



Pontificia Universidad
Católica del Ecuador

SEDE
ESMERALDAS

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADOS

MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA

MENCIÓN ATENCION INTEGRAL EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

Análisis Holístico de las Complicaciones Obstétricas Durante el Embarazo,
Parto y Postparto en Adolescentes Ingresadas en el Hospital Básico de
Borbón

Previo a la obtención del título de Magister en Salud Pública, Mención
Atención Integral en Urgencias y Emergencias

AUTOR

Obst. Elton Marcelo Montoya Zambrano

ASESOR

Mgtr. Angel Pupo Suñol

Esmeraldas, Ecuador, octubre, 2020

TRIBUNAL DE GRADUACIÓN

Trabajo de investigación aprobado luego de haber dado cumplimiento a los requisitos exigidos por el Reglamento de Grado de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Esmeraldas (PUCESE) previo a la obtención del título de **Magister en Salud Pública**.

DIRECTOR DE TESIS

LECTOR 1

LECTOR 2

COORDINADOR DE POSTGRADO

SECRETARIO GENERAL PUCESE

Esmeraldas, _____ 2020

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo, Elton Marcelo Montoya Zambrano, portador de la cédula de ciudadanía No. 1205025693, declaro que los resultados obtenidos en la investigación que presento como informe final, previo a la obtención del título de Magister en Salud Pública, Mención Atención Integral en Urgencias y Emergencias, son absolutamente originales, auténticos y personales.

En tal virtud, declaro que el contenido, las conclusiones y los efectos legales y académicos que se desprenden del trabajo propuesto de investigación y luego de la redacción de este documento son y serán de mi sola y exclusiva responsabilidad legal y académica.

Elton Marcelo Montoya Zambrano

CI: 1205025693

CERTIFICACIÓN

Yo, Mgtr. Angel Pupo Suñol, Director de Tesis, certifico haber revisado el trabajo propuesto por el maestrante y el mismo cumple con los requisitos de calidad, originalidad y presentación exigibles, previo al haber incorporado al trabajo de grado las sugerencias del Tribunal delegado por la Pontificia Universidad Católica, Sede Esmeraldas.

Mgtr. Angel Pupo Suñol
1757398837

DEDICATORIA

Dedico este trabajo de tesis a Dios, que ha estado conmigo en cada paso que he dado en la vida y en este proceso investigativo, dándome la fuerza necesaria para continuar, a pesar de las vicisitudes de estos tiempos de pandemia, y finalmente concluir este reto personal que establecí para mi vida.

De igual forma dedico esta tesis a mis Madres Maritza Montoya, Gladis Rodríguez, Vilma Zambrano que han sabido formarme con buenos sentimientos, hábitos y valores, lo cual me ha ayudado a salir adelante en los momentos más difíciles.

A Antonio Martínez por estar siempre en los momentos más difíciles, brindarme su apoyo incondicional y darme los mejores consejos para seguir cuando estaba a punto de caer.

A mi novia que siempre ha estado junto a mí y brindarme su apoyo.

A mi abuelo a pesar de haberlo perdido, ha estado siempre cuidándome y guiándome desde el cielo.

A mi familia en general, porque me han brindado su apoyo incondicional y por compartir conmigo buenos y malos momentos.

Y a seis amigos, Ignacio Álava, Pablo Coello, Carlos Cedeño, Cielo Hidalgo, Karina Gracia, Joel Marrett que, gracias a su apoyo incondicional, y conocimiento hicieron de esta experiencia una de las más especiales.

Elton Marcelo Montoya Zambrano

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios en primera instancia, porque me ha brindado la salud y los recursos necesarios para cumplir con este proyecto en mi vida; pero también quiero agradecer a cada uno de mis profesores de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede Esmeraldas, que han impartido sus conocimientos y despejado mis dudas.

A mi madre Maritza, que con su demostración de una mujer ejemplar me ha enseñado a no desfallecer, ni rendirme ante nada, y a siempre perseverar a través de sus sabios consejos.

A mis compañeros de aula, con quienes hemos compartido todo este tiempo y me han brindado todo el apoyo necesario para llegar a la meta establecida.

De manera particular, agradezco a las personas que me proporcionaron información relevante para el sustento de esta investigación.

A Ignacio Álava por acompañarme durante todo este arduo camino y compartir conmigo alegrías y fracasos.

Y agradezco a mi asesor, Mgtr. Angel Pupo Suñol, por su sabia conducción y paciencia en toda esta etapa investigativa.

Elton Marcelo Montoya Zambrano

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
TRIBUNAL DE GRADUACIÓN.....	ii
DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD	iii
CERTIFICADO DEL DIRECTOR DE TESIS.....	iv
DEDICATORIA.....	v
AGRADECIMIENTOS.....	vi
INDICE GENERAL.....	vii
RESUMEN.....	viii
ABSTRACT.....	ix
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO 1. MARCO TEÓRICO.....	6
CAPÍTULO 2. MATERIALES Y MÉTODOS.....	16
CAPÍTULO 3. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS..	20
CAPÍTULO 4. DISCUSIÓN.....	27
CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	35
REFERENCIAS.....	38
ANEXOS.....	46

RESUMEN

Con el objetivo de analizar holísticamente las complicaciones obstétricas durante el embarazo, parto y postparto en adolescentes ingresadas en el Hospital Básico de Borbón, se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, cuantitativo, de corte longitudinal, en el que se compararon dos grupos poblacionales utilizando un estudio de caso control. El muestreo fue probabilístico estratificado por grupos de edades y se realizó, a cada estrato, un muestreo aleatorio simple con números aleatorios creados en Microsoft Excel, obteniéndose una cifra de 103 adolescentes y 185 mujeres mayores de 19 años. Se utilizó como técnica de recolección de la información la revisión documental a través de las historias clínicas de las gestantes atendidas en el hospital Civil de Borbón en los meses comprendidos desde julio de 2019 hasta junio de 2020. Los resultados arrojaron una mayor prevalencia de embarazos en la adolescencia tardía (56,31%). Durante el embarazo en las gestantes adolescentes, las patologías más frecuentes fueron la infección de vías urinarias y la preeclampsia. Durante el parto se presentaron desgarros perineales, ruptura prematura de membrana, sufrimiento fetal agudo y la incompatibilidad cefalopélvica. Las complicaciones postparto más comunes fueron las hemorragias y las infecciones puerperales. Las patologías con más alta frecuencia fueron el reflujo gastroesofágico y la anemia. El parto natural céfalo-vaginal fue muy superior (87,3%) al parto por cesárea (12,6%) y las causas que conllevaron a esas cesáreas fueron la ruptura prematura de membrana (casi el 50% de las cesáreas), el sufrimiento fetal agudo (el 23,10%) y la incompatibilidad cefalopélvica (15,38%); y en menor grado (una embarazada en cada caso) la toxoplasmosis y la corioamnionitis. En la mayoría de los hogares de las adolescentes embarazadas el ingreso económico familiar no supera el salario mínimo del Ecuador. Se concluye que mucho de lo que ocurre con las jóvenes de Borbón tiene relación con la influencia de las tradiciones culturales y sociales, como lo es la poca cultura del uso de métodos anticonceptivos, la pobreza y la baja tasa educativa.

Palabras clave: Complicaciones obstétricas; embarazo; parto; postparto; adolescente.

ABSTRACT

With the aim of holistically analyzing obstetric complications during pregnancy, childbirth and postpartum in adolescents admitted to the Hospital Básico de Borbón, a descriptive, retrospective, quantitative study, with longitudinal scope was carried out, in which two population groups were compared using a case control study. The sampling was probabilistically stratified by age groups and a simple random sampling was carried out for each stratum with random numbers created in Microsoft Excel, obtaining a figure of 103 adolescents and 185 women older than 19 years. The information collection technique was used as a documentary review through the medical records of pregnant women treated at the Hospital Básico de Borbón in the months from July 2019 to June 2020. The results showed a higher prevalence of pregnancies in late adolescence (56.31%). During pregnancy in adolescent pregnant women, the most frequent pathologies were urinary tract infection and preeclampsia. Perineal tears, premature membrane rupture, acute fetal distress and cephalopelvic incompatibility occurred during delivery. The most common postpartum complications were hemorrhage and puerperal infections. The pathologies with the highest frequency were gastroesophageal reflux and anemia. Natural cephalovaginal delivery was much higher (87.3%) than cesarean delivery (12.6%) and the causes that led to these cesarean sections were premature membrane rupture (almost 50% of cesarean sections), acute fetal distress (23.10%) and cephalopelvic incompatibility (15.38%); and to a lesser degree (one pregnant in each case) toxoplasmosis and chorioamnionitis. In most of the homes of pregnant adolescents, the family income does not exceed the minimum wage in Ecuador. It is concluded that much of what happens to the young women of Borbón is related to the influence of cultural and social traditions, such as the low culture of the use of contraceptive methods, poverty and the low educational rate.

Keywords: Obstetric complications; pregnancy; birth; labor; adolescent.

INTRODUCCIÓN

Presentación del Tema de la Investigación

La Organización Mundial de la Salud¹ define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, superado únicamente por el que experimentan los lactantes. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos. El comienzo de la pubertad marca el paso de la niñez a la adolescencia.

La sexualidad de las adolescentes se caracteriza por la dificultad de acordar un modelo de comportamiento con sus parejas, así como por relaciones inestables, conflictos emocionales, secretos, actitudes rebeldes y, con frecuencia, relaciones sexuales no protegidas, especialmente en los primeros momentos de su actividad sexual.

Consecuencia de estas condiciones, muchos embarazos no deseados se producen en el curso de la adolescencia, cuando las muchachas y sus parejas inician su actividad sexual sin tener en cuenta la necesidad de la anticoncepción, o sin haber tenido acceso a servicios apropiados².

Las gestantes adolescentes se caracterizan por el poco desarrollo de su organismo para recibir, mantener y finalizar la concepción. Muchas de ellas al no tener un desarrollo completo de sus órganos y presentan complicaciones durante su embarazo, parto y post parto, trayendo consigo una serie de patologías que pueden afectar su salud y la del neonato.

En el mundo unos 16 millones de adolescentes de 15 a 19 años y aproximadamente un millón de niñas menores de 15 años paren cada año, la mayoría en países de ingresos bajos y medianos⁽²⁾.

Las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las muchachas de 15 a 19 años en todo el mundo. Los bebés de madres adolescentes se enfrentan a un riesgo considerablemente superior de morir, que los nacidos de mujeres de 20 a 24 años³.

Algunas adolescentes planean y desean su embarazo, pero en muchos casos no es así. Los embarazos en la adolescencia son más probables en comunidades pobres, poco instruidas y rurales. En algunos países, los embarazos fuera del matrimonio no son raros. En cambio, algunas muchachas pueden recibir presión social para contraer matrimonio y, una vez casadas, para tener hijos. En países de ingresos medianos y bajos más del 30% de las muchachas contraen matrimonio antes de los 18 años, y cerca del 14% antes de los 15 años³.

Desde el año 2000 se han registrado descensos considerables en el número de muertes en todas las regiones, sobre todo en Asia Sudoriental, donde las tasas de mortalidad se redujeron de 21 a 9 por 100 000 muchachas. Cada año se practican unos 3 millones de abortos peligrosos entre muchachas de 15 a 19 años, lo que contribuye a la mortalidad materna y a problemas de salud prolongados⁴.

La procreación prematura aumenta el riesgo tanto para las madres como para los recién nacidos. En los países de ingresos bajos y medianos, los bebés de madres menores de 20 años se enfrentan al riesgo del 50% superior de mortalidad prenatal o de morir en las primeras semanas de vida que los bebés de mujeres de 20 a 29 años. Cuanto más joven sea la madre, mayor el riesgo para el bebé. Además, los recién nacidos de madres adolescentes tienen una mayor probabilidad de registrar peso bajo al nacer, con el consiguiente riesgo de efectos a largo plazo³.

Planteamiento del Problema

América Latina y el Caribe continúan siendo las subregiones con la segunda tasa más alta en el mundo de embarazos adolescentes, señala un informe publicado el 28 de febrero de 2018 por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)⁵.

La mortalidad materna es una de las principales causas de muerte en las adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años en la región de las Américas. A modo de ejemplo, en 2014, fallecieron cerca de 1900 adolescentes y jóvenes como resultado de problemas de salud durante el embarazo, el parto y el posparto. A nivel global, el riesgo de muerte materna se duplica en madres más jóvenes de 15 años en países de ingreso bajo y mediano. Las muertes perinatales son un 50% más alta entre recién nacidos de madres menores de 20 años comparado con los recién nacidos de madres de 20 a 29 años, indica el informe⁴.

El embarazo en adolescentes es una prioridad de salud pública en la región de América Latina y el Caribe, puesto que esta región ocupa el segundo lugar a nivel mundial, después de África Subsahariana. Según el Centro de Estadísticas para América Latina y el Caribe (CEPAL), el Ecuador es el tercer país a nivel de la región con la tasa más alta de embarazo en adolescentes (10-19 años), después de Nicaragua y República Dominicana⁵.

Como lo indica el Informe del Estado Mundial de Población (2013), “los esfuerzos y los recursos para prevenir el embarazo en adolescentes, suelen centrarse al grupo de 15 a 19 años. Sin embargo, las niñas más vulnerables que enfrentan mayor riesgo de complicaciones y muerte debido al embarazo y el parto, son de 14 años o menos”. Según datos de la Fiscalía General del Estado, en el año 2013 se presentaron 961 denuncias de violación contra niñas menores de 14 años⁵.

En el Ecuador, según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT 2012. El 39.2% de las mujeres de 15 a 19 años reportan haber tenido experiencia sexual. El 7.5% tuvieron su primera relación sexual antes de los 15 años, y el 30.1% antes de los 18 años. El 89.9% de adolescentes menores de 15 años tuvieron su primera relación sexual con personas mayores que ellas. De éstas, el 9.1% fue con una persona mayor de 24 años. Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017 – 2021⁶.

El 18.3% de las mujeres de 15 a 19 años reportan haber tenido un/a hijo/a. Esta cifra ha aumentado en cinco puntos porcentuales (13.3%) desde la Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil, ENDEMAIN 2004 (pp.20-21)⁴.

Guayas, Pichincha, Manabí, Los Ríos y Esmeraldas son las provincias que concentran el mayor número de embarazos adolescentes a nivel nacional. Hasta 2016 de 80 000 niños y niñas que nacieron de madres menores a 19 años, 20 548 nacieron en Guayas, 9 544 en Pichincha, 6 807 en Manabí, 5 744 en Los Ríos y 4 393 en Esmeraldas⁷.

El mayor peligro de parto pre término y de muertes neonatales en los hijos de madres adolescentes ha sido descrito por varios autores, que identifican además la toxemia, partos prolongados y aumento de la incidencia de cesáreas en este grupo de riesgo; publicaciones especializadas coinciden en resaltar el incremento de la frecuencia de anemia, toxemia y complicaciones puerperales en estas pacientes.

Todo lo antes expuesto motivó la realización del estudio que aquí se presenta, con el objetivo de conocer la incidencia del embarazo y parto en la adolescencia en el hospital,

así como sus complicaciones, y se abordó la siguiente interrogante científica: ¿Cuáles fueron las complicaciones obstétricas que se presentaron durante el embarazo, parto y postparto en adolescentes ingresadas en el Hospital de Básico de Borbón?

Justificación

A pesar del desarrollo en el campo de la prevención de la salud a nivel mundial y en el país, la frecuencia de embarazos en adolescentes y sus complicaciones obstétricas continúan siendo extremadamente elevadas, por tal motivo, teniendo en cuenta estos antecedentes, es novedoso realizar un estudio sobre la prevalencia de estas complicaciones, para de esta manera buscar estrategias eficaces y eficientes que vayan a favor de la prevención de embarazos en adolescentes y evitar las complicaciones que se pueden presentar en los mismos.

Dado la alta prevalencia de complicaciones en mujeres adolescentes embarazadas, la investigación permitió conocer información estadística válida de nuestro medio y analizar los factores que más se asociaron con complicaciones obstétricas en pacientes adolescentes; lo que beneficiará directamente a este grupo, teniendo un impacto directo en la prevención a futuro de complicaciones en gestantes.

El embarazo en adolescentes se ha convertido en un problema de salud pública importante, debido a que básicamente son las condiciones socioculturales las que han determinado un aumento considerable en su prevaencia, aconteciendo con mayor frecuencia en sectores socioeconómicos más desprotegidos, aunque se presenta en todos los estratos económicos de la sociedad. Estas estadísticas motivaron a realizar el presente estudio como prioridad para establecer alertas a los profesionales de la salud sobre las consecuencias que traen, tanto a nivel familiar como social un embarazo a temprana edad.

Por tanto, los profesionales de la salud deben realizar un abordaje global con la finalidad de contribuir en la prevención de embarazo no deseado en las adolescentes, impactar positivamente sobre la salud de esta población vulnerable y brindar cuidado oportuno y de calidad a las mujeres adolescentes embarazadas.

A pesar de los múltiples esfuerzos realizados por el Ministerio de Salud Pública en la prevención del embarazo en la adolescencia, aún continúa una alta prevalencia de éste en la provincia de Esmeraldas, por lo que es deber del personal de salud brindar apoyo psicológico a tiempo a las adolescentes y evitar que tomen decisiones que vayan en contra

de la salud y la vida de ellas y de su futuro bebé, lo que a su vez contribuiría a minimizar los gastos de recursos en la curación o tratamiento de las complicaciones que este grupo poblacional puede aquejar; lo que también redundaría en evitar daños económicos a la sociedad y a la familia con la aparición de las complicaciones en este grupo poblacional.

Objetivos

Objetivo General

Analizar holísticamente las complicaciones obstétricas durante el embarazo, parto y postparto en adolescentes ingresadas en el Hospital Básico de Borbón.

Objetivos Específicos

1. Determinar la prevalencia de embarazos en adolescencia que ingresaron al Hospital Básico de Borbón.
2. Identificar las complicaciones de las gestantes adolescentes durante el embarazo, parto y postparto ingresadas en el Hospital Básico de Borbón.
3. Comparar la ocurrencia de complicaciones del grupo de adolescentes gestantes con la población general de gestantes ingresadas en el Hospital Básico de Borbón.
4. Considerar las enfermedades asociadas al embarazo en las gestantes adolescentes ingresadas en el Hospital Básico de Borbón.
5. Detallar el tipo de parto con mayor incidencia en la población adolescente estudiada en el Hospital Básico de Borbón.
6. Determinar el nivel socioeconómico de las gestantes adolescentes ingresadas en el Hospital Básico de Borbón.

CAPITULO 1

MARCO TEÓRICO

1.1. Bases Teórico- Científicas

Se entiende por adolescencia el período del desarrollo humano posterior a la niñez y anterior a la etapa adulta o adultez, en el cual tienen lugar los cambios biológicos, sexuales, sociales y psicológicos necesarios para formar a un individuo socialmente maduro y físicamente preparado para la reproducción⁸.

Otro concepto de adolescencia es dado por la OMS definiéndola como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios⁹.

El embarazo adolescente es el que se produce entre los 10-19 años, independientemente de la edad ginecológica¹⁰.

El embarazo en la adolescencia es ya un problema social, económico y de salud pública de considerable magnitud, tanto para los jóvenes como para sus hijos, pareja, familia, ambiente y comunidad que los rodea. Algunas personas denominan el embarazo adolescente como la "sustitución de amor por sexo"¹¹.

1.1.1. Complicaciones del embarazo, parto y postparto

Las complicaciones que se producen durante el período de embarazo, o durante el parto o postparto, pueden afectar la salud de la madre, del bebé, o de ambas. Algunas mujeres padecen problemas de salud antes de quedar embarazadas, lo cual puede desencadenar en complicaciones; pero hay otros problemas que pueden presentarse con mayor frecuencia durante el embarazo, entre los que podría mencionar:

Diabetes gestacional: es la diabetes que se diagnostica por primera vez durante el embarazo (gestación). Al igual que con otros tipos de diabetes, la diabetes gestacional afecta la forma en que las células utilizan el azúcar (glucosa). La diabetes gestacional causa un alto nivel de glucosa sanguínea que puede afectar tu embarazo y la salud de tu bebé¹².

Pre eclampsia: es una complicación del embarazo caracterizada por presión arterial alta y signos de daños en otro sistema de órganos, más frecuentemente el hígado y los riñones. Generalmente, la pre eclampsia comienza después de las 20 semanas de embarazo en mujeres cuya presión arterial había sido normal¹³.

Placenta previa: ocurre cuando la placenta del bebé obstruye de manera total o parcial el cuello uterino de la madre (la salida del útero). La placenta previa puede provocar un sangrado grave durante el embarazo y el parto¹⁴.

Desprendimiento prematuro de la placenta: El desprendimiento de la placenta se produce cuando la placenta se separa parcial o totalmente de la pared interna del útero antes del parto. Esto puede disminuir o bloquear el suministro de oxígeno y nutrientes del bebé y causar un fuerte sangrado en la madre¹⁵.

Trabajo de parto prematuro: El parto prematuro se produce cuando las contracciones regulares provocan la apertura del cuello del útero después de la semana 20 y antes de la semana 37 del embarazo¹⁶.

1.1.2. Tipos de parto

La distocia se conoce como el parto que no cursa con normalidad. Existen dos tipos: distocias del periodo de dilatación y distocias del periodo expulsivo, con causas variadas: pueden ser debidas a anomalías en las contracciones uterinas (distocia dinámica), a la desproporción pelvi-fetal o a presentaciones fetales inadecuadas (distocias mecánicas). Con frecuencia, las distocias dinámicas y las mecánicas están asociadas. En ambas, es habitual, que se produzca sufrimiento fetal, lo que obliga a dar por finalizado el parto con carácter de urgencia, para evitar las lesiones fetales¹⁷.

El término distocia significa “trabajo de parto difícil” y se caracteriza por un avance lento anormal del trabajo de parto. A consecuencia de alteraciones aisladas o combinadas como, por ejemplo, anomalías fetales, la posición o el desarrollo que disminuyen la velocidad del parto¹⁸. Otra de las definiciones del término distocia es la dificultad en la evolución del parto debido a anomalías maternas (alteraciones de las contracciones uterinas, forma de la pelvis, etc.) o fetales (tamaño, mala posición de la cabeza, etc.).

La palabra eutocia viene del griego “eutokia” y significa parto normal. Sus componentes léxicos son: eu (bien) y tokos (parto, dar luz a un bebé), más el sufijo -ia (cualidad). La Clínica Universidad de Navarra define la eutocia como el parto que cursa con

normalidad¹⁹. Por otro lado, el Gran Diccionario de la Lengua Española determina que la eutocia significa en fisiología médica un parto normal, sin complicaciones²⁰. Ambas definiciones son similares, siendo la utilizada en este trabajo aquella determinada por el Gran Diccionario de la Lengua Española.

1.1.3. Enfermedades asociadas al embarazo

La anemia es una afección en la cual se carece de suficientes glóbulos rojos sanos para transportar un nivel adecuado de oxígeno a los tejidos del cuerpo. Existen muchas formas de anemia, cada una con su propia causa. La anemia puede ser temporal o prolongada y puede oscilar entre leve y grave²¹. La anemia se define como una disminución en el número de glóbulos rojos (o hematíes) en la sangre o en los niveles de hemoglobina respecto a los valores normales²².

Las infecciones del sistema urinario (riñones, vejiga, uréteres y uretra), frecuentes entre las mujeres, son causadas por bacterias y pueden ocurrir independientemente del contacto sexual. Sus síntomas son picazón y necesidad frecuente de orinar, fiebre y dolor en el bajo vientre²³. Una infección de las vías urinarias se produce en cualquier parte del aparato urinario: los riñones, los uréteres, la vejiga y la uretra. La mayoría de las infecciones ocurren en las vías urinarias inferiores (la vejiga y la uretra). Las dos definiciones son similares, pero en este estudio se tendrá en cuenta la primera definición²⁴.

Hipertensión gestacional: durante el embarazo, la presión arterial por encima de la normal puede causar problemas. Sin embargo, se la puede detectar precozmente ya que en cada control prenatal se debe medir la presión arterial. Los síntomas posibles son dolor de cabeza o pies hinchados. Generalmente, no presenta síntomas, aunque a veces se acompaña de dolor de cabeza, pies y manos hinchadas, situaciones que se deben informar inmediatamente al obstetra o al médico, pues pueden ser muy riesgosas para la madre y el niño. El obstetra o el médico indicaran exámenes complementarios para controlar la salud materna y la del bebé, como ecografías, Doppler, y análisis de sangre y orina.

Diabetes gestacional: se manifiesta durante el embarazo y afecta la forma en que las células utilizan la glucosa, causando un alto nivel de azúcar en sangre que puede afectar el embarazo y la salud del bebé. La diabetes gestacional puede provocar abortos espontáneos, mortalidad perinatal, alto peso al nacer, parto prematuro, etc. Luego del parto, debe controlarse el nivel de glucosa para analizar si la mujer continúa con diabetes²⁵.

La Fundación para la Diabetes²⁶(s.f.) define la diabetes gestacional como la presencia de glucemia alta durante el embarazo en mujeres que antes de la gestación no tenían diabetes, debido a que las hormonas presentes durante el embarazo pueden dificultar el trabajo que realiza la insulina apareciendo una alteración en el metabolismo de los hematocritos y por ello la glucosa se eleva (hiperglucemia). La diabetes gestacional puede conllevar complicaciones como macrosomías (niños excesivamente grandes) y complicaciones en el nacimiento, por lo que es importante controlar los niveles de azúcar. La OMS nos brinda una definición más concreta: la diabetes gestacional corresponde a una hiperglicemia que se detecta por primera vez durante el embarazo⁹. Ambas definen lo mismo, pero la primera definición es más extensa y completa, siendo la utilizada en este estudio.

1.2. Antecedentes

Ortiz et al.²⁶, en el año 2018 realizaron un estudio titulado “Adolescencia como factor de riesgo para complicaciones maternas y neonatales”, con el objetivo de determinar si la adolescencia es un factor de riesgo para complicaciones maternas y neonatales. Para la investigación propusieron un estudio de casos y controles en un hospital de tercer nivel con muestra de 560 pacientes en una relación de 3 a 1, datos recogidos durante el periodo de noviembre de 2016 hasta julio de 2017; se recopilaron características sociodemográficas mediante encuesta (cuestionario semiestructurado) y revisión de historia clínica; con base a las variables significativas, se generó un análisis bivariado y finalmente un multivariado por medio de una regresión logística. Se evidenció que la adolescencia es factor de riesgo para trastornos hipertensivos del embarazo ORa: 2,06 (IC 95%: 1,31 – 3,25); pre eclampsia con hallazgos de severidad ORa: 1,63 (IC 95%: 1,01 – 2,66); corioamnionitis ORa: 2,28 (IC 95%: 1,26 – 4,13); ingreso materno a UCI ORa: 3,51 (IC 95%: 1,08 – 11,37); prematuridad ORa: 1,74 (IC 95%: 1,02 – 2,99), obteniendo como conclusión que la adolescencia es un factor de riesgo para trastornos hipertensivos, corioamnionitis y prematuridad.

Un estudio realizado por Jiménez et al.²⁷, en el 2017, titulado “La gestación adolescente como un problema de salud mundial con repercusión sobre la madre y el feto” presentó como objetivo analizar la prevalencia de embarazo adolescente en el área sanitaria del Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla, y comparar las variables obstétricas y perinatales de gestantes adolescentes (menos de 20 años) con gestantes de 20-30 años. Se

trató de un estudio descriptivo retrospectivo de los partos entre 2011-2013 atendidos en ese hospital. Se analizaron 1358 partos, siendo 81 de gestantes adolescentes y 634 de gestantes del grupo control. Los datos se obtuvieron del Libro de Partos del hospital y fueron analizados mediante el software SPSS 16.0. Los resultados obtenidos mostraron que la gestación adolescente supuso el 6% de los partos atendidos en dicho periodo, con una edad media materna de 17,7 años. La procedencia de las gestantes estudiadas fue mayoritariamente extranjera, predominando las latinoamericanas (91,2% vs 66,6%). La mayoría de los partos se atendieron vía vaginal (81,5% vs 76,7%), siendo la media de edad gestacional al parto a término en ambos grupos y sin diferencias estadísticamente significativas (39+4 semanas vs 39+5 semanas). El peso de los recién nacidos mostró diferencias significativas siendo inferior en las adolescentes (3224gr vs 3369gr). Se concluye que la prevalencia de embarazo adolescente en ese hospital fue casi tres veces superior a la nacional. No se obtuvieron diferencias en el tipo de parto, la edad gestacional y el pH de los recién nacidos entre las adolescentes y las gestantes control. La tasa de cesáreas y el peso perinatal fueron menores en gestantes adolescentes.

Otro estudio realizado en Perú, en el año 2016, por Bendezú et al.²⁸, titulado “Características y riesgos de gestantes adolescentes”, tuvo como objetivo principal establecer la incidencia, riesgos y complicaciones del embarazo y parto en las adolescentes. Fue un estudio retrospectivo de casos y controles en el Hospital “Augusto Hernández Mendoza”, Ica, Perú. Los participantes fueron gestantes adolescentes. Entre el 1 de julio de 2013 y el 30 de junio de 2014 se estudiaron 177 adolescentes que tuvieron su parto en el hospital y se compararon sus características con un grupo control de 177 gestantes de 20 a 34 años. La información se obtuvo de las historias clínicas de las pacientes y registros de partos. Las principales medidas de resultados fueron las características obstétricas y perinatales. Se obtuvieron como resultados que el embarazo en las adolescentes representó el 6,63% de la población atendida. Las complicaciones del embarazo anemia (18,2%) e infecciones urinarias (14,1%) ocurrieron más en las adolescentes, en tanto, las enfermedades hipertensivas (17,5%) lo fueron en las gestantes mayores. La incompatibilidad cefalopélvica y el sufrimiento fetal agudo fueron las principales indicaciones de cesárea en las adolescentes. La frecuencia de complicaciones del puerperio en los casos observados fue mayor que en los controles, siendo estadísticamente significativo ($p < 0,05$). Los autores concluyeron que el 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.

Fawed et al.⁴, realizaron un estudio con el objetivo de identificar cuáles son las complicaciones obstétricas que más inciden en adolescentes y mujeres adultas con la edad como factor de riesgo asociado. El estudio fue analítico retrospectivo, realizado en el Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa, Honduras. Se revisaron 380 expedientes, con un muestreo probabilístico: La recolección se realizó mediante un cuestionario, se analizaron los datos por medio del programa estadístico Epi Info versión 7. De acuerdo a la edad se obtuvo que el 33,68% (128 gestantes) pertenece al rango de 10-19 años; en cuanto al grado de escolaridad, el 40,26% (153 casos) poseen educación básica incompleta; de estado civil fue la unión libre, con el 54,74% (208 casos). Referente a la procedencia, el 85,53% (325 pacientes) son de la zona urbana. La raza mestiza predomina con el 97,11% (369 gestantes). De las 380 embarazadas, 235(61.84%) participantes presentaron complicaciones en distintas etapas del desarrollo gestacional; los desgarros perineales estuvieron presente en 107 (28.15%), ruptura prematura de membrana con 23 (6.05%), anemia con 20 (5.26%) y parto precipitado 13 (3.42%). Referente a los momentos obstétricos, antes del parto se da en 34.37% de los momentos, sin embargo, solo se presentan frecuencias de complicaciones de 52 casos (22.12%). Después del parto se refleja un 15.62% solamente, pero con frecuencias de 112 (47.65%) y después del parto surgieron casos de complicaciones en todas las edades. La incidencia de las complicaciones se da más en el grupo de 10-19 años, con 99 (42.12%) del total de las participantes y en menor frecuencia, con 61 gestantes (25.95%) del total de la muestra. Como conclusión obtuvieron que muchas de estas complicaciones se dan antes y después del parto. El embarazo precoz y la concepción tardía deben de ser foco de vigilancia del profesional sanitario tratante de estos grupos etarios.

Un estudio titulado “Incremento del Riesgo Obstétrico en Embarazo Adolescente. Estudio de Casos y Controles, realizado por Izaguirre et al.²⁹, tuvo como objetivo principal determinar los factores de riesgo obstétrico presentes en adolescentes del Hospital Dr. Enrique Aguilar Cerrato de La Esperanza, Intibucá, Honduras, durante el año 2015. El estudio fue cuantitativo, retrospectivo, analítico (casos y controles). En este período ingresaron 1,354 adolescentes embarazadas, de las cuales se estimó una muestra de 100 casos y 200 controles (IC 95%, PE 80%) mediante el método de Fleiss. El muestreo fue probabilístico. Las variables incluyeron características socio demográficas,

antecedentes gineco-obstétricos, complicaciones maternas y datos del recién nacido. La información recolectada fue ingresada en base de datos Epi info versión 7.2 (CDC, Atlanta). Los resultados se presentan como frecuencias, gráficos, medidas de tendencia central, chi cuadrado, OR, valor de P y regresión logística. La información personal de los casos se manejó confidencialmente. Los resultados mostraron que las adolescentes procedentes del área rural tienen dos veces más riesgo de presentar una complicación durante el embarazo que las del área urbana ($\chi^2=9.2$, $p<0.01$, $OR=2.1$). Durante el parto la ruptura prematura de membranas se presentó con igual frecuencia en ambos grupos con alta significancia estadística ($p=0.03$). Durante el parto y posparto los desgarros perineales fueron la complicación más frecuente, presentándose en el 5% de los casos y 3% de los controles. En el puerperio las adolescentes tienen 2 veces más riesgo de presentar una complicación ($\chi^2=5.3$, $p=0.02$, $OR=3.1$). Se concluyó que el embarazo adolescente se considera como factor de riesgo para presentar una complicación obstétrica durante el preparto, parto, puerperio y período neonatal.

Tapia, Iossi, Pérez, y Jiménez³⁰ realizaron un estudio con el objetivo de describir el perfil obstétrico de las adolescentes al inicio del trabajo de parto, durante el parto, el posparto y el puerperio. Fue un estudio descriptivo transversal, con 85 adolescentes embarazadas elegidas por conveniencia, referidas de los Centros de Salud a un Hospital Público en la Ciudad de México. Fue evaluado el riesgo antes, durante, después del parto y en el puerperio, medidos respectivamente con los "Previgenes" que componen el Sistema de Evaluación de Riesgo Reproductivo y Perinatal. Los resultados mostraron que el nivel socioeconómico, la ocupación y la escolaridad influyeron en la emotividad de las adolescentes ante el trabajo de parto, cuyo riesgo obstétrico fue de 55% bajo, 35% medio y 10% alto. El riesgo en el parto fue bajo en 55%, medio en 18% y alto en 27%. El riesgo en el posparto fue 50% riesgo bajo, 25% riesgo medio y 25% riesgo alto. En el puerperio, la mayoría de las adolescentes (90%) presentó riesgo bajo. Se concluye que la mayoría de las adolescentes presentaron bajo riesgo en las etapas evaluadas.

García³¹, en su trabajo de investigación realizado con el objetivo de determinar las complicaciones obstétricas en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2015, en Perú, llevó a cabo una investigación no experimental, descriptiva, relacional, retrospectiva y de corte transversal. La muestra estuvo constituida por 245 gestantes adolescentes que presentaron complicaciones obstétricas durante su embarazo, parto y puerperio atendidas en el hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado.

Los resultados arrojaron que las principales complicaciones obstétricas en las gestantes adolescentes encontradas en este estudio fueron: anemia (19,18%), siendo la complicación obstétrica más frecuente la infección del tracto urinario (14,29%), desproporción céfalo pélvica (11,43%), ruptura prematura de membrana (11,02%), desgarro perineal y/o cervical (10,61%), pre eclampsia (7,76%), parto pre término (7,76%) y parto prolongado (7,76%); Las complicaciones obstétricas no se relacionaron con ninguna de las características sociodemográficas; pero sí existió una relación con las características obstétricas que fueron el tipo de parto y la edad gestacional.

Fajardo, Ramos, Padilla, Andrade y Cuadra³², en el año 2015, realizaron un estudio con el objetivo de determinar la prevalencia y características clínicas de las adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital Leonardo Martínez Valenzuela durante el período del 1 de enero hasta el 31 de diciembre del 2014. El estudio tuvo un enfoque cuantitativo, de corte transversal y alcance descriptivo, realizado en la Sala de Maternidad de dicho hospital hondureño. El método de recolección de datos fue a través de datos secundarios obtenidos directamente de los libros de registros de ingreso de labor y parto, área quirúrgica y puerperio del Departamento de Estadística del hospital ya mencionado. Los datos fueron tabulados con el programa de computación excel 2010. Los resultados mostraron que un total de 14,008 nacimientos fueron atendidos en la Sala de Maternidad durante el año 2014, de los cuales 4,035 correspondían a madres adolescentes, con una prevalencia de 28.8%. De las adolescentes embarazadas, 113 (2.80%) No asistieron control prenatal y 916 (22.70%) asistieron a 5 controles. La vía del parto fue vagina 13,409 (85%) y cesárea 626 (15%). Se encontró que 298 (7.39%) eran quinceañeras el método anticonceptivo hormonal (inyección de acetato de medroxiprogesterona) fue utilizado por 2,686 (75%) madres. Se concluye que existe alta prevalencia de embarazos en adolescentes que se atienden en el HLM, muchas jóvenes son madres al cumplir apenas quince años.

Robayo³³ diseñó un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo, con el objetivo de identificar las complicaciones obstétricas durante el parto en adolescentes, y cuyo título fue “Complicaciones Obstétricas durante el Parto en Adolescentes Atendidas en el Hospital Provincial General de Latacunga, en el Período Marzo – Junio del 2013”, Ecuador. Fueron incluidas un total de 160 adolescentes embarazadas, distribuidas entre edades de 12 a 19 años, con una media de 17,5 y una desviación estándar de 1,45; los adolescentes en edad temprana (10 – 13 años) representaron el 1% de la población, los

adolescentes en etapa media (14 – 16 años) representaron el 21%, y la mayor parte de la población, con el 78%, correspondió a adolescentes en etapa tardía. La mayor parte de las adolescentes embarazadas correspondía a edades de entre los 16 y 19 años; sin embargo, se registraron casos de embarazos desde los 12 años en adelante. En cuanto al estado civil, el 49,4% de las mismas se mantenía en unión libre, un alto porcentaje (30,6%) eran madres solteras y tan solo un 20% estaba legalmente casadas. La mayoría inició su vida sexual entre edades de 15 a 18 años. Al analizar la paridad, el 90% presentó una paridad, el 8,8% dos y un 1,3% tres, siendo las adolescentes tardías las que presentan el mayor índice de paridad, llegando a tener incluso 3 gestaciones. La mayoría del grupo poblacional, al momento de encontrarse en labor de parto, estaba cursando entre las 37 y 41 semanas de embarazo. De todos estos, el 70% finalizó el embarazo por vía céfalo-vaginal y, por varias causas, el 30% en cesárea. Del total de adolescentes embarazadas, el 42,5% presentaron algún tipo de complicación: 30% presentó desgarros perineales, principalmente grado I y II; las hemorragias correspondieron a un 10% y otras complicaciones representaron el 25%.

1.3. Bases legales

Esta investigación realizada sobre las complicaciones obstétricas en adolescentes en el Hospital Básico de Borbón, se ampara legalmente en el artículo 43 de la Constitución de la República del Ecuador, donde indica que “El Estado garantizará a las mujeres embarazadas” literal 3 y 4: “La protección prioritaria y cuidado de su salud integral y de su vida durante el embarazo, parto y posparto” y además “disponer de las facilidades necesarias para su recuperación después del embarazo y durante el periodo de lactancia”³⁴, sustentando que es responsabilidad del Estado brindar todos los medios necesarios para salvaguardar la vida de la madre y su hijo, incluido el manejo de sus complicaciones. Esto constituye una alerta a las autoridades sanitarias que son los responsables por el mantenimiento de la salud de la población, por el alto índice de embarazo en la adolescencia presente en la provincia.

El artículo 20 de la Ley Orgánica de Salud expresa que “Las políticas y programas de salud sexual y salud reproductiva garantizarán el acceso de hombres y mujeres, incluidos adolescentes, a acciones y servicios de salud que aseguren a erradicar conductas de riesgo” a los cuales podrían someterse los ecuatorianos. Es decir, se garantiza el acceso

a mujeres en edad reproductiva a programas de planificación familiar sin sufrir ningún tipo de discriminación y con enfoque pluricultural³⁵.

Por otra parte, en el artículo 21, “El Estado reconoce a la mortalidad materna, al embarazo en adolescentes y al aborto en condiciones de riesgo como problemas de Salud Pública” y que es el Estado quien garantiza la gratuidad de los Servicios Públicos de Salud como dispone la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia. Además “los problemas de salud pública requieren de una atención integral, que incluya la prevención de las situaciones de riesgo y abarque soluciones de orden sanitario”, garantizando así el privilegio del derecho a la vida como estipula la Constitución³⁵.

CAPITULO 2

MATERIAL Y METODOS

2.1. Tipo de estudio

Se realizó un estudio cuantitativo, retrospectivo con un alcance descriptivo, de corte longitudinal, en el que se compararon dos grupos poblacionales utilizando un estudio de caso control. El grupo caso fueron adolescentes gestantes, para determinar algunos factores como complicaciones, enfermedades del embarazo y nivel socioeconómico y el grupo control fueron embarazadas de grupos etarios mayores de 19 años, que se encontraban ingresadas en el hospital básico de Borbón.

2.2. Población y muestra

La población del estudio estuvo constituida por todas las gestantes ingresadas en el hospital durante el segundo semestre del año 2019 y el primer semestre del año 2020, y que sumó un total de 1137 gestantes. La muestra fue de 288 gestantes que cumplieron los criterios de inclusión. El muestreo fue probabilístico estratificado por grupos de edades y se realizó, a cada estrato, un muestreo aleatorio simple con números aleatorios creados en Microsoft Excel, obteniéndose una cifra de 103 adolescentes y 185 mujeres mayores de 19 años.

La fórmula para calcular el tamaño de muestra cuando se conoce el tamaño de la población (como ocurrió en este estudio) es la siguiente:

$$\text{Tamaño de la muestra} = \frac{\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2}}{1 + \left(\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2 N} \right)}$$

- N = tamaño de la población
- e = margen de error (0.05)
- z = nivel de confiabilidad (1.96)
- Nivel de confianza deseado: 95%

Criterios de inclusión

En este estudio se incluyeron a todas las gestantes que fueron ingresadas en trabajo de parto durante el año julio- diciembre 2019 y enero- junio 2020 y que estuvieron de

acuerdo a participar en la investigación, firmando el Consentimiento Informado las adultas y el Asentimiento Informado los responsables de las adolescentes.

Criterios de exclusión

- Gestantes que presentan enfermedades concomitantes y no sean propias del embarazo.
- Gestantes con edades mayores a 35 años.

2.3. Definición conceptual y operacionalización de las variables

Las variables de este estudio fueron conceptualizadas de la siguiente manera:

Embarazo en la adolescencia: El embarazo adolescente es el que se produce entre los 10-19 años, independientemente de la edad ginecológica⁶.

Complicaciones durante el preparto, parto y postparto: Son aquellas que pueden afectar la salud de la madre, del bebé, o de ambas. Algunas mujeres padecen problemas de salud antes de quedar embarazadas, lo cual puede desencadenar complicaciones⁸.

Nivel socioeconómico: El nivel socioeconómico es la jerarquía o poder adquisitivo que tiene una persona o un grupo de personas con respecto a otro o al resto⁹.

Enfermedades asociadas al embarazo: Condición médica o patología que se puede desarrollar durante el embarazo²⁸.

Parto: El parto se define como la expulsión de un (o más) fetos maduros y la(s) placenta desde el interior de la cavidad uterina al exterior²⁹.

La operacionalización de las variables se muestra en el Anexo A.

2.3. Métodos

Para el desarrollo de esta investigación se utilizó el método estadístico, lo que permitió realizar estadísticas descriptivas y hallar por cientos después de la recogida la información.

De igual forma, se utilizaron los métodos teóricos de la deducción (partir de lo general para llegar a conclusiones individuales), el dialéctico, que permitió analizar los hábitos de las personas estudiadas en su desarrollo biológico e interacción con el medio ambiente,

y los de análisis y síntesis, para poder valorar cada dato dentro del presente en su individualidad y luego, con la síntesis, volver a integrarlos holísticamente.

Dentro de los métodos empíricos se utilizó la observación para realizar una valoración del cumplimiento de protocolos y en el manejo de las complicaciones por parte del personal de salud.

2.5. Técnicas e instrumentos

En este estudio retrospectivo se utilizó como técnica de recolección de la información la revisión documental a través de las historias clínicas de las gestantes atendidas en el hospital Civil de Borbón en los meses comprendidos desde julio de 2019 hasta junio de 2020. Se recogieron los datos según las variables del estudio como número de gestantes que tuvieron su parto en la institución, las edades, morbilidades asociadas al embarazo, las complicaciones, el tipo de parto y el nivel socioeconómico. Como instrumento para recoger los datos se utilizó una ficha de recolección de datos (Anexo B) obtenidos de las historias clínicas, donde aparecen todos los datos necesarios para realizar la investigación. Esta ficha fue validada en la investigación realizada en la Universidad Autónoma de Ica, en Perú, por la Especialista en Segundo Grado en Obstetricia Elsa Rosa Quiñones Colchado³⁶.

2.6. Análisis de datos

Todos los datos cuantitativos que se obtuvieron fueron llevados a Excel para confeccionar tablas dinámicas y figuras, y hacer el resumen estadístico descriptivo de la media y la desviación estándar. A partir de esos datos se obtuvieron los porcentajes necesarios para crear la información que se presenta en el capítulo III, para dar a conocer el logro de los objetivos de esta investigación, por ejemplo.

2.7. Normas éticas

Para la realización de la investigación se utilizó el modelo de Consentimiento Informado aprobado por la PUCE (Anexo C) y se elaboró un modelo de asentimiento informado (Anexo D), explicándoles a las pacientes o a las personas responsables legales (en los casos de las adolescentes) que su inclusión sería de forma voluntaria. Además, se explicó que todos los datos que serían recogidos eran propiedad de la Pontificia Universidad

Católica del Ecuador, sede Esmeraldas y solo serían usados de forma anónima en la investigación que se realizó.

CAPÍTULO III

RESULTADOS

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos en la investigación realizada en el Hospital Básico de Borbón. Cuando el tipo de resultado lo amerite, se presenta el resumen estadístico descriptivo realizado, lo que ayudará a comprender mejor el alcance de esos resultados específicos.

En la Figura 1 se puede observar que del total de 288 gestantes en la muestra y que fueron ingresadas en trabajo de parto en el periodo comprendido durante el segundo semestre (julio- diciembre) del año 2019 y el primer semestre (enero- junio) del año 2020, 103 correspondían a madres adolescentes, con una prevalencia de 35,76%.

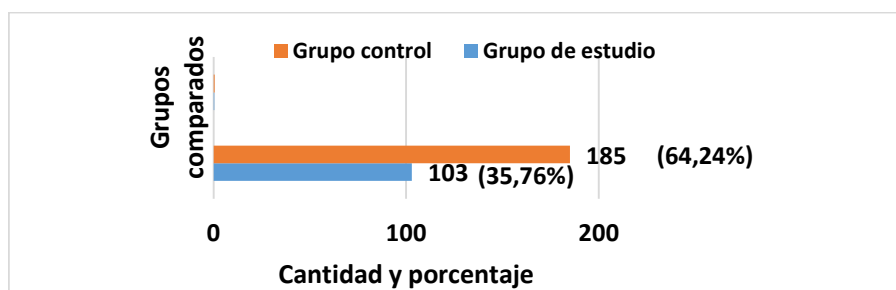


Figura 1. Prevalencia de embarazos en la adolescencia (grupo de estudio), comparados con otros grupos etarios (grupo control). *n= 288. Fuente: Historias clínicas.

Resulta también interesante el analizar la prevalencia según subgrupo etario dentro de las adolescentes. En la Figura 2 se muestra la mayor prevalencia del embarazo en la adolescencia tardía con el 56,31% (58 pacientes), seguido de cerca por el grupo de adolescencia media con el 41,75% (43 pacientes), siendo positivo que sólo el 1,94% (2 pacientes) se ubicaron en el grupo entre los 10 y 13 años. La edad media materna se ubicó en los 16,6 años (s= 1,7), como se puede apreciar en el resumen estadístico adjunto a la figura.

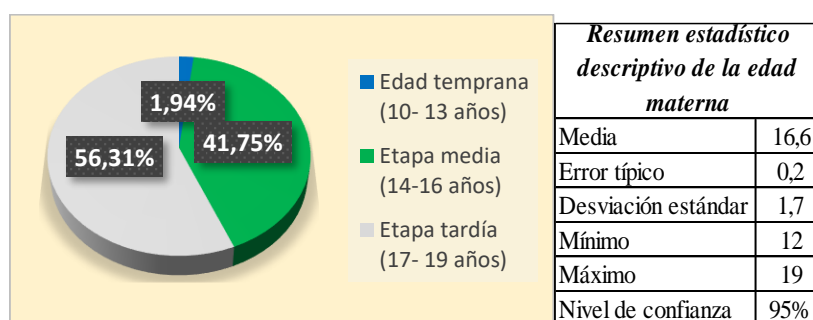


Figura 2. Prevalencia de embarazos en la adolescencia según la etapa de la vida. *n= 103. Fuente: Historias clínicas.

El estudio documental de las historias clínicas también permitió identificar las complicaciones de las gestantes adolescentes durante el embarazo, parto y postparto ingresadas en el hospital básico de Borbón. Muy pocas complicaciones (3) se produjeron durante el embarazo de las 103 gestantes adolescentes, siendo la más frecuente las infecciones de vías urinarias, con el 14,56% y, con menos casos, pero de posibles mayores implicaciones para el embarazo se presentó la preeclampsia en el 6,79% (7 casos). Durante el parto se presentaron cuatro complicaciones, siendo los desgarros perineales los de mayor incidencia con el 12,62% (13 casos), seguidos por la ruptura prematura de membrana (6 casos, para el 5,82%), el sufrimiento fetal agudo (3 casos, para el 2,91%) y la incompatibilidad cefalopélvica, que se presentó en dos casos, para el 1,94%. Las complicaciones postparto se dieron en 10 casos, siendo las hemorragias las más frecuentes (4 casos, 3,88%) y las infecciones puerperales (3 adolescentes, 2,91%) las más frecuentes, seguidas por dos casos de endometritis y un caso de depresión postparto (Tabla 1).

Tabla 1. Complicaciones (en frecuencias) de las gestantes adolescentes durante el embarazo, parto y postparto ingresadas en el Hospital Básico de Borbón.

Complicación	Embarazo	%	Parto	%	Postparto	%
Preeclampsia	7	6,79	-	-	-	-
Infecciones (urinarias/ puerperal)	15	14,56			3	2,91
Corioamnionitis	1	0,97	-	-	-	-
Sufrimiento fetal agudo	-	-	3	2,91	-	-
Incompatibilidad cefalopélvica	-	-	2	1,94	-	-
Desgarros perineales	-	-	13	12,62	-	-
Ruptura prematura de membrana	-	-	6	5,82	-	-
Hemorragia	-	-	-	-	4	3,88
Endometritis	-	-	-	-	2	1,94
Depresión	-	-	-	-	1	0,97
Totales	23	22,3	24	23,3	10	9,7

*n= 103. Fuente: Historias clínicas.

Los resultados han mostrado datos interesantes (ver Tabla 2), al comparar la ocurrencia de complicaciones del grupo de adolescentes gestantes (n= 103) con la población general no adolescente en el grupo de control (n= 185), todas ingresadas en el hospital básico de Borbón y donde concluyeron su gestación.

Esta población no adolescente del grupo control presentó más complicaciones en preeclampsia (9,18%) que el grupo de estudio (6,79%), incompatibilidad cefalopélvica (8,23% vs 1,94%) y depresión postparto (3,24% vs 0,97%); sin embargo, el grupo de estudio presentó mayores afectaciones en cuanto a las infecciones (17,47% vs 11,35%), desgarros perineales (12,62% vs 12,43%), ruptura prematura de membrana (5,82% vs 4,86%), hemorragias (3,88% vs 2,16%) y el sufrimiento fetal agudo (2,91% vs 1,08%). Desde el punto de vista científico y por su baja ocurrencia, no son significativos el único caso reportado de corioamnionitis y los dos de endometritis, a pesar de haber sido complicaciones que ocurrieron solo en las adolescentes.

Tabla 2. Comparación de la ocurrencia de complicaciones del grupo de estudio (n= 103) con grupo de control (n= 185), todas ingresadas en el Hospital Básico de Borbón.

Complicación	Grupo de estudio		Grupo control	
		%		%
Pre eclampsia	7	6,79	17	9,18
Infecciones (urinarias/ puerperal)	18	17,47	21	11,35
Corioamnionitis	1	0,97	0	0,00
Sufrimiento fetal agudo	3	2,91	2	1,08
Incompatibilidad cefalopélvica	2	1,94	7	8,23
Desgarros perineales	13	12,62	23	12,43
Ruptura prematura de membrana	6	5,82	9	4,86
Hemorragia	4	3,88	4	2,16
Endometritis	2	1,94	0	0,00
Depresión postparto	1	0,97	6	3,24
Totales	57	55,33	89	48,10

Fuente: Historias clínicas.

El análisis estadístico descriptivo, sin embargo, permite ver detalles que no se aprecian con la simple observación de los porcentajes en la Tabla 2. De esta forma, se puede apreciar que en el grupo de estudio, donde se presentaron 57 complicaciones, la media de casos se situó en 6 (s= 5,6), mientras en el grupo control la media de casos ascendió a 9 (s= 8,5), con un nivel de confianza de 95% (ver Tabla 3), lo que demuestra estadísticamente que en este estudio las adolescentes tuvieron una menor tendencia a las complicaciones a pesar del porcentaje superior (55,33%) con relación a los controles (48,10%) en la frecuencia total mostrada en la Tabla 2.

Tabla 3. Resumen estadístico descriptivo de las complicaciones, según grupo.

Grupo de Estudio*		Grupo Control**	
Media	6	Media	9
Desviación estándar	5,6	Desviación estándar	8,5
Mínimo	1	Mínimo	0
Máximo	18	Máximo	23
Nivel de confianza	95%	Nivel de confianza	95%

*n= 57; **n= 89. Fuente: Informe de estadística descriptiva en Excel.

También de especial interés en este estudio fue identificar las enfermedades asociadas al embarazo en las gestantes adolescentes ingresadas en el hospital básico de Borbón. La Figura 3 muestra que el reflujo gastroesofágico (66,9%) y la anemia (54,36%) superaron en frecuencia al resto de las patologías, seguidas muy de lejos por la obesidad (16,5%), el cloasma (13,59%) y la diabetes gestacional (7,76%). El resto de las enfermedades que se presentaron (hipotiroidismo gestacional, incompatibilidad Rh, quiste del cuerpo lúteo, hipertensión y toxoplasmosis) no superaron el 5% de la muestra (n= 103).

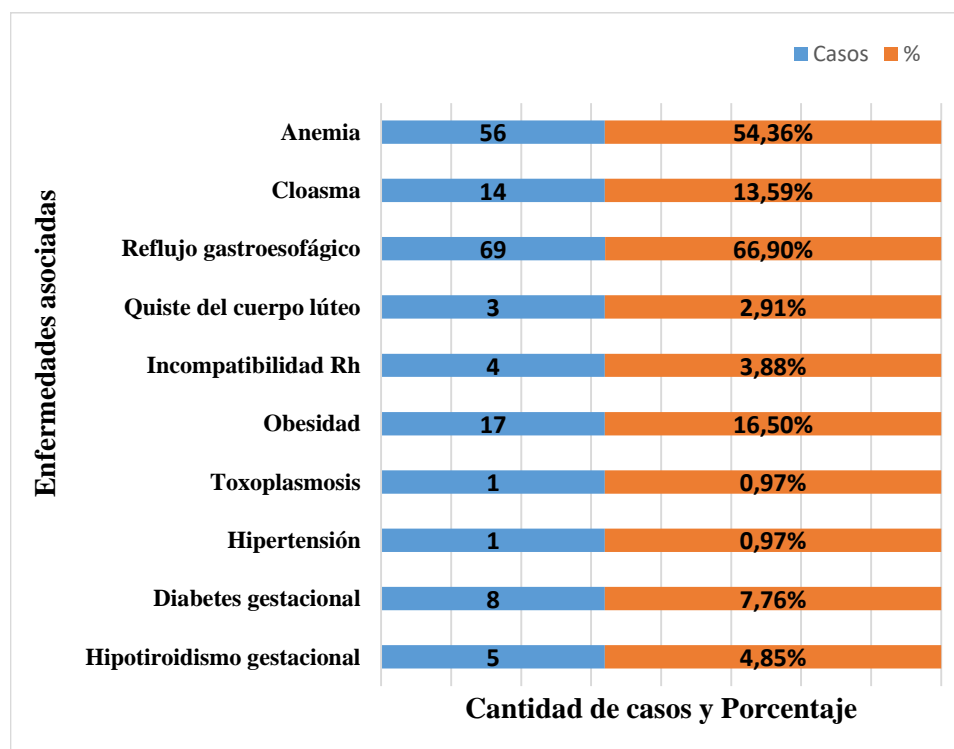


Figura 3. Patologías asociadas al embarazo en las gestantes adolescentes ingresadas en el Hospital Básico de Borbón.

*n= 103. Fuente: Historias clínicas.

Con respecto al tipo de parto de las adolescentes estudiadas (Ver Tabla 4), los datos demuestran que fue muy superior el parto natural céfalo-vaginal (90 de las 103 gestantes, para el 87,3%) al parto por cesárea (13 gestantes, para el 12,6%), y en la Figura 4, se muestran las causas que conllevaron a esas cesáreas.

Tabla 4.

Tipo de parto de las gestantes adolescentes del grupo de estudio.

Tipo de Parto	Gestantes	%
Parto natural céfalo- vaginal	90	87,3
Parto por cesárea	13	12,6
Total	103	100

Fuente: Historias clínicas.

Como se puede observar, la ruptura prematura de membrana fue la causa principal, en casi el 50% de las cesáreas (6, n=13), seguida por el sufrimiento fetal agudo (3 casos, para el 23,10%) y la incompatibilidad cefalopélvica (2 casos, para el 15,38%). Las otras dos causas fueron un caso de toxoplasmosis y uno de corioamnionitis (7,69%, respectivamente).

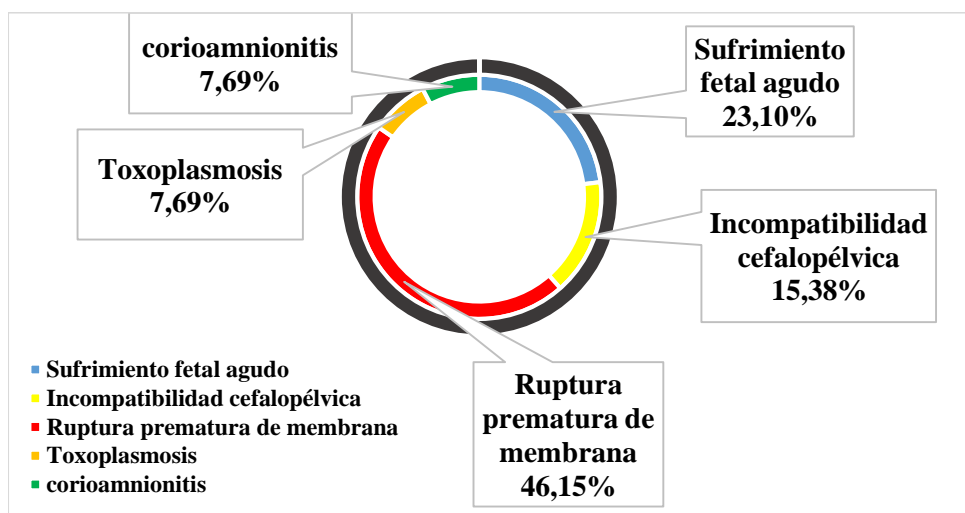


Figura 4. Causas que conllevaron a practicar cesáreas a las gestantes adolescentes ingresadas en el Hospital Básico de Borbón.

*n= 13. Fuente: Historias clínicas.

A continuación, se muestra el nivel socioeconómico de las familias de las gestantes adolescentes ingresadas en el hospital básico de Borbón. En la Figura 5 se puede observar

que, en la mayoría de los hogares de las adolescentes embarazadas, el ingreso económico familiar no supera el salario mínimo de nuestro país, al estar el 63,10% de las gestantes estudiadas en los grupos familiares con menos de \$400 USD mensuales; el 19,42 están en niveles superiores a los \$600 USD mensuales (20 pacientes) y el 16,50% entre \$601 y \$800 USD. Sólo 1 caso cuenta con un ingreso superior a los \$800 dólares mensuales.

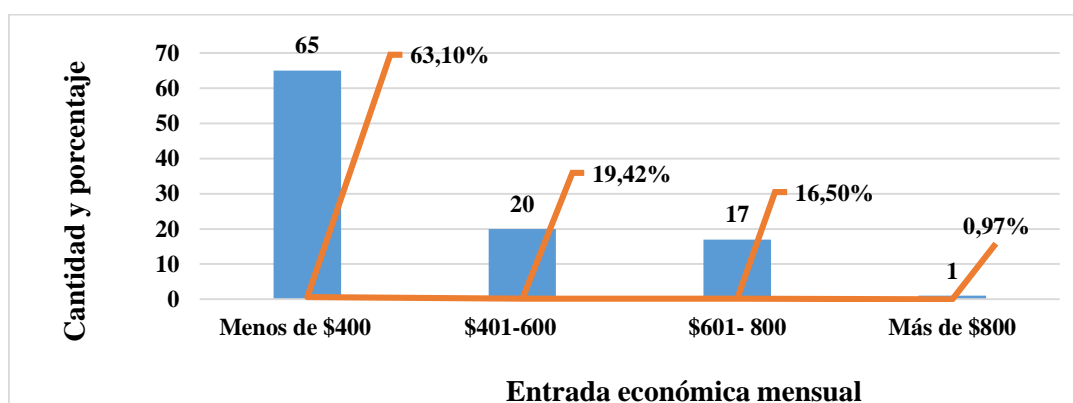


Figura 5. Nivel socioeconómico en los hogares de las gestantes adolescentes ingresadas en el Hospital Básico de Borbón.

Fuente: Historias clínicas.

Estos datos, sin embargo, no son todo lo informativo que se precisa, como se muestra en los per cápita de la Tabla 5.

Tabla 5.

Ingreso económico per cápita de las gestantes embarazadas estudiadas.

Per cápita económico familiar	Cantidad de gestantes	%
\$200	33	32,04%
\$250	26	25,24%
\$300	18	17,48%
\$350	21	20,39%
\$400	4	3,88%
\$401-800	1	0,97%
Más de \$801	0	0,00%
Total	103	100

Fuente: Historias clínicas.

Según el capital per cápita en los hogares de las adolescentes, en un total de 33 familias (32,04%) el ingreso por persona es de \$200 USD; en 26 familias (25,24%) es de \$250 USD; en 18 familias (17,48%) es de \$300 USD y en 21 familias (20,39%) es de \$350 USD, lo que indica en todos esos casos (el 95,14% de los hogares) no se llega a contar con el presupuesto que el Estado ecuatoriano considera mínimo indispensable para los ciudadanos. Sólo en 5 familias (4,85%) del total de las 103 embarazadas adolescentes el ingreso per cápita sobrepasa el básico en el Ecuador (ver Tabla 5).

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN

Las complicaciones en el embarazo, parto y postparto son muchas y variadas. A continuación, se discuten los resultados del presente estudio, cuyo objetivo principal fue analizar las complicaciones obstétricas durante el embarazo, parto y postparto en adolescentes ingresadas en el Hospital Básico de Borbón.

El primer objetivo específico que se investigó fue la determinación de la prevalencia de los embarazos en las adolescentes a partir de las jóvenes que fueron ingresadas en trabajo de parto durante el segundo semestre del año 2019 y el primer semestre del año 2020, encontrándose una prevalencia general de 35,76% pero, según subgrupo etario dentro de las adolescentes, la mayor prevalencia se manifestó en la adolescencia tardía, con el 56,31%. Estas cifras son elevadas, especialmente al compararlas con otros estudios. Por ejemplo, Jiménez et al.²⁷, en su estudio en Madrid, encontraron que la gestación adolescente supuso sólo el 6% de los partos atendidos en su periodo de estudio, con una edad media materna de 17,7 años. Algo similar encontraron Bendezú et al.²⁸, quienes reportaron que el embarazo en las adolescentes peruanas estudiadas representó el 6,63% de la población. Por otra parte, sin embargo, el presente estudio si tiene puntos de coincidencia en este resultado con el de Fawed et al.⁴, en Tegucigalpa, Honduras, en el que se obtuvo que el 33,68% (128 gestantes) pertenecían al rango de 10-19 años, y con el de Robayo³², en el Hospital Provincial General de Latacunga, Ecuador, cuyos resultados muestran que los adolescentes en edad temprana (10 – 13 años) representaron el 1% de la población, los adolescentes en etapa media (14 – 16 años) representaron el 21%, y la mayor parte de la población, con el 78%, correspondió a adolescentes en etapa tardía. La similitud con Jiménez et al.²⁷ fue que en nuestra investigación la edad media materna se ubicó en los 16,6 años, muy cercano a la adolescencia tardía.

En la adolescencia se han definido diferentes etapas, y cada una tiene sus características. En la etapa temprana es en la que se producen más los cambios anatómicos y se produce un mayor acercamiento a las amistades, haciendo cierto rechazo hacia los padres en cuanto a la búsqueda de opiniones o valoraciones. En la adolescencia media se completa el crecimiento y desarrollo y es un periodo marcado por las confrontaciones con los padres; es también la etapa en la que se suelen iniciar las relaciones sexuales. Ya en la

adolescencia tardía hay una mayor madurez psicológica y se retoma el acercamiento a los padres, pero a la vez las relaciones sexuales adquieren mayor importancia y frecuencia³⁷. En nuestro estudio, la edad media materna fue de 16,6 años, ya muy cercano a la adolescencia tardía, por lo que el pronóstico de estos embarazos, aunque siempre serán gestaciones de riesgo obstétricos por sí mismos, sea mejor que en los casos con medias etarias inferiores y en las que se presentan complicaciones con una mayor frecuencia^{38,39}.

El segundo objetivo específico perseguía identificar las complicaciones de las gestantes adolescentes durante el embarazo, parto y postparto ingresadas en el hospital objeto de estudio. Como se mostró en los estudios realizados, durante el embarazo de las gestantes adolescentes (n= 103), la más frecuente fue la infección de vías urinarias, seguida por la preeclampsia. Durante el parto se presentaron cuatro complicaciones: desgarros perineales, ruptura prematura de membrana, sufrimiento fetal agudo y la incompatibilidad cefalopélvica. Las complicaciones postparto más comunes fueron las hemorragias y las infecciones puerperales, dos casos de endometritis y un caso de depresión postparto. Estos resultados son compatibles con el estudio de Ortiz et al.²⁶, quienes encontraron prematuridad y pre eclampsia con hallazgos de severidad; con Bendezú et al.²⁸, quienes reportaron infecciones urinarias en el embarazo y la incompatibilidad cefalopélvica y el sufrimiento fetal agudo como principales indicaciones de cesárea en las adolescentes que estudiaron.

De igual manera, Fawed et al.⁴ encontraron los desgarros perineales presentes en el 28.15% de sus adolescentes, así como la ruptura prematura de membrana en el 6.05%. Por su parte, en el estudio de Izaguirre et al.²⁹ se reportó que durante el parto la ruptura prematura de membranas se presentó con igual frecuencia en sus dos grupos de casos - controles, con alta significancia estadística ($p=0.03$) y que durante el parto y posparto los desgarros perineales fueron la complicación más frecuente. García³¹ supo reportar, coincidiendo ampliamente con nuestro estudio, que la complicación obstétrica más frecuente fue la infección del tracto urinario, la desproporción cefalopélvica, la ruptura prematura de membrana, el desgarro perineal y/o cervical, la pre eclampsia, el parto pre término y parto prolongado. Y en Latacunga, Ecuador, la investigación de Robayo³² arrojó que, del total de adolescentes embarazadas, el 42,5% presentaron algún tipo de complicación: 30% presentó desgarros perineales, las hemorragias correspondieron a un 10% y otras complicaciones representaron el 25%.

Hay que recordar que según la OMS³ las complicaciones durante el embarazo y el parto son en todo el mundo la segunda causa de muerte entre las adolescentes de 15 a 19 años, pero la OPS⁵ ha especificado que, en Latinoamérica, al enfrentar mayor riesgo de complicaciones y muerte, más vulnerables son las adolescentes de 14 años o menos. Mucho de esto tiene que ver con las tradiciones culturales y sociales, como lo es la poca cultura del uso de métodos anticonceptivos, la pobreza, la baja tasa educativa, la falta de oportunidades y las relaciones intrafamiliares en conflicto, que muchas veces llevan a las adolescentes a salir de casa en busca de mejores condiciones de vida. Según datos de la Unicef, en África se registra la tasa mundial más alta de embarazo adolescente, seguida por América Latina y el Caribe y que este tipo de gestación se presenta entre tres a cinco veces más en mujeres con escasos recursos económicos⁴⁴. En Latinoamérica, a niveles nacionales, los porcentajes de embarazo en población adolescente menor de 19 años varían entre los diferentes países, pero el porcentaje encontrado en este estudio (35,76%) supera con creces los reportados en otros países. Por ejemplo, hay estudios que plantean que en Honduras es del 27,4%, en Nicaragua del 25,7%, en Colombia del 19%, en Guatemala se encontró el 18,6%, y en Bolivia el 14% de las gestaciones⁴¹.

El tercer objetivo específico nos llevó a comparar la ocurrencia de complicaciones del grupo de adolescentes gestantes (n=103) con la población general de gestantes no adolescentes (n=185) ingresadas en el hospital básico de Borbón.

La población no adolescente del grupo control presentó más complicaciones en pre eclampsia, incompatibilidad cefalopélvica y depresión postparto que el grupo de estudio; sin embargo, este último presentó mayores afectaciones en cuanto a las infecciones, desgarros perineales, ruptura prematura de membrana, hemorragias y el sufrimiento fetal agudo. Al comparar estos resultados con otros estudios, se observa que se coincide con Bendezú et al.²⁸ ya que ellos encontraron que las complicaciones por infecciones urinarias ocurrieron más en las adolescentes, en tanto las enfermedades hipertensivas lo fueron en las gestantes mayores. Por su parte, Izaguirre et al.²⁹ encontraron que durante el parto la ruptura prematura de membranas se presentó con igual frecuencia en ambos grupos, estudio y control, con alta significancia estadística ($p=0.03$). Durante el parto y posparto los desgarros perineales fueron la complicación más frecuente, encontradas, como se puede apreciar en el presente estudio, ligeramente superior en los control.

Se ha señalado que el desarrollo del síndrome hipertensivo del embarazo es de las complicaciones obstétricas más frecuentes⁴². Sin embargo, un estudio internacional menciona que la incidencia de preclamsia es similar en las pacientes adolescentes que en las adultas⁴³.

Al identificar las enfermedades asociadas al embarazo en las gestantes adolescentes ingresadas en el Hospital Básico de Borbón (objetivo específico 4), se supo que las patologías con más alta frecuencia fueron el reflujo gastroesofágico (66,90%) y la anemia (54,36%) y con menos casos se presentaron la obesidad, el cloasma y la diabetes mellitus gestacional (DMG). El resto de las enfermedades que se presentaron (hipotiroidismo gestacional, incompatibilidad Rh, quiste del cuerpo lúteo, hipertensión y toxoplasmosis) no superaron el 5% de la muestra de adolescentes embarazadas. En este sentido, se coincide con las investigaciones de Bendezú et al.²⁸, en la que se encontró un 18,2% de anemia; la de Fawed et al.⁴, en el que la anemia estuvo presente en el 5,26%; García³¹, con anemia en el 19,18% de su muestra; también hay similitud con Huillca⁴⁶, quien describió la asociación de la diabetes mellitus gestacional con algunos antecedentes obstétricos y aseveró que la multiparidad incrementó el riesgo de diabetes mellitus gestacional en su población de estudio. Como toda patología, la DMG tiene que ser atendida, incluso sabiendo que es una enfermedad transitoria durante el embarazo, especialmente con un buen cuidado prenatal para detectarla tempranamente y tratarla.

Entre las enfermedades menos frecuentes se encontró solo un caso de toxoplasmosis. Se ha planteado que, desde el punto de vista clínico, la toxoplasmosis en la mujer embarazada cursa en más del 90% de los casos de forma asintomática, pero la frecuencia de transmisión vertical se incrementa con la edad gestacional, estimándose que la tasa de transmisión al feto es del 15% si la infección materna es adquirida durante el primer trimestre, 30% durante el segundo y 60% en el tercero⁴⁷. Esto se constituye en alerta para los gineco- obstetras, especialmente al darle seguimiento a adolescentes embarazadas y evitar la infección congénita en el bebé.

El hipotiroidismo gestacional, por su parte, es una de las patologías que en los últimos años se está diagnosticando casi con la misma frecuencia que la diabetes gestacional, en cerca de un 5% de los casos⁴⁸. Esta enfermedad es perfectamente controlable y su diagnóstico es muy sencillo, a través de una analítica sanguínea.

Por otro lado, la hipertensión en el embarazo se manifiesta aproximadamente a las 20 semanas y es fácil de diagnosticar siempre y cuando haya un seguimiento de la embarazada y su embarazo. Si no se logra controlar el aumento de la presión en la madre, esto puede traer complicaciones como la pre eclampsia, el nacimiento prematuro, el desprendimiento de placenta y bajo peso del niño al nacer⁴⁹.

En el presente estudio se encontró que el 16,5% de las adolescentes se encontraban obesas, lo que puede parecer un porcentaje bajo, pero sus implicaciones son mayores porque la obesidad en el embarazo es un conflicto para salud pública, pues incrementa riesgos obstétricos y neonatales. Se dice que a nivel global el número de gestantes con obesidad se encuentra aumentado⁵⁰. El sobrepeso en la mujer en edad fértil ha aumentado el doble en los últimos 30 años. Según el Instituto Nacional de Perinatología de México, se observa un porcentaje mayor del 80% de gestantes con sobrepeso u obesidad⁵¹, cifra que está muy distante de nuestro resultado.

En el caso de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), la pirosis es un síntoma frecuente durante el embarazo y su principal etiología es el efecto hormonal de la progesterona, aunque también, a medida que el embarazo avanza, se incrementa progresivamente el volumen y peso del útero lo que origina un aumento de presión en el estómago favoreciendo el reflujo. Los estudios sugieren que más del 50% de las gestantes experimentarán alguna vez pirosis⁵², siendo en nuestro estudio el 66,9% de las adolescentes. Ese resultado coincide con las estimaciones de los estudios de Gómez⁵³, quien encontró que en las mujeres durante la gestación el reflujo se presenta entre un 25-70% de las embarazadas. Las complicaciones de la ERGE durante el embarazo son poco frecuentes, por lo que la realización rutinaria de estudios diagnósticos como la endoscopia no está indicada. El tratamiento debe ser en forma ascendente, iniciando con modificaciones al estilo de vida y alimentación. Los pro cinéticos, en general, no se recomiendan para el tratamiento de la ERGE, por lo que su uso en el embarazo debe estar orientado hacia el manejo de las náuseas y el vómito de difícil control⁵⁴.

El quinto objetivo específico fue determinar el tipo de parto con mayor incidencia en la población adolescente estudiada en el Hospital Básico de Borbón. Los resultados indicaron que el parto natural céfalo-vaginal fue muy superior (87,3%) al parto por cesárea (12,6%) y las causas que conllevaron a esas cesáreas fueron la ruptura prematura de membrana (casi el 50% de las cesáreas), el sufrimiento fetal agudo (el 23,10%) y la

incompatibilidad cefalopélvica (15,38%); y en menor grado (una embarazada en cada caso) la toxoplasmosis y la corioamnionitis.

El tipo de parto coincidió con lo encontrado en los estudios de Jiménez et al.²⁷ (81,5% vía vaginal), Robayo³² (el 70% finalizó el embarazo por vía céfalo-vaginal y, por varias causas, el 30% en cesárea) y Fajardo et al.³³ (vaginal en el 85% y por cesárea el 15%).

Las causas que en el presente estudio motivaron las cesáreas también se dieron en otros estudios; así, Bendezú et al.²⁸ reportaron que la incompatibilidad cefalopélvica y el sufrimiento fetal agudo fueron las principales indicaciones de cesárea en las adolescentes estudiadas; Izaguirre et al.²⁹ encontraron la ruptura prematura de membranas, con alta significancia estadística ($p=0.03$); García³¹ determinó la desproporción céfalo pélvica en el 11,43% y la ruptura prematura de membrana en el 11,02%; y Ortiz et al.²⁶ encontraron el 2,28% de corioamnionitis y la prematurez.

Las comparaciones con otros estudios, especialmente en el tipo de parto, sirven de acicate para todos los profesionales de la obstetricia que laboran en la unidad de estudio, porque la tasa de cesáreas estuvo, incluso, por debajo de la tasa de cesáreas recomendada por la OMS, que es del 15%⁵⁵. La explicación puede atribuírsele a que los obstetras prefieren adoptar una postura mucho más conservadora con las adolescentes por todos los años de fertilidad que les quedan por delante. De igual forma, y aunque pueda ser una limitación en nuestro estudio el no haber incluido el peso de los recién nacidos, pudiera considerarse que las gestantes adolescentes tienen, con mucha frecuencia, recién nacidos con menor peso al nacer^{56,57}.

Finalmente, el objetivo específico 6 del presente estudio se orientó a determinar el nivel socioeconómico de las gestantes adolescentes ingresadas en el Hospital Básico de Borbón y los resultados mostraron que, en la mayoría de los hogares de las adolescentes embarazadas, el ingreso económico familiar no supera el salario mínimo del Ecuador ya que el 63,10% de la muestra estudiada vive en grupos familiares con menos de \$400 USD mensuales; pero según el capital per cápita en los hogares, en el 95,14% de los hogares no se llega a contar con el presupuesto que el Estado ecuatoriano considera mínimo indispensable para los ciudadanos; es decir, sólo en 5 familias del total de las 103 el ingreso per cápita sobrepasa el básico en el Ecuador. En este sentido, los resultados coinciden que el estudio de Pérez⁵⁸ realizado en la PUCE en el año 2016. Según lo encontrado por Pérez, el mayor porcentaje de mujeres ecuatorianas que han tenido un

embarazo en la adolescencia pertenecen al nivel socioeconómico más bajo (46.10%) lo que puede caracterizarse como una relación con la pobreza. El nivel socioeconómico medio tuvo un porcentaje no muy distante del anterior con el 40.22%, y el nivel socioeconómico alto es el que menor porcentaje de embarazos en la adolescencia presenta con apenas un 13.69%. De la misma manera, González⁵⁹, en su estudio sobre determinantes y potenciales consecuencias del embarazo adolescente en Ecuador demostró que la maternidad adolescente se presenta generalmente en los grupos socioeconómicos más bajos y en mujeres con menor nivel educativo. En sus resultados encontró que alrededor del 56% de las madres adolescentes pertenecen a un nivel socioeconómico bajo.

El embarazo adolescente aumenta el riesgo a una vulnerabilidad a lo largo del curso de la vida porque sí puede quitar o limitar oportunidades de mayor educación, empleo y por ende oportunidades de ingreso. Funciona como un factor de transmisión generacional de la pobreza. Cuando una joven tiene la posibilidad de evitar o retrasar el embarazo, y dispone de los medios para hacerlo, ejerce un mayor control sobre su salud y puede incorporarse o permanecer en la fuerza de trabajo remunerada y alcanzar su pleno potencial económico. Empíricamente se ha visto que las mujeres que tuvieron un embarazo en la adolescencia alcanzan una educación sensiblemente menor, tienen una condicionante para ser pobres y tienden a vivir en hogares menos estables que otras mujeres de similares características pero que no tuvieron embarazos en su adolescencia.

Todo esto ha hecho suponer que las adolescentes de los niveles socioeconómicos más bajos están más expuestas a factores que puedan aumentar la probabilidad de quedar embarazadas, al tener padres y madres menos educados y que en consecuencia no instruyen o hablan con sus hijos sobre temas relacionados con la sexualidad y el uso de métodos anticonceptivos.

El acceso limitado a servicios médicos, íntimamente unido a pertenecer a una clase socioeconómica desfavorecida, también está relacionado con el embarazo adolescente y no es inusual el que muy pocas de estas adolescentes tengan acceso a un seguro médico, lo que en consecuencia representa un riesgo tanto para las gestantes como para sus hijos. Esta clase de jóvenes no reciben, usualmente, información sobre lactancia, ni por parte de sus familiares, ni los amigos o de profesionales capacitados.

Otra limitante que se ha detectado en el presente estudio es que se podía haber incluido el análisis del nivel de escolaridad de las adolescentes gestantes o si ya habían abandonado sus estudios como consecuencia del embarazo, o si el estar desvinculadas del sistema de educación favoreció el quedar embarazadas.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

La prevalencia de los embarazos en las adolescentes estudiadas en la presente investigación fue superior a las encontradas por otros investigadores; sin embargo, el mayor porcentaje se registró en jóvenes en la adolescencia tardía (17-19 años) lo que, sin llegar a ser un éxito y seguir siendo gestaciones de riesgo obstétrico por sí mismas, si habla a favor de un mayor desarrollo anatómico y psicológico que aquellas en los grupos de adolescencia temprana y media, y eso ayuda a reducir complicaciones y otros problemas de índole familiar y social. Mucho de lo que ocurre con las jóvenes de Borbón tiene relación con la influencia de las tradiciones culturales y sociales, como lo es la poca cultura del uso de métodos anticonceptivos, la pobreza y la baja tasa educativa.

Durante las etapas de embarazo, parto y postparto las complicaciones con mayor incidencia fueron las infecciones de vías urinarias, la preeclampsia, los desgarros perineales, la ruptura prematura de membrana, el sufrimiento fetal agudo, la incompatibilidad cefalopélvica, las hemorragias y las infecciones puerperales. No porque todas se dan a diario en nuestros hospitales ecuatorianos, se puede aceptar como hecho normal, porque lo único que sí confirman es que las complicaciones demuestran que la adolescencia es en sí misma un factor de riesgo para el embarazo saludable. Para evitar el embarazo precoz es esencial el papel de la familia en la educación para la sexualidad que se debe iniciar en el hogar y ser fortalecida por el sistema educativo, que permita tener a jóvenes debidamente informadas, conscientes de su sexualidad, que amen su cuerpo y sepan decidir debidamente informados cuando iniciar una sexualidad plena con responsabilidad; de igual forma, hay que lograr un consenso entre el gobierno y sectores de la sociedad civil para establecer un enfoque que facilite la educación sexual, el acceso a los anticonceptivos y el empoderamiento de la mujer. Es una realidad que existe y no siempre es reconocida.

La comparación de los dos grupos de gestantes mostró como dato interesante que la población no adolescente del grupo control presentó más complicaciones en pre eclampsia, incompatibilidad cefalopélvica y depresión postparto que el grupo de estudio, mientras las adolescentes superaron a los controles en infecciones, desgarros perineales,

ruptura prematura de membrana, hemorragias y el sufrimiento fetal agudo. No cabe dudas que la baja edad de las adolescentes, la inmadurez uterina, la falta de preparación y experiencia, y la falta de seguimiento obstétrico fueron las causas que influyeron en mayor o menor grado.

El hecho de que las dos enfermedades asociadas al embarazo que más se presentaron en las gestantes adolescentes fueran el reflujo gastroesofágico y la anemia pudiera tener sus causas en la alimentación de estas jóvenes, por ser Borbón una zona donde hay altos niveles de desempleo y muchas familias viven de acuerdo a lo que pueden ganar al día. Este tema debe ser más profundamente analizado, ya que se piensa que las dietas de las gestantes no son ni lo abundantes, ni sanas, ni lo nutritivas que deberían ser, lo que implicaría bajos consumos de vitaminas, minerales y las proteínas básicas que debe consumir una embarazada.

El tipo de parto natural céfalo-vaginal fue muy superior que las cesáreas y se puede concluir que es porque los obstetras prefieren adoptar una postura mucho más conservadora con las adolescentes, considerando los años de fertilidad que le quedan por delante y por otro lado al diagnóstico clínico oportuno del profesional que posibilitó que los partos atendidos en el Hospital de Borbón sean normales tal y como lo evidenció el presente estudio.

Finalmente se concluye que el capital per cápita en los hogares de las adolescentes estudiadas es muy bajo (95,14%), por debajo del presupuesto que el Estado ecuatoriano considera mínimo indispensable para los ciudadanos. Aunque esto fue ampliamente discutido, se refuerza la idea de que los embarazos en la adolescencia son más comunes en los hogares más pobres, donde hay más limitado acceso a la educación sexual, a la falta de acceso a métodos anticonceptivos o la baja independencia económica, por lo que las jóvenes en estas situaciones son más vulnerables a terminar embarazadas a temprana edad y todo ello termina reproduciendo el círculo de pobreza.

5.2. Recomendaciones

Después del análisis de los resultados obtenidos, se recomienda:

- 1.- Al Ministerio de Salud Pública, incrementar la labor de educación de la población adolescente a través del trabajo mancomunado con las organizaciones locales, ONGs que trabajan en la zona de Borbón con proyectos educativos y de participación de juventudes

así también el Ministerio de Educación y las organizaciones de la sociedad civil, de forma tal que se vaya reduciendo la tasa de prevalencia con el trabajo desarrollado por el equipo de salud con las embarazadas en esa etapa de la vida y con ello disminuirán las complicaciones durante el embarazo, parto y postparto que tantas consecuencias y secuelas dejan en las jóvenes o sus bebés.

2.- Al Distrito de Salud que dirige Borbón, que garantice la capacitación y supervisión continua en la aplicación de los estándares de calidad por ciclos de vida durante la atención a los usuarios por los profesionales, para que cada día estén más capacitados para obtener mejores resultados en la atención de las enfermedades asociadas al embarazo que se presenten en el hospital básico de Borbón.

3.- A las organizaciones sociales y políticas, se les recomienda trabajar sistemáticamente con las autoridades y personal sanitario del hospital básico de Borbón, para lograr la educación sexual y reproductiva necesaria en la juventud, que permita los partos a edades más tardías y con mejor desarrollo biológico de las madres.

4.- A las autoridades provinciales y cantonales, analizar cómo se podrían crear mejores y mayores posibilidades de empleo en Borbón, para reducir los índices de pobreza que se manifiestan hoy día en dicha región de la provincia, y que tienen una influencia negativa en el círculo vicioso que allí se ha creado con los embarazos de adolescentes.

5.- A la Coordinación de la Maestría en Salud Pública, que incentive más estudios sobre el embarazo en la adolescencia, y velar porque se incluyan objetivos sobre el bajo peso al nacer, el nivel de escolaridad de las adolescentes y el seguimiento que permita determinar si las jóvenes se reincorporan a los estudios después del parto.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Desarrollo en la adolescencia (Internet). 2019. [citado 3 de marzo 2020]. Disponible en https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
2. López Sánchez, F. La sexualidad en los adolescentes. Rev Pediatría integral (Internet). 2016. 11, (4). [citado 3 de marzo 2020]; Disponible en <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2017-06/la-sexualidad-en-la-adolescencia/>
3. Organización Mundial de la Salud. El embarazo en la adolescencia. 31 de enero de 2020 Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
4. Fawed Reyes O, et al. Complicaciones Obstétricas en Adolescentes y Mujeres Adultas Con O Sin Factores De Riesgo Asociados, Honduras 2016. 2016. Archivos De Medicina. 12 (44). Disponible en: <Rchivosdemedicina.Com/Medicina-De-Familia/Complicaciones-Obsteacutetricas-En-Adolescentes-Y-Mujeres-Adultas-Con-O-Sin-Factores-De-Riesgo-Asociados-Honduras-2016.Pdf>
5. Organización Panamericana de la Salud. América Latina y el Caribe tienen la segunda tasa más alta de embarazo adolescente en el mundo. 2019.
6. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva: Viceministerio de Gobernanza de la Salud Pública, Marzo, 2017, Quito, Ecuador, Disponible en <https://ecuador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/PLAN%20NACIONAL%20DE%20SS%20Y%20SR%202017-2021.pdf>
7. Unidad Digital de Pública FM. Embarazo adolescente, un problema social en Ecuador. 2018, Disponible en <https://www.publicafm.ec/noticias/ecuador/1/embarazo-adolescente-ecuador>
8. Rojas Betancur Mauricio, Méndez Villamizar Raquel. El embarazo en adolescentes: una lectura social en clave cuantitativa. Rev. Univ. Ind. Santander. Salud [Internet]. 2016 Apr [cited 2020 Mar 07] ; 48(1): 82-90. Disponible en http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072016000100011&lng=en. <http://dx.doi.org/10.18273/revsal.v48n1-2016009>

9. Concepto de Adolescencia. s.f, Disponible en <https://concepto.de/adolescencia-2/#ixzz6KkFR4kZI>
10. Organización Mundial de la Salud. Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. s.f. Disponible en https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
11. PerkalRug, G. El embarazo en la adolescente. Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia. 2015. 3. (2). Disponible en https://www.adolescenciasema.org/wp-content/uploads/2015/06/adolescere-2015-vol3-n2_26-35_El_embarazo_en_la_adolescente.pdf
12. Crespo Álvarez MR. Diabetes Gestacional. 2019. [citado 3 de marzo 2020]. Revista OCRONOS (Internet). Disponible en <https://revistamedica.com/diabetes-gestacional/>
13. Camacho Terceros, L A, Berzaín Rodríguez, M C. Una mirada clínica al diagnóstico de preeclampsia. Revista Científica Ciencia Médica [Internet]. 2015;18(1):50-55. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=426041256010>
14. Oscanoa, A. Placenta previa. Instituto Especializado Materno Perinatal. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia [Internet]. 2015;51(4):219-224. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=323428178007>
15. Pacora, P. El desprendimiento prematuro de placenta es una manifestación de enfermedad vascular severa en el embarazo. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia [Internet]. 2016;51(1):39-48. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=323428175006>
16. Huamán-Guerrero, M. Parto Pretérmino: Diagnóstico. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia [Internet]. 2018;54(1):22-23. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=323428187006>
17. Clínica Universidad de Navarra (s.f.). Diccionario médico, definición distocia. Disponible en <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/distocia>
18. Accessmedicina. Distocia, pag web (s.f.). [citado 3 de marzo 2020] Disponible en <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1525§ionid=100459056>

19. Clínica Universidad de Navarra (s.f.). Diccionario médico, definición eutocia. Disponible en <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/eutocia>
20. Gran Diccionario de la Lengua Española (2016). Definición eutocia. Larousse Editorial. Inatal (s.f.). Definiciones inatal online Disponible en <https://inatal.org/el-embarazo/enciclopedia/42-distocia.html>
21. Milman N., Fisiopatología e impacto de la deficiencia de hierro y la anemia en las mujeres gestantes y en los recién nacidos/infantes. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia [Internet]. 2012;58(4):293-312. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=323428206009>
22. Lecumberri Villamediana, R. Anemia. Clínica Universidad de Navarra. 2019. [citado 3 de marzo 2020]. Disponible en <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/anemia>
23. Herráiz, M Á, Hernández, A, Asenjo, E, Herráiz, I. Infección del tracto urinario en la embarazada. 2015. 23. (S4). pp. 40-46. [citado 3 de marzo 2020]. Disponible en <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-articulo-infeccion-del-tracto-urinario-embarazada-13091447>
24. Calderón-Jaimes E, Casanova-Román G, Galindo-Fraga A, Gutiérrez-Escoto P, Landa-Juárez S, Moreno-Espinosa S, et al . Diagnóstico y tratamiento de las infecciones en vías urinarias: un enfoque multidisciplinario para casos no complicados. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. [revista en la Internet]. 2013 ; 70(1): 03-10. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462013000100003&lng=es
25. Fundación de Diabetes. Qué es la Diabetes. s,f, pag web. [citado 5 de marzo 2020]. Disponible en <https://www.fundaciondiabetes.org/prevencion/309/que-es-la-diabetes-2>
26. Ortiz Martínez R A, Ojalora Perdomo M F, Delgado A, Bolena M, Luna Solarte D A. Adolescencia como factor de riesgo para complicaciones maternas y neonatales. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2018 [citado 2020 Mar 05] ; 83(5): 478-486. Disponible en https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262018000500478&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-75262018000500478>

27. Jiménez Cabañas M., Romero Gismera E., García Anaya M^aP., Bravo Arribas C.. Resultados obstétricos y perinatales de las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla. Sanid. Mil. [Internet]. 2017 Sep [citado 2020 Mar 05] ; 73(3): 158-161. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1887-85712017000300158&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/s1887-85712017000300004>
28. Bendezú, G; Espinoza, D; Bendezú-Quispe, G; Torres-Román, J S; Huamán-Gutiérrez, R M. Características y riesgos de gestantes adolescentes Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, 62, (1), 2016, pp. 13-18 Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología San Isidro, Perú
29. Izaguirre-González, A. Aguilar-Reyes, V. Ramírez-Izcoa, A., Valladares-Rivera, G., Rivera-Mejía, W. Valladares-Rivera, E., Raudales-Martínez, C., Aguilar-Reyes, L., and Fernández-Serrano, R. Incremento del Riesgo Obstétrico en Embarazo Adolescente. Estudio de Casos y Controles. 2016. Rev Archivos De Medicina. 12 (4:3). doi: 10.3823/1326. pp, 1-6. Disponible en <https://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/incremento-del-riesgo-obsteacutetrico-en-embarazo-adolescente-estudio-de-casos-y-controles.pdf>
30. Tapia Martínez H, Iossi Silva M A, Pérez Cabrera I, Jiménez Mendoza A. Perfil obstétrico de adolescentes embarazadas en un hospital público: riesgo al inicio del trabajo de parto, parto, posparto y puerperio. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2015 Oct [cited 2020 Aug 07] ; 23(5): 829-836. Disponible desde: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000500829&lng=en. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0316.2621>.
31. García Mena MY. Complicaciones Obstétricas En Gestantes Adolescentes Atendidas En El Hospital Santa Rosa De Puerto Maldonado, 2015. (Tesis de grado en Obstetricia). 2016; Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. Perú. Disponible desde https://www.repositorio.unjbg.edu.pe%2Fbitstream%2Fhandle%2FUNJBG%2F2254%2F951_2016_garcia_mena_my_fac%2Fobstetricia.pdf%3Fsequence%3D1%26isAllowed%3Dy&usg=AOvVaw0dwYtU6zAOF0G3fVPIBrrG

32. Fajardo Hernández IJ, Ramos Escalante GJ, Padilla Maldonado JA, Andrade Sánchez SC, Cuadra Morales YM. Prevalencia De Embarazo en Adolescentes, Hospital Leonardo Martínez Valenzuela. 2015; Rev. Cient. Esc. Univ. Cienc. Salud, 2(2), 10-20.
33. Robayo Villafuerte W M. Complicaciones Obstétricas Durante el Parto en Adolescentes Atendidas en el Hospital Provincial General de Latacunga, en el Período Marzo - Junio del 2013 .(Tesis de Médico). Universidad Técnica De Ambato Facultad De Ciencias De La Salud Carrera De Medicina. Disponible desde <https://www.repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/8381/1/Robayo%2520Villafuerte%2520C%2520Washington%2520Marcelo.pdf&sg=AOvVaw2mOlbSROr6SH8i7YhyiTG6>
34. Asamblea Nacional Constituyente. Constitución de la Republica de Ecuador. 2008. [citado 6 de marzo 2020].
35. Ministerio de Salud Pública. Ley Orgánica de Salud. 2017. [citado 6 de marzo 2020].
36. Quiñones Colchado, E.R. Complicaciones Obstétricas Y Perinatales En Gestantes Adolescentes En El Hospital San Jose De Chincha En El 2018”. 2018. Tesis de Especialidad Médica. Universidad Autónoma de ICA. Perú. Disponible en <http://repositorio.autonomadeica.edu.pe/bitstream/autonomadeica/299/1/compliacaciones%20obst%20c3%2089tricas%20y%20perinatales%20en%20gestantes%20adolescentes%20en%20el%20hospital%20san%20jose%20de%20chincha%20en%20el%202018colchado.pdf>
37. Rivero MI, Villalba MT, Ojeda EM, Schinini J. Resultados perinatales en la gestación adolescente. Revista Médica del Nordeste. 2008;12: 5-9.
38. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Embarazo en la adolescencia (actualizado febrero 2013). ProgObstetGinecol 2014; 57:380-392.
39. Sociedad Española de Contracepción. Manual de Salud Reproductiva en la Adolescencia Aspectos básicos y clínicos; 2001 [consultado agosto 2020]. Disponible en: http://sec.es/descargas/AA_1999_Manual_Salud_Reproductiva_Adolescencia.pdf

40. UNICEF. Hechos sobre Adolescencia y Jóvenes en América Latina y el Caribe. New York: UNICEF; [consultado julio 2020]. Disponible en: [https://www.unicef.org/lac/Fast_facts_SP\(1\).pdf](https://www.unicef.org/lac/Fast_facts_SP(1).pdf)
41. Ávila Montes GA, Barbena García M, & Arguello Munguía P. Factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes en comunidades urbano marginales de comayagüela. 2011; *RevMedHondur* 79: 68-72.
42. Ruoti A. Patología obstétrica en la adolescente embarazada. *RevSogia*. 1994; 1(2):70-2.
43. Díaz A, Sanhueza P, Yaksic N. Riesgos obstétricos en el embarazo adolescente: estudio comparativo de resultados obstétricos y perinatales con pacientes embarazadas adultas. *RevChilObstetGinecol*. 2012;67(16):481-7
44. Dalmas J, Giroto E, Ribeiro F, Pimienta R, Sant' Anna F. Extremes of maternal age and child mortality: analysis between 2000 and 2009. 2014; *Rev Paul Pediatr*32: 381-388.
45. Yoost JI, Paige Hertweck S, Banett SN. The Effect of an Educational Approach to Pregnancy Prevention Among High-Risk Early and Late Adolescents. 2014; *J Adolescent Health*, xxx: 1-6.
46. Huilca-Briceño A. La multiparidad como factor de riesgo de diabetes mellitus gestacional. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2016;42(1):189- 198.
47. Sosa Díaz R, Sosa Díaz J, Jordán M, González G. Toxoplasmosis Congénita. Aspectos a tener en cuenta. Facultad de Ciencias Médicas "Juan Guiteras Gener". Matanzas. *Revista Médica Electrónica*. 2006; 28(3). Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202006/vol3%202006/tema12.htm>
48. Instituto de Ginecología y Obstetricia. Enfermedades asociadas al embarazo (Internet).s.f. Recuperado de <https://www.gynenova.com/embarazo/enfermedades-asociadas-al-embarazo/>
49. Clínica Las Condes. Enfermedades relacionadas al embarazo (Internet).2017; [consultado julio 2020]. Disponible en:<https://www.clinicalascondes.cl/Comunidad-Mujer-Y-Mama/blog-cmm/blog-importantes/planificando-mi-embarazo-julio/enfermedades-relacionadas-al-embarazo>

50. Nacach ZA, Preciado BR, Dorado RM. (2010) Efecto de la ganancia de peso gestacional en la madre y el neonato. *Salud pública*. 2010; 52:220-225.
51. Sánchez BJ, Sámano R, Rivera PI, Nakash BM, Perera PO. Factores Socioculturales y del Entorno que Influyen en las Prácticas Alimentarias De Gestantes con y sin Obesidad.2010; *RESPYN* 11:1-11.
52. Cubillas Rodríguez I, Aragón Núñez MT, García Rojas I.Tratamiento de la pirosis en el embarazo.*Revista Electrónica de Portales Médicos.com (Internet)*. 2017. Disponible en:<https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/tratamiento-pirosis-embarazo/>
53. Gómez Ayala AE.Enfermedad por reflujo gastroesofágico. Clínica y tratamiento.*Farmacia Profesional*.2017;21(7):39-43. Disponible en:<https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-enfermedad-por-reflujo-gastroesofagico-clinica-13108592>
54. F. Huerta-Iga, M.V. Bielsa-Fernández, J.M. Remes-Troche, M.A. Valdovinos-Díaz, J.L. Tamayo-de la Cuesta. Diagnosis and treatmentofgastroesophagealrefluxdisease: recommendationsofthe Asociación Mexicana de Gastroenterología. *Revista de Gastroenterología de México*. 2016; 81 (4):208-222. <https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2016.04.003>
55. Redondo A, Sáez M, Oliva P, Soler M, Arias A. Variabilidad en el porcentaje de cesáreas y en los motivos para realizarlas en los hospitales españoles. *Gaceta Sanitaria*. 2013; 27(3):258-262.
56. Nolazco ML, Rodríguez LY. Morbilidad materna en gestantes adolescentes. *Revista de Posgrado de la VIª Cátedra de Medicina*. 2006;156:13-18.
57. Vaughan DA, Cleary BJ, Murphy DJ. Delivery outcomes for nulliparous women at the extremes of maternal age – a cohort study. *BJOG*. 2014; 121(3):261–268.
58. Pérez Arrobo G.Determinantes del embarazo adolescente enEcuador en el periodo 2011-2013 (Tesis de Licenciatura).Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Facultad de Economía. 2016; Disponible en:http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/11039/Presentaci%C3%B3n%20Disertaci%C3%B3n_GUSTAVO_PEREZ.pdf?sequence=1
59. González-Rozada M. Determinantes y potenciales consecuencias del embarazo adolescente en ecuador (Internet). Universidad Torcuato Di Tella, Argentina.

2016; disponible en: https://cssr-ecuador.org/downloads/2016/11/28.-Embarazo_adolescente_y_pobreza_en_Ecuador_Article.pdf

60. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Ecuador con la tasa más alta de embarazo adolescente de América Latina (Internet).2018; disponible en: <https://www.edicionmedica.ec/secciones/salud-publica/ecuador-con-la-tasa-mas-alta-de-embarazo-adolescente-de-america-latina-93023>

ANEXOS

Anexo A

Operacionalización de variables

Objetivo	Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Técnica/ Instrumento
Determinar la prevalencia de embarazo en la adolescencia en las gestantes ingresadas en el hospital Básico de Borbón.	Embarazo en adolescencia	El embarazo adolescente es el que se produce entre los 10-19 años, independientemente de la edad ginecológica	Grupos de edades de las gestantes	10-19 años 20-35 años	Revisión documental (Guía de revisión de historias clínicas)
Identificar las complicaciones de las gestantes adolescentes durante el parto, parto y postparto	Complicaciones durante el parto, parto y postparto	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	Complicaciones perinatales Complicaciones maternas	Feto grande/ macrosómico Cefalohematoma Síndrome de dificultad respiratoria Bajo peso al nacer Depresión al nacer Muerte fetal Distocia de la contractibilidad Eclampsia Episiotomía Fase activa prolongada Inducción fallida Parto precipitado Retención de placenta Hemorragia posparto Fase latente prolongada Distocias de presentación Desgarros perineales Oligohidramnios	Revisión documental (Guía de revisión de historias clínicas)

				Sufrimiento fetal Prolapso de cordón Placenta previa Óbito Corioamnionitis Desproporción cefalopélvica Ruptura prematura de membrana Preeclampsia Desprendimiento prematuro de placenta Parto pretermito	
Determinar el nivel socioeconómico de las gestantes adolescentes ingresadas en el hospital básico de Borbón	Nivel socioeconómico	El nivel socioeconómico es la jerarquía que tiene una persona o un grupo con respecto a otro o al resto	Procedencia Nivel de instrucción Nivel económico	Rural Urbano Sin instrucción Primario Secundario Bachiller Superior Bajo Medio Alto	Revisión documental (Guía de revisión de historias clínicas)
Identificar las enfermedades asociadas	Enfermedades asociadas al embarazo	Condición que puede desarrollar durante el embarazo durante el embarazo	Anemia Infección urinaria	Si No Si No	Revisión documental (Guía de revisión de historias clínicas)

al embarazo en las gestantes.			Hipertensión del embarazo	Si No	
			Amenaza de parto prematuro	Si No	
			Diabetes Gestacional	Si No	
Determinar el tipo de parto de la población estudiada.	Tipo de parto	El parto se define como la expulsión de un (o más) fetos maduros y la(s) placenta desde el interior de la cavidad uterina al exterior	Distócico Eutócico	Cesaría Instrumentado Si No	Revisión documental (Guía de revisión de historias clínicas)



ANEXO B

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

N° de ficha de recolección: _____

Objetivos: Determinar la prevalencia de embarazo en la adolescencia en las gestantes ingresadas en el hospital básico de Borbón.

Identificar las complicaciones de las gestantes adolescentes durante el parto, parto y postparto.

Comparar las complicaciones del grupo de adolescentes gestantes con la población joven y adulta gestantes ingresadas en el hospital Básico de Borbón.

Determinar el nivel socioeconómico de las gestantes adolescentes ingresadas en el hospital básico de Borbón.

Identificar las enfermedades asociadas al embarazo en las gestantes adolescentes.

Determinar el tipo de parto de la población estudiada.

1. Edad: _____ Edad gestacional: _____
2. Complicaciones
Preparto: _____
Parto: _____
Postparto: _____
3. Entrada mensual en el hogar: Menos de \$400\$ \$401-600 \$601-800
 Más de \$800
4. Cantidad de personas que conviven: _____
5. Per cápita familiar: _____
6. Enfermedades asociadas al embarazo: _____
7. Tipo de parto: Eutócico Instrumentado Cesaría



ANEXO C

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación. Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

Firma del participante

Fecha

He explicado al Sr(a). _____ La naturaleza y los propósitos de la investigación; le he explicado acerca de los puntos que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento. _____

Firma del investigador

Fecha

ANEXO 4

ASENTIMIENTO INFORMADO

CÓDIGO.....

PARTE I. INFORMACIÓN PARA EL ASENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación: Complicaciones obstétricas durante el parto, parto y postparto en adolescentes ingresadas en el Hospital Básico de Borbón

Investigador: Elton Marcelo Montoya Zambrano

Objetivo general de la investigación: Analizar las complicaciones obstétricas durante el parto, parto y postparto en adolescentes ingresadas en el hospital Básico de Borbón.

Objetivo de la encuesta: El objetivo de la encuesta es determinar la prevalencia de embarazo en la adolescencia en las gestantes ingresadas en el hospital básico de Borbón. Identificar las complicaciones de las gestantes adolescentes durante el parto, parto y postparto.

Comparar las complicaciones del grupo de adolescentes gestantes con la población joven y adulta gestantes ingresadas en el hospital Básico de Borbón.

Determinar el nivel socioeconómico de las gestantes adolescentes ingresadas en el hospital básico de Borbón.

Identificar las enfermedades asociadas al embarazo en las gestantes adolescentes.

Determinar el tipo de parto de la población estudiada.

Procedimiento: La persona sobre la que usted asiente para que sea parte de esta investigación estará bajo observación durante la realización de los protocolos de esta investigación.

Participación voluntaria: La persona sobre la que usted asiente para que sea parte de esta investigación lo hará totalmente voluntaria.

Confidencialidad: Durante todo el estudio se mantendrá la confidencialidad de sus datos. Se aplicarán las siguientes medidas para mantener segura la información que usted nos proporciona:

- La información tendrá un código para proteger su privacidad.
- Las observaciones son confidenciales
- Su nombre no será mencionado en las publicaciones o reportes de la investigación.
- El Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos podrá tener acceso a los expedientes en caso de necesidad por problemas de seguridad o ética en el estudio.

Beneficios: A través de los resultados del presente estudio, los docentes y autoridades de las instituciones de educación superior pondrán tomar decisiones que mejoren la calidad de vida de las gestantes de la localidad de Borbón y poder evitar complicaciones durante el transcurso del parto, parto y postparto.

Riesgos o molestias: Los riesgos que existirían podrían ser incomodidad al momento de la observación, contestar las preguntas, por lo que usted puede negarse a contestar cualquier pregunta que le cause incomodidad o se detendrá la encuesta cuando lo desee, sin que implique que sea retirado del estudio.

Costos, incentivos o recompensas: Usted no correrá con ningún gasto relacionado con este estudio. De igual manera, usted no recibirá ningún beneficio económico o un aumento en sus calificaciones por participar en este estudio.

Derecho a retirarse: Si usted elige no participar, o decide retirarse en cualquier momento de la investigación no implica que perjudique su rendimiento académico o que los resultados finales del estudio.

Manejo de datos y resultados: La información recolectada será manejada de manera confidencial mediante códigos, será guardada en una caja de seguridad por 7 años después de lo cual será destruida. Los resultados que se obtengan de este estudio serán publicados en revistas científicas para aporte al campo de la educación superior, Enfermería y Salud Pública. Además, se realizará la socialización de los resultados.

Yo, _____
he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación. Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

Firma del participante

Fecha

He explicado al/la Sr(a). _____ La naturaleza y los propósitos de la investigación; le he explicado acerca de los puntos que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Firma del investigador

Fecha