



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

**CESÁREA Y SUS CARACTERÍSTICAS EN ADOLESCENTES, EN EL
HOSPITAL HOMERO CASTANIER CRESPO. AZOGUES. 2015-2016.**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIO
A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO

AUTORAS:

MICHELLE CAROLINA ULLOA GIBBS C.I: 0103916169

ANDREA GABRIELA NEIRA PERALTA C.I: 0106566078

DIRECTOR:

DR. BERNARDO JOSÉ VEGA CRESPO C.I: 0102146917

ASESORA:

DRA. LORENA ELIZABETH MOSQUERA VALLEJO. C.I: 0101755379

CUENCA-ECUADOR

2018



RESUMEN

ANTECEDENTES: La adolescencia es una etapa de grandes cambios biológicos, psicológicos y sociales. El embarazo adolescente constituye un problema de salud pública a nivel mundial, sobre todo los países en vías de desarrollo como el nuestro y es causa de alta morbilidad materno fetal.

OBJETIVO GENERAL: Identificar la frecuencia de cesárea y sus características, en adolescentes que acuden al Hospital Homero Castanier Crespo en el periodo 2015-2016.

METODOLOGÍA: Para lograr el objetivo se realizó un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo y cuantitativo, el universo y muestra lo constituyen 278 historias clínicas de adolescentes a las que se les practicó cesárea en el área de gineco-obstetricia del Hospital Homero Castanier Crespo en el periodo 2015 -2016.

RESULTADOS:La edad media fue de 17.30 ± 1.49 , predominando las adolescentes de 15 a 19 años con el 96.4%. La mayor frecuencia de cesárea en adolescentes fue del 28.1% de 19 años. El 51.4% fueron cesáreas electivas. Lo más frecuente es que se hayan realizado entre 1 a 8 controles prenatales (79.5%) y de 1 a 3 ecografías (60.8%). Los diagnósticos que prevalecieron fueron: desproporción céfalo pélvica con el 28.4%, seguido de varios diagnósticos que se categorizaron como otros, en los que se encuentran óbito fetal, oligoamnios, preclamsia, luxación congénita de cadera e inducción fallida con el 25.9% y por último las distocias con 21.6%.

CONCLUSIONES: El ser primigesta y adolescente son factores de riesgo para la realización de cesárea.

PALABRAS CLAVES: ADOLESCENCIA, CESAREA, DIAGNOSTICO PRE Y POSTOPERATORIO.

MICHELLE CAROLINA ULLOA GIBBS

ANDREA GABRIELA NEIRA PERALTA



ABSTRACT

ANTECEDENT: Adolescence is a life stage of biological, psychological and social changes. Adolescent pregnancies constitute a public health problem all over the world, especially in countries in process of development as our own, causing a high maternal and fetal morbidity and mortality.

GENERAL OBJECTIVE: Establishing the caesarean frequency and its characteristics in adolescents that were attended at the Homero Castanier Crespo Hospital for the period 2015-2016.

METHODOLOGY: A descriptive, retrospective and quantitative study was made by collecting data of 278 clinical histories of adolescents who were practiced caesarean section at the area of gynecology and obstetrics in HomeroCastanier Crespo Hospital during the period 2015 - 2016. The SPSS program was used for processing data through frequencies and percentages. Central measures were used for calculating (stocking) and dispersion tendency (standard deviation) for age, stature and weight.

RESULTS: The average age was of 17.30 ± 1.49 , predominating the ones from 15 to 19 years old in a 96.4%.The highest frequency of caesarean sections in adolescents was 28.1% in 19 years old. A 42.4% of adolescents weren't submitted to a caesarean section while 52.5% had a previous antecedent; 51.4% were selective caesarean sections. Prenatal controls (79.5%) from 1 to 8 were performed more frequently; also 1 to 3 ultrasounds (60.8%). The prevalent diagnosis was cephalopelvic disproportion with 28.4%, followed by several diagnosis which were categorized as (stillbirth, oligoamnios, preeclamsia, congenital hip dislocation and failed induction) corresponding to a 25.9% and by last, dystocias with 21.6%.

CONCLUSIONS: Being an adolescent and having a pregnancy for the first time are risk factors for performing caesarean section.

KEYWORDS: CAESAREAN SECTION, ADOLESCENCE, PRE AND POST OPERATORY DIAGNOSIS.

MICHELLE CAROLINA ULLOA GIBBS

ANDREA GABRIELA NEIRA PERALTA



INDICE

RESUMEN.....	2
ABSTRACT	3
CAPITULO I	12
1.1 INTRODUCCIÓN	12
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
1.3 JUSTIFICACIÓN	14
CAPITULO II	16
2. Fundamento teórico	16
2.1 Adolescencia	16
2.2 Cesárea	16
2.3 Epidemiología.....	17
2.4 Tipos de cesárea.....	17
2.5 Indicaciones de cesárea.....	18
2.6 Antecedentes gineco obstétricos	18
2.7 Controles prenatales	19
2.8 Ecografías	19
Distocia.....	20
2.10 Desproporción céfalo pélvica.....	20
2.11 Malformaciones fetales	20
2.12 Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (DPPNI)	20
2.13 Macrosomía	20
2.14 Riesgo asociado al bienestar fetal.....	20
2.15 Estado del Arte.....	21
CAPITULO III	26
3. OBJETIVOS	26
3.1 Objetivo general:.....	26
3.2 Objetivos específicos:.....	26
CAPITULO IV	27
4. DISEÑO GENERAL DEL ESTUDIO.....	27
4.1 TIPO DE ESTUDIO.....	27
4.2 ÁREA DE ESTUDIO	27
4.3 UNIVERSO DE ESTUDIO	27
4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	27

MICHELLE CAROLINA ULLOA GIBBS

ANDREA GABRIELA NEIRA PERALTA



4.5 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	27
4.6 TABULACIÓN Y ANÁLISIS.....	28
4.7 PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR PROCESOS BIOÉTICOS.....	28
4.8 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	28
CAPITULO V.....	29
5. RESULTADOS	29
5.1. CARACTERIZACION DE LAS ADOLESCENTES SEGÚN VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS.....	29
5.2. ANÁLISIS DE LA FRECUENCIA DE CESÁREAS.....	31
5.3. ANÁLISIS DE LOS ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS.....	32
5.4. ANÁLISIS LOS TIPOS DE CESÁREA Y LOS PRINCIPALES DIAGNÓSTICOS PRE Y POST OPERATORIOS.	35
CAPITULO VI.....	37
6. DISCUSION	37
CAPITULO VII.....	41
7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	41
7.1 CONCLUSIONES.....	41
CAPÍTULO VIII.....	43
8. BIBLIOGRAFIA	43
ANEXOS	46
ANEXO 1	46
ANEXO 2	49

MICHELLE CAROLINA ULLOA GIBBS

ANDREA GABRIELA NEIRA PERALTA



LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Michelle Carolina Ulloa Gibbs en calidad de autor/a y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación Cesárea y sus características en adolescentes, en el Hospital Homero Castanier Crespo. Azogues. 2015-2016., de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Así mismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este proyecto de investigación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 25 de octubre del 2018.

Michelle Carolina Ulloa Gibbs

C.I: 0103916169

MICHELLE CAROLINA ULLOA GIBBS

ANDREA GABRIELA NEIRA PERALTA



CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Michelle Carolina Ulloa Gibbs, autor/a del proyecto de investigación Cesárea y sus características en adolescentes, en el Hospital . Homero Castanier Crespo. Azogues. 2015-2016, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor/a.

. Cuenca, 25 de octubre del 2018.

Michelle Carolina Ulloa Gibbs

C.I: 0103916169

MICHELLE CAROLINA ULLOA GIBBS

ANDREA GABRIELA NEIRA PERALTA



LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Andrea Gabriela Neira Peralta en calidad de autor/a y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación Cesárea y sus características en adolescentes, en el Hospital Homero Castanier Crespo. Azogues. 2015-2016., de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Así mismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este proyecto de investigación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 25 de octubre del 2018.

Andrea Gabriela Neira Peralta

C.I: 0106566078

MICHELLE CAROLINA ULLOA GIBBS

ANDREA GABRIELA NEIRA PERALTA



CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Andrea Gabriela Neira Peralta, autor/a del proyecto de investigación Cesárea y sus características en adolescentes, en el Hospital Homero Castanier Crespo. Azogues. 2015-2016., certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, 25 de octubre del 2018.

Andrea Gabriela Neira Peralta

C.I: 0106566078

MICHELLE CAROLINA ULLOA GIBBS

ANDREA GABRIELA NEIRA PERALTA



DEDICATORIA

Dedicamos nuestro trabajo a todas las personas que nos han apoyado a lo largo de nuestro camino, aportándonos sus conocimientos, experiencias y cariño.

MICHELLE CAROLINA ULLOA GIBBS
ANDREA GABRIELA NEIRA PERALTA



AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a quienes han contribuido para la realización de este trabajo, y sobre todo a alcanzar nuestros sueños.

MICHELLE CAROLINA ULLOA GIBBS
ANDREA GABRIELA NEIRA PERALTA



CAPITULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia es la etapa de desarrollo y crecimiento del ser humano desde la niñez hasta la adultez, comprendida entre los 10 y 19 años de edad. Es un periodo en el que no solamente hay cambios físicos sino también psicológicos, que concluye con el desarrollo de la identidad y aptitudes para establecer relaciones interpersonales, además que se adquiere independencia social y económica. Actualmente el embarazo adolescente es considerado un problema de salud pública a nivel mundial (1,2).

Según datos del Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC), en el Ecuador se registró que el 19.4% de la totalidad de nacidos vivos pertenecía a mujeres de 15 a 19 años de edad y la mayoría de estos embarazos no fueron planificados o deseados debido a la falta de información acerca de salud sexual, reproductiva y métodos de anticoncepción, viéndose más afectada la población de bajo nivel socio-económico (3).

Dada la inmadurez biológica (muscular y ósea) que presentan en este periodo, las adolescentes son obstaculizadas a tener un parto normal, por lo que se decide optar por la cesárea como método para terminar su embarazo, evaluando la situación de riesgo beneficio para el binomio, aunque nuestras guías clínicas indiquen lo contrario. (2).

El riesgo potencial de embarazarse para este grupo principalmente se ve influenciado por un inicio temprano de la actividad sexual y al mismo tiempo el no tener un uso adecuado ni conocimiento acerca de los métodos anticonceptivos, además de una relación fluctuante entre mente y cuerpo que se encuentra en constante cambio (2).

Diversos factores influyen en una adolescente para dar inicio a una actividad sexual precoz, tales como la estructura familiar, las relaciones inter familiares / personales (conductas negativas que afectan la autoestima), educación deficiente, la necesidad de encajar en el grupo social en el que se desenvuelve,

MICHELLE CAROLINA ULLOA GIBBS

ANDREA GABRIELA NEIRA PERALTA



el bombardeo de los medios con información de índole sexual, condición socioeconómica, entre otros, tanto así que es considerado un problema de salud pública a nivel mundial. Es oportuno brindar una educación de calidad en esta etapa para así reducir la tasa de fecundidad y natalidad (4).

El embarazo en la adolescencia implica una mayor incidencia de anemia y malnutrición, debido al propio descuido de la adolescente en sus hábitos nutricionales, la falta de interés por asistir a los controles prenatales y la predisposición biológica a ciertas condiciones (infección de vías urinarias, preclamsia, entre otras.) (4)

Estudios afirman que mientras más temprano es el embarazo, es más delicado para la madre y el feto, pues una vez dada la menarquia en la mujer, se considera que los primeros cinco años constituyen un riesgo para la concepción debido a que la adolescente no ha alcanzado por completo su madurez reproductiva (5).

Se ve un aumento en la morbilidad materna debido a los riesgos médicos a los que se ven sometidas las adolescentes, tanto así que la mortalidad infantil se incrementa de 2 a 3 veces en relación a las gestantes adultas (5).

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según la OMS, aproximadamente un 11% de los nacimientos a nivel mundial son de mujeres entre 15 y 19 años de edad (2).

La prevalencia del embarazo adolescente es considerado un problema de salud pública, tanto así que en el Anuario de Nacimientos y Defunciones realizado por el INEC en el año 2011, se vio un incremento de 2.3% en 10 años (6).

Durante el 2011, se registraron 45.708 embarazos adolescentes, de los cuales el 55.3% corresponde a la Costa, 38.4% a la Sierra, 6.3% al Oriente, y 0.14% a la región insular (3).

En la ciudad de Cuenca el número de mujeres entre 10 a 19 años que tienen al menos un hijo nacido vivo es de 1.688 (67,38%) (3).

En el Ecuador, en el año 2014 el índice de cesáreas realizadas por entidades pertenecientes al Ministerio de Salud Pública (MSP) fue del 41.2%. Hay que

MICHELLE CAROLINA ULLOA GIBBS

ANDREA GABRIELA NEIRA PERALTA



considerar que a nivel nacional el número de adolescentes que han egresado del nivel hospitalario por parto único por cesárea corresponde al 17,2% en el 2012 (6).

Un estudio realizado en el Hospital IV “Augusto Hernández Mendoza”, en Perú, indica que la cesárea en el embarazo adolescente se ve influenciada en su mayoría por las condiciones socio culturales, tales como la educación y atención médica que reciben, la constitución de la familia, el inicio de la actividad sexual a temprana edad y el uso indiscriminado o el desconocimiento acerca de los métodos anticonceptivos. Las cesáreas en adolescentes van más allá de los cambios fisiológicos que la adolescente cursa desde la menarquia, y las complicaciones más relevantes que se demostraron en este grupo fueron las correspondientes a la etapa puerperal, siendo la endometritis la que encabezaba la lista, seguida de hemorragia post parto y desgarros de genitales (5).

La anemia y las infecciones de transmisión sexual prevalecen en la etapa prenatal, por lo que podemos comprobar por este último que la falta de educación sexual en las instituciones (escolares, familiares y médicas) denota una brecha importante. Las indicaciones más comunes de cesárea en este grupo etario fueron la desproporción céfalo pélvica y el sufrimiento fetal agudo. Con respecto a la morbilidad neonatal, concluye que el peso bajo para la edad gestacional predomina (5).

La frecuencia de cesárea que se documentó en la ciudad de Cartagena, Colombia fue mayor en las adolescentes menores de 15 años (4).

Otro estudio realizado en la ciudad de México mediante una serie de encuestas nacionales concluye que en la población constituida de adolescentes de 12 a 19 años de edad se practicaron cesáreas, evidenciando mayores riesgos y complicaciones post quirúrgicas (7).

1.3 JUSTIFICACIÓN

El embarazo adolescente engloba una serie de desventajas, tanto para la madre como para el producto por lo que podemos comprobar mediante diversos estudios que las complicaciones durante y posteriores al embarazo marcan los escenarios en los que se desenvuelve la adolescente (psico social, cultural,

MICHELLE CAROLINA ULLOA GIBBS
ANDREA GABRIELA NEIRA PERALTA



económico y familiar). Es un proceso que debe ser valorado integralmente, antes de la concepción, durante el embarazo, nacimiento y desarrollo del niño.

Es importante conocer la frecuencia de cesárea en este grupo porque nos permitirá visualizar y diseñar estrategias para prevenir esta problemática y reducir la morbilidad, además de complicaciones materno fetales.

La Facultad de Ciencias Médicas y los estudiantes se verán beneficiados con este estudio debido a que ayudará a crear conciencia acerca de este problema de salud mundial, que afecta sobre todo a los países en vías de desarrollo como el nuestro, incentivando a la creación de políticas de prevención y educación accesible para todo el grupo etario.

Se podrá acceder a este trabajo de investigación de manera gratuita y estará disponible en la biblioteca virtual de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca.

MICHELLE CAROLINA ULLOA GIBBS

ANDREA GABRIELA NEIRA PERALTA



CAPITULO II

2. Fundamento teórico

Definiciones conceptuales

Con la finalidad de delimitar el ámbito de estudio es necesario desarrollar los siguientes conceptos:

2.1 Adolescencia

Es el periodo que se caracteriza por ser un proceso psíquico y físico complejo, en el que el adolescente forja su carácter y personalidad, desarrolla su identidad además de potencializar el autodescubrimiento, asimilando las nuevas reformas que se dan en su cuerpo.

Es un proceso que presenta cambios biológicos, psicológicos y sociales, inicia desde la pubertad hasta que la etapa del crecimiento termina dando paso a la edad adulta. Consta de dos fases: la adolescencia temprana, comprendida entre los 10 a 14 años y la adolescencia tardía entre los 15 y 19 años. El adolescente sufre cambios físicos, que son consecuencia de la fisiología misma, en donde las hormonas desarrollan un papel fundamental dando lugar a los caracteres sexuales secundarios mediante los cuales se evidencia el grado de maduración y desarrollo sexual del mismo (2).

Las relaciones grupales y la preocupación por la imagen corporal se van forjando, así como la relación del adolescente con sus padres, haciendo de todo esto un periodo crítico y de lucha por la aceptación del ser y el mundo (2).

2.2 Cesárea

Es un procedimiento quirúrgico que permite la extracción del feto por medio de una incisión de la pared abdominal y de la pared uterina. Según el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos incrementa la mortalidad materna, con una relación de 13.3:100.000 y una morbimortalidad general de 2.7 al 9.2% (8).

Desde su inicio, era un método que se utilizaba para evitar la muerte materna ya que el parto eutócico no era posible en muchos de los casos. Actualmente es un procedimiento que ha aumentado su demanda, siendo incluso solicitado por la misma gestante para evitar un doloroso parto por vía vaginal (8).

MICHELLE CAROLINA ULLOA GIBBS

ANDREA GABRIELA NEIRA PERALTA



2.3 Epidemiología

Según datos de la OMS, la cesárea es uno de los procedimientos quirúrgicos más frecuentes en el mundo, incrementando notablemente, algo que se puede evidenciar en las cifras recopiladas en el año 2015 que sobrepasan el rango justificado por la OMS, que es del 10-15%. Las cifras estudiadas revelan una incidencia de cesárea del 21% en Europa, 23% en Australia y del 38.9% en Latinoamérica, lo que significa que de cada 10 partos, 4 son llevados a cabo por este procedimiento (9,10).

Un estudio realizado en el año 2014 estableció que a nivel mundial la tasa de partos por cesárea ha ido en aumento, siendo su causa multifactorial, dando como resultado un 30% de natalidad en comparación con los años 60 en los que se evidenciaba solamente un 5% (8).

Los datos en el continente africano como en el sudeste asiático son poco fiables. Pero los datos recogidos arrojan un 15% y 19% respectivamente, según algunas fuentes (11).

En Latinoamérica las tres causas que encabezaban partos por cesárea fueron desproporción céfalo pélvica, distocia y anomalías en el trabajo de parto; monitoreo fetal alterado y cesárea previa con 26%, 20% y 16% respectivamente (8).

En España la tasa de cesáreas es del 29%, Turquía presenta casi un 48% e Italia un 38%. En Brasil la cifra alcanza el 50%, países como Chile, Venezuela, Colombia y Uruguay mantienen cifras que oscilan entre 25,1% y 38% (12).

Ecuador tiene un porcentaje promedio de 41.2% de partos por cesárea, evidenciando un aumento de 16% desde el 2004 al 2012, años en los que se realizó el estudio. El análisis tomó en cuenta varios parámetros como el área de residencia, el grupo étnico, el nivel de instrucción y la edad de la madre, siendo este último el de mayor relevancia, demostrando que la proporción de partos por cesárea se incrementa en un 34.7% en mujeres menores de 20 años (13).

2.4 Tipos de cesárea

MICHELLE CAROLINA ULLOA GIBBS

ANDREA GABRIELA NEIRA PERALTA



- **Cesárea de recurso**

Se realiza durante el proceso del parto. La causa más común es la distocia, pero también se incluyen la desproporción pélvica fetal, parto prolongado, fracaso de inducción, entre otros (14).

- **Cesárea electiva**

Es el método de elección al haber una contraindicación para parto vaginal. Entre sus indicaciones están: presentación fetal anómala, macrosomía fetal, placenta previa, infecciones maternas, entre otras (14).

- **Cesárea de emergencia**

Se realiza en casos de patologías agudas graves que comprometan el bienestar materno fetal o el pronóstico neurológico fetal. Las indicaciones más frecuentes son: ruptura uterina, desprendimiento prematuro de la placenta normoinsera (DPPNI), embolia de líquido amniótico, prolapso de cordón y control de bienestar fetal (CBF) (14).

2.5 Indicaciones de cesárea

- **Causas maternas(13):**

Infecciones maternas de transmisión vertical (herpes genital, VIH), preclamsia / eclampsia, estrechez pélvica, diabetes gestacional, cáncer cérvicouterino, antecedentes de cesárea, miomectomía, cardiopatía grado III y IV.

- **Causas fetales (15):**

Sufrimiento fetal, malformaciones fetales (onfalocele, gastrosquisis, macrocefalia, entre otros.), distocia de situación, presentación y posición, macrosomía fetal, embarazo múltiple, hidrocefalia fetal.

- **Causas obstétricas (15):**

DPPNI, placenta previa oclusiva, total o parcial, oligohidramnios severo, prociencia de cordón, cerclaje abdominal, infección ovular.

2.6 Antecedentes gineco obstétricos

MICHELLE CAROLINA ULLOA GIBBS

ANDREA GABRIELA NEIRA PERALTA



Para el presente estudio se toma principalmente algunos datos registrados en la historia clínica obstétrica, es importante conocer el número de embarazos, partos, cesáreas, abortos, hijos nacidos vivos o fallecidos que la paciente ha tenido a lo largo de su vida hasta el momento de la consulta médica (16).

2.7 Controles prenatales

Son las actividades realizadas por el equipo de salud, las cuales están orientadas a identificar tempranamente factores de riesgo materno fetales que puedan influir negativamente en el proceso del embarazo. Se compone de: promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud materna y neonatal con enfoques de interculturalidad, género y generacional. Según la OMS el requerimiento mínimo es de ocho controles prenatales en el embarazo de bajo riesgo, fomentando así la identificación y el control de los potenciales factores que signifiquen un peligro para el binomio, pues mientras mayor sea el contacto de la gestante con el facultativo, disminuye el riesgo de complicaciones (17,18).

2.8 Ecografías

Es una técnica de imagen que mediante el ultrasonido proyecta imágenes en vivo, las cuales nos ayudan a realizar diagnósticos certeros como diferenciales. En el área de la obstetricia permite diagnosticar un embarazo, determinar la edad gestacional, identifica malformaciones congénitas y embarazo múltiple, valora el crecimiento fetal, la localización de la placenta y también la cantidad de líquido amniótico. La Guía de Práctica Clínica del MSP recomienda una ecografía por trimestre, es decir que la primera se realice entre las 11 a 14 semanas; el periodo óptimo es entre las 18-24 semanas donde se valora la viabilidad, diámetros y anatomía fetal. En el último trimestre (30-36 semanas) es útil para la valoración del crecimiento fetal y para descartar la posibilidad de placenta previa asintomática (17).

2.9 Entre las principales causas de cesárea a nivel general se pueden identificar:

MICHELLE CAROLINA ULLOA GIBBS

ANDREA GABRIELA NEIRA PERALTA



Distocia

Usualmente denominado como “parto difícil”, es toda condición que dificulta el parto normal y puede ser de causa: materna, fetal, ósea (pelvis), de tejidos blandos (uterinas, vaginales), relacionadas con los anexos ovulares (cordón umbilical) y otros (19).

2.10 Desproporción céfalo pélvica

Condición en la que la cabeza o el cuerpo del feto presentan dificultad en el descenso a través de la pelvis materna debido a que su tamaño excede a la misma (20).

2.11 Malformaciones fetales

Entendemos por anomalía fetal a todo defecto del desarrollo morfológico, estructural, funcional o molecular presente al nacimiento (19).

2.12 Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (DPPNI)

El desprendimiento prematuro de la placenta (DPP), es la separación de la placenta de su sitio de implantación inicial, causando una hemorragia externa (más común) o interna al quedar retenida entre la placenta y el útero. Esta complicación se clasifica como parcial o total y puede ser recurrente si es que en el primer episodio hubo muerte fetal (20).

2.13 Macrosomía

Todo feto con un peso mayor a 4000 gramos es considerado macrosómico, los factores de riesgo asociados a esta condición predominantemente son la Diabetes Mellitus y la obesidad materna, sin embargo la estimación del tamaño fetal no indica un obstáculo en el trabajo de parto (21).

2.14 Riesgo asociado al bienestar fetal

El riesgo asociado al bienestar fetal se define y compone de una serie de técnicas que permiten controlar e identificar factores de riesgo fetales relacionados con la oxigenación sanguínea, mediante el estudio de indicadores como la frecuencia cardíaca fetal (desaceleraciones,

MICHELLE CAROLINA ULLOA GIBBS

ANDREA GABRIELA NEIRA PERALTA



aceleraciones, variabilidad), el monitoreo electrónico interno y externo, entre otros (21).

2.15 Embarazo múltiple

El embarazo múltiple se define como la presencia de dos o más fetos dentro del útero. Se da del resultado de la fecundación de dos o más óvulos, o también por la división del mismo (22).

2.15 Estado del Arte

2.15.1 Antecedentes internacionales

Tejedo López, A.R., en el 2015 en Iquitos, Perú realizó un estudio cuantitativo de diseño no experimental, descriptivo transversal, retrospectivo, con el objetivo de determinar las características de las cesáreas de las adolescentes en el Hospital Regional de Loreto Enero a Septiembre del 2015, en el cual participaron 84 gestantes adolescentes (23).

En dicha investigación los resultados revelaron que el 69.0% presentaban entre 17-19 años, el 25.0% de 14-16 años y el 6.0 % menores de 14 años, el 72.6% de las gestantes adolescentes sometidas a cesárea eran solteras, el 25.0% convivientes, solo el 2.4% estaban casadas, el 58.3% procedían de la zona urbana, el 29.8% de la zona urbano marginal y el 11.9% de la zona rural, el 61.9% de las gestantes adolescentes tenían un nivel de instrucción secundaria, el 27.4% primaria, el 8.3% técnica/superior, el 2.4% de las adolescentes no tenían estudios (23).

En cuanto a los antecedentes gineco obstétricos de las pacientes se evidenciaron los siguientes resultados: el 88.1% de adolescentes eran nulíparas, el 10.7% primíparas y el 1.2% multíparas. El 22.6% de adolescentes tenían antecedente de aborto. El 60.0% de las menores de 14 años tuvieron recién nacidos menores de 37 semanas. Por último el 40.5% de las adolescentes tuvieron menos de seis controles prenatales (23).

MICHELLE CAROLINA ULLOA GIBBS

ANDREA GABRIELA NEIRA PERALTA



En México en el 2016 se realizó una investigación con el objetivo de determinar la asociación de las indicaciones de la operación cesárea en embarazadas adolescentes comparadas con mujeres de 20 a 35 años en el Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer en el período enero-diciembre 2013, participaron 240 adolescentes, de 14 a 19 y de 19 a 35 años.

En diagnósticos pre y posoperatorios se encontró por baja reserva fetal 18 adolescentes (7.5%), cérvix desfavorable 11(4.5%), desproporción pélvica 14(5.8%) y cesáreas iterativas 2(9.5). Con indicación de expulsivo prolongado y preclamsia severa 5 adolescentes (2.1%) y macrosomía 7 adolescentes (2.9%) (20).

Relacionando indicación quirúrgica con la edad tuvieron asociación significativa cesárea iterativa, desproporción céfalo-pélvica, baja reserva fetal, cérvix desfavorable y macrosomía(20).

En Perú en el 2015 Dávila Ayvar, H., realizó un estudio con el objetivo de determinar la prevalencia y principales indicaciones de cesárea en el “Hospital Vítarte” de Ate, durante el período enero-diciembre 2014. La prevalencia de cesárea correspondió a 31,63% (1130 pacientes) de un total de 3572 partos y los partos vaginales fueron 2442 (68,37%) con un rango de edades entre 13 a 46 años. Las pacientes menores a 18 años representaron el 11.59%. La indicación más frecuente de cesárea fue la cesárea anterior con 20.35%, seguida de macrosomía fetal con 13,27%, desproporción céfalo pélvica con 9,73% y sufrimiento fetal agudo con 9,20%, entre otras (24).

En su mayoría las pacientes que cursaron la secundaria representaron el 95,31%, seguido por las que cursaron estudios universitarios con 2,83% y por último las pacientes que no cursaron estudios con el 0,27%. El 56,11% mantenían unión libre, el 25,84% eran casadas, el 17,26% madres solteras, el 0,44% divorciadas y el 0,35% viudas (24).

Igualmente en Perú, pero esta vez en el 2016, Navarro Seminario, P.L. analizó determinar las características perinatales de recién nacidos de madres

MICHELLE CAROLINA ULLOA GIBBS

ANDREA GABRIELA NEIRA PERALTA



adolescentes en el servicio de neonatología del Hospital Nacional Dos de Mayo, enero – diciembre 2015. Estudio retrospectivo, observacional de corte transversal. Se encontró 2890 recién nacidos vivos, de los cuales 490 fueron hijos de madres adolescentes, encontrándose una prevalencia de recién nacidos de madres adolescentes de 16.9% (25).

La edad promedio de madres adolescentes fue 17.71 años. El 0.6% de madres pertenecían al grupo etario de adolescencia temprana (10-13 años). El 81.4% de madres formaban parte del grupo de adolescencia tardía (17-19 años), el resto (18%) al grupo de adolescencia media (14-16 años). De ellas 335 adolescentes que corresponden al 68.4% eran convivientes, el 29.6% solteras y 2% casadas (25).

El 68.4 % de madres tuvieron un control prenatal adecuado (mayor a 6), el 23.1% control inadecuado (de 1 a 5 controles) y el 8.6% no tuvieron controles prenatales. El promedio de controles en esta población fue de 6.53. El 88.8 % de neonatos fueron productos a término, 11.2% pre término y no se encontraron productos post termino. El 52.24% fue parto por vía abdominal (cesárea) y 47.76% fue parto por vía vaginal (25).

2.15.2 Antecedentes Nacionales

En el año 2015 en Guayaquil, Gallardo H, Guerrero I., investigó sobre la Adolescencia materna y su asociación con la realización de cesárea. Se realizó con un total de 1.304 casos y 2.608 controles. Incluyeron pacientes primigestas atendidas en un período de tres años, para determinar asociaciones de riesgo mediante análisis de contraste de hipótesis. Los resultados fueron: el riesgo de cesárea en adolescentes es de (OR 1,13, IC 95% 1,10-1,51). Además, se determinó que en las adolescentes existe un riesgo mayor de bajo peso al nacer (OR 9,4, IC 95% 7,59-11,76), sin diferencia en cuanto al riesgo de Apgar bajo al primer minuto y a los 5 minutos (26).

MICHELLE CAROLINA ULLOA GIBBS

ANDREA GABRIELA NEIRA PERALTA



Como conclusión se encontró la existencia de mayor riesgo de presentar bajo peso neonatal y requerir terminación de la gestación por vía cesárea en adolescentes, en comparación con las adultas jóvenes, especialmente si son menores de 14 años. Se sugirió promover campañas para evitar el embarazo adolescente, como medida de control sobre esta población (26).

En el 2014 en Ambato, Rosales, H.M., realizó un estudio con el objetivo de determinar la frecuencia de cesárea en adolescentes entre los 15 a los 19 años. El estudio reveló que el 80% de adolescentes que cursaban la primaria fueron sometidas a cesárea, así mismo el 17% de adolescentes cursaban la secundaria y por último el 3% eran analfabetas. En cuanto al estado civil de las mismas el 80% mantenían unión libre, seguido de un 17% de adolescentes solteras, el 2% eran casadas y el 1% viudas (27).

La procedencia fue 54% del área urbana y el 46% del área rural. Con respecto a controles prenatales el 45% recibió 5 controles y el 25% recibió de 3 a 4, el 19% de 1 a 2 controles, seguido por un 11% que no recibió control alguno. De acuerdo a la talla, el 78% de adolescentes medía menos de 150 cm, seguido del 22% que era mayor a 150 cm (27).

El 69% de madres adolescentes tuvieron factores de riesgo, el 10% sufrieron preclamsia y el 5% de adolescentes enfermedades de transmisión sexual. Los factores como ruptura prematura de membranas y cesárea anterior dieron como resultado en un 4% cada uno, el periodo intergenésico corto con un 3% de adolescentes, concluyendo con los factores de cardiopatía controlada, inducción fallida, distocia de partes blandas y VIH con 1% (27).

En el año 2014 en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) de la ciudad de Ambato, se desarrolló una investigación con el objetivo de diseñar una estrategia educativa para disminuir la incidencia de cesáreas en el instituto durante el período de enero a junio del 2014. En el momento de realizar el estudio

MICHELLE CAROLINA ULLOA GIBBS

ANDREA GABRIELA NEIRA PERALTA



la cifra de cesáreas era cuatro veces superior a la recomendada por la OMS (61.91%) (28).

El estudio fue retrospectivo, descriptivo, mediante revisión de historias clínicas de 317 pacientes sometidas a cesárea, identificando características epidemiológicas, indicaciones de cesárea y complicaciones del binomio madre/feto (28).

Las indicaciones más frecuentes de cesárea fueron: cesárea anterior (41.6%) y desproporción céfalo pélvica (14.8%). En el 19.6% de pacientes no se especificó la indicación. No se encontraron diferencias significativas en las indicaciones de cesárea según la ocupación, procedencia y educación de las pacientes (28).



CAPITULO III

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general:

Identificar las características de cesárea en mujeres adolescentes en el Hospital Homero Castanier Crespo durante el periodo 2015-2016.

3.2 Objetivos específicos:

3.2.1 Caracterizar socio demográficamente la muestra (edad, estatura, peso, instrucción, ocupación).

3.2.2 Establecer la frecuencia de cesárea en mujeres adolescentes.

3.2.3 Caracterizar antecedentes obstétricos (número de gestas, partos naturales, abortos, cesáreas, hijos nacidos vivos, número de controles prenatales, y ecografías).

3.2.4 Identificar las indicaciones de cesárea predominantes y si se encuentran justificadas.



CAPITULO IV

4. DISEÑO GENERAL DEL ESTUDIO

4.1 TIPO DE ESTUDIO.

El estudio realizado fue de tipo descriptivo, retrospectivo y cuantitativo y permitió conocer las características de la cesárea en adolescentes, en el Hospital Homero Castanier Crespo en Azogues en el período 2015-2016.

4.2 ÁREA DE ESTUDIO

El área de estudio fue el departamento de ginecoobstetricia del Hospital Homero Castanier Crespo localizado de la ciudad de Azogues, provincia del Cañar, ubicado en las calles Andrés F. Córdova y Luis Manuel González.

4.3 UNIVERSO DE ESTUDIO

Todas las historias clínicas de las pacientes adolescentes sometidas a cesárea, en el Hospital Homero Castanier Crespo en Azogues en el período 2015-2016.

4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

- **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

Historias clínicas de las gestantes adolescentes que fueron sometidas a cesárea en el Hospital Homero Castanier Crespo, durante el periodo 2015-2016.

- **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

Historias clínicas incompletas de las gestantes adolescentes que no contengan la información para este estudio.

4.5 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

- **Formulario de recolección de datos**

Ficha elaborada por las investigadoras que permite recolectar información básica como la edad, grado de instrucción, ocupación, estatura, peso, antecedentes obstétricos, número de controles prenatales y ecografías realizadas, tipo de cesárea. La información obtenida fue recolectada de las historias clínicas que

MICHELLE CAROLINA ULLOA GIBBS

ANDREA GABRIELA NEIRA PERALTA



reposan en el departamento de estadística del Hospital Homero Castanier Crespo.

4.6 TABULACIÓN Y ANÁLISIS.

Los datos fueron recolectados en un formulario, luego de recolectados se procedió a introducir la información en tablas para el análisis de las variables definidas.

Se utilizó el programa estadístico SPSS, versión 19.0 para la evaluación y el análisis de datos, a través de frecuencias y porcentajes. Se calcularon medidas de tendencia central (media) y de dispersión (desviación estándar) para la edad, estatura y peso.

4.7 PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR PROCESOS BIOÉTICOS

Para iniciar con la investigación se contó con la aprobación del protocolo por el director, asesor, comisión de investigación y el comité de ética de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca. La investigación se llevó a cabo mediante formulario de recolección de datos y no implicó riesgos. En el informe final los datos se utilizaron con absoluta reserva en lo que se refiere a nombres de adolescentes y su información personal, manteniendo estricta confidencialidad.

4.8 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Ver Anexo No.1.

CAPITULO V.

5. RESULTADOS

5.1. CARACTERIZACION DE LAS ADOLESCENTES SEGÚN VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS.

TABLA No. 1. Distribución según variables sociodemográficas de 278 gestantes adolescentes del Hospital Homero Castanier Crespo. Azogues. 2015-2016.

Cuenca 2018

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS		N	%
EDAD (años)	10 a 14	10	3,6
	15 a 19	268	96,4
	Media ± DE	<i>17,30 ± 1,49</i>	
ESTATURA (cm)	Menor de 145	33	11,9
	145 a 154	162	58,3
	155 y más	83	29,9
	Media ± DE	<i>151,30 ± 5,98</i>	
PESO (kg)	Menor de 56	65	23,4
	56 a 70	162	58,3
	Más de 70	51	18,3
	Media ± DE	<i>62,83 ± 9,56</i>	
NIVEL DE INSTRUCCIÓN	Primaria	92	33,1
	Secundaria	175	62,9
	Superior	11	4,0
OCUPACIÓN	Estudiante	112	40,3
	Quehaceres domésticos	151	54,3
	Empleada	4	1,4
	Otros	11	4,0

Fuente: Ficha Sociodemográfica, HC
Elaboración: Ulloa Gibbs, M.C.; Neira Peralta, A.G.

MICHELLE CAROLINA ULLOA GIBBS

ANDREA GABRIELA NEIRA PERALTA



Participaron en el estudio 278 adolescentes, a las cuales se intervino quirúrgicamente por medio de cesárea, con edades entre 13 y 19 años, predominando las del rango de edad de 15 a 19 años (96,4%), la media fue de $17,30 \pm 1.49$ años.

En la estatura de las adolescentes predominó el rango de 145 a 154 cm (58,3%), con valores entre 132,0 y 172,0 cm, y una media de $151,30 \pm 5.98$ cm.

En el peso prevaleció el de 56 a 70 kg (58,3%), con valores entre 40,6 y 104,4 kg, y una media de $62,83 \pm 9.56$ kg.

En el nivel de instrucción predominan las del nivel de secundaria (62,9%), seguidas del nivel de primaria con casi un tercio del total (33.1%) y por último las de nivel superior con el 4.0%.

El nivel de ocupación que sobresalió en las adolescentes que se incluyen en el estudio es el de quehaceres domésticos (54.3%), seguido de las que estudian con poco más del 40%, empleadas privadas/públicas con el 1.4% y otros empleos como agricultura, comerciantes y demás con el 4.0%.

5.2. ANÁLISIS DE LA FRECUENCIA DE CESÁREAS.

TABLA No. 2. Distribución según edad de frecuencia de cesáreas de 278 gestantes adolescentes del Hospital Homero Castanier Crespo. Azogues. 2015-2016.

Cuenca 2018

FRECUENCIA DE CESÁREAS		N	%
EDAD (años)	13	4	1,4
	14	6	2,2
	15	26	9,4
	16	45	16,2
	17	60	21,6
	18	59	21,2
	19	78	28,1

Fuente: Ficha Sociodemográfica, HC
Elaboración: Ulloa Gibbs, M.C.; Neira Peralta, A.G.

La mayor frecuencia de cesáreas se evidenció en las de mayor edad, 28,1% las de 19 años, 21,6% las de 17 años y 21,2% las de 18 años. Apenas 10 adolescentes (3,6%) tenían menos de 15 años.

MICHELLE CAROLINA ULLOA GIBBS

ANDREA GABRIELA NEIRA PERALTA

5.3. ANÁLISIS DE LOS ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS.

TABLA No. 3. Distribución según antecedentes gineco obstétricos (gestas, partos, cesáreas, abortos e hijos nacidos vivos) de 278 gestantes adolescentes del Hospital Homero Castanier Crespo. Azogues. 2015-2016.

Cuenca 2018

ANTECEDENTES		N	%
GESTAS PREVIAS	Ninguna	2	0,7
	1	238	85,6
	2	34	12,2
	3	3	1,1
	4	1	0,4
PARTOS	Ninguno	273	98,2
	1	5	1,8
CESÁREAS	Ninguna	118	42,4
	1	146	52,5
	2	13	4,7
	3	1	0,4
ABORTOS PREVIOS	Ninguno	265	95,3
	1	12	4,3
	2	1	0,4
HIJOS NACIDOS VIVOS	Ninguno	118	42,4
	1	143	51,4
	2	16	5,8
	3	1	0,4

Fuente: Ficha Sociodemográfica, HC
Elaboración: Ulloa Gibbs, M.C.; Neira Peralta, A.G

MICHELLE CAROLINA ULLOA GIBBS

ANDREA GABRIELA NEIRA PERALTA



La mayoría de las adolescentes tuvieron una gesta anterior (85,6%), mientras que 2 gestas se constataron en 34 adolescentes (12,2%). Casi la totalidad no han tenido partos (98,2%) y el 1.8% ha tenido al menos uno.

En relación a la cesárea, 118 adolescentes (42,4%) no ha tenido ninguna, predominando las que presentaron una cesárea anterior (52,5%), seguido de dos cesáreas anteriores con 4.7% y tres con 0.4%.

El 95,3% no ha tenido antecedente de aborto, mientras que el 4.3 refirió tener un aborto anterior y el 0.4% dos.

En cuanto a los hijos nacidos vivos 118 adolescentes (42,4%) fueron nulíparas, mientras que 143 (51,4%) tenían uno solo. El 5,8% de las adolescentes tenían dos hijos.

TABLA No. 4. Distribución según indicadores de seguimiento o control de gestación (controles prenatales y ecografías) de 278 gestantes adolescentes del Hospital Homero Castanier Crespo. Azogues. 2015-2016.

Cuenca 2018

ANTECEDENTES		N	%
CONTROLES PRENATALES	Menor a 5	46	16,5
	5 a 8	176	63,3
	Más de 8	56	20,1
	Media	6,58	
	DE	2,22	
ECOGRAFÍAS	Ninguna	4	1,4
	1 a 3	169	60,8
	4 o más	105	37,8
	Media	3,20	
	DE	1,33	

Fuente: Ficha Sociodemográfica, HC
Elaboración: Ulloa Gibbs, M.C.; Neira Peralta, A.G.

Al analizar el número de controles prenatales que tuvieron las adolescentes vemos que estos oscilan entre 0 y más de 8, con un promedio de **6,58 ± 2,22** controles, siendo lo más frecuente que hayan tenido entre 5 a 8 controles (63.3%), alrededor del 20% tuvo más de 8 controles prenatales.

En cuanto a las ecografías, oscilaron entre 0 y 9 durante la gestación, con un promedio de **3,20 ± 1,33** ecografías, se realizaron de 1 a 3 al 60,8% de las adolescentes, mientras que el 37,8% tuvo entre 4 o más ecografías.

MICHELLE CAROLINA ULLOA GIBBS

ANDREA GABRIELA NEIRA PERALTA



5.4. ANÁLISIS LOS TIPOS DE CESÁREA Y LOS PRINCIPALES DIAGNÓSTICOS PRE Y POST OPERATORIOS.

TABLA No. 5. Distribución según la indicación de cesárea de 278 gestantes adolescentes del Hospital Homero Castanier Crespo. Azogues. 2015-2016.

Cuenca 2018

TIPO DE CESÁREA	N	%
En Curso de parto o de Recurso	6	2,2
Electiva	154	55,4
De Emergencia	118	42,4

Fuente: Ficha Sociodemográfica, HC
Elaboración: Ulloa Gibbs, M.C.; Neira Peralta, A.G.

En más del 55% de los casos la cesárea fue electiva, sin embargo en el 42,4%, (cercano al 50%) se les practicó una cesárea de emergencia y solo el 2,2% se realizó en curso de parto o de recurso.

MICHELLE CAROLINA ULLOA GIBBS

ANDREA GABRIELA NEIRA PERALTA



TABLA No. 6. Distribución según diagnósticos pre y post operatorios de 278 gestantes adolescentes del Hospital Homero Castanier Crespo. Azogues. 2015-2016.

Cuenca 2018

DIAGNÓSTICOS PRE Y POSTOPERATORIOS	N	%
Desproporción céfalo-pélvica	79	28,4
Otros	72	25,9
Distocias	60	21,6
Riesgo asociado al bienestar fetal	58	20,9
Macrosomía	5	1,8
Malformaciones	3	1,1
Desprendimiento de placenta	1	0,4

Fuente: Ficha Sociodemográfica, HC
Elaboración: Ulloa Gibbs, M.C.; Neira Peralta, A.G.

La desproporción céfalo pélvica fue el diagnóstico más frecuente (28,4%), seguido del grupo de otros (25,9%) en el que se incluyen diagnósticos de patologías y situaciones como: preclamsia, oligoamnios, óbito fetal, luxación congénita de cadera de la gestante e inducción fallida. En tercer lugar se encuentran las distocias (21,6%), seguido de riesgo asociado al bienestar fetal (20.9%), macrosomía (1.8%), malformaciones (1.1%) y desprendimiento prematuro de placenta (0.4%).



CAPITULO VI.

6. DISCUSION

En el presente estudio las 278 adolescentes se sometieron quirúrgicamente a cesárea con edades entre 10 y 19 años y una media de 17.30 ± 1.49 , predominando el rango de 15 a 19 con 96.4%. Debido a que desde los 13 a 16 años no se recomienda el embarazo y la actividad sexual en tiempos modernos comienza más tempranamente, lo más común es que los embarazos ocurran en una edad superior. Similar a lo expuesto fueron los resultados obtenidos por Tejedo López en Perú, en 2015, de las 84 gestantes el 69.0% sometidas a cesárea tenían de 17 a 19 años de edad y el 25.0% de 14 a 16 años (23). Según de Nogueira de Gama o et al., en Río de Janeiro, Brasil, en 2011-2012, de todas las adolescentes primíparas estudiadas que tuvieron cesárea, el 35.0% pertenecía al rango de 10-13 años de edad y el 40.4% con 17-19 años (29).

En cuanto al nivel educativo prevalecieron las adolescentes que cursaban el nivel de secundaria con 62.9%, seguida la primaria (33.1%) y en un porcentaje muy pequeño las de nivel superior (4.0%) y ninguna analfabeta. Esto se puede explicar por los programas de educación que se vienen implementando en el país para combatir el analfabetismo, sin embargo muy pocas cursaban el nivel superior, ya que no tenían aún la edad suficiente y al estar embarazadas se ven obstaculizadas para continuar con sus estudios.

Este resultado es similar a los estudios de Tejedo López en Perú, pues se evidenció que el 61.9% de las adolescentes había completado o cursaba la secundaria, seguido del 27.4% que cursaba la primaria y por último el 8.3% con nivel superior; sin embargo se encontró un índice de analfabetismo que correspondía al 2.4% (23). Otro análisis, de Dávila en Lima en 2014, demostró que de 3572 pacientes estudiadas el 95.31% cursaron la secundaria, seguido del 2.83% con estudios superiores (24), siendo este resultado diferente al encontrado en el presente estudio.

MICHELLE CAROLINA ULLOA GIBBS

ANDREA GABRIELA NEIRA PERALTA



El nivel de ocupación que prevaleció en las adolescentes estudiadas fue el de quehaceres domésticos con 54.3%, seguido de las adolescentes que se encuentran cursando los estudios con el 40.3%. Esto viene dado por el propio embarazo y la edad que presentan, la gestación en esta etapa donde aún el organismo no está totalmente preparado lleva a que las adolescentes necesiten de reposo y por eso muchas no trabajan ni estudian, y las que pueden hacerlo se encuentran en edad escolar por lo que permanecen en ellos.

Según Pacheco Mora, en Cuenca, en 2015, de las 238 pacientes estudiadas el 27.3% se ocupaban con quehaceres domésticos, seguido de la agricultura con el 19.7% (30), estos resultados difieren con los presentados en el actual estudio.

En la estatura de las adolescentes prevaleció el rango de 146-154 centímetros (58.3%) con una media de 151.30 ± 5.98 y el peso con un rango de 56 a 70 kilogramos (58.3%) y una media de 62.83 ± 9.56 . Similar resultado es el reportado por Rosales, H.M., donde el 78% (de 80 de 102) de adolescentes era menor de 150 cm (27). Esto también está muy relacionado con el tipo de población (etnia), costumbres alimenticias, etc. En general, la población latinoamericana es de baja estatura, sobre todo las mujeres.

Prevalecieron en nuestro estudio las que tenían una gesta con 85.6%, y las que no tenían ningún parto anterior (98.2%), este resultado es similar al obtenido por el citado Tejedo López donde el 88.1% de las adolescentes eran nulíparas (23). T. Ganchimed et al., en un estudio que recopiló información de gestantes adolescentes en 29 países alrededor de África, Latinoamérica, Asia y el Medio Oriente demostró que el 65.8% de las pacientes eran nulíparas, seguido del 31.2% que eran primíparas y el 2.9% secundíparas (31).

La frecuencia de cesáreas se comportó con valores algo mayores en las adolescentes que tenían una cesárea previa (52.5%) con las que no habían tenido ninguna (42.4%). Así mismo, Pacheco, en 2015, estableció que el 43.7% de las pacientes tenían ya una cesárea anterior mientras que el 42.9% no la tenían (30). Según Nogueira de Gama et al, el 46.0% de adolescentes primíparas se realizó cesárea (29). T. Ganchimed et al., demostró que el 18.2% de las

MICHELLE CAROLINA ULLOA GIBBS

ANDREA GABRIELA NEIRA PERALTA



pacientes tenían ya una cesárea previa, resultado que difiere con el expuesto en el estudio.

Igualmente prevalecieron las adolescentes primigestas que no tenían antecedente de aborto (95.3%) y las que sí con el 4.7%, similar a lo expuesto en el estudio de Tejedo López, se evidencia que el 77.4% de las adolescentes no tuvieron abortos previos y contrariamente sí lo tuvo el 22.6% (23).

Los resultados obtenidos evidenciaron que existen diferencias en la cantidad de controles prenatales realizados que oscilaron desde un mínimo de 0 a 5 controles (16.5%) hasta un máximo de 8 o más (20.1%), prevaleciendo en la mayoría las adolescentes que se realizaron entre 5 y 8 controles prenatales (63.3%). Este resultado se asemeja a los obtenidos por Pacheco, el 82.4% de pacientes tuvo más de cinco controles prenatales, mientras que el 12.6% no tuvo ninguno (23).

Resultado similar a lo reportado por Navarro Sarmiento, en Perú, en 2015 (25) donde el 68.4 % de madres tuvieron más de 6 controles, lo cual es superior a lo encontrado en el 2014 en Ambato por Rosales. H., donde solo el 45% de las adolescentes recibieron 5 controles y el resto tuvo menos de 5 (27), a diferencia de los casos reportados en Perú en el 2015 por Dávila Ayvar, H., que refiere que la mayoría de pacientes presentó más de 6 controles prenatales (24).

Navarro en 2016, en su estudio refiere que el 68.4 % de madres tuvieron un control prenatal adecuado (mayor a 6), el 23.1% de 1 a 5 controles y el 8.6% no tuvieron controles prenatales (25).

En los resultados obtenidos prevalecieron las adolescentes que se realizaron entre 1 y 3 ecografías (60.8%), seguidas de las que se realizaron entre 4 o más (37.8%). Esto está influenciado por las posibles complicaciones o riesgos durante el embarazo que haya tenido la paciente, entre otros factores.

Igualmente prevaleció la cesárea electiva con 55.4%, aunque a un alto porcentaje se practicó cesárea de emergencia con 42.4%. Este método para muchos es una forma menos traumática, tanto para el feto como para la madre, por lo que se recurre muchas veces a la cesárea. Esto difiere a lo reportado en

MICHELLE CAROLINA ULLOA GIBBS

ANDREA GABRIELA NEIRA PERALTA



su investigación por el citado Dávila Ayvar, H., (24) que indica un 62% de cesáreas de emergencia y casi un 38% de electivas.

Los principales diagnósticos realizados a las adolescentes que participaron en el estudio indican que prevalecen la desproporción céfalo-pélvica (28.4%) y otros (preclamsia, oligoamnios, óbito fetal, luxación congénita de cadera de la gestante e inducción fallida) con 25.9% y las distocias con 21.6%. Resultados no tan similares a lo reportado por Tejedo López, en el 2015, en Perú, donde evidenció un 23.8% de cesáreas debido a desproporción céfalo pélvica, el 21.4% por sufrimiento fetal agudo y el 11.9% por prematuridad (23).

Por otro lado, en el estudio realizado en Ambato en 2014, obtienen que las indicaciones más frecuentes para cesárea fueron: cesárea anterior y la desproporción céfalo pélvica, con 41.6% y 14.8% respectivamente (27). En el de Dávila Ayvar las indicaciones para cesárea más frecuentes fueron igualmente la cesárea anterior (20,35%), seguido por macrosomía fetal (13,27%) y la desproporción céfalo pélvica (9,73%) (23).

MICHELLE CAROLINA ULLOA GIBBS

ANDREA GABRIELA NEIRA PERALTA



CAPITULO VII.

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1 CONCLUSIONES

- La edad media de las adolescentes que fueron sometidas a cesárea fue de $17,30 \pm 1,49$, predominando las del rango de edad de 15 a 19 años.
- La principal causa de cesárea fue la desproporción céfalo pélvica, seguida de otros (preclamsia, oligoamnios, óbito fetal, luxación congénita de cadera de la gestante e inducción fallida) y distocias.
- En las adolescentes predominó la cesárea electiva pero un alto porcentaje tuvo que ser sometida a cesárea de emergencia.



7.2 RECOMENDACIONES

- Presentar los resultados de esta investigación a la dirección del Hospital Homero Castanier Crespo donde se realizó este estudio con vistas a que sean valorados con el equipo multidisciplinario de atención a las adolescentes.
- Proponer estrategias de prevención y promoción de salud sobre la temática de sexualidad con vistas a prevenir embarazos en edades tempranas del desarrollo.
- Continuar con esta investigación profundizando en otros factores que puedan estar asociados al riesgo de intervenciones quirúrgicas por cesáreas en la adolescencia y sus complicaciones.
- Socializar los resultados de la presente investigación con otros centros docentes y de salud que participan en la elaboración de estrategias de prevención del riesgo y promoción de los factores protectores de la sexualidad en la adolescencia.

MICHELLE CAROLINA ULLOA GIBBS

ANDREA GABRIELA NEIRA PERALTA



CAPÍTULO VIII

8. BIBLIOGRAFIA

8.1 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud Pública. Atención del parto por cesárea. Quito: Ministerio de Salud Pública; 2015. Disponible en: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-Atencion_del_Partido_por_cesarea.pdf.
2. Organización Mundial de la Salud. Desarrollo en la adolescencia. [Internet].; 2016 [cited 2018 Mayo 29. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/.
3. Telégrafo E. Más de 122 mil madres en Ecuador son adolescentes [Internet].. El Telégrafo.. 2012.
4. Domínguez R, Herazo Y. Edad de la gestante adolescente como factor de riesgo para complicaciones en el embarazo. Cartagena (Colombia) 2009. Estudio de corte transversal. Rev. Colomb Obst Gin. 2011 Abril-Junio; 62(2) Disponible en: <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/230>).
5. Bendezú Gyc. Características y riesgos de gestantes adolescentes. Rev. peru. ginecol. obstet. 2016; 62(1) Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322016000100002&lng=es).
6. Carrera A. Anuario de Estadísticas Hospitalarias Camas y Egresos 2012. [Internet].; 2012 [cited 2018 5 29. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/histologia/normas-vancouver-buma-2013-guia-breve.pdf>.
7. Suarez Lyc. Características sociodemográficas y reproductivas asociadas con el aumento de cesáreas en México. Salud pública Méx. 2013; 55(2) Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000800020&lng=es).
8. Schanpp C, Sepúlveda E, Robert JA. Operación cesárea. Revista Médica Clínica Las Condes. 2014 Noviembre; 25(6) Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864014706480>).
9. Organización Mundial de la Salud. La cesárea solo debería realizarse cuando es médicamente necesaria. [Internet].; 2015 [cited 2018 Mayo 28. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10646%3A2015-la-cesarea-solo-deberia-realizarse-cuando-es-medicamente-necesaria&catid=740%3Apress-releases&Itemid=1926&lang=es.

MICHELLE CAROLINA ULLOA GIBBS

ANDREA GABRIELA NEIRA PERALTA



10. Organización Mundial de la Salud. Solo se deben practicar las cesáreas que sean necesarias por motivos médicos. [Internet].; 2015 [cited 2018 Mayo 27. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/caesarean-sections/es/>.
11. Zimmerman C. Histerectomía vaginal. In Jones HW, Rock JA. Te Linde Ginecología Quirúrgica. Philadelphia: Lippincott; 2018. p. 745.
12. Fritz J, al e. Can a simulation-based training program impact the use of evidence based routine practices at birth? Results of a hospital-based cluster randomized trial in Mexico. 2017 Marzo;(Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0172623>).
13. ENSANUT-ECU2012. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. [Internet].; 2012 [cited 2018 Mayo 28. Disponible en: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/MSP_ENSANUT-ECU_06-10-2014.pdf.
14. Clinic Barcelona. Cesarea. [Internet].; 2018 [cited 2018 Mayo 25. Disponible en: <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/obstetricia/cesarea.html>.
15. Richter LG. Factores de riesgo asociados a infección de herida operatoria post cesarea en el Hospital Vitarte, período 2013 a junio de 2015. Tesis de grado. Lima: Universidad Ricardo Palma, Facultad de Medicina Humana; 2016. Disponible en: http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/746/1/Richter_L.pdf.
16. Alcazar JL. Obstetricia y Ginecología Buenos Aires: Médica Panamericana; 2017.
17. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Control prenatal. Quito.; 2016. Report No.: Disponible en: <http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/Guia%20Control%20Prenatal.pdf>.
18. Organización Mundial de la Salud. La OMS señala que las embarazadas deben poder tener acceso a una atención adecuada en el momento adecuado. [Internet].; 2016 [cited 2018 Septiembre 26. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/detail/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who>.
19. Cunningham F, Williams J, editors. Williams obstetrics. 23rd ed. Vol. 1. New York.; 2010. 1385 p. 23rd ed.: McGraw-Hill Medical; 2010.
20. Villareal O. Distocias Materno Fetales LEN. [Internet].; 2016 [cited 2018 Mayo 25. Disponible en: http://www.academia.edu/17489144/Distocias_Materno_Fetales_LEN.
21. Padilla EE, Sánchez M. Factores de riesgo asociados a pérdida de bienestar fetal en adolescentes y añosas del servicio de Ginecoobstetricia del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe en el periodo comprendido de Enero 2013 a Noviembre. Tesis de grado. Managua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2015. Report No.: Disponible en: <http://repositorio.unan.edu.ni/1337/1/56936.pdf>.

MICHELLE CAROLINA ULLOA GIBBS

ANDREA GABRIELA NEIRA PERALTA



22. González MA, Sucuzhañay AL. Complicaciones postnatales del embarazo gemelar monocorial y biamniótico en mujeres de 15 a 45 años del Hospital Homero Castanier Crespo 2011-2014. Tesis de grado. Cuenca: Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Médicas; 2016. Disponible en:
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/24327/1/Tesis%20Pregrado.pdf>.
23. Tejedo AR. Características de las cesáreas de las adolescentes en el Hospital Regional de Lorteo. Tesis de grado. Iquito: Universidad Nacional de la Amazonia Peruana, Facultad de Medicina Humana; 2015. Disponible en:
http://repositorio.unapikitos.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/3930/Andy_Tesis_Titulo_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
24. Dávila H. Prevalencia y principales indicaciones de cesárea en el "Hospital Vitarte" de Ate, durante el periodo enero-diciembre 2014. Tesis de grado. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2015. Disponible en: <http://cybertesis.urp.edu.pe/handle/urp/504?mode=full>.
25. Navarro PL. Características perinatales de recién nacidos de. Tesis de grado. Lima: Universidad Estrada Palma; 2015. Disponible en:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4691/Yauri_Ir.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
26. Carrillo AN. Embarazo en adolescentes de 15 a 17 años y sus complicaciones. Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor 2015 - 2016". Tesis de grado. GUayaquil: Universidad de GUayaquil; 2017. Disponible en:
<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/22448/1/Nataly%20Carrillo%20Navarrete.pdf>.
27. Rosales CY. Efectividad de la psicoprofilaxis durante el embarazo. Tesis de grado. Ambato: Universidad Técnica de Ambato; 2017. Disponible en:
<http://repo.uta.edu.ec/bitstream/123456789/25906/2/Tesis%20E2%80%99CELECTIVIDAD%20DE%20LA%20PSICOPROFILAXIS%20DURANTE%20EL%20EMBARAZO.pdf>.
28. Espinoza JI. Estrategia educativa para disminuir la incidencia de cesáreas en instituto ecuatoriano de seguridad social AMBATO Enero A Junio De 2014. Tesis de grado. Ambato: UNIANDES; 2015. Disponible en:
<http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/494/1/TUAMED035-2015.pdf>.
29. Nogueira de Gama SG. Factors associated with caesarean section among primiparous adolescents in Brazil, 2011-2012. Cad. Saúde Pública. 2014; 30(1) Disponible en:
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2014001300018&script=sci_arttext&tlng=en.
30. Pacheco LN. Atención de enfermería en el periodo post cesárea inmediato en el hospital Vicente corral Moscoso durante marzo a julio del 2015. Tesis de grado. Ambato: UNIANDES. Disponible en:
<http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/4197/1/TUAMEQ010-2016.pdf>.

MICHELLE CAROLINA ULLOA GIBBS

ANDREA GABRIELA NEIRA PERALTA

31. Ganchimeg T, al e. Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multicountry study. BJOG. 2014 Marzo; 121(40) Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24641534>).

ANEXOS

ANEXO 1

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
Edad	Tiempo cronológico que ha vivido la persona desde el nacimiento hasta la realización del estudio.	Biológica	Años cumplidos referidos por el encuestado en la historia clínica.	Numérica
Estatura	Altura del Individuo.	Biológica	Talla en centímetros registrada en la historia clínica.	Numérica
Peso	La cantidad de masa que alberga el cuerpo de una persona	Biológica	El Peso en kilogramos de la persona registrada en la historia clínica.	Numérica

MICHELLE CAROLINA ULLOA GIBBS

ANDREA GABRIELA NEIRA PERALTA

Ocupación	Funciones, Obligaciones y tareas que desempeña un individuo en su trabajo u oficio.	Socio-cultural	Actividad laboral diaria de la persona registrada en la historia clínica.	1.Estudiante, 2.empleada privada y/o pública, 3. QQDD, 4. otros.
Instrucción	Nivel de educación de una persona	Socio-cultural	Años de estudio alcanzados por el encuestado registrada en la historia clínica.	1.Primaria 2.Secundaria 3.Superior 4.Ninguna
Antecedentes obstétricos	Factores que influyen y condicionan el embarazo y el parto	Biológica	Número de Gestas, partos naturales, abortos, cesáreas, e hijos nacidos vivos registrados en la historia clínica.	Numérica.
Número de controles prenatales	Número de controles prenatales realizados para preservar	Socio-cultural	Número de controles prenatales que se realizó la encuestada, registrados en	Numérica.

MICHELLE CAROLINA ULLOA GIBBS

ANDREA GABRIELA NEIRA PERALTA

	el bienestar materno-fetal.		la historia clínica.	
Número de ecografías	Número de ecografías realizadas durante el embarazo.	Socio-cultural	Número de ecografías realizadas durante el embarazo, registradas en la historia clínica.	Numérica
Tipo de cesárea	Procedimiento quirúrgico para la salida o nacimiento fetal.	Biológica	Tipo de cesárea realizada registrada en la historia clínica.	<ol style="list-style-type: none"> 1. En curso de parto o de Recurso. 2. Electiva. 3. Emergencia.
Diagnóstico preoperatorio y postoperatorio	Condición con la que ingresa y egresa la paciente del área quirúrgica y hospitalaria.	Biológica	Diagnóstico registrado en la historia clínica al ingreso y egreso de la paciente de la zona hospitalaria.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Distocias. 2. desproporción céfalo pélvica, 3. malformaciones, 4. DPPNI, 5. macrosomía, 6. riesgo asociado al bienestar fetal, 7. embarazo múltiple, y 8. otros.



ANEXO 2

FICHA DE DATOS

1. Datos de filiación:

Edad

Estatura

Peso

Ocupación

Instrucción

2. Antecedentes ginecobstétricos:

Gestas

Partos

Abortos

Hijos nacidos vivos

3. Número de Controles:

Controles Prenatales:

4. Número de Ecografías:

Ecografías:

5. Tipo de cesárea:

Recurso

Electiva

Emergencia

6. Diagnóstico pre y post operatorio:

Causas	Sí	No
Distocia		
Desproporción céfalo pélvica		
Malformaciones fetales		
DPPNI		

Otros: _____

MICHELLE CAROLINA ULLOA GIBBS

ANDREA GABRIELA NEIRA PERALTA



Macrosomía		
Riesgo asociado al bienestar fetal		
Embarazo múltiple		