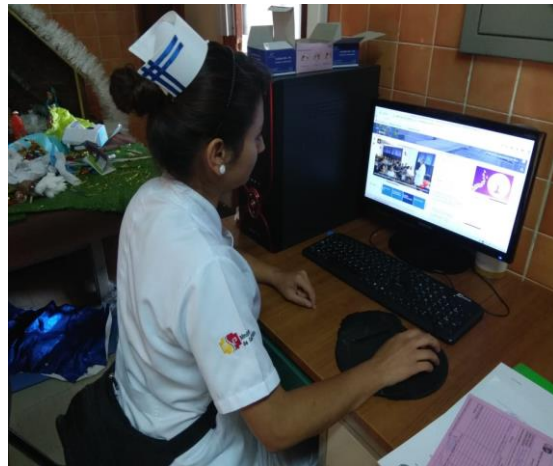
Anexo 1: Búsqueda de historias clínicas en el Hospital San Vicente de Paúl



Anexo 2: Revisión de Historias Clínicas



Anexo 3: Aplicación del instrumento (Matriz de recolección de datos)



Anexo 4: Oficio para acceder a historia clínicas



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
UNIVERSIDAD ACREDITADA RESOLUCIÓN 002-CONEA-2010-129-DC
RESOLUCIÓN Nº 001 073 CEAACES - 2013 - 13
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DECANATO

Ibarra 21 de enero del 2019
Oficio 095-D

Doctor
Lyther Reyes
GERENTE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL

De mi consideración:

Luego de expresarle un cordial saludo y desearle éxitos en sus funciones, me permito dirigirme a usted para solicitarle de manera muy comedida **autorice el** ingreso a la señorita estudiante de la Carrera de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud, para que realice la recolección de datos y encuestas con la finalidad de desarrollar el trabajo de Investigación titulado "**Factores de riesgos obstétricos en adolescentes embarazadas que acuden al Hospital San Vicente de Paúl Ibarra 2018**"; en el cual constituye su trabajo de titulación

Estudiante
KATHERIN ALMEIDA

Atentamente,
CIENCIA Y TÉCNICA AL SERVICIO DEL PUEBLO

MSc. Rocio Castillo A
DECANA FCS



Cecilia Ch

Anexo 5: Poster científico



Anexo 6: Matriz de recolección de datos

| # DE CEDULA | NOMBRES | | | | CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS | | | | | | | | | | | | | | RIESGOS OBSTETRICOS | | | | | |
|-------------|-----------|------------|------------|-------------|-----------------------------------|------------|--------|--------------------|----------|----------------|-------|--------------|-----------|-------------|---------|----------|---------|--------------|---------------------|--------|-------------------------|-----|----|---|
| | | | | | EDAD | RESIDENCIA | | AUTOIDENTIFICACION | | | | NACIONALIDAD | | INSTRUCCION | | | | ESTADO CIVIL | | | PERIODO INTERGENESICO M | | | |
| | | | | | | RURAL | URBANA | MESTIZA | INDIGENA | AFROECUATORIAN | NEGRA | BLANCA | ECUATORIA | OTRA | NINGUNA | PRIMARIA | SECUNDA | BACHILLE | SOLTERA | CASADA | UNION LIBR | SI | NO | |
| | | | | | 95 | 189 | 226 | 32 | 16 | 6 | 3 | 249 | 34 | 2 | 94 | 125 | 62 | 165 | 24 | 94 | 8 | 275 | | |
| 1004703128 | DANIELA | LIBBETH | PALACIOS | TERAN | 19 | 1 | | 1 | | | | | | | 1 | | | | | | | | | |
| 1004106041 | MEURY | NATHALY | BOGUEZ | MINA | 17 | 1 | | 1 | | | | | | | 1 | | | | | | | | | |
| 1004285375 | KARLA | MARY | CABASCANGO | GUIGUANGO | 13 | 1 | | 1 | | | | | | | | 2 | | | | | | | | |
| 1005112125 | SILVANA | ELIZABETH | CASIMBA | VALVERDE | 16 | 1 | | 1 | | | | | | | | 2 | | | | | | | | |
| 27033191 | DARIANNY | CAROLINA | MONTIEL | MOLINA | 18 | 1 | | 1 | | | | | | | | 2 | | | | | | | | |
| 1050252970 | MICAELA | MISHELL | YANDUNI | NIPAS | 18 | 1 | | 1 | | | | | | | | 2 | | | | | | | | |
| 1004783021 | ESTEFANY | DANIELA | TIANGA | MORALES | 16 | 1 | | 1 | | | | | | | | 2 | | | | | | | | |
| 1050225778 | KAREN | ELIZABETH | BENAVIDES | GUERRERO | 15 | 1 | | 1 | | | | | | | | 2 | | | | | | | | |
| 1005173099 | LILIAN | ANDREA | PULSARA | FLORES | 16 | 1 | | 1 | | | | | | | | 2 | | | | | | | | 2 |
| 1050328648 | LEIDY | GRACIELA | LARA | ESCOBAR | 19 | 1 | | 1 | | | | | | | | 2 | | | | | | | | 2 |
| 401896576 | JHOANA | ALEXANDRA | NASAMUESES | REYES | 17 | 1 | | 1 | | | | | | | | 2 | | | | | | | | 2 |
| 1004720064 | JESSICA | ELIZABETH | ANDRADE | MALDONADO | 17 | 1 | | 1 | | | | | | | | 2 | | | | | | | | 2 |
| 1003959374 | ANDREA | MAYTE | CARABALI | COLLAGUAZO | 16 | 1 | | 1 | | | | | | | | 2 | | | | | | | | 2 |
| 1050214487 | KATHERIN | ESTEFANIA | CARRASCO | SIVINTA | 15 | 1 | | 1 | | | | | | | | 2 | | | | | | | | 2 |
| 1050570702 | AMALIA | ELIZABETH | NUNEZ | PABON | 16 | 1 | | 1 | | | | | | | | 2 | | | | | | | | 2 |
| 1004277537 | ANA | BELEN | CARRILLO | MONTALVO | 16 | 1 | | 1 | | | | | | | | 2 | | | | | | | | 2 |
| 1050317799 | JENIFFER | ALEXANDRA | TIGASI | VEGA | 15 | 1 | | 1 | | | | | | | | 2 | | | | | | | | 2 |
| 1004668792 | TATIANA | LIZETH | MONTALVO | MORETA | 19 | 1 | | 1 | | | | | | | | 2 | | | | | | | | 2 |
| 1003338223 | MARIA | ELOISA | CHICO | LLIQUINCHAN | 19 | 1 | | 1 | | | | | | | | 2 | | | | | | | | 2 |
| 1004045097 | PIEDAD | LOURDES | LIMAICO | COTACACHI | 19 | 1 | | 1 | | | | | | | | 2 | | | | | | | | 2 |
| 1004621163 | KATHERIN | FERNANDA | ARELLANO | CHAVEZ | 18 | 1 | | 1 | | | | | | | | 2 | | | | | | | | 2 |
| 1004601470 | GLORIA | SALOME | VALENCIA | ORTEGA | 19 | 1 | | 1 | | | | | | | | 2 | | | | | | | | 2 |
| 1004783021 | ESTEFANY | DANIELA | TIANGA | MORALES | 17 | 1 | | 1 | | | | | | | | 2 | | | | | | | | 2 |
| 1004510093 | CAROLINA | ALEXANDRA | ORTEGA | MONTALVO | 18 | 1 | | 1 | | | | | | | | 2 | | | | | | | | 2 |
| 1005264419 | MELANY | DAYANA | FUENTES | ALCUSIR | 16 | 1 | | 1 | | | | | | | | 2 | | | | | | | | 2 |
| 1004734446 | DAYANA | LIBBETH | MORENO | CASTRO | 18 | 1 | | 1 | | | | | | | | 2 | | | | | | | | 2 |
| 1050374345 | ROSA | ANGELICA | ANGAMARCA | CARRERA | 14 | 1 | | 1 | | | | | | | | 2 | | | | | | | | 2 |
| 1003372487 | ANDREA | JACQUELINE | FLORES | FLORES | 19 | 1 | | 1 | | | | | | | | 2 | | | | | | | | 2 |
| 1005112125 | SILVANA | ELIZABETH | CASIMBA | VALVERDE | 16 | 1 | | 1 | | | | | | | | 2 | | | | | | | | 2 |
| 1005256274 | ALEXANDRA | MARICELA | AGUIRRE | COLCHA | 11 | 1 | | 1 | | | | | | | | 2 | | | | | | | | 2 |
| 1004263883 | MARLENE | MORELLA | VARGAS | MUENALA | 17 | 1 | | 1 | | | | | | | | 2 | | | | | | | | 2 |
| 1004630633 | LADY | MARISOL | CHANO | CHASIGUANO | 19 | 1 | | 1 | | | | | | | | 2 | | | | | | | | 2 |
| 1004824296 | FLSA | JANINE | TORARI | BENAVIDES | 19 | 1 | | 1 | | | | | | | | 2 | | | | | | | | 2 |

ABSTRACT

OBSTETRIC RISK FACTORS IN PREGNANT ADOLESCENTS IN THE SAN VICENTE DE PAUL IBARRA HOSPITAL, 2018.

AUTHOR: Katherin Mishel Almeida Vallejos

MAIL: kattyalmeida156@gmail.com

The World Health Organization (WHO) defines adolescence as the period between the ages of 10 to 19 in which the individual acquires reproductive capacity, through changes from childhood to adulthood, acquiring socioeconomic independence. The objective of this study was to determine the obstetric risk factors in pregnant adolescents who attend the St. Vincent de Paul Hospital in 2018. Using materials and methods, with a quantitative, non-experimental, descriptive, cross-sectional, documentary design, through review of medical histories, analysis of risk factors, applying a sample of 283 pregnant adolescents, the following results were obtained: 68.6% were late adolescents. 66.4% from urban areas and 58.3% were single. 44.2% had incomplete secondary education. 32.2% were multiparous mothers. 84.4% had urinary tract infection and vaginal infections. In terms of maternal and neonatal disorders, 77.4% had prolonged labor and dystocia. 17.7% of children had a size not according to gestational age. 39.9% had four or fewer prenatal checkups, 50.5% of adolescents used contraceptive methods that failed. 38.9% had two or more than two sexual partners. 36.4% underwent a cesarean section. In conclusion, the factors of obstetric risk are determined by sociodemographic characteristics, obstetric history, morbidity, maternal and neonatal complications, sexuality and type of delivery, for this reason the implementation of various strategies by health personnel is important, especially the nursing staff.

Keywords: Pregnancy, Adolescents, Obstetric risk, Risk factors.

V. Rodríguez
R. O. [Signature]



Urkund Analysis Result

Analysed Document: TESIS FACTORES DE RIESGOS-OBSTETRICOS-EN-
ADOLESCENTES.docx (D54184629)

Submitted: 6/27/2019 12:55:00 PM

Submitted By: kattyalmeida156@gmail.com

Significance: 3 %

Sources included in the report:

tesis bayas urkund..docx (D45635553)

Complicaciones obstétricas en el embarazo adolescente 20 de diciembre de 2016.docx
(D26735457)

TESIS FACTORES DE RIESGO MATERNO FETAL 2018.docx (D52256571)

<http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v19n3/0124-0064-rsap-19-03-00374.pdf>

[http://www.scielo.br/scielo.php?](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000500829&lng=en&tlng=en)


[script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000500829&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000500829&lng=en&tlng=en). 91ea78a2-9b46-47f6-8d35-419da9f66f98

Instances where selected sources appear:

14

En la ciudad de Ibarra, a los 28 días del mes de junio del 2019

Lo certifico

(Firma).....

Msc. Tatiana Isabel Vásquez Figueroa

Cc:1002120432

DIRECTORA DE TESIS