

**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

TEMA:

**PREVALENCIA DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN
LA CONSULTA EXTERNA DEL CENTRO DE SALUD PASCUALES
DURANTE EL PERIODO ENERO A DICIEMBRE DEL 2017**

AUTORES:

GARCIA ESPINOZA ANGIE DANIELA

SAMPEDRO ORTEGA FRANCISCO ANDRES

Trabajo de titulación previo a la obtención del grado de

MÉDICO

TUTOR:

DR. ROBERTO LEONARDO BRIONES JIMÉNEZ

Guayaquil, Ecuador

2 de mayo del 2018



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **García Espinoza Angie Daniela y Sampedro Ortega Francisco Andrés**, como requerimiento para la obtención del Título de **Médico**.

TUTOR

f. _____

Dr. Roberto Leonardo Briones Jiménez

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

Dr. Juan Luis Aguirre Martínez

Guayaquil, 2 de mayo del año 2018



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotros, **García Espinoza Angie Daniela y Sampedro Ortega Francisco**
Andrés

DECLARAMOS QUE:

El Trabajo de Titulación, **PREVALENCIA DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL CENTRO DE SALUD PASCUALES DURANTE EL PERIODO ENERO A DICIEMBRE DEL 2017** previo a la obtención del Título de **Médico**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de nuestra total autoría.

En virtud de esta declaración, nos responsabilizamos del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, 2 DE MAYO DEL 2018

LOS AUTORES

f. _____

García Espinoza Angie Daniela

f. _____

Sampedro Ortega Francisco A.



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Nosotros, **García Espinoza Angie Daniela y Sampedro Ortega Francisco**
Andrés

Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **PREVALENCIA DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL CENTRO DE SALUD PASCUALES DURANTE EL PERIODO ENERO A DICIEMBRE DEL 2017**, cuyo contenido, ideas y criterios son de nuestra exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 2 DE MAYO DEL 2018

LOS AUTORES

f. _____

García Espinoza Angie Daniela

f. _____

Sampedro Ortega Francisco A.

REPORTE URKUND



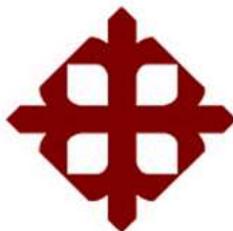
Urkund Analysis Result

Analysed Document: BRIONES,GARCIA-SAMPEDRO.docx (D37012262)
Submitted: 3/27/2018 5:09:00 PM
Submitted By: andagar93@gmail.com
Significance: 0 %

Sources included in the report:

Instances where selected sources appear:

0



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

f. _____

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

ÍNDICE

ABSTRACT.....	XII
INTRODUCCIÓN.....	2
CAPITULO I	4
EL PROBLEMA.....	4
1.1 ANTECEDENTES.....	4
1.2 DESCRIPCION DEL PROBLEMA	5
1.3 JUSTIFICACION	6
1.4 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECIFICOS.....	7
1.4.1 Objetivo General	7
1.4.2 Objetivos específicos	7
1.5 PREGUNTAS DE INVESTIGACION	7
1.6 FORMULACION DE HIPOTESIS	8
1.7 LIMITES DEL ESTUDIO	8
CAPITULO II	9
MARCO TEORICO	9
2.1 MARCO TEORICO	9
2.2 MARCO CONCEPTUAL.....	14
CAPITULO III	17
MATERIALES Y METODOS	17
3.1 TIPO DE ESTUDIO	17
3.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACION	17
3.2.1 Localización.....	18
3.2.2 Período.....	18
3.2.3 Operacionalización de las variables	18
3.3 POBLACION Y MUESTRA	20
3.2.1 Población de estudio.....	20
3.2.2 Muestra.....	20
3.4 CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION	20
3.3.1 Criterios de inclusión.....	20
3.3.2 Criterios de exclusión.....	20
3.5 INSTRUMENTOS Y HERRAMIENTAS DE INVESTIGACION	20
3.5.1 Diseño estadístico.	21
3.6 ASPECTOS ÉTICOS	21

CAPITULO IV	22
RESULTADOS	22
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	26
BIBLIOGRAFÍA	27
ANEXOS	30
TABLAS Y GRÁFICOS	30
TABLA Nº2. POBLACIÓN Y MUESTRA DE ESTUDIO	30
TABLA 3. DISTRIBUCIÓN DE EDAD ENTRE LOS 15 Y 19 AÑOS.	30
GRÁFICO Nº1. PORCENTAJE DE EMBARAZADAS ADOLESCENTES ENTRE LOS 15 A 19 AÑOS.	31
TABLA Nº4. DISTRIBUCIÓN DE LOS TRIMESTRES DE EMBARAZO EN LOS QUE SE REALIZARON LOS CONTROLES.	32
GRÁFICO Nº2. PORCENTAJE DE LOS TRIMESTRES DE EMBARAZO EN LOS QUE SE REALIZARON LOS CONTROLES	32
TABLA Nº5. DISTRIBUCIÓN DE ANEMIA	33
TABLA Nº6. DISTRIBUCIÓN DE ANEMIA EN RELACIÓN CON LA EDAD MATERNA.	33
TABLA Nº7. DISTRIBUCIÓN DE LA PRESENCIA DE SECRECIÓN VAGINAL ...	35
TABLA Nº8. DISTRIBUCIÓN DE LA PRESENCIA DE SECRECIÓN	36
GRÁFICO Nº4. DISTRIBUCIÓN DE LA PRESENCIA DE SECRECIÓN VAGINAL EN RELACIÓN CON EL TRIMESTRE DE EMBARAZO	37
TABLA Nº9. DISTRIBUCIÓN DE LA PRESENCIA DE DIABETES GESTACIONAL	38
TABLA Nº10. DISTRIBUCIÓN DE DIABETES GESTACIONAL Y EDAD MATERNA.	38
GRÁFICO Nº5. DISTRIBUCIÓN DE DIABETES GESTACIONAL EN RELACIÓN CON LA EDAD MATERNA.	39
TABLA Nº11. DISTRIBUCIÓN DE LA PRESENCIA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL	40
TABLA Nº12. DISTRIBUCIÓN DE HTA ARTERIAL EN RELACIÓN CON LA EDAD MATERNA.	40
GRÁFICO Nº6. DISTRIBUCIÓN DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EMBARAZADAS ADOLESCENTES.	41
TABLA Nº13. DISTRIBUCIÓN DE GESTACIONES	42
TABLA Nº 14. DISTRIBUCIÓN DEL RIESGO OBSTÉTRICO	43
GRÁFICO Nº8. RIESGO OBSTÉTRICO	44
GRÁFICO Nº9. DISTRIBUCIÓN DEL RIESGO OBSTÉTRICO EN RELACIÓN CON LA EDAD MATERNA.	46
TABLA Nº12 COMPLICACIONES ASOCIADAS CON EL RIESGO OBSTÉTRICO	46

INDICE DE TABLAS

Tabla Nº2. POBLACION Y MUESTRA DE ESTUDIO	30
TABLA 3. DISTRIBUCION DE EDAD ENTRE LOS 15 Y 19 AÑOS.....	30
TABLA Nº4. DISTRIBUCION DE LOS TRIMESTRES DE EMBARAZO EN LOS QUE SE REALIZARON LOS CONTROLES.....	32
TABLA Nº5. DISTRIBUCION DE ANEMIA.....	33
TABLA Nº6. DISTRIBUCION DE ANEMIA EN RELACION CON LA EDAD MATERNA.....	33
TABLA Nº7. DISTRIBUCION DE LA PRESENCIA DE SECRECION VAGINAL ...	35
TABLA Nº8. DISTRIBUCION DE LA PRESENCIA DE SECRECION	36
TABLA Nº6. DISTRIBUCION DE LA PRESENCIA DE DIABETES GESTACIONAL	38
TABLA Nº7. DISTRIBUCION DE DIABETES GESTACIONAL Y EDAD MATERNA.	38
TABLA Nº8. DISTRIBUCION DE LA PRESENCIA DE HIPERTENSION GESTACIONAL	40
TABLA Nº9. DISTRIBUCION DE HTA GESTACIONAL EN RELACION CON LA EDAD MATERNA.....	40
TABLA Nº10. DISTRIBUCION DE GESTACIONES	42
TABLA Nº 11. DISTRIBUCION DEL RIESGO OBSTETRICO	43
TABLA Nº12. DISTRIBUCION DEL RIESGO OBSTETRICO DE ACUERDO CON LA EDAD MATERNA.....	44
TABLA Nº12 COMPLICACIONES ASOCIADAS CON EL RIESGO OBSTETRICO	46

ÍNDICE DE GRAFICOS

GRAFICO Nº1. PORCENTAJE DE EMBARAZADAS ADOLESCENTES ENTRE LOS 15 A 19 AÑOS.	31
GRAFICO Nº2. PORCENTAJE DE LOS TRIMESTRES DE EMBARAZO EN LOS QUE SE REALIZARON LOS CONTROLES.....	32
GRAFICO Nº3. DISTRIBUCION DE LA PRESENCIA DE ANEMIA EN RELACION CON LA EDAD MATERNA.....	34
GRAFICO Nº4. DISTRIBUCION DE LA PRESENCIA DE SECRECION VAGINAL EN RELACION CON EL TRIMESTRE DE EMBARAZO	37
GRAFICO Nº5. DISTRIBUCION DE DIABETES GESTACIONAL EN RELACION CON LA EDAD MATERNA.....	39
GRAFICO Nº7. RIESGO OBSTETRICO	44
GRAFICO Nº8. DISTRIBUCION DEL RIESGO OBSTETRICO EN RELACION CON LA EDAD MATERNA.....	46

RESUMEN

Introducción: En el Ecuador, 2 de cada 3 adolescentes entre las edades de 15 a 19 años sin educación, se encuentran embarazadas por primera vez o ya son madres de al menos un niño. Por esto se considera un incremento de embarazados adolescentes, estableciendo que las menores de 15 años proporcionan un porcentaje de 74% y las menores de 15 años en 9%, siendo tendencia en la Región Andina.

Métodos: Se realizó un estudio observacional, de tipo descriptivo retrospectivo de enfoque cuantitativo, en el que se analizó los resultados los datos de todas las embarazadas atendidas en el centro de Salud “Pascuales” durante Enero del 2017 hasta Diciembre del 2017.

Resultados: La población total consto de 3041 embarazadas atendidas en el centro de salud pascuales durante el período de estudio, de las cuales, se seleccionaron 810 pacientes adolescentes entre 15 y 19 años. Del mismo solo 165 registros cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Con respecto a la variable edad, se encontró que los embarazos adolescentes se dieron con más frecuencia en mujeres entre los 18 y 19 años, 51% (n=84); seguido de 17 años, 22% (n=37), 16 años, 18% (n=29) y finalmente 15 años 9% (n=15).

Conclusiones: Se recomienda mejorar los controles prenatales de las embarazadas adolescentes con la finalidad de evitar complicaciones como infecciones vaginales y anemia las cuales aumentan el riesgo obstétrico.

Palabras claves: embarazo, adolescencia, complicaciones, controles prenatales, riesgo obstétrico, infecciones vaginales.

ABSTRACT

Introduction: In Ecuador, 2 out of 3 adolescents between the ages of 15 to 19 years without education, are pregnant for the first time or are already mothers of at least one child. This is why an increase in pregnant teenagers is considered, establishing that those under 15 years of age provide a percentage of 74% and those under 15 years of age in 9%, being a trend in the Andean Region.

Methods: An observational, retrospective, descriptive study with a quantitative approach was carried out, in which the results of all the pregnant women attended at the "Pascuales" Health Center during January 2017 to December 2017 were analyzed.

Results: The total population consisted of 3041 pregnant women attended in the paschal health center during the study period, of which 810 adolescent patients between 15 and 19 years old were selected. Of the same, only 165 records met the inclusion and exclusion criteria. Regarding the age variable, it was found that teenage pregnancies occurred more frequently in women between 18 and 19 years, 51% (n = 84); followed by 17 years, 22% (n = 37), 16 years, 18% (n = 29) and finally 15 years 9% (n = 15).

Conclusions: It is recommended to improve the prenatal controls of pregnant teenagers in order to avoid complications such as vaginal infections and anemia which increase the obstetric risk.

Keywords: pregnancy, adolescence, complications, prenatal controls, obstetric risk, vaginal infections.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es la etapa de la vida comprendida entre los 10 y 19 años de edad, es considerada una etapa primordial, en la cual se producen cambios fisiológicos como el crecimiento, caracteres sexuales y reproducción, como también los psicológicos y sociales.¹

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el embarazo empieza desde que ocurre la concepción o también desde el momento en que el pronúcleo masculino penetra al óvulo para de esta forma dar paso a la formación del cigoto y así continuar con el proceso de implantación, en el cual, el blastocito se adhiere a la pared uterina. Este proceso dura entre 6 a 7 días después de la concepción.²

El siguiente paso es la penetración del cigoto en división celular activa dentro del endometrio con invasión del estroma uterino. La implantación finaliza cuando la superficie del epitelio se cierra completando así el proceso de nidación, el cual tiene lugar entre el día 12 y 16 posterior a la concepción.³

Por lo tanto, el embarazo es una etapa fisiológica normal en la mujer que comienza cuando termina la implantación,⁴ sin embargo en nuestro medio el embarazo en la adolescencia se ha convertido en un grave problema de salud y familiar, considerando que un bajo porcentaje de los mismos son planificados, situación que requiere de conocimientos específicos sobre todo acerca de los riesgos, complicaciones y cuidados necesarios para mantener la salud materno – fetal.

Se considera que el embarazo a temprana edad es un problema a nivel mundial, debido a que su porcentaje ha aumentado, sin embargo estos porcentajes varían según la geografía.² Como en Estados Unidos se demostró un 12,8%, mientras que en Ecuador según el censo del 2010, se registró 122.301 de madres adolescentes.⁶ En la cual se demostró, que todas las adolescentes embarazadas, el 30.5% ya contaban con al menos un hijo, el

6.2% de estas madres adolescentes tenían dos hijos y el 0.70% tenían tres hijos.⁷

CAPITULO I

EL PROBLEMA

1.1 ANTECEDENTES

El embarazo adolescente es uno de los problemas sociales y de salud pública más importantes en nuestro medio y uno de los más prevalentes. En el Censo de Población de 2001 la tasa específica de fecundidad de adolescentes entre 12 y 14 años fue de 4,55 y entre 15 y 19 años fue de 75,07; mientras que en el Censo de 2012 la cifra redujo a 1,38 y 51,8 respectivamente.⁶

Según datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) ya para el VII censo de población y vivienda realizado en el año 2010, se registró que 2 de cada 10 partos eran de madres adolescentes y 1 de cada 4 mujeres ⁶habrían tenido su primer hijo durante la adolescencia por lo que Ecuador contaba con los índices más altos de embarazo adolescente de toda la región Andina.⁸

Debido a las alarmante cifras registradas, en el 2010 se propuso la creación de nuevas medidas de prevención, así el Ministerio de Salud Pública (MSP) creo la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo Adolescente (ENIPLA) quienes tenían como objetivo la reducción del embarazo adolescente en un 25% y mortalidad materna en un 35% y el proyecto de Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos (DAIA) pero las cifras de embarazadas menores de 19 años siguen en aumento.⁹

El plan Nacional de Buen Vivir (PNBV) establece en parte de sus objetivos permitir y mejorar el ejercicio pleno de los derechos reproductivos de los adolescentes, pues basándose en el Código Integral Penal (COIP)¹⁰ todos los ecuatorianos tienen derechos sexuales y reproductivos que debido a muchos factores (falta de información, estrato social bajo, nivel de estudios

primarios o menores, habitar en zonas rurales) no está siendo ejercida plenamente por los adolescentes.¹¹

1.2 DESCRIPCION DEL PROBLEMA

En el 2015, la organización mundial de la salud (OMS) estimó que 17 millones de adolescentes en todo el mundo tienen embarazos durante la adolescencia y que la mayor parte de estos ocurren en países donde los estratos medios y bajos son los más prevalentes.¹²

Múltiples autores describen que existe una relación inversamente proporcional entre de la edad materna y el aumento del riesgo obstétrico, un estudio realizado por la revista internacional de Obstetricia y Ginecología (por sus siglas en inglés BJOG), publicó, en la encuesta de múltiples países sobre salud materna y neonatal de la OMS, que las cifras de embarazadas adolescentes con complicaciones en el embarazo son frecuentes en mujeres entre los 10 a 19 años comparado con aquellas entre los 20 a 24 años.¹³

Dentro de las complicaciones obstétricas más frecuentes tenemos: anemia, abortos, partos pretérmino, ruptura prematura de membranas, embarazos ectópicos, diabetes gestacional, tipos de problemas hipertensivos en el embarazo (hipertensión gestacional, preeclampsia y eclampsia). Con respecto a las complicaciones fetales: retraso en el crecimiento uterino, bajo peso al nacer, síndrome de dificultad respiratoria, síndrome de membrana hialina, síndromes de abstinencia (cuando hay consumo de drogas), malformaciones congénitas por alteraciones cromosómicas, entre otros.¹

Existen además estudios que revelan que el embarazo adolescente también es causa de problemas psicológicos, sobre todo de depresión y abuso de sustancias. Un estudio en Australia demostró que 20.3% de las adolescentes embarazadas usan marihuana y que de este, 33.5% son consumidoras de varios tipos de drogas.¹³ El abuso de alcohol y tabaco es un problema asociado a este tipo de consumo, aunque por otro lado existen estudios que

prueban que para algunas adolescentes el embarazo sirve como incentivo para el cese de estas prácticas. ¹⁴

Según el Comité Canadiense de Pediatría y Ginecología y Obstetricia Adolescente (por sus siglas en inglés CANPAGO) el porcentaje de depresión en adolescentes es del 4% al 8% y que con el embarazo en este periodo aumenta casi al doble, 16 a 44%. Los momentos más críticos son el segundo y tercer trimestre de embarazo y las complicaciones repercuten también en la vida del niño y de la madre pues son un factor determinante de embarazos posteriores. ¹³

Con lo mencionado anteriormente, a pesar de que existen muchas estrategias y proyectos a nivel nacional para mejorar las cifras de embarazos adolescentes, aún quedan las preguntas, ¿Por qué las cifras de este tipo de problema social, siguen en aumento? ¿Cuáles son las causas del mismo? ¿De qué forma fallan las medidas preventivas?

1.3 JUSTIFICACION

En el Ecuador, se han realizado varios trabajos sobre el embarazo adolescente, debido a su alta prevalencia, pero las estrategias nacionales para su prevención no siempre llegan a todos los habitantes, sobre todo a aquellos que residen en sectores rurales, en donde este problema tiene una mayor frecuencia.

No es alarmante conocer, casos de adolescentes entre los 15 a 19 años que cursan su segundo o tercer embarazo. La falta de preocupación social por parte del medio en la que estas se desenvuelven puede ser, en gran parte, la causa del porque las medidas gubernamentales no cumplen con sus objetivos, perpetuando así el mismo círculo de pobreza económico, cultural y académico.

Se propone el siguiente estudio con la finalidad determinar la prevalencia de embarazo adolescente en el centro de salud de un área rural, para evidenciar que el porcentaje actual es mucho mayor al reportado. Así mismo se busca relacionar la edad materna con el desarrollo de complicaciones que pueden llegar a ser potencialmente mortales en caso de no ser atendidas de manera correcta para de esta manera, mejorar la eficacia y calidad de los controles prenatales.

1.4 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECIFICOS

1.4.1 Objetivo General

Determinar la prevalencia del embarazo en adolescentes atendidas en consulta externa en el centro de salud de pascuales desde Enero hasta Diciembre del 2017

1.4.2 Objetivos específicos

- Establecer las características demográficas de las adolescentes embarazadas.
- Categorizar el riesgo obstétrico en las embarazadas adolescentes y su relación con la edad materna.
- Relacionar la edad materna con el desarrollo de comorbilidades durante el embarazo: anemia, leucorrea, diabetes e hipertensión gestacional.

1.5 PREGUNTAS DE INVESTIGACION

1.5.1 ¿Cuál es el porcentaje de embarazadas adolescentes atendidas en el centro de salud pascuales? ¿Es dicha prevalencia significativa?

1.5.2 ¿Cuál es el tipo de complicación del embarazo más frecuente?
¿Esta esto relacionado con la edad materna?

1.5.3 ¿Existe mayor riesgo obstétrico en cuanto menor sea la edad materna?

1.6 FORMULACION DE HIPOTESIS

H1: La edad materna está relacionada con el desarrollo de complicaciones durante el embarazo y aumento del riesgo obstétrico.

1.7 LIMITES DEL ESTUDIO

Tomando en cuenta que el estudio es de tipo retrospectivo, da paso a que muchas de las historias clínicas no tengan los datos completos, puesto que no se tiene control de la información registrada, por lo que existe una cantidad de objetos de estudios que no serán incluidos en el mismo, otorgándole así un porcentaje de sesgo.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 MARCO TEORICO

Adolescencia

Según la OMS adolescencia se define como el periodo de la vida que va de 10 a 19 años, luego de la niñez y antes de la adultez, es un periodo lleno de cambios tanto biológicos como sociales y psicológicos que son determinantes en la vida de las personas. ¹

Según la UNICEF Ecuador, es el periodo después de la infancia que viene marcado por la pubertad, por lo que define como la etapa entre los 12 a 17 años, período en donde la persona se llena de planes que determinan el futuro de la misma. ^{12, 2}

Más allá de los cambios biológicos y fisiológicos, es un período en donde comienza la preparación para la adultez con búsqueda de independencia e inicio de la estabilidad económica, el desarrollo de identidad y de aptitudes que son necesarias para asumir con responsabilidad las tareas de la vida adulta. ¹⁵

Cambios físicos en la adolescencia

Dentro de los cambios físicos desarrollados en la adolescencia, podemos clasificarlos como tres sub períodos: adolescencia temprana (11 a 13 años), moderada (14 a 18 años) y tardía (19 a 21 años)¹⁶.

La adolescencia temprana comienza con la pubertad, en la cual ocurren cambios como crecimiento de vello corporal, aumento de la sudoración y producción de grasa en zonas como cabello y piel. ¹⁷ En las mujeres aumento de seno (crecimiento de glándula mamaria por el termino de maduración de

la misma) y la menarquia. ¹⁸ En los niños crecimiento de testículos y del pene y profundización de la voz. En los dos sexos hay un aumento exagerado de peso y de altura además del desarrollo del interés sexual. ¹⁹

En la adolescencia media culmina la pubertad y el crecimiento físico se enlentece tanto para los niños y las niñas, pero continua el desarrollo de la capacidad abstracta, además se desarrolla una mayor capacidad para establecer metas, aumenta interés en las situaciones morales y el pensamiento sobre significado a la vida.¹⁷

Para la adolescencia tardía ya hay un desarrollo completo de la mujer, el hombre continuo con su desarrollo sobre todo con la ganancia de peso, altura, masa muscular y vello del cuerpo. Para los dos ya existe la habilidad casi completa de pensar, tomar decisiones, aumenta su preocupación por el futuro y continúa con el interés en aspectos morales. ¹⁷

Cambios psicológicos durante la adolescencia

Con respecto al desarrollo emocional y social, podemos clasificarlos en subperiodos: en la etapa temprana empiezan los problemas de identidad, se comienzan a sentir incómodos consigo mismos, sobre todo con su cuerpo, aumenta el conflicto con los padres, la influencia del ambiente externo, el deseo de independencia, cambios de humor, intimidad y una tendencia a tener actitudes “infantiles”. ^{20,21}

En la adolescencia media, se intensifica el deseo de desenvolvimiento propio, cambios entre grandes expectativas y un bajo o mal concepto de sí mismos, continúa la aceptación de los nuevos cambios físicos, hay tendencia a la distancia con los padres como parte de la independencia, hacen amistades por asuntos de popularidad, comienzan los sentimientos de amor y pasión. ²⁰

2

En la adolescencia tardía ya hay un sentido más firme de la identidad, aumenta la estabilidad emocional, la preocupación por los demás,

independencia y autoconfianza, las relaciones de amistad se vuelve más importantes, sólidas y duraderas, las tradiciones sociales y culturales ya comienzan con más importancia. ^{20 22}

Embarazo

El embarazo según el colegio americano de ginecología y obstétrica (por sus siglas en inglés) lo define como los nueve meses aproximadamente para los que la mujer lleva un embrión en desarrollo. ¹

Cambios físicos del embarazo

Durante el embarazo la mujer pasa por una serie de cambios importantes con los que su cuerpo se prepara y se adapta para el desarrollo fetal. Estos cambios comienzan justo después de la concepción, es importante destacar que no todas las embarazadas presentan síntomas producto de estos cambios pero que son muy frecuentes por lo que se describirán a continuación.^{17 21}

Cambios hematológicos

- Aumento del volumen plasmático
- Disminución de hemoglobina y hematocrito
- Cambios en el volumen corpuscular medio
- Disminución de plaquetas (o pueden estar normal)
- Estado de hipercoagulabilidad

Cambios cardíacos

- Gasto cardíaco aumenta en un 20%
- Vasodilatación de la vasculatura periférica.
- Disminución de 25 al 30% de la resistencia vascular periférica.

Cambios renales

- Aumento del flujo renal
- Vasodilatación aumentada
- Aumento de la presión hidrostática

Cambios respiratorios

- Aumenta la demanda de oxígeno en un 20% por aumento de la tasa de metabolismo.
- Aumento del 40 al 50% en la ventilación por minuto como consecuencia de un aumento en la frecuencia respiratoria.
- Hiperventilación aumenta PO₂ y PCO₂ baja con baja de HCO₃ de forma compensatoria.

Cambios digestivos

- Náusea y vómitos afectan al 50 y al 90%
- Las náuseas terminan en la semana 20 pero el 10 al 20% siguen experimentando los mismos síntomas después de este periodo.
- Acerca del 0.5 al 3% de las embarazadas experimentan hiperémesis gravídica que resulta en deshidratación, alteraciones hidroelectrolítica, cetonuria, pérdida de peso y de vitaminas y minerales.

Cambios endócrinos

- Aumento en la producción de la globulina fijadora de tiroxina (TBG) en el hígado que aumenta los niveles de T₄ y T₃ pero no tienen significancia clínica y bajan al inicio del tercer trimestre.
- Deficiencia de yodo por aumento de su excreción urinaria.

Cambios metabólicos

- El embarazo produce un estado diabetogénico porque las reservas de glucosa maternas pasan al feto para promover el desarrollo y mantenimiento adecuado de la nutrición maternal.
- La resistencia a la insulina comienza en el segundo trimestre y tiene un pico en el tercer trimestre debido a hormonas como: lactógeno placentario, hormona de crecimiento, progesterona, cortisol y prolactina.

Cambios en metabolismo de lípidos

- Aumento de los niveles totales de colesterol y triglicéridos como resultado del aumento de síntesis hepática y disminución de la actividad de la enzima lipoproteína lipasa.
- LDL aumenta hasta un 50% a término del embarazo.

Complicaciones del embarazo

Existen muchas complicaciones que la mujer puede experimentar durante el embarazo ²³ y se puede clasificar en dos grupos:

- **MATERNAS:** placenta previa, anemia, diabetes gestacional, problemas hipertensivos (preeclampsia, eclampsia), etc.
- **FETALES:** prematuridad, retraso en el crecimiento uterino (RCIU), bajo peso al nacer, fracturas del nacimiento, entre otros.

Complicaciones maternas

- **Placenta previa:** Alteración de la implantación placentaria en el que, este órgano se encuentra cerca del orificio del cérvix lo que puede producir en etapas avanzadas de desarrollo (a partir del tercer trimestre). Existen varios tipos y de estos dependen la gravedad (localización de la implantación) en cuanto más cerca se encuentre el orificio interno del cérvix, mayor riesgo de parto prematuro.^{24 3 25}
- **Anemia:** Anemia en el embarazo es definida como valores iguales o menores de 11mg/dL. Usualmente son de origen ferropénicos, por lo que las guías sobre anemia en el embarazo siempre recomiendan como tratamiento de primera línea el reemplazo de hierro es decir, suplir la deficiencia. ^{3 20 26}
- **Diabetes gestacional:** Se define como diabetes gestacional a toda embarazada que pasada las 20 semanas de gestación presenta niveles de glucosa por encima de 100 y se confirma con la prueba de tolerancia a la glucosa, luego de la primera hora de administrado 75 mg de glucosa, los niveles séricos son de 125 o menos. Valores por encima de 125 indican que la diabetes es un problema crónico y previo al embarazo.^{27,28}

- **Problemas hipertensivos del embarazo:** podemos mencionar dos importantes: preeclampsia y eclampsia. Estos producen grandes complicaciones durante el embarazo y son determinantes de morbi mortalidad en el mismo. La diferencia entre los dos es la presencia o no de afectación neurológica definida como convulsiones y alteración del estado de conciencia. Cada una puede clasificarse en leve y severa dependiendo de la afectación a órganos dianas.^{29, 30}

2.2 MARCO CONCEPTUAL

- **Niñez:** Primera etapa de la vida, que comprende desde el nacimiento hasta la pubertad.
- **Adolescencia:** Segunda etapa de la vida que comprende desde la pubertad hasta la adultez.
- **Adultez:** Tercer periodo de la vida que comprende entre la adolescencia y la vejez
- **Pubertad:** Periodo de la vida en la que los individuos comienzan con la maduración sexual y fisiológica. Desarrollo de caracteres sexuales primarios y secundarios.
- **Independencia:** Condición en la que una persona, cosa, situación etc. Es autónomo, es decir no depende de otra cosa.
- **Aptitudes:** Capacidad de una persona para realizar con éxito una tarea.
- **Menarquia:** Primera menstruación.
- **Identidad:** situación en la que una persona tiene características que la hace única.
- **Intimidad:** Podemos referirlo de dos maneras, sentimientos profundos de una persona y relación de amistad de mucha confianza.
- **Autoconfianza:** Convencimiento sobre uno mismo.
- **Tradiciones:** transmisión de ideas, cultura, ceremonias, etc. De una generación a otra que se hacen usualmente como costumbre.
- **Embarazo:** período en los que un feto crece dentro del útero de la mujer, con variación en el término del mismo.
- **Concepción:** viene de la acción de concebir, engendrar.

- **Hematológico:** referente a la sangre.
- **Plasmático:** referente al plasma.
- **Hemoglobina:** pigmento rojo de los hematíes que permite la captación de oxígeno. Se mide en g/dl
- **Hematocrito:** es el volumen total de hematíes en relación a la concentración total de la sangre.
- **Hipercoagulabilidad:** Estado en el que existe una mayor formación de coágulos o una tendencia a este.
- **Volumen corpuscular medio:** es la medida del volumen medio de los hematíes.
- **Gasto cardíaco:** Medida que determina que cantidad de sangre es bombeada por el corazón por minuto.
- **Resistencia vascular periférica:** Medida que representa la resistencia que hace el lecho vascular al paso de sangre
- **Vasodilatación:** Proceso en el cual, existen un aumento de tono de la vasculatura.
- **Presión hidrostática:** presión dependiente del peso de un fluido en reposo.
- **Oxígeno:** gas incoloro e inodoro, como parte de algunas sustancias como aire, agua etc.
- **Metabolismo:** Conjunto de cambios químicos, biológicos y físicos que ocurren dentro de un organismo.
- **Ventilación:** Proceso por el cual el aire que está en el ambiente llega a los alveolos para producir el intercambio gaseoso.
- **Frecuencia respiratoria:** Número de veces por minuto en el que respira espontáneamente un paciente.
- **Hiperventilación:** Aumento de la frecuencia respiratoria.
- **Hiperémesis gravídica:** Complicación del embarazo en donde hay la presencia de náuseas y vómitos de manera aumentada (intensa) que puede tener repercusión en el estado de la paciente.
- **Diabetogénico:** Que tiene un comportamiento similar a la diabetes (aumento de glucosa)

- **Lactógeno placentario:** somatotropina coriónica de tipo péptido secretado por la placenta que permite la preparación del tejido mamario en las etapas finales de la gestación.
- **Dislipidemia:** presencia de niveles altos de cualquier tipo de colesterol debido a que existe un aumento en el metabolismo de los mismos.
- **Preeclampsia:** Problema hipertensivo del embarazo se puede clasificar como leve o severo en dependencia de si tiene afectación a órgano diana.
- **Eclampsia:** presencia de convulsiones en la mujer durante el embarazo o el puerperio.
- **Prematuridad:** Nacimiento de un niño antes de las 40 semanas de gestación.
- **Prevalencia:** Todos los casos sobre determinado problema, enfermedad, situación, etc.
- **Incidencia:** Número de casos nuevos sobre determinado problema, enfermedad, situación etc.

CAPITULO III

MATERIALES Y METODOS

3.1 TIPO DE ESTUDIO

Observacional, Serie de casos.

3.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACION

El presente es un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo de enfoque cuantitativo.

Los estudios observacionales son aquellos que nos permiten describir y analizar las frecuencias y características más importantes del tema a analizar, permitiendo así conocer su historia natural sin intervenir de cualquier forma sobre el mismo. A su vez estos pueden ser:

- Series de casos
- Caso control
- Descriptivo transversales
- Cohorte
- Cohorte histórico

Con respecto al tiempo en el que se recogió la información, este estudio es a su vez retrospectivo, pues se analizaron los datos de todas las embarazadas atendidas en el centro de Salud "Pascuales" durante enero a diciembre del 2017.

El enfoque es de tipo cuantitativo, según Blasco y Pérez (2007) este permite establecer relaciones de tipo causales entre las variables del estudio de manera que se puede llegar a comprender y analizar problemas derivados del mismo y de esta forma inferir la naturaleza del comportamiento de las mismas.

3.2.1 Localización

Centro de Salud Pascuales

3.2.2 Período

Enero a Diciembre del 2017

3.2.3 Operacionalización de las variables

VARIABLES		DEFINICION	DIMENSION	INDICADOR	NIVEL DE MEDICION	INSTRUMENTO DE MEDICION
Demográficos	Edad	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento	Todas las pacientes atendidas en el centro de salud Pascuales entre los 15 a 19 años.	<ul style="list-style-type: none"> • 15 años • 16 años • 17 años • 18 años • 19 años 	Cualitativa/Ordinal	Historia clínica
Semanas de gestación	Periodo de embarazo (trimestre)	Periodo de tiempo en el que una mujer esta embarazada, igual a edad gestacional	Semanas de gestación de las pacientes embarazadas adolescentes atendidas en el centro de Salud Pascuales.	<ul style="list-style-type: none"> • Primer trimestre • Segundo Trimestre • Tercer Trimestre 	Cualitativa/Ordinal	Historia clínica
Antecedente obstétrico	Gestas	Número de gestaciones previas.	Numero de gestaciones previas en las embarazadas adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> • 0 • 1 • 2 • >3 	Cuantitativa/ordinal	Historia Clínica
Complicaciones del embarazo	Anemia en el embarazo	Disminución de la cantidad de glóbulos rojos expresado en hemoglobina menor de 11g/dL como consecuencia del embarazo	Todas las embarazadas adolescentes atendidas en el centro de salud Pascuales con cifras de hemoglobina menores de 11g/dL.	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Cualitativa/Nominal	Historia clínica

	Secreciones vaginales	Aumento de las secreciones vaginales, producto de una infección en este sitio anatómico.	Todas las embarazadas adolescentes que presentaron leucorrea como manifestación de una infección vaginal.	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Cualitativa/Nominal	Historia clínica
	Diabetes Gestacional	Aumento de cifras de glucemia durante el embarazo, diagnosticado con test de tolerancia oral a la glucosa mayor a 180 mg/dL en la primera hora.	Todas las embarazadas adolescentes atendidas en el centro de salud Pascuales con cifras de glucosa post PTOG mayor de 180 mg/dl en la primera hora.	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Cualitativa/Nominal	Historia clínica
	Hipertensión en el embarazo	Aumento en las cifras de presión arterial, según el MSP: aumento de presión sistólica >140 mmHG y de diastólica >90 mm Hg en cualquier momento del embarazo y en ausencia de proteinuria.	Todas las embarazadas adolescentes atendidas en el centro de salud Pascuales con cifras de presión arterial mayor de 140 mmHG sistólica y diastólica >90 mmHG en cualquier momento del embarazo y en ausencia de proteinuria	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Cualitativa/Nominal	Historia clínica
Riesgo obstétrico	Score mama	Puntuación utilizada para valorar y clasificar la	Riesgo obstétrico de las embarazadas adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> • Sin riesgo • Con riesgo 	Cualitativa/Ordinal	Historia clínica

		gravedad de las embarazadas.	atendidas en el centro de salud Pascuales			
--	--	------------------------------	---	--	--	--

3.3 POBLACION Y MUESTRA

3.2.1 Población de estudio

Todas las pacientes embarazadas atendidas en el centro de salud “Pascuales”

3.2.2 Muestra

Todos los pacientes del universo que cumplen con los criterios de inclusión y exclusión.

3.4 CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION

3.3.1 Criterios de inclusión

- Pacientes entre 15 a 19 años
- Historia clínica con datos completos

3.3.2 Criterios de exclusión

- Pacientes con alguna enfermedad diagnosticada antes del embarazo.
- Pacientes que no acudieron a más de dos citas de control prenatal.

3.5 INSTRUMENTOS Y HERRAMIENTAS DE INVESTIGACION

Los datos fueron recolectados a partir del registro anual del departamento de estadística del centro de salud Pascuales y de las historias clínicas, haciendo uso de una ficha recolectora la misma que contiene: Edad, escolaridad, estado civil, antecedente gineco-obstétricos que abarcan número de gestas, abortos,

partos, cesáreas; presencia de anemia, secreciones vaginales, diabetes e hipertensión gestacional y riesgo obstétrico.

3.5.1 Diseño estadístico.

Con respecto a la estadística a utilizar en el estudio, frecuencia y porcentaje son los métodos escogidos. Para el análisis entre variables, debido a la naturaleza de las mismas (cualitativas) se usara Chi cuadrado de Pearson y tablas de contingencia con un intervalo de confianza del 95% de esta manera se probará la significancia estadística de las mismas.

Para la creación de la base de datos se utilizó el programa Microsoft Excel, luego del mismo se tabulo la información con el programa SPSS statistics creando tablas y gráficos para el análisis estadístico.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Para la realización del estudio se cuenta con la aprobación de las autoridades del centro de salud Pascuales con quienes se trabajó conjuntamente pues la investigación arrojará resultados que el centro utilizara para establecer nuevas formas y cambios en la atención de las embarazadas del grupo poblacional a estudiar. Se recalca que no se viola ningún tipo de derecho de confidencialidad de las pacientes del estudio.

CAPITULO IV

RESULTADOS

La población total consto de 3041 embarazadas atendidas en el centro de salud pascuales durante el período de estudio, de las cuales, se seleccionaron 810 pacientes adolescentes entre 15 y 19 años. Del mismo solo 165 registros cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. (Ver tabla 2)

De todas las embarazadas atendidas en el centro de Salud Pascuales durante el periodo de enero a diciembre del 2017 (3041 pacientes), el 27% (n=810) corresponde a mujeres entre los 15 y 19 años. Con respecto a la variable edad, se encontró que los embarazos adolescentes se dieron con más frecuencia en mujeres entre los 18 y 19 años, 51% (n=84); seguido de 17 años, 22% (n=37), 16 años, 18% (n=29) y 15 años 9% (n=15). (Ver tabla 3)

La fórmula de prevalencia es:

$$\frac{\text{Número de casos a establecer prevalencia}}{\text{Total de población.}} \times 100$$

Al reemplazar la ecuación se obtiene 810/3041, lo que dio como resultado 0.2663. Es decir que 26 mujeres embarazadas por cada 100 al año que son atendidas en el centro de salud pascual, aún se encuentra en la adolescencia (entre 15 y 19 años).

Se observa en la tabla 4, la frecuencia del período del embarazado en el que se hicieron los controles prenatales, siendo el tercer trimestre, el período en donde más atenciones se realizaron en un 54% (n=89), seguido del segundo trimestre con 44% (n=72) y primer trimestre 2% (n=4).

Con respecto a la complicaciones, la tabla 5 muestra la distribución de la variable anemia, en la que se encontró que un 31.5% (n= 52) de las embarazadas adolescentes atendidas tenían cifras de hemoglobina menores de 11mg/dL durante el primer y tercer trimestre y de 10.5mg/dl; en el segundo

trimestre un 68.5% de las mismas tenían cifras de hemoglobina dentro de los parámetros normales.

Se procedió a analizar la relación entre la edad materna y la presencia o no de anemia, para lo cual se manejó una tabla de contingencia entre dichas variables, el análisis estadístico con chi cuadrado reflejó un valor P de 0.060 con un intervalo de confianza de 95%, lo que indica que estas variables son independientes entre sí, es decir, parece no existir relación entre la edad materna y bajos niveles de hemoglobina.

En la tabla 6 se muestra la distribución de la variable secreción vaginal, encontrándose así que solo un 16.4% (n=27) de las pacientes presentaba leucorrea y un 83.6% (n=138) de las mismas no presentaba dicha complicación. Se relacionó esta variable junto con los trimestres de embarazo obteniendo $p=0.762$ con un IC de 95%, por lo que se puede inferir que la presencia de leucorrea es mucho más frecuente durante el tercer trimestre. En el grafico 4 podemos observar dicho comportamiento, pues a medida que aumentan las semanas de gestación, mayor es la cantidad de pacientes que presentaron leucorrea.

Con respecto a la variable diabetes gestacional, la tabla 9 muestra que un 6% (n=10) de las pacientes tenían diabetes gestacional (definida como aumento de la cifras de glucosa de más de 90 mg/dL en cualquier momento del embarazo) al contrario un 94% de las mismas (n=155) no tenían esta complicación. Se procedió a analizar la relación entre la edad materna y los niveles de glucosa, obteniendo un valor de significancia de $p=0.781$ con IC de 95% indicando que no existe relación estadísticamente significativa entre las mismas.

En la tabla 11 tenemos la distribución de la variable hipertensión arterial (definida como presión arterial mayor de 140mmHg sistólica y 90 mmHg diastólica según guía MSP), se encontró que solo un 3.6% de las gestantes (n=6) tenían niveles de presión arterial por encima de los valores mencionados, y que un 96.4% (n=159) de las pacientes permanecieron normotensas durante el embarazo. Se procedió a analizar relación de dos variables (edad materna y los trimestres de embarazo) con Hta arterial y se

obtuvo una significancia estadística de $p=0.071$ y $p=0.075$ con un IC de 95% respectivamente que indican que no existe relación entre edad materna y trimestres de embarazo con el aumento de presión arterial durante el embarazo.

Con respecto a gestas, se obtuvo que el 49.4% ($n=85$) con DE 0.74 de las embarazadas adolescentes son primigestas, seguido de un 40.7% ($n=70$) con un hijo, y solo un 7.6% ($n=13$) de ellas más de 2 hijos.

Sobre el riesgo obstétrico, la tabla 15 muestra la distribución del mismo, se encontró que un 60.6% de las embarazadas presentaban riesgo obstétrico ($n=100$) y que un 39.4% ($n=65$) no presentaban ningún riesgo obstétrico, se analizó así su relación con la edad materna, con un IC de 95% se obtuvo una significancia estadística de $p=0.011$ que permite inferir que la edad materna está relacionada con el aumento del riesgo obstétrico.

Finalmente, se analizó la relación entre las complicaciones del embarazo (anemia, secreción vaginal, diabetes e hipertensión gestacional) con el riesgo obstétrico, de lo que se obtuvo:

- Existe relación entre la anemia (OR 1.52, IC95% 0.763-3.028) y secreción vaginal (OR 1.366, IC95% 0.573-3.258) con el aumento del riesgo obstétrico en las embarazadas adolescentes.
- No existe relación entre Hipertensión gestacional (OR=0.639, IC95% 0.125 -3.268) y diabetes gestacional (OR = 0.632, IC95% 0.175-2.274) con el aumento del riesgo obstétrico en las embarazadas adolescentes.

DISCUSIÓN

El embarazo adolescente continua siendo una problemática que actualmente se encuentra en constante ascenso. La prevalencia obtenida en este estudio es de 26% la cual es mayor a la reportada por la INEC de 20% en el último censo realizado en el año 2015 lo que comprueba el aumento de la misma durante los últimos años.

De las 165 embarazadas adolescentes analizadas, 84% se encontraban entre los 17 y 18 años de edad, siendo la media de edad 17 años con una DE (1.26). Los controles prenatales llevados a cabo por el centro de salud parecen estar cumpliendo con la normativa del MSP (al menos 4 controles prenatales durante todo el embarazo) puesto que un 54% de los objetos de estudios se encontraban cursando su tercer trimestre de embarazo.

Los problemas del embarazo adolescente afectan no solo a la madre (desarrollo de hipertensión arterial, diabetes gestacional, anemias, depresión postparto, parto prematuro, desproporciones cefalopélvicas, presentaciones fetales distócicas, mortalidad materna) sino también al producto (nacimientos pretérmino, retraso en el crecimiento, malformaciones congénitas, falla en el cierre del tubo neural, retraso mental, mortalidad perinatal, ente otros). De las complicaciones maternas encontradas, el 32% de los pacientes presentaron anemia, seguido de 16.4% con leucorrea, 6.1% con diabetes gestacional y solo un 3.6% con hipertensión gestacional.

La anemia (OR 1.52 $p=0.232$) y la secreción vaginal (como síntoma de infección vaginal) (OR 1.366 $p=0.315$) constituyen un factor de riesgo importante para el aumento del riesgo obstétrico, no así lo son la hipertensión (OR 0.639 $p=0.443$) y la diabetes (OR 0.632 $p=0.348$) gestacional sin embargo es importante mencionar que esta relación no es significativa puesto que la literatura menciona a la hipertensión y diabetes gestacional como indicadores directos de riesgo obstétrico aumentado.

A pesar de que las primigestas (49.7%) presentaban mayor riesgo obstétrico 28.48% que las mujeres que ya tenían al menos un hijo 27.27%, no se encontró una relación estadísticamente significativa entre ambas ($p=0.194$ IC 95%).

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. La prevalencia del embarazo adolescente en las mujeres atendidas en el centro de salud pascuales es del 28%, en la que predominan aquellas que tienen entre 17 y 18 años correspondiente al 84%.
2. De los antecedentes obstétricos, el 49.7%, es decir, la mitad de las embarazadas, son primigestas, pero este porcentaje no está asociado con el desarrollo de complicaciones que determinen un aumento del riesgo obstétrico.
3. La leucorrea (OR 1.366 $p=0.315$) y la anemia (OR 1.52 $p=0.232$) están relacionadas con el aumento del riesgo obstétrico de las embarazadas adolescentes.
4. En este estudio la diabetes (OR 0.632 $p=0.348$) y la hipertensión (0.639 $p=0.443$) no determinaron elevación del riesgo obstétricos en las embarazadas adolescentes.
5. La edad no está relacionada con el desarrollo de anemia ($p=0.062$), diabetes ($p=0.836$) e hipertensión ($p=0.071$) gestacional.
6. La edad materna aumenta el grado de riesgo obstétrico, en este estudio se encontró que dicha relación tiene una significancia de $p=0.011$ con IC 95% que comprueba lo descrito en la literatura.

Por lo anterior expuesto se recomienda:

- Mejorar los controles prenatales de las embarazadas adolescentes con la finalidad de evitar complicaciones como infecciones vaginales y anemia las cuales aumentan el riesgo obstétrico.
- Realizar un mejor seguimiento con las cifras tensionales y de glucosa en las embarazadas adolescentes, pues esta descrito en la literatura que estas están relacionadas con el desarrollo de riesgo obstétrico alto.

BIBLIOGRAFÍA

1. WHO guidelines on preventing early pregnancy and poor reproductive health outcomes among adolescents in developing countries [Internet]. 2011 [citado el 22 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK304954/>
2. Cardona Duque DV, Ariza-Gerena A, Gaona-Restrepo C, Medina-Pérez ÓA. Conocimientos sobre sexualidad en adolescentes escolares en la ciudad de Armenia, Colombia. *Rev Arch Méd Camagüey*. 2015;19(6):568–576.
3. Matthews Mathai HS, Richard J. Guidotti. Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto [Internet]. Organización Panamericana de la Salud; 2010. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/WHO_RHR_00.7_spa.pdf
4. Baeza B, Póo AM, Vásquez O, Muñoz S, Vallejos C. Identificación de factores de riesgo y factores protectores del embarazo en adolescentes de la novena región. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2007;72(2):76–81.
5. Okumura JA, Maticorena DA, Tejeda JE, Mayta-Tristán P. Embarazo adolescente como factor de riesgo para complicaciones obstétricas y perinatales en un hospital de Lima, Perú. *Rev Bras Saúde Materno Infant*. diciembre de 2014;14(4):383–92.
6. INEC. Compendio Estadístico 2015. Inst Nac Estad Censo [Internet]. 2015; Disponible en: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas/Compendio/Compendio-2015/Compendio.pdf>
7. Ferreira Salazar C, García García K, Macías Leiva L, Pérez Avellaneda A, Tomsich C. Mujeres y hombres del Ecuador en cifras III: serie información estratégica. Quito: Editorial Ecuador; 2013.
8. Núñez-Urquiza RM, Hernández-Prado B, García-Barrios C, González D, Walker D. Embarazo no deseado en adolescentes, y utilización de métodos anticonceptivos posparto. *Salud Pública México*. 2003;45:s92s–102.
9. INEC. Estrategia Intersectorial de Prevención del Embarazo Adolescente y Planificación Familiar. Secr Téc Plan Toda Vida [Internet]. diciembre de 2011; Disponible en: http://www.todaunavida.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/04/Proyecto_enipla.pdf
10. Donas S. Adolescencia y juventud en América Latina. Ucol; 2001.
11. Constituyente EA. Constitución de la República del Ecuador. 2008;

12. Pérez Cristiá R. Salud de Adolescentes. Guía de supervisión. MSP. En: Curso regional sobre planificación, prevención y respuesta de los accidentes químicos en América Latina y el Caribe. Organización Panamericana de la Salud. Programa de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Coordinación del Socorro en Casos de Desastres; ECO; Organización Mundial de la Salud. Programa Internacional de Seguridad de Sustancias Químicas (PISSQ); 1993. p. 114–26.
13. Ganchimeg T, Ota E, Morisaki N, Laopaiboon M, Lumbiganon P, Zhang J, et al. Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multicountry study. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* marzo de 2014;121:40–8.
14. Salinas Mulder S, Castro Mantilla MD, Fernández Ovando C. Vivencias y relatos sobre el embarazo en adolescentes. 2014;
15. Mendoza Tascón LA, Claros Benítez DI, Peñaranda Ospina CB. Actividad sexual temprana y embarazo en la adolescencia: estado del arte. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2016;81(3):243–253.
16. Soma-Pillay P, Nelson-Piercy C, Tolppanen H, Mebazaa A. Physiological changes in pregnancy. *Cardiovasc J Afr.* el 18 de mayo de 2016;27(2):89–94.
17. Stang J, Story M. Adolescent growth and development. *Guidel Adolesc Nutr Serv.* 2005;1(6).
18. Chacko MR. Pregnancy in adolescents. UpToDate Wellesley MA UpToDate. 2007;
19. Ganchimeg T, Ota E, Morisaki N, Laopaiboon M, Lumbiganon P, Zhang J, et al. Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multicountry study. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* marzo de 2014;121:40–8.
20. Kawakita T, Wilson K, Grantz KL, Landy HJ, Huang C-C, Gomez-Lobo V. Adverse Maternal and Neonatal Outcomes in Adolescent Pregnancy. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* abril de 2016;29(2):130–6.
21. Maness SB, Buhi ER, Daley EM, Baldwin JA, Kromrey JD. Social Determinants of Health and Adolescent Pregnancy: An Analysis From the National Longitudinal Study of Adolescent to Adult Health. *J Adolesc Health.* junio de 2016;58(6):636–43.
22. Johnson W, Moore S. Adolescent pregnancy, nutrition, and health outcomes in low- and middle-income countries: what we know and what we don't know. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* septiembre de 2016;123(10):1589–92.
23. Tay F, Puell L, Neyra L, Seminario A. Embarazo en adolescentes: complicaciones obstétricas. *Rev Peru Ginecol Obstet.* 2015;45(3):179–182.

24. Méndez Y, Álvarez de la Rosa M, Pérez LP, Coloma M, Padilla AI, Troyano J. Marcadores séricos del primer trimestre y riesgo obstétrico en una población con alta prevalencia de obesidad. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2017;82(2):26–36.
25. Ministerio de Salud Pública. Diagnóstico y tratamiento de la anemia en el embarazo: Guía de práctica clínica. Quito: Ministerio de salud pública; 2014.
26. Fleming N, O’Driscoll T, Becker G, Spitzer RF, Allen L, Millar D, et al. Adolescent pregnancy guidelines. *J Obstet Gynaecol Can.* 2015;37(8):740–756.
27. Thompson D, Berger H, Feig D, Gagnon R, Kader T, Keely E, et al. Diabetes and Pregnancy. *Can J Diabetes.* abril de 2013;37:S168–83.
28. Bazzano AN, Green E, Madison A, Barton A, Gillispie V, Bazzano LA. Assessment of the quality and content of national and international guidelines on hypertensive disorders of pregnancy using the AGREE II instrument. *BMJ Open.* 2016;6(1):e009189.
29. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Trastornos Antihipertensivos del Embarazo. Ecuador. Quito, Ecuador; 2016. Disponible en: http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/MSP_Trastornos-hipertensivos-del-embarazo-con-portada-3.pdf

ANEXOS

TABLAS Y GRÁFICOS

TABLA N°2. POBLACIÓN Y MUESTRA DE ESTUDIO

GRUPOS ETARIOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<15 AÑOS	57	2%
15 Y 19 AÑOS	810	27%
>19 AÑOS	2174	71%
TOTAL	3041	100%

FUENTE: CENTRO DE SALUD PASCUALES.

ELABORADO POR: ANGIE GARCÍA Y FRANCISCO SAMPEDRO.

TABLA 3. DISTRIBUCIÓN DE EDAD ENTRE LOS 15 Y 19 AÑOS.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO
	A	E	
15.00	15	.5	9%
16.00	29	1.0	18%
17.00	37	1.2	22%
18.00	47	1.5	29%
19.00	37	1.2	22%
TOTAL	165	5.4	100%
PERDIDOS SISTEMA	2876	94.6	
TOTAL	3041	100.0	

ELABORADO POR: ANGIE GARCÍA Y FRANCISCO SAMPEDRO.

FUENTE: CENTRO DE SALUD PASCUALES

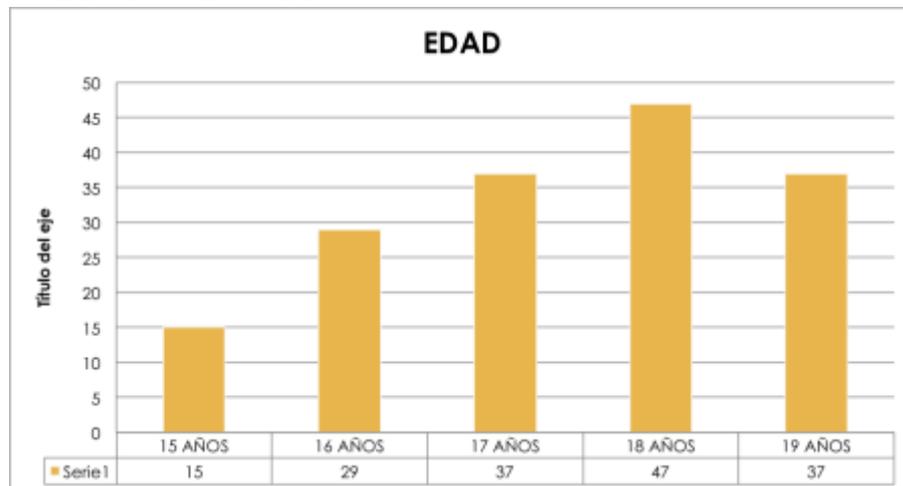
ESTADÍSTICOS

EDAD

N	VÁLIDOS	165
	PERDIDOS	0
	MEDIA	17.3758
	MEDIANA	18.0000
	MODA	18.00
	DESV. TÍP.	1.26081
	MÍNIMO	15.00
	MÁXIMO	19.00

ELABORADO POR: ANGIE GARCÍA Y FRANCISCO SAMPEDRO.
FUENTE: CENTRO DE SALUD PASCUALES

GRÁFICO N°1. PORCENTAJE DE EMBARAZADAS ADOLESCENTES ENTRE LOS 15 A 19 AÑOS.



ELABORADO POR: ANGIE GARCÍA Y FRANCISCO SAMPEDRO.
FUENTE: CENTRO DE SALUD PASCUALES

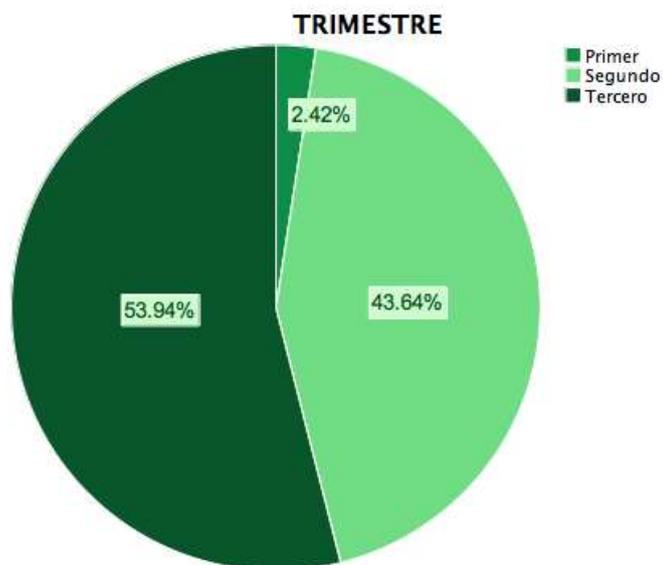
TABLA Nº4. DISTRIBUCIÓN DE LOS TRIMESTRES DE EMBARAZO EN LOS QUE SE REALIZARON LOS CONTROLES.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
VÁLIDOS	PRIMER	4	2.4	2.4
	SEGUNDO	72	43.6	46.1
	TERCERO	89	53.9	100.0
	TOTAL	165	100.0	100.0

ELABORADO POR: ANGIE GARCÍA Y FRANCISCO SAMPEDRO.

FUENTE: CENTRO DE SALUD PASCUALES

GRÁFICO Nº2. PORCENTAJE DE LOS TRIMESTRES DE EMBARAZO EN LOS QUE SE REALIZARON LOS CONTROLES



ELABORADO POR: ANGIE GARCÍA Y FRANCISCO SAMPEDRO.

FUENTE: CENTRO DE SALUD PASCUALES

TABLA N°5. DISTRIBUCIÓN DE ANEMIA

	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
NO	113	68.5	68.5	68.5
VÁLIDOS	52	31.5	31.5	100.0
TOTAL	165	100.0	100.0	

TABLA N°6. DISTRIBUCIÓN DE ANEMIA EN RELACIÓN CON LA EDAD MATERNA

			ANEMIA		TOTAL
			NO	SI	
EDAD (AGRUPADO)	<15	RECuento	13 ^A	2 ^A	15
		% DENTRO DE ANEMIA	11.5%	3.8%	9.1%
	15-16	RECuento	18 ^A	11 ^A	29
		% DENTRO DE ANEMIA	15.9%	21.2%	17.6%
	16-17	RECuento	22 ^A	15 ^A	37
		% DENTRO DE ANEMIA	19.5%	28.8%	22.4%
	17-18	RECuento	38 ^A	9 ^B	47
		% DENTRO DE ANEMIA	33.6%	17.3%	28.5%
TOTAL	18-19	RECuento	22 ^A	15 ^A	37
		% DENTRO DE ANEMIA	19.5%	28.8%	22.4%
		RECuento	113	52	165
		% DENTRO DE ANEMIA	100.0%	100.0%	100.0%

CADA LETRA DE SUBÍNDICE INDICA UN SUBCONJUNTO DE ANEMIA CATEGORÍAS CUYAS PROPORCIONES DE COLUMNA NO DIFIEREN SIGNIFICATIVAMENTE ENTRE SÍ EN EL NIVEL .05.

ELABORADO POR: ANGIE GARCÍA Y FRANCISCO SAMPEDRO.

FUENTE: CENTRO DE SALUD PASCUALES

PRUEBAS DE CHI-CUADRADO

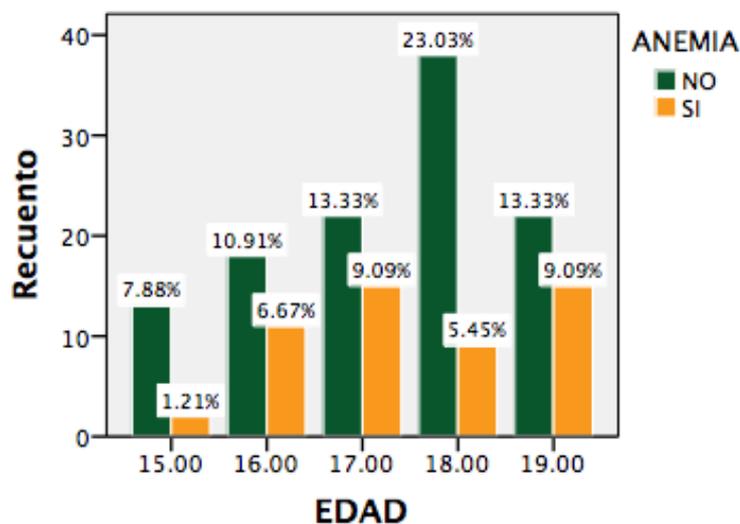
	VALOR	GL	SIG. ASINTÓTICA (BILATERAL)	SIG. EXACTA (BILATERAL)
CHI-CUADRADO DE PEARSON	8.974 ^A	4	.062	.060
RAZÓN DE VEROSIMILITUDES	9.538	4	.049	.055
ESTADÍSTICO EXACTO DE FISHER	9.036			.057
N DE CASOS VÁLIDOS	165			

A. 1 CASILLAS (10.0%) TIENEN UNA FRECUENCIA ESPERADA INFERIOR A 5. LA FRECUENCIA MÍNIMA ESPERADA ES 4.73.

ELABORADO POR: ANGIE GARCÍA Y FRANCISCO SAMPEDRO.

FUENTE: CENTRO DE SALUD PASCUALES

GRÁFICO N°3. DISTRIBUCIÓN DE LA PRESENCIA DE ANEMIA EN RELACIÓN CON LA EDAD MATERNA



ELABORADO POR: ANGIE GARCÍA Y FRANCISCO SAMPEDRO.

FUENTE: CENTRO DE SALUD PASCUALES

TABLA N°7. DISTRIBUCIÓN DE LA PRESENCIA DE SECRECIÓN VAGINAL

	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
NO	138	83.6	83.6	83.6
VÁLIDOS SI	27	16.4	16.4	100.0
TOTAL	165	100.0	100.0	

ELABORADO POR: ANGIE GARCÍA Y FRANCISCO SAMPEDRO.

FUENTE: CENTRO DE SALUD PASCUALES

TABLA N°8. DISTRIBUCIÓN DE LA PRESENCIA DE SECRECIÓN VAGINAL EN RELACIÓN CON EL TRIMESTRE DE EMBARAZO

		EDAD (AGRUPADO)					TOTAL	
		<15	15-16	16-17	17-18	18-19		
SECRECIÓN VAG	NO	RECuento	13 _A	23 _A	29 _A	41 _A	32 _A	138
		% DENTRO DE EDAD (AGRUPADO)	86.7%	79.3%	78.4%	87.2%	86.5%	83.6%
	SI	RECuento	2 _A	6 _A	8 _A	6 _A	5 _A	27
		% DENTRO DE EDAD (AGRUPADO)	13.3%	20.7%	21.6%	12.8%	13.5%	16.4%
TOTAL		RECuento	15	29	37	47	37	165
		% DENTRO DE EDAD (AGRUPADO)	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

CADA LETRA DE SUBÍNDICE INDICA UN SUBCONJUNTO DE EDAD (AGRUPADO) CATEGORÍAS CUYAS PROPORCIONES DE COLUMNA NO DIFIEREN SIGNIFICATIVAMENTE ENTRE SÍ EN EL NIVEL .05.

ELABORADO POR: ANGIE GARCÍA Y FRANCISCO SAMPEDRO.

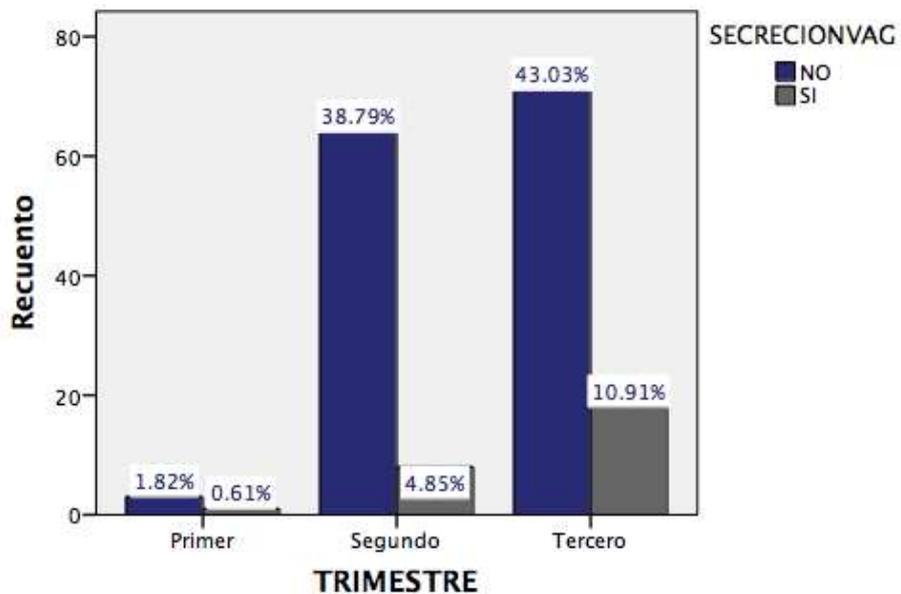
FUENTE: CENTRO DE SALUD PASCUALES

PRUEBAS DE CHI-CUADRADO

	VALOR	GL	SIG. ASINTÓTICA (BILATERAL)	SIG. EXACTA (BILATERAL)
CHI-CUADRADO DE PEARSON	1.909 ^A	4	.753	.762
RAZÓN DE VEROSIMILITUDES	1.875	4	.759	.782
ESTADÍSTICO EXACTO DE FISHER	1.929			.763
N DE CASOS VÁLIDOS	165			

A. 2 CASILLAS (20.0%) TIENEN UNA FRECUENCIA ESPERADA INFERIOR A 5. LA FRECUENCIA MÍNIMA ESPERADA ES 2.45.

GRÁFICO Nº4. DISTRIBUCIÓN DE LA PRESENCIA DE SECRECIÓN VAGINAL EN RELACIÓN CON EL TRIMESTRE DE EMBARAZO



ELABORADO POR: ANGIE GARCÍA Y FRANCISCO SAMPEDRO.

FUENTE: CENTRO DE SALUD PASCUALES

TABLA N°9. DISTRIBUCIÓN DE LA PRESENCIA DE DIABETES GESTACIONAL

	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
NO	155	93.9	93.9	93.9
VÁLIDOS	SI	10	6.1	100.0
TOTAL	165	100.0	100.0	

ELABORADO POR: ANGIE GARCÍA Y FRANCISCO SAMPEDRO.

FUENTE: CENTRO DE SALUD PASCUALES

TABLA N°10. DISTRIBUCIÓN DE DIABETES GESTACIONAL Y EDAD MATERNA.

		EDAD (AGRUPADO)					TOTAL	
		<15	15-16	16-17	17-18	18-19		
DIABETES GESTACIONAL	NO	RECuento	13 ^A	27 ^A	35 ^A	45 ^A	35 ^A	155
		% DENTRO DE EDAD (AGRUPADO)	86.7%	93.1%	94.6%	95.7%	94.6%	93.9%
	SI	RECuento	2 ^A	10				
		% DENTRO DE EDAD (AGRUPADO)	13.3%	6.9%	5.4%	4.3%	5.4%	6.1%
TOTAL		RECuento	15	29	37	47	37	165
		% DENTRO DE EDAD (AGRUPADO)	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

CADA LETRA DE SUBÍNDICE INDICA UN SUBCONJUNTO DE EDAD (AGRUPADO) CATEGORÍAS CUYAS PROPORCIONES DE COLUMNA NO DIFIEREN SIGNIFICATIVAMENTE ENTRE SÍ EN EL NIVEL .05.

ELABORADO POR: ANGIE GARCÍA Y FRANCISCO SAMPEDRO.

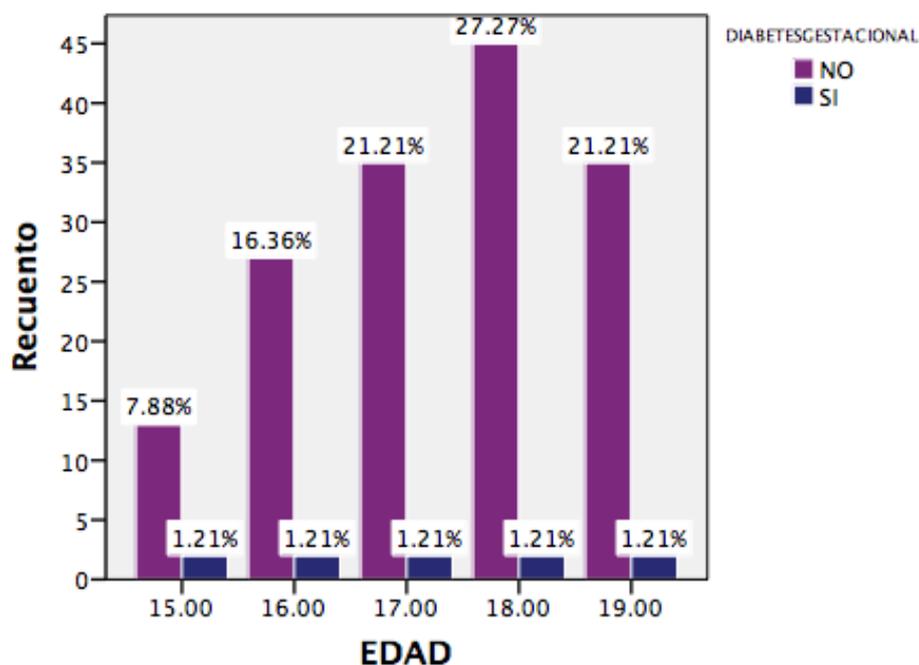
FUENTE: CENTRO DE SALUD PASCUALES

PRUEBAS DE CHI-CUADRADO

	VALOR	GL	SIG. ASINTÓTICA (BILATERAL)
CHI-CUADRADO DE PEARSON	1.754 ^A	4	.781
RAZÓN DE VEROSIMILITUDES	1.449	4	.836
N DE CASOS VÁLIDOS	165		

ELABORADO POR: ANGIE GARCÍA Y FRANCISCO SAMPEDRO.
FUENTE: CENTRO DE SALUD PASCUALES

GRÁFICO N°5. DISTRIBUCIÓN DE DIABETES GESTACIONAL EN RELACIÓN CON LA EDAD MATERNA.



ELABORADO POR: ANGIE GARCÍA Y FRANCISCO SAMPEDRO.
FUENTE: CENTRO DE SALUD PASCUALES

TABLA N°11. DISTRIBUCIÓN DE LA PRESENCIA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
NO	159	96.4	96.4	96.4
VÁLIDOS	6	3.6	3.6	100.0
S				
TOTAL	165	100.0	100.0	

ELABORADO POR: ANGIE GARCÍA Y FRANCISCO SAMPEDRO.

FUENTE: CENTRO DE SALUD PASCUALES

TABLA N°12. DISTRIBUCIÓN DE HTA ARTERIAL EN RELACIÓN CON LA EDAD MATERNA.

	HTA		TOTAL
	NO	SI	
15.00	14	1	15
16.00	29	0	29
EDAD 17.00	37	0	37
18.00	46	1	47
19.00	33	4	37
TOTAL	159	6	165

ELABORADO POR: ANGIE GARCÍA Y FRANCISCO SAMPEDRO.

FUENTE: CENTRO DE SALUD PASCUALES

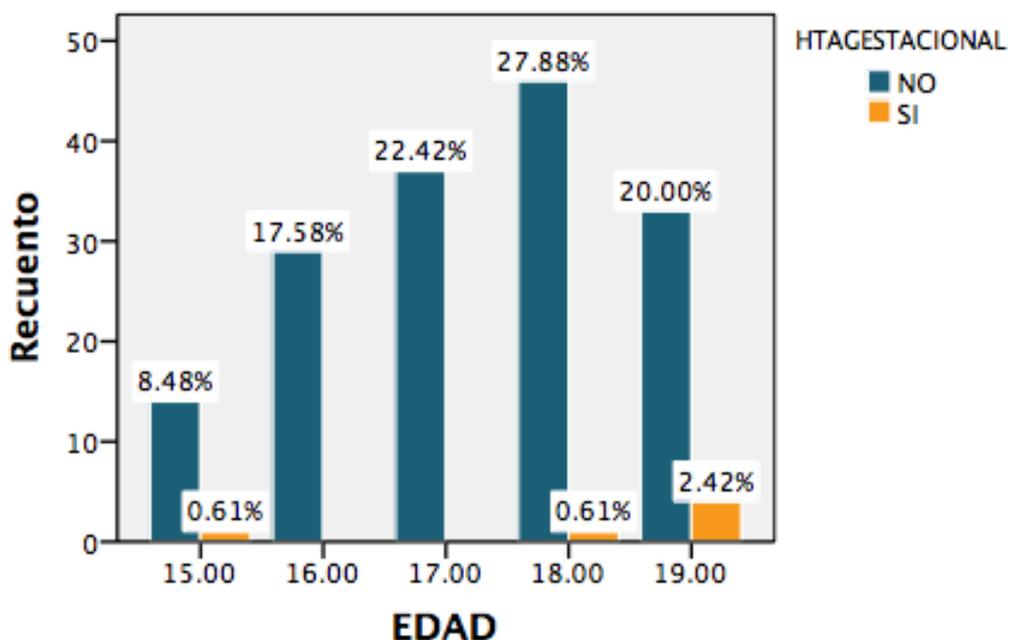
PRUEBAS DE CHI-CUADRADO

	VALOR	GL	SIG. ASINTÓTICA (BILATERAL)
CHI-CUADRADO DE PEARSON	8.624 ^A	4	.071
RAZÓN DE VEROSIMILITUDES	9.175	4	.057
N DE CASOS VÁLIDOS	165		

ELABORADO POR: ANGIE GARCÍA Y FRANCISCO SAMPEDRO.

FUENTE: CENTRO DE SALUD PASCUALES

GRÁFICO N°6. DISTRIBUCIÓN DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EMBARAZADAS ADOLESCENTES.



ELABORADO POR: ANGIE GARCÍA Y FRANCISCO SAMPEDRO.

FUENTE: CENTRO DE SALUD PASCUALES

TABLA N°13. DISTRIBUCIÓN DE GESTACIONES

	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
.00	82	49.7	49.7	49.7
1.00	70	42.4	42.4	92.1
VÁLIDOS S 2.00	6	3.6	3.6	95.8
3.00	7	4.2	4.2	100.0
TOTAL	165	100.0	100.0	

ELABORADO POR: ANGIE GARCÍA Y FRANCISCO SAMPEDRO.

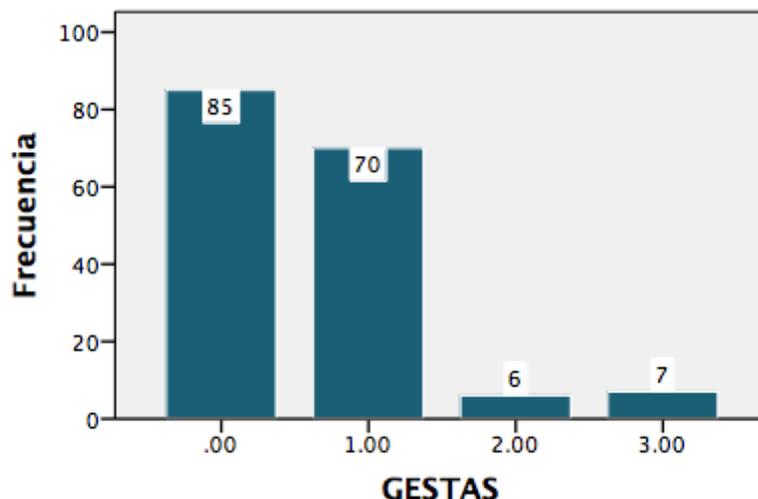
FUENTE: CENTRO DE SALUD PASCUALES

ESTADÍSTICOS

GESTAS

N	VÁLIDOS	168
	PERDIDOS	4
	MEDIA	.6131
	DESV. TÍP.	.74966

GRÁFICO N°7. GESTAS



ELABORADO POR: ANGIE GARCÍA Y FRANCISCO SAMPEDRO.

FUENTE: CENTRO DE SALUD PASCUALES

TABLA N° 14. DISTRIBUCIÓN DEL RIESGO OBSTÉTRICO

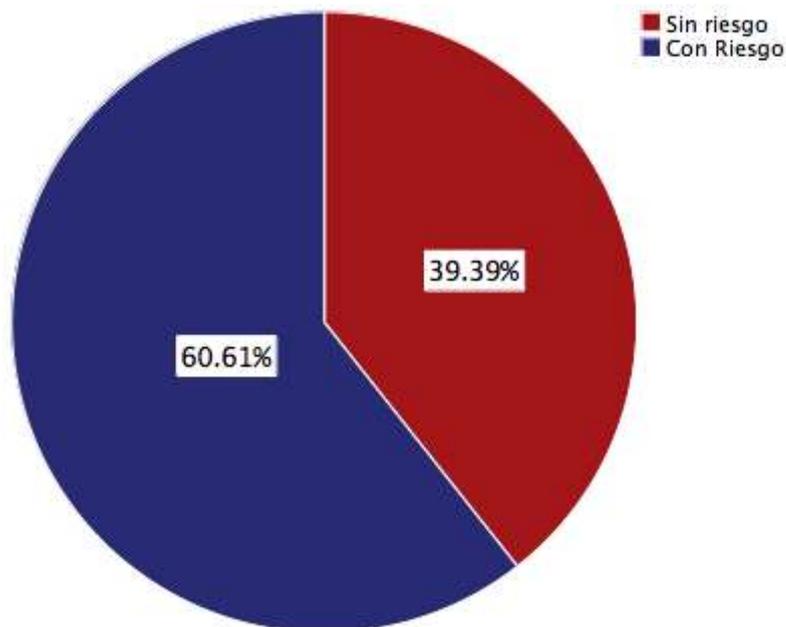
RIESGO OBSTÉTRICO

	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
SIN RIESGO	65	39.4	39.4	39.4
VÁLIDOS CON RIESGO	100	60.6	60.6	100.0
TOTAL	165	100.0	100.0	

ELABORADO POR: ANGIE GARCÍA Y FRANCISCO SAMPEDRO.

FUENTE: CENTRO DE SALUD PASCUALES

GRÁFICO Nº8. RIESGO OBSTÉTRICO



ELABORADO POR: ANGIE GARCÍA Y FRANCISCO SAMPEDRO.

FUENTE: CENTRO DE SALUD PASCUALES

TABLA Nº15. DISTRIBUCIÓN DEL RIESGO OBSTÉTRICO DE ACUERDO CON LA EDAD MATERNA

			EDAD (AGRUPADO)					TOTAL
			<15	15-16	16-17	17-18	18-19	
RIESGO OBSTÉTRICO	SIN RIESGO	RECuento	1 ^A	10 ^{A, B}	12 ^{A, B}	21 ^{A, B}	21 ^B	65
		% DENTRO DE RIESGO OBSTÉTRICO	1.5%	15.4%	18.5%	32.3%	32.3%	100.0%
	CON RIESGO	RECuento	14 ^A	19 ^{A, B}	25 ^{A, B}	26 ^{A, B}	16 ^B	100
		% DENTRO DE RIESGO OBSTÉTRICO	14.0%	19.0%	25.0%	26.0%	16.0%	100.0%
TOTAL		RECuento	15	29	37	47	37	165
		% DENTRO DE RIESGO OBSTÉTRICO	9.1%	17.6%	22.4%	28.5%	22.4%	100.0%

ELABORADO POR: ANGIE GARCÍA Y FRANCISCO SAMPEDRO.

FUENTE: CENTRO DE SALUD PASCUALES

PRUEBAS DE CHI-CUADRADO

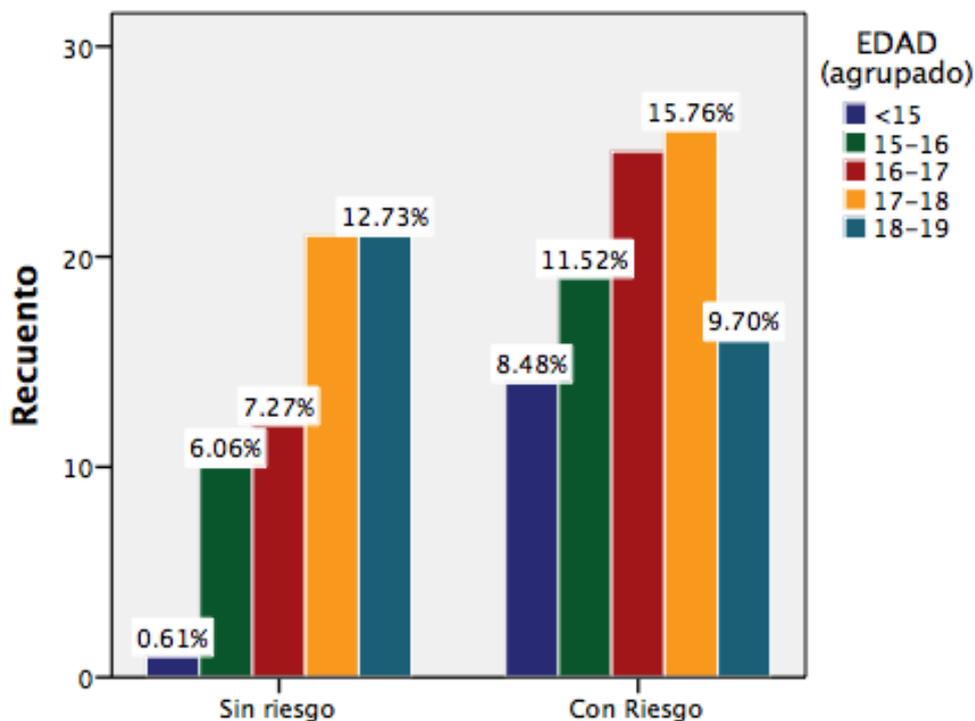
	VALOR	GL	SIG. ASINTÓTICA (BILATERAL)	SIG. EXACTA (BILATERAL)
CHI-CUADRADO DE PEARSON	12.995 ^A	4	.011	.011
RAZÓN DE VEROSIMILITUDES ESTADÍSTICO EXACTO DE FISHER	14.683	4	.005	.006
N DE CASOS VÁLIDOS	165			.009

a. 0 CASILLAS (0.0%) TIENEN UNA FRECUENCIA ESPERADA INFERIOR A 5. LA FRECUENCIA MÍNIMA ESPERADA ES 5.91.

ELABORADO POR: ANGIE GARCÍA Y FRANCISCO SAMPEDRO.

FUENTE: CENTRO DE SALUD PASCUALES

GRÁFICO N°9. DISTRIBUCIÓN DEL RIESGO OBSTÉTRICO EN RELACIÓN CON LA EDAD MATERNA.



ELABORADO POR: ANGIE GARCÍA Y FRANCISCO SAMPEDRO.

FUENTE: CENTRO DE SALUD PASCUALES

TABLA N°12 COMPLICACIONES ASOCIADAS CON EL RIESGO OBSTÉTRICO

COMPLICACIONES DEL EMBARAZO	ODDS RATIO	SIGNIFICANCIA	IC 95%	
ANEMIA	1.52	0.232	0.763	3.028
SECRECION VAGINAL	1.366	0.315	0.573	3.258
HIPERTENSION	0.639	0.443	0.125	3.268
DIABETES	0.632	0.348	0.175	2.274

ELABORADO POR: ANGIE GARCÍA Y FRANCISCO SAMPEDRO.

FUENTE: CENTRO DE SALUD PASCUALES

FICHA RECOLECTORA

NOMBRES Y APELLIDOS:

NUMERO DE HISTORIA CLINICA: _____

CONTROL #_____

EDAD: _____

AUTOIDENTIFICACION: _____

ESTADO CIVIL: _____

ESCOLARIDAD

PRIMARIA

SECUNDARIA

SUPERIOR

USO DE DROGAS:

CONSUMO DE ALCOHOL:

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS

- **G:**
- **P:**
- **A:**
- **C:**

COMORBILIDADES:

- **ANEMIA** _____
- **SECRECION VAGINAL** _____
- **DIABETES** _____
- **HIPERTENSION** _____

RIESGO OSBTETRICO

	SIN RIESGO OBSTETRICO	CON RIESGO OBSTETRICO	
		LEVE	ALTO
1.			



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Angie Daniela García Espinoza**, con C.C: # **1205430794** autora del trabajo de titulación: **prevalencia del embarazo en adolescentes atendidas en la consulta externa del centro de salud pascuales durante el periodo enero a diciembre del 2017** previo a la obtención del título de **Médico** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el artículo 144 de la ley orgánica de educación superior, de entregar a la senescyt en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al sistema nacional de información de la educación superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la senescyt a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 2 de mayo del 2018

f. _____

Nombre: **Angie Daniela García Espinoza**

C.C: **1205430794**



Declaración y autorización

Yo, **francisco Andrés Sampedro Ortega**, con C.C: # **0919525360** autora del trabajo de titulación: **prevalencia del embarazo en adolescentes atendidas en la consulta externa del centro de salud pascuales durante el periodo enero a diciembre del 2017** previo a la obtención del título de **Médico** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el artículo 144 de la ley orgánica de educación superior, de entregar a la senescyt en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al sistema nacional de información de la educación superior del ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la senescyt a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 2 de mayo del 2018

f. _____

Nombre: **Francisco Andrés Sampedro Ortega**

C.C: **0919525360**



repositorio nacional en ciencia y tecnología		
ficha de registro de tesis/trabajo de titulación		
Título Y Subtítulo:	Prevalencia del embarazo en adolescentes atendidas en la consulta externa del centro de salud pascuales durante el periodo enero a diciembre del 2017	
Autor(Es)	Angie Daniela García Espinoza Francisco Andrés Sampedro Ortega	
Revisor(Es)/Tutor(Es)	Dr. Roberto Leonardo briones Jiménez	
Institución:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil	
Facultad:	Facultad de ciencias médicas	
Carrera:	Carrera de medicina	
Título Obtenido:	Médico	
Fecha De Publicación:	2 de mayo del 2018	no. de páginas:
Áreas Temáticas:	Embarazo en la adolescencia	
Palabras Claves/ Keywords:	Embarazo, adolescencia, complicaciones, controles prenatales, riesgo obstétrico, infecciones vaginales	
<p>Introducción: en el ecuador, 2 de cada 3 adolescentes entre las edades de 15 a 19 años sin educación, se encuentran embarazadas por primera vez o ya son madres de al menos un niño. Por esto se considera un incremento de embarazados adolescentes, estableciendo que las menores de 15 años proporcionan un porcentaje de 74% y las menores de 15 años en 9%, siendo tendencia en la región andina.</p> <p>Métodos: se realizó un estudio observacional, de tipo descriptivo retrospectivo de enfoque cuantitativo, en el que se analizó los resultados los datos de todas las embarazadas atendidas en el centro de salud "pascuales" durante enero del 2017 hasta diciembre del 2017.</p> <p>Resultados: la población total consto de 3041 embarazadas atendidas en el centro de salud pascuales durante el período de estudio, de las cuales, se seleccionaron 810 pacientes adolescentes entre 15 y 19 años. Del mismo solo 165 registros cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Con respecto a la variable edad, se encontró que los embarazos adolescentes se dieron con más frecuencia en mujeres entre los 18 y 19 años, 51% (n=84); seguido de 17 años, 22% (n=37), 16 años, 18% (n=29) y finalmente 15 años 9% (n=15).</p> <p>Conclusiones: se recomienda mejorar los controles prenatales de las embarazadas adolescentes con la finalidad de evitar complicaciones como infecciones vaginales y anemia las cuales aumentan el riesgo obstétrico.</p>		
adjunto pdf:	<input checked="" type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
contacto con autor/es:	teléfono: +593-9-989895174; +593-9-997118106	e-mail: andagar93@gmail.com fransico_sampi@hotmail.com
contacto con la institución (cordinador del proceso ute)::	nombre: Vásquez Cedeño Diego Antonio	
	teléfono: +593-9-82742221	
	e-mail: diego.vasquez@cu.ucsg.edu.ec	
sección para uso de biblioteca		
nº. de registro (en base a datos):		
nº. de clasificación:		
dirección url (tesis en la web):		