



**UNIVERSIDAD DE CUENCA**  
**Facultad de Ciencias Médicas**  
**Escuela de Medicina**

**Resolución obstétrica y complicaciones en embarazos adolescentes en el  
Hospital "Vicente Corral Moscoso", Cuenca, 2017**

**Proyecto de investigación previa  
a la obtención del título de Médico**

**Autoras:**

Martha Yadira Espinoza Dominguez C.I. 0105508030

María Katalina Ortega Ortiz C.I. 0350010179

**Director:**

Dr. Jorge Victoriano Mejía Chicaiza CI: 01015578990

**Cuenca - Ecuador**

**09/05/2019**



## RESUMEN

**Antecedentes:** La adolescencia es una etapa que acarrea un sinnúmero de conflictos internos y externos ya que en este periodo ocurren los cambios más importantes en la vida de los seres humanos tanto en el ámbito biológico y psicosocial.

**Objetivo:** Identificar la forma de resolución obstétrica y complicaciones en adolescentes embarazadas en el hospital “Vicente Corral Moscoso”, Cuenca, 2017.

**Metodología:** Se realizó una investigación de tipo descriptiva, retrospectiva; el universo estuvo conformado por las historias clínicas de todas las gestantes con edades comprendidas entre los 10- 19 años 11 meses 29 días, que fueron atendidas en labor de parto, en el servicio de obstetricia, en el hospital “Vicente Corral Moscoso”, durante el periodo enero-junio del 2017. La información que ha sido recolectada en formularios y los datos obtenidos fueron procesados en el programa estadístico SPSS Versión 23; mediante frecuencia absoluta y porcentajes, los cuales se representaron en tablas.

**Resultados:** La forma de resolución obstétrica fue del 72% para parto vaginal, 28% para cesárea. La presentación de complicaciones obstétricas se evidenció en 59,1% de las gestantes adolescentes.

**Conclusiones:** El parto vaginal fue la forma de resolución obstétrica más frecuente en las adolescentes. Las complicaciones que con mayor frecuencia se evidenciaron fueron, ruptura prematura de membranas, síndrome anémico e hipodinamia uterina.

**Palabras clave:** Adolescentes. Parto eutócico. Cesarean. Hospital Vicente Corral Moscoso.



## ABSTRACT

**Background:** Adolescence is a stage that leads to a number of internal and external conflicts, this is because in this period occur the most important changes in the lives of human beings, in the biological and psychosocial ambits.

**Objective:** To identify the way of obstetric resolution and complications in pregnancy teenagers, in the "Vicente Corral Moscoso" hospital, Cuenca, 2017.

**Methodology:** A descriptive, retrospective research was carried out; the universe was made up of the clinical histories of all pregnant women aged between 10-19 years 11 months 29 days, who were attended in labor, in the obstetrics service, in the hospital "Vicente Corral Moscoso", during the period January-June 2017. The information that has been collected in forms and the data obtained were processed in the statistical program SPSS Version 23; by absolute frequency and percentages, which were represented in tables.

**Results:** The form of obstetric resolution was 72% for vaginal delivery, 28% for cesarean section. The presentation of obstetric complications was evidenced in 59.1% of pregnant teenagers.

**Key Words:** Adolescent. Eutocic birth caesarean section. Vicente Corral Moscoso Hospital.



## Índice de Contenidos

RESUMEN .....	2
ABSTRACT.....	3
CAPITULO I.....	13
1.1 INTRODUCCIÓN.....	13
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
1.3 JUSTIFICACIÓN Y USO DE LOS RESULTADOS .....	15
CAPITULO II.....	17
2. FUNDAMENTO TEÓRICO.....	17
2.1 GENERALIDADES .....	17
2.2 LA ADOLESCENCIA.....	17
2.2.1 Adolescencia temprana .....	18
2.2.2 Adolescencia media .....	18
2.2.3 Adolescencia tardía.....	18
2.3 CARACTERÍSTICAS DE LA ADOLESCENCIA.....	19
2.3.1 Características somáticas .....	19
2.3.2 Características psicosociales.....	19
2.4 EMBARAZO EN ADOLESCENTES.....	19
2.5 RIESGOS ASOCIADOS AL EMBARAZO ADOLESCENTE .....	21
2.5.1 Riesgos biológicos.....	21
2.5.2 Riesgos psicosociales.....	21
2.6 VÍAS DE RESOLUCIÓN OBSTÉTRICA .....	21
2.6.1 Parto vaginal o natural .....	22
2.6.2 Cesárea.....	24
2.7 COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS .....	25
CAPITULO III.....	33
3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN .....	33
3.1. Objetivo general .....	33
3.2. Objetivos específicos .....	33
CAPITULO IV .....	34
4. DISEÑO METODOLOGICO .....	34
4.1 Tipo de estudio .....	34



4.2 Área de estudio ..... 34

4.3 Universo..... 34

4.4 Criterios de inclusión y exclusión ..... 34

4.5 Procedimientos, métodos, técnicas e instrumentos..... 34

4.6 Aspectos éticos ..... 35

CAPITULO V ..... 36

5. RESULTADOS..... 36

**Tabla 1.**..... 36

**Tabla 2.**..... 38

**Tabla 3.**..... 39

**Tabla 4.**..... 40

..... 41

**Tabla 6.**..... 42

**Tabla 7** ..... 43

**Tabla 8.**..... 44

**Tabla 9.**..... 45

**Tabla 10.**..... 47

**Tabla 11.**..... 49

**Tabla 12**..... 50

CAPITULO VI ..... 52

6. DISCUSIÓN..... 52

CAPITULO VII ..... 55

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES..... 55

7.1 CONCLUSIONES ..... 55

7.2 RECOMENDACIONES ..... 56

CAPITULO VI ..... 57

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS ..... 57

CAPITULO VII..... 64

7. ANEXOS..... 64

7.1 ANEXO # 1. FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS ..... 64

7.2 ANEXO # 2 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES ..... 66



**Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio  
Institucional**

Martha Yadira Espinoza Dominguez, en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación **Resolución obstétrica y complicaciones en embarazos adolescentes en el hospital “Vicente Corral Moscoso”, Cuenca, 2017**, 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, 09 de mayo del 2019

.....  
Martha Yadira Espinoza Dominguez  
C.I. 0105508030



### Cláusula de propiedad intelectual

Martha Yadira Espinoza Dominguez, autora del Proyecto de Investigación **Resolución obstétrica y complicaciones en embarazos adolescentes en el hospital "Vicente Corral Moscoso", Cuenca, 2017**. Certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 09 de mayo del 2019

.....  
Martha Yadira Espinoza Dominguez

C.I. 0105508030



**Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio  
Institucional**

María Katalina Ortega Ortiz, en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación **Resolución obstétrica y complicaciones en embarazos adolescentes en el hospital “Vicente Corral Moscoso”, Cuenca, 2017**, 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, 09 de mayo del 2019

.....  
María Katalina Ortega Ortiz  
C.I. 0350010179





### Cláusula de propiedad intelectual

María Katalina Ortega Ortiz, autora del Proyecto de Investigación **Resolución obstétrica y complicaciones en embarazos adolescentes en el hospital “Vicente Corral Moscoso”, Cuenca, 2017**. Certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 09 de mayo del 2019

.....  
María Katalina Ortega Ortiz

C.I. 0350010179



## DEDICATORIA

La presente tesis la dedico a Sol, porque no conforme con ser el motor de mis ideas y sueños, ha transformado mi modo de ver la medicina, y de ver a cada paciente. Ella me ha regalado el tiempo que le pertenece para que pueda perseguir este sueño, me ha acompañado en mis noches de desvelo y me ha dado ánimos para seguir cuando el camino se ha vuelto difícil, en su corta edad me ha enseñado lo importante de ser constante y cumplir todo aquello en lo que empeño mi palabra. Espero que un día ella se sienta tan orgullosa de mí, como yo me siento orgullosa por la persona que ella es y por todo lo que representa.

Martha Yadira Espinoza Domínguez



## DEDICATORIA

Dedico este trabajo investigativo a mis padres Luis y Magdalena, que han apoyado cada uno de mis pasos a lo largo de esta ardua y a la vez gratificante carrera y a mis hermanos que han compartido conmigo sus conocimientos, virtudes y alegrías.

Katalina Ortega Ortiz.



## **AGRADECIMIENTO**

Agradecemos a la Universidad de Cuenca, Escuela de Medicina, nuestra Alma Mater, que nos ha visto crecer y formarnos día a día, dándonos los instrumentos necesarios para formarnos no solo como buenos médicos sino, mejores seres humanos.

A nuestros docentes, ya que sin ellos nada de esto sería posible, son ellos quienes han dado lo mejor de sí mismos para que nuestra formación académica sea integral, son ellos quienes dejan un poco de sí mismos para que su reflejo y su pasión por la medicina trascienda a cada nueva generación.

De manera especial y sincera a nuestro tutor y director de tesis, Dr. Jorge Mejía Chicaiza, que ha puesto todo su empeño, dedicación y paciencia para que esta tesis culmine, motivándonos a cultivar nuestros conocimientos y a adquirir nuevas destrezas.

**LAS AUTORAS**



## CAPITULO I

### 1.1 INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la adolescencia, como la etapa en la que una persona se encuentra entre los 10-19 años de edad. Es un periodo de constante crecimiento y desarrollo que ocurre después de la niñez. Involucra tanto cambios biológicos, psicosociales y culturales, lo que hace que sea una de las etapas más importantes en la vida de un ser humano. (1)

Se estima que en el mundo, un número importante de adolescentes es sexualmente activo y que esta conducta en la actualidad se inicia a edades cada vez más tempranas, lo que lleva a un aumento de la incidencia de embarazos en mujeres menores de 20 años. (3) (2)

Su incidencia a nivel mundial es muy variable. En EEUU cerca de un millón de embarazos en adolescentes ocurre anualmente, América Latina y el Caribe muestra un 18%, en Venezuela existe una proporción de 101.4 por 1000 mujeres menores de 20 años. En Colombia la tasa de fecundidad oscila entre 70 y 90 por cada mil. (2) (3)

En el país se registró un aumento del 11% de la fecundidad en adolescentes entre los 15-19 años según datos del Ministerio de Salud Pública (MSP) y el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) realizado en el año 2014. (4)

El embarazo en mujeres adolescentes, es un problema que por sí mismo acarrea mayor tendencia a presentar efectos adversos, ya sea por la inmadurez biológica, la falta de planificación, los escasos controles y el estrés al que está sometida la madre, lo que predisponen a una mayor mortalidad materna y patologías como hemorragia posparto, trastornos hipertensivos, necesidad de cesárea, entre otros; además se ha descrito resultados negativos que puede presentarse en neonatos, como parto pretérmino, bajo peso al nacer, anomalías genéticas y aumento de las tasas de muerte en la vida posnatal, etc. (2) (3)



## 1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Si bien la tasa global de fecundidad disminuyó desde la década de los sesenta, la fecundidad en adolescentes (específicamente entre 15-19 años) mostró un incremento sobre todo en América Latina y el Caribe. Un informe reciente publicado por CEPAL (Comisión Económica y Social Para América Latina) y la UNICEF colocan a Ecuador dentro de los países con tasas de fertilidad adolescente más altas. (5)

El 3.4% de madres ecuatorianas, tienen entre 12-19 años, es decir 122.301 madres son adolescentes. El incremento en los últimos 10 años según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), de embarazos en adolescentes entre 10-14 años fue del 78% y mujeres entre 15-19 años de 11%. (6)

Según datos de la OMS, cada año unas 16 millones de mujeres entre 15- 19 años y aproximadamente 1 millón de adolescentes menores de 15 años tienen un parto, lo que resulta que un 11% de los nacimientos ocurre en madres adolescentes a nivel mundial. (7)

Representa un problema de salud mundial y afecta sobre todo a los países de ingresos bajos y medios, en donde se da alrededor de un 95% de estos nacimientos. (8)

Resulta alarmante conocer que casi la totalidad de estos embarazos son no deseados y que los mismos ocurren en países pobres y de poca instrucción, en donde no existe programas de educación sexual y la correcta difusión del uso de métodos anticonceptivos para evitar el embarazo a cortas edades, así mismo evitar las complicaciones que este acarrea tanto a la madre como al neonato. (7)

Las adolescentes menores de 16 años corren un riesgo de defunción materna cuatro veces más alto que las mujeres de entre 20 a 30 años y la tasa de mortalidad de sus neonatos es aproximadamente un 50% superior con respecto a estas últimas. Otro punto que se debe tomar en cuenta es, que la mayoría de adolescentes embarazadas no tienen acceso a servicios que les permitan ponerse a manos de profesionales



durante la gestación y especialmente complicaciones que puedan presentarse al momento del parto. (9)

Con respecto a la situación en el país, es preocupante conocer que la cifra de embarazos en adolescentes entre 10-14 años, subió de un 19,8% a 21,6% entre 2010 y 2014. (10)

Conociendo que el embarazo en adolescentes puede actuar como un factor de riesgo, pudiendo variar la forma de resolución obstétrica, en la que aumente el número de cesáreas, dé lugar a un mayor número de complicaciones tanto maternas como fetales y siendo conscientes de esta realidad, creemos necesario que se debe implementar políticas de educación sexual, orientados a los adolescentes, correlacionando con el inicio de actividad sexual, que en la actualidad es cada vez más temprana; que encamine a la reducción de la tasa de embarazo en este grupo etario, disminuyendo así la mortalidad y las complicaciones asociadas al embarazo adolescente.

Es por ello que tiene mucha importancia conocer cuales son las formas de resolución obstétrica y complicaciones asociadas al embarazo en adolescentes en nuestro medio, ya que se considera un problema de relevancia tanto local como a nivel mundial.

### 1.3 JUSTIFICACIÓN Y USO DE LOS RESULTADOS

El Hospital Vicente Corral Moscoso (HVCM), al ser un hospital de tercer nivel y un referente en atención gineco-obstétrica, recibe gran parte de las mujeres de la región para la culminación de su embarazo por medio del proceso de parto, dado que en nuestro país las cifras de embarazos adolescentes son relativamente altas, conocer la frecuencia de cada tipo de parto, ya sea vaginal o por cesárea, adquiere gran importancia con esto, a su vez para identificar complicaciones, tanto maternas como neonatales, además de la existencia de condiciones que predispongan a cada uno de estos tipos de parto en los casos en los que la madre sea adolescente.

Con los datos adquiridos en esta investigación, pacientes, estudiantes, docentes e



incluso personal hospitalario podrán conocer la relación entre embarazo adolescente y su culminación por vía vaginal o por cesárea, además de las posibles complicaciones que se puede presentar en los dos casos y así poder tomar las respectivas precauciones y dar las recomendaciones adecuadas a cada paciente antes, durante y luego del parto.

Los datos recolectados en esta investigación serán publicados en el repositorio institucional de la Universidad de Cuenca, los cuales estarán disponibles para el uso público.





## CAPITULO II

### 2. FUNDAMENTO TEÓRICO

#### 2.1 GENERALIDADES

El embarazo en adolescentes implica un preocupante problema de salud, puesto que se da dentro de un ambiente en el que es evidente un escaso soporte social y emocional, además del riesgo biológico que conlleva, ya que la adolescencia es una etapa que está sujeta a muchos cambios, físicos, psicológicos, sociales; a esto se suma la falta de planificación de un embarazo, los escasos controles prenatales, el poco o nulo apoyo familiar y de la sociedad.

Según el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA), a nivel mundial, la tasa de embarazos en adolescentes es de 46 por cada mil, mientras que la tasa de embarazos en adolescentes en América Latina corresponde a 66. 5 por cada mil en edades comprendidas entre 15-19 años.

Existe además mayor mortalidad en madres adolescentes en comparación con madres adultas, esto ligado a problemas de salud que se presentan durante el embarazo, parto y posparto. También se asocian mayores complicaciones en los embarazos que se dan en países en mujeres que viven en vías de desarrollo, que podría estar asociado a la falta de programas de educación sexual, la falta de oportunidades y el apoyo gubernamental. (11)

#### 2.2 LA ADOLESCENCIA

Se define como la etapa de la vida, en la que un individuo está sujeto a múltiples cambios tanto biológicos, psicológicos y sociales. El adolescente se encuentra en la encrucijada de la infancia y el mundo adulto que lo lleva a adquirir una capacidad reproductiva. (1)

Es un concepto complejo, que por una parte involucra los cambios biológicos que vienen dados por determinantes universales; pero la madurez física, cognitiva y emocional, dependen de la manera en la que cada individuo experimenta esta etapa de la vida. (12)



Se clasifica a la adolescencia en 3 fases o subetapas:

Adolescencia temprana o inicial: 10-13 años

Adolescencia media: 14-16 años

Adolescencia tardía: 17-19 años. (8)

### ***2.2.1 Adolescencia temprana***

Etapa en la que inician los cambios puberales y se desarrollan los caracteres sexuales secundarios

Inicia el interés por el sexo opuesto, por las fantasías sexuales, la masturbación, hecho que es más frecuente en los varones.

A finales de esta etapa inicia la espermarquia y menarquía.

### ***2.2.2 Adolescencia media***

En esta etapa hay una fuerte necesidad de independencia. El grupo de amigos es un referente importante, mismo que puede significar un factor protector o factor de riesgo, según el nexo que los una.

También se presentan los primeros noviazgos, de modo que se va formando su identidad sexual, razón por la que es importante hablar de sexualidad y los cambios a los que estarán expuestos.

### ***2.2.3 Adolescencia tardía***

En la parte biológica, se ha alcanzado ya una madurez suficiente y hay mayor aceptación de los cambios que se han venido dando a lo largo de esta etapa.

Se consolida su identidad sexual, psicológica, personal y la necesidad de establecer relaciones maduras tanto sexuales como económicas. (13)



## 2.3 CARACTERÍSTICAS DE LA ADOLESCENCIA

### 2.3.1 Características somáticas

Se produce un incremento de peso y estatura. En las niñas estos cambios suelen iniciar a los nueve años y medio y en los niños a los diez años y medio.

En las niñas, se manifiesta la maduración de los órganos sexuales, adquiriendo características sexuales primarias en ovarios, útero y vagina. Aparece la primera menstruación o menarquía.

Dentro de las características sexuales secundarias, está el crecimiento de senos, y crecimiento de vello, cambios en la voz, entre otras. (14)

### 2.3.2 Características psicosociales

La tarea central de este período está definida en la búsqueda de la identidad. Otra característica se basa en el desarrollo de la autonomía, el desarrollo de la competencia social y emocional. El alcance del pensamiento operatorio formal.

En cuanto al ámbito sexual, manifestaciones y conductas sexuales que llevan al desarrollo de su identidad sexual, preocupación por los cambios en su cuerpo, inicio de las relaciones de pareja, el contacto con personas del sexo opuesto, inicio de relaciones sexuales.

Con el paso del tiempo y la madurez suficiente, todos estos cambios se van tornando más estables, hay mayor aceptación hacia sí mismo y busca el apoyo en sus amigos, padres y pareja. Pero aunque parezca ir encontrando la estabilidad, esto no deja de catalogar a esta etapa como de vulnerabilidad física, psicológica y social. (15)

## 2.4 EMBARAZO EN ADOLESCENTES

Se define como, todo embarazo que ocurre en mujeres que presentan una edad comprendida entre los 10-19 años.

La madre adolescente debe enfrentar una variedad de conflictos, entre los que implican:



- Aceptación o rechazo de su embarazo.
- Dependencia económica por parte de familiares.
- Riesgo de salud física tanto para la madre como para el niño.
- Abandono de actividades educativas.
- Pérdida de actividades propias de la edad que implican un desarrollo integral.
- Entre otras. (8)

Se ha observado que la mayor parte de mujeres embarazadas adolescentes tienen niveles más bajos de educación y se encuentran en estratos socio-económicos más bajos, lo que a su vez contribuye a una mayor morbi-mortalidad tanto materna como infantil, y a una perpetuación e incremento de los índices de pobreza. (16)

La probabilidad de morir se duplica en mujeres menores de 15 años con respecto a mujeres de 20 años o más. Así mismo los niños nacidos de madres adolescentes tienen más riesgo de morir antes de su primer año de edad. (17)

Las adolescentes embarazadas tienen más riesgo de presentar complicaciones médicas, tales como, aborto, preeclampsia, eclampsia, anemia, parto prematuro, desprendimiento de placenta, entre otras; además de la edad y los factores biológicos, que por sí mismos se consideran de riesgo, gran peso tienen los cuidados de salud y nutrición y controles médicos que se realice la madre durante la gesta. (3) (8)

Los estudios sobre controles prenatales con los que se cuenta, como resultado de una creciente preocupación sobre la salud materna, así como la difusión para un mejor control de complicaciones maternas y fetales, han contribuido a la promoción de la cesárea como herramienta, para que en caso de riesgos que impliquen al binomio madre- hijo, disminuya los niveles de morbimortalidad en los mismos. (18)

Durante la etapa del embarazo en la adolescente suelen presentarse tres complicaciones de especial relevancia, con mayor frecuencia anemia, en segundo lugar infección de las vías urinarias, y en tercer lugar, preeclampsia. A su vez estas situaciones producirán mayores riesgos para la madre y para el producto de la gestación tanto durante el embarazo, trabajo de parto, y postparto. (18) (19)



Así también se puede observar que existen complicaciones para el neonato, estas pueden ser: bajo peso al nacer, hipoglicemia, complicaciones respiratorias, ictericia, complicaciones mecánicas y/o traumáticas al momento de parto, polihidramnios, oligohidramnios, malformaciones, sepsis, e incluso la muerte. (19) (20)

## **2.5 RIESGOS ASOCIADOS AL EMBARAZO ADOLESCENTE**

El hecho que los adolescentes se encuentren en una etapa de susceptibilidad dada por los cambios que esta etapa conlleva, muestra riesgos relacionados sobretodo con el inicio temprano de las relaciones sexuales basadas en un escaso conocimiento sobre las consecuencias que esta conlleva, como son, un embarazo no deseado, enfermedades de transmisión sexual, entre otras.

### **2.5.1 Riesgos biológicos**

Se refiere sobre todo a las complicaciones que involucra un embarazo adolescente, no solo para la madre sino también para el niño, dentro de estas complicaciones podemos citar, un parto prematuro, retraso en el crecimiento intrauterino, anemia materna, desgarro de partes blandas, síndromes hipertensivos, entre otros, que aunque también se presentan en la embarazada adulta, muestran una incidencia más alta en las adolescentes. (21)

### **2.5.2 Riesgos psicosociales**

En este punto se incluyen la deserción escolar que según estudios está relacionada con ausentismos repetidos, aislamiento social, depresión y morbilidad psicológica; no alcanzar la superación personal y profesional por la falta de oportunidades, lo que conlleva a reproducir patrones de pobreza y exclusión social. (22)

## **2.6 VÍAS DE RESOLUCIÓN OBSTÉTRICA**

Aunque las recomendaciones actuales estén basadas en reducir las tasas de cesáreas, ya que éstas se han visto superadas a las tasas recomendadas por organismos internacionales de salud y por las ventajas que conlleva el parto vaginal a diferencia de la operación cesárea descrita por múltiples estudios; esta conducta puede cambiar en las gestantes adolescentes. (23)



Diversos estudios muestran un aumento en el número de realización de cesáreas en el grupo de adolescentes, esto ligado a la mayor incidencia de complicaciones que en estas se presentan.

La adolescencia es una etapa marcada por “inmadurez” y dentro de esta la inmadurez de estructuras óseas, como la pelvis. Lo que nos hace preguntarnos si esta falta de desarrollo de los huesos pélvicos, se verá asociado con un parto difícil o distócico.

A lo largo de los años se han realizado estudios con el fin de responder a esta interrogante, uno de ellos realizó una evaluación de crecimiento pélvico con seguimiento anual radiológico, que mostró que en la menarquía y 2 años más tarde existe un crecimiento significativo de la pelvis y que este crecimiento continúa aun cuando el crecimiento longitudinal óseo haya cesado. De igual manera otro estudio indica que una vez que cesa el crecimiento de los huesos largos a los 18 años aproximadamente, se continúa un crecimiento de los huesos planos y dentro de éstos, la pelvis; por lo que podemos decir que la pelvis adolescente es una estructura inmadura y que ésta puede llevar a complicaciones y por tanto la necesidad de recurrir a la cesárea. (24)

### **2.6.1 Parto vaginal o natural**

El parto y el nacimiento son procesos fisiológicos que describen la culminación del embarazo y cuyo resultado es el recién nacido producto de la concepción. La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia describe el trabajo de parto normal como: “el trabajo de parto de una gestante sin factores de riesgo durante la gestación, que se inicia de forma espontánea entre la 37<sup>a</sup>-42<sup>a</sup> semana y que tras una evolución fisiológica de la dilatación y el parto, termina con el nacimiento de un recién nacido normal que se adapta de forma adecuada a la vida extrauterina”. (10) La Federación de Asociaciones de Matronas de España a su vez dice que este es el “proceso fisiológico único con el que la mujer finaliza su gestación a término, en el que están implicados factores psicológicos y socioculturales. Su inicio es espontáneo, se desarrolla y termina sin complicaciones, culmina con el nacimiento y no implica más intervención que el apoyo integral y respetuoso del mismo (17)



Este proceso, incluye 3 etapas que son:

1. Primera etapa del trabajo o labor de parto (dilatación y borramiento)
2. Segunda etapa, involucra la expulsión del feto
3. Tercera etapa, alumbramiento o salida de la placenta y anexos.
4. Cuarta etapa, es la etapa más propensa para que se presente una hemorragia posparto por atonía uterina.

### **Primera etapa de parto o período de dilatación**

Es la que comienza cuando las contracciones se vuelven regulares y hay una progresiva dilatación del cuello uterino. A su vez, se subdivide en: una fase latente y una fase activa.

**1. Fase latente del trabajo de parto:** se caracteriza por la presencia de contracciones no regulares en cuanto a intensidad y duración y se acompaña de borramiento cervical y progresión lenta o escasa de la dilatación hasta 3 a 4 cm

**2. Fase activa de trabajo de parto:** en esta fase es más marcada la regularidad, intensidad y frecuencia de las contracciones y la rápida progresión de la dilatación; comienza con una dilatación de más de 4 cm y termina cuando la parturienta tiene dilatación completa: 10 cm.

### **Segunda etapa de trabajo de parto o período expulsivo:**

Se da a partir de que la mujer presenta una dilatación cervical completa y termina con el nacimiento del feto. Puede también ser considerada desde el comienzo del pujo materno con dilatación de 10 cm hasta el nacimiento.

### **Tercera etapa de trabajo de parto o alumbramiento:**

Esta fase se presenta luego de que ha sido expulsado el feto, se da la expulsión de la placenta y sus anexos. (25) (26)

### **Cuarta etapa de trabajo de parto:**



Ocurre inmediatamente luego de la expulsión de la placenta y es una fase decisiva, porque a pesar de que se hayan aplicado uterotónicos hay gran riesgo de atonía uterina y que esto de lugar a una hemorragia puerperal, además en esta etapa se reparan laceraciones que se hayan dado en el trabajo de parto. (27)

### 2.6.2 Cesárea

La operación cesárea se define como “una intervención quirúrgica que tiene como objetivo extraer el producto de la concepción y sus anexos ovulares a través de una laparotomía e incisión de la pared uterina”. (28)

Es un procedimiento quirúrgico que se realiza con alta frecuencia y tiene como objetivo disminuir la morbilidad y mortalidad materna y fetal.

De acuerdo a investigaciones realizadas en diferentes países, supera el porcentaje recomendado por la Organización Mundial de la Salud, que es alrededor del 15%. (29)

Los tipos de cesárea se pueden clasificar de acuerdo a 3 factores:

#### 1. Según antecedentes obstétricos:

- **Primera:** cuando el procedimiento quirúrgico es realizado por primera vez.
- **Previa:** cuando existe el antecedente de una cesárea anterior
- **Iterativa:** es la que se practica cuando la paciente tiene antecedentes de más de 2 cesáreas.

#### 2. Según indicaciones:

- **Urgente:** Es la que se practica para resolver o prevenir una complicación materna o fetal en etapa crítica.
- **Electiva:** Es la que se programa para ser realizada en una fecha determinada por alguna indicación médica y se ejecuta antes de que inicie el trabajo de parto. (28)

#### 3. Según técnica quirúrgica.

- Incisión de Pfannenstiel
- Incisión de Joel- Cohen (19)





## 2.7 COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS

“Se definen como disrupciones y trastornos sufridos durante el embarazo, parto y trabajo de parto, así como en el periodo neonatal inicial” (30)

Cabe recalcar que la cesárea, al ser un procedimiento quirúrgico, además de las posibles complicaciones propias del parto, trae consigo complicaciones derivadas del procedimiento, durante el parto y en el puerperio. Es importante el conocimiento de estas complicaciones para su adecuado y oportuno manejo.

En cuanto a complicaciones relacionadas con la edad materna, se encuentran:

- Parto prematuro
- Rotura prematura de membranas
- Desgarro perineal
- Hemorragia posparto
- Síndrome anémico

Diferentes estudios han mostrado que las complicaciones anteriormente mencionadas, muestran una mayor incidencia en adolescentes embarazadas que en adultas grávidas. (20) (31)

### **Parto Pretérmino**

A nivel mundial el parto prematuro o pretérmino se considera como un problema de salud pública, ya que se calcula que anualmente en el mundo 13 millones de niños nacen antes de haber completado las 37 semanas de gestación. (32)

Se dice que cuando la expulsión o extracción del feto se produce entre las 20 y 37 semanas de gestación consideradas desde la última menstruación, se considera como parto pretérmino, esta situación en muchos casos está asociada a factores de riesgo previos al parto como escasos controles prenatales, ruptura prematura de membranas, anemia, hipertensión arterial entre otros, pero además puede traer complicaciones que aumenten la morbimortalidad tanto materna como del recién nacido, siendo en este último frecuente el bajo peso al nacimiento, síndrome de dificultad respiratoria, sepsis, enterocolitis necrotizante y otras fallas en el desarrollo



completo que pueden llevar a defectos del cierre del tubo neural, retraso mental u otros, en la madre son frecuentes la anemia, infecciones, hemorragia postparto, etc. (32)

Debido a que este problema es causante de aproximadamente el 35% de las muertes infantiles en el primer año de vida y morbilidad severa a corto y largo plazo en los recién nacidos que sobreviven a la prematurez como tal, se dice que es uno de los más graves e importantes en la obstetricia. Es ahí donde radica la importancia en hacer una adecuada prevención y diagnóstico de esta situación, ya que el riesgo de mortalidad neonatal y complicaciones maternas disminuye conforme la gestación se aproxima a su término. (33)

### **Desproporción cefalopélvica**

Se ha visto en los últimos años un incremento en el número de cesáreas y la principal razón de este hecho se atribuyó a un diagnóstico de distocia, definiéndose a ésta como el trabajo de parto anómalo o difícil, debida a múltiples causas que pueden presentarse independientes o combinadas y dentro de éstas se encuentran las distocias óseas, de tejidos blandos, fetales, entre otras.

Las distocias óseas son aquellas en las cuales la perturbación del mecanismo de trabajo de parto se debe a una modificación estructural de la pelvis ósea.

Las distocias fetales se pueden clasificar en: presentación cefálica por alteración en la variedad de posición (posterior, transversal); por alteraciones en la actitud de la cabeza fetal (de frente, de cara).

La desproporción cefalopélvica resulta de una combinación de una distocia ósea y fetal, que puede presentarse con mayor incidencia en las adolescentes embarazadas. Derivadas del hecho de que la pelvis, así como las demás estructuras óseas sufre un crecimiento progresivo desde la infancia hasta la adultez y por tanto que la pelvis adolescente se encuentra en esta etapa.



Así mismo las características morfológicas de las mujeres en nuestro medio es diferente a las mujeres de países nórdicos, las pelvis pequeñas guardan una relación con el aumento en la realización de cesáreas que se observa sobretodo en mujeres adolescentes, siendo la inmadurez ósea materna la causa principal. (34)

### **Ruptura Prematura de Membranas**

Usamos el término ruptura prematura de membranas (RPM) cuando éstas se rompen antes de iniciar la labor de parto, cuando además está situación ocurre antes de las 37 semanas de gestación se denomina ruptura prematura pretérmino de membranas. Aproximadamente el 30% de los partos pretérmino tienen como factor causal la ruptura prematura de membranas. Esta situación generalmente lleva consigo altas tasas de morbi-mortalidad, las complicaciones asociadas son infección ascendente y compresión del cordón uterino, y a largo plazo corioamnionitis y morbilidad febril postparto. A menor edad gestacional las complicaciones y los riesgos aumentan. (34)

Alrededor del 8% de embarazos se ven complicados por la RPM, de esta cantidad, el 50% de las mujeres empiezan la labor de parto espontáneamente dentro de 12 horas, el 70% dentro de las 24 horas, el 85% en 48 horas y el 95% en 72 horas.

Aunque su etiología es aún desconocida del todo, se sugiere que se da por varios factores bioquímicos, fisiológicos, ambientales y patológicos. Se ha considerado las infecciones maternas como una causa o efecto de la ruptura prematura de membranas, ya que la producción de mucinasas, proteasas y colagenasas por parte de algunos microorganismos, debilitarían las paredes corioamnióticas, lo que llevaría a una RPM. Un posible mecanismo para el vínculo entre infección y parto prematuro es la estimulación bacteriana de la biosíntesis de prostaglandinas, ya sea directamente vía fosfolipasa A2 y C o indirectamente a través de sustancias como la interleucina-1, factor de necrosis tumoral y factor activador de plaquetas. todos los cuales se pueden encontrar en el líquido amniótico infectado. Con respecto a esto la prescripción perinatal de antibióticos podría prevenir la discapacidad neurológica y respiratoria mediante dos mecanismos, ya sea prolongando el embarazo o



previniendo o eliminando la infección, o ambos. El diagnóstico se realiza mediante la realización de una adecuada historia clínica y un buen examen físico donde se observe la salida de líquido amniótico. (35)

### **Hemorragia Postparto**

La hemorragia postparto se define como la pérdida de sangre por el tracto genital, de 500ml, luego del nacimiento. Muchos médicos consideran la pérdida de 500ml como punto de inflexión para la instauración del tratamiento, pero debido a la asociación deficiente de morbi-mortalidad con esta cantidad de sangrado, muchos usan 1000 mililitros para considerar como hemorragia postparto que necesita tratamiento. (36)

Se estima que en 2015 aproximadamente 303.000 mujeres en todo el mundo fallecieron durante el parto. La hemorragia postparto es la principal causa de las muertes maternas durante y después de la labor de parto, representando alrededor del 27% de todos los casos. Incluso cuando se logra evitar el fallecimiento de la mujer en parto, sigue existiendo un gran riesgo de morbilidad materna, como la histerectomía o las transfusiones sanguíneas. Las secuelas de la hemorragia postparto pueden incluir depresión, trastorno de estrés postraumático y ansiedad.

A pesar de que la mayoría de los casos de muerte materna ocurren en países en vías de desarrollo, los países desarrollados también sufren mortalidad por causas directas como la hemorragia postparto. Se ha documentado una incidencia creciente de la hemorragia postparto a lo largo del tiempo en entornos con recursos abundantes, como Canadá, Australia, Estados Unidos, Reino Unido. (36)

El pilar principal para la gestión de la hemorragia postparto, es su prevención si la prevención falla entonces se debe empezar el tratamiento de la hemorragia instaurada como tal.

El tratamiento de la hemorragia postparto se caracteriza por intervenciones para remediar la o las causas principales de la hemorragia. En particular, busca mejorar el tono uterino y, si es necesario, reparar cualquier trauma, eliminar la placenta y las



membranas en su totalidad y corregir la cascada de coagulación. En la práctica clínica, los fármacos uterotónicos se administran para mejorar el tono uterino como factor principal, mientras que otros problemas se excluyen o se manejan como factores secundarios. Se han descrito intervenciones tales como cirugía, embolización y / o compresión, pero esta revisión se centrará por completo en fármacos uterotónicos porque los efectos relativos del tratamiento de estas intervenciones son particularmente inciertos. (36)

### **Síndrome anémico**

Según la Organización Mundial de la Salud, se define como anemia en la mujer embarazada un valor de hemoglobina menor a 11 g/dl y un hematocrito menor a 31%. En los países en desarrollo se ha encontrado una mayor incidencia de anemia con valores inferiores a 10 g/dl. Así mismo el riesgo de anemia en embarazadas adolescentes aumenta en edades inferiores a los 17 años en comparación con mujeres de mayor de edad a esta.

También la OMS clasifica a la anemia de la siguiente manera: Anemia leve, con una Hb de 10- 10,9 g/dL); moderada (Hb de 7,9- 9 g/dL) y severa (Hb menor a 7 g/dL). (37)

La causa de anemia en mujeres adolescentes suele estar ligada a las deficiencias de hierro, en el caso de anemia ferropénica, ya sea por un bajo aporte de este mineral, pérdidas sanguíneas crónicas a diferentes niveles y periodos de vida en los que las necesidades de hierro son más altas como en el embarazo y la adolescencia y más aun si las dos se encuentran ligadas, también en países en desarrollo se incluyen las parasitosis intestinales.

De estos factores deriva la importancia de los cuidados prenatales y natales con el objetivo de una prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno, basado en la determinación de valores de hemoglobina y el aporte adecuado de micronutrientes, con el fin de disminuir la morbimortalidad materna y fetal. (38)



## **Desgarro perineal**

Se define como la pérdida de continuidad entre las partes blandas del canal de parto, que afectan al periné.

El trauma obstétrico ocasionado por la expulsión del feto es la principal causa de afectación de la zona perineal, que puede abarcar desde la piel de esta región, hasta extenderse a estructuras relacionadas con la defecación y la continencia. (39)

Las primigestas, que por lo general corresponden al grupo etario adolescente, presentan el mayor riesgo de desgarro perineal, que ocurre con mayor frecuencia cuando no se aplica la episiotomía o ésta no es suficiente para permitir la salida del feto de manera óptima.

El dolor perineal crónico, la dispareunia y la incontinencia fecal suelen ser las complicaciones más frecuentes cuando la técnica quirúrgica o algún otro factor son los inadecuados al momento de la episiorrafia (40)

Se presentan cuatro grados, siguiendo la clasificación aceptada por la RCOG, además el desgarro grado III, presenta tres subcategorías:

**Desgarro grado I:** afecta la piel perineal, la mucosa vaginal y la horquilla vulvar sin afectar la fascia y la musculatura adyacente.

**Desgarro grado II:** afecta la fascia y musculo perineal, sin comprometer el esfínter anal.

**Desgarro grado III:** lesión que involucra el esfínter anal:

**IIIA:** lesión de esfínter externo < 50%

**IIIB:** lesión de esfínter externo > 50%

**IIIC:** lesión del esfínter externo e interno.

**Desgarro grado IV:** se extiende hasta la mucosa rectal y expone la luz del recto.



Los desgarros de 1- 2 cm no necesitan ser reparados, salvo que exista sangrado abundante. Mientras que en los desgarros cervicouterinos profundos es obligatoria su reparación quirúrgica (40) (41)

**Otras complicaciones:**

**Trastornos hipertensivos del embarazo**, representan del 5-10% de las complicaciones en mujeres gestantes, están ligados a una alta morbilidad y mortalidad materna. En este grupo se encuentran: la hipertensión gestacional, preclampsia y eclampsia.

**Hipertensión gestacional:** El diagnóstico del primero de estos trastornos se diagnostica cuando la presión arterial se encuentra por arriba de 140/90 mmHg cuando es tomada por primera vez, en la segunda mitad del embarazo y no debe acompañarse de proteinuria. Los valores normales de presión arterial suelen recuperarse a las 12 semanas posparto, si no se evidencian otras complicaciones.

**Preclampsia:** se caracteriza por ser un síndrome propio del embarazo, en el que se presenta un daño endotelial que puede afectar a todos los sistemas. La característica de este síndrome es la presentación en la segunda mitad del embarazo y el puerperio. El diagnóstico se realiza cuando se encuentran valores de presión arterial  $\geq 140 /90$  mmHg después de las 20 semanas de gestación, acompañados de proteinuria  $\geq 300$  mg /24 h.

**Eclampsia:** presencia de convulsiones no atribuible a otra causa en una mujer preclámptica. Estas crisis convulsivas pueden presentarse antes, durante o después del parto. Aunque lo más común es que se presente antes del parto. (42)

En el año 2010, se catalogó a las enfermedades hipertensivas del embarazo, como la principal causa de muerte materna en Ecuador.

Esta patología no solo aumenta la morbimortalidad de la madre sino también la morbimortalidad perinatal en cinco veces más que en mujeres con ausencia de



trastornos hipertensivos, debido a la restricción del crecimiento intrauterino y amenaza de partos pretérminos.

La tasa de preclampsia en los países desarrollados se encuentra alrededor de un 10% y en países en vías de desarrollo puede llegar hasta un 18%. (38)

Así mismo hay estudios que muestran una mayor incidencia de trastornos hipertensivos en la adolescente gestante a diferencia de los embarazos en mujeres adultas; sin embargo a pesar de un extensivo análisis de las posibles causas de este hecho, no se han encontrado una razón suficiente que lo justifique. (34)

**Infección del tracto urinario:** Es una de las patologías más frecuentes durante el embarazo, se estima que entre 5 y 10% de todas las mujeres gestantes la padecen. El principal agente etiológico es la Escherichia Coli, que en muchos casos produce simplemente una bacteriuria asintomática, el principal problema con esta bacteriuria asintomática es que carece de tratamiento, y por lo tanto su progreso a una infección de las vías urinarias altas es más probable; a su vez las complicaciones de esta patología se ven reflejadas en bajo peso al nacer y parto prematuro también más frecuente, por lo que su diagnóstico y tratamiento oportuno y apropiado es de gran importancia antes, durante y después del parto. (43)

**Distocias de presentación:** el término distocia refiere a un trabajo de parto difícil, cuando hablamos de distocias de presentación tenemos presente que son anomalías fetales de la posición que disminuyen la velocidad del trabajo de parto. (44)

La presentación es el polo fetal que se aproxima más a la madre, por lo tanto, es la primera porción fetal que emerge a través del canal de parto. Existen diferentes presentaciones, cefálicas, podálicas y de hombros, y cada una de ellas puede tener variantes. Las presentaciones cefálicas deflexionadas y podálicas resultan ser más complicadas; estos tipos de presentación deben diagnosticarse durante la fase expulsiva de la labor de parto. Son factores de riesgo para las presentaciones cefálicas deflexionadas, alteraciones del peso como son: más de 4500 g o menos de 2500 gramos, anomalías del cuello fetal como: malformaciones craneofaciales y del tubo





neural, cuellos cortos, tumores tiroideos o higroma quístico y circulares múltiples de cordón. Intervienen también factores maternos, como estrechez pélvica, anomalías del canal de parto óseo, malformaciones congénitas y tumores uterinos. (45)

## **CAPITULO III**

### **3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **3.1. Objetivo general**

Identificar las formas de resolución obstétrica y complicaciones de la misma, en embarazos adolescentes en el hospital “Vicente Corral Moscoso”, Cuenca, 2017.

#### **3.2. Objetivos específicos**

- Identificar el grupo de adolescentes de las diferentes subetapas (temprana, media o tardía), con mayor frecuencia de embarazo.
- Determinar la forma de resolución del embarazo, de acuerdo al grupo de adolescencia, temprana, media o tardía.
- Determinar ciertas variables sociodemográficas que puedan condicionar la resolución obstétrica en las adolescentes, entre ellas; estado civil, nivel de instrucción, residencia.
- Establecer las principales complicaciones que puedan abarcar el parto vaginal y la cesárea en embarazos adolescentes.



## CAPITULO IV

### 4. DISEÑO METODOLOGICO

#### 4.1 Tipo de estudio

El presente estudio es de tipo descriptivo retrospectivo

#### 4.2 Área de estudio

El presente estudio se realizó en el área de gineco-obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso; ubicado en la Av. Los Arupos y Av. 12 de Abril, Cuenca-Ecuador.

#### 4.3 Universo

Conformado por un total de 553 gestantes adolescentes que fueron atendidas en labor de parto en el servicio de Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso durante el periodo enero-junio del 2017.

No se obtuvo muestra en la presente investigación, debido a que se aplicó los formularios en toso el universo.

#### 4.4 Criterios de inclusión y exclusión

##### **INCLUSIÓN**

Historias clínicas de pacientes embarazadas con edades comprendidas entre los 10-19 años 11 meses 29 días, en labor de parto en el área de obstetricia del hospital Vicente Corral Moscoso.

##### **EXCLUSIÓN**

Historias clínicas incompletas, y que no cumplan con los criterios de inclusión.

#### 4.5 Procedimientos, métodos, técnicas e instrumentos.

Se realizó una constante y profunda supervisión de los datos obtenidos, con la finalidad de que se cumpla con los criterios de inclusión propuestos para el estudio.

El método que se utilizó en el presente estudio fue la investigación documental, a través de la observación de todas las historias clínicas que cumplían con los criterios de inclusión.



Como técnica, se utilizó la recolección de datos, a partir de una fuente secundaria de información, que fueron las historias clínicas de las pacientes incluidas para este estudio.

El instrumento, fue un formulario previamente diseñado, que nos permitió obtener información acerca de ciertos aspectos sociodemográficos, la vía de resolución obstétrica y complicaciones derivadas de la misma.

Los formularios fueron completados en el departamento de estadística del hospital “Vicente Corral Moscoso”.

Para la elaboración de la base de datos, se utilizó el programa estadístico Microsoft office Excel™, para las variables del estudio, se utilizaron como medidas estadísticas a los porcentajes y frecuencias absolutas, además el análisis de dichos datos se hizo mediante el programa estadístico SPSS Versión 23 y los resultados se expusieron en tablas y gráficos estadísticos.

#### **4.6 Aspectos éticos**

Para la elaboración de la presente investigación, se solicitó la autorización al personal del departamento de Docencia e Investigación del Hospital Vicente Corral Moscoso.

Una vez aprobado el protocolo se procedió a recolectar la información, la cual ha sido guardada con absoluta confidencialidad, misma que se ha utilizado exclusivamente para dicho estudio.

Dado el caso de que no se trabajó con el consentimiento informado y para resguardar la integridad de las participantes, no se han revelado los nombres de las mismas y a cada una de ellas se le asignó un código numérico.

Tras el análisis estadístico la copia de la base de datos ha sido eliminada.



## CAPITULO V

### 5. RESULTADOS

Se obtuvo un total de 553 formularios de pacientes que cumplían con los criterios de inclusión de gestantes adolescentes que fueron atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso para atención del parto en el periodo comprendido entre enero- junio de 2017, con los siguientes resultados:

**Tabla 1.** Distribución de 553 adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital Vicente Corral Moscoso según las características sociodemográficas. Periodo enero- junio 2017.  
Cuenca- 2018

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS		Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
EDAD (Años) <i>*Media:17,5 DE:1,3</i>	10-13	1	0,2
	14-16	118	21,3
	17-19	434	78,5
ESTADO CIVIL	Soltera	225	40,7
	Casada	35	6,3
	Unión de hecho	293	53,0
INSTRUCCIÓN	Primaria incompleta	9	1,6
	Primaria completa	98	17,7
	Secundaria incompleta	264	47,7
	Secundaria completa	164	29,7
	Superior	18	3,3
RESIDENCIA	Urbana	340	61,5
	Rural	213	38,5
Total		553	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos.  
Elaborado por las autoras.

Al analizar las características sociodemográficas de la población estudiada, se evidencia una edad promedio de  $17,5 \pm 1,3$  años, siendo las pacientes gestantes en



adolescencia tardía el grupo etario más frecuente, con 78,5%. Además, podemos observar que la mayoría de las adolescentes embarazadas mantienen unión de hecho (53%), han alcanzado la educación secundaria incompleta (47,7%) y viven en zonas urbanas (61,5%).



**Tabla 2.** Distribución de 553 adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Según forma de resolución obstétrica. Periodo enero-junio 2017.  
Cuenca- 2018

<b>RESOLUCIÓN OBSTÉTRICA</b>	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Parto vaginal	398	72,0
Cesárea	155	28,0
Total	553	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos.  
Elaborado por las autoras.

En lo que respecta a la vía de resolución obstétrica de las adolescentes se evidencia que el 72% de los casos corresponde a parto vaginal, siendo la mayoría; mientras que el 28% se realizó cesárea.

Hay que tener presente que en el hospital en donde se realizó el estudio, el protocolo indica el parto vaginal como vía de resolución obstétrica en todas las pacientes en labor de parto, salvo que presenten alguna complicación que impida la finalización del embarazo por esta vía, en este caso se realiza cesárea.



**Tabla 3.** Distribución de 398 adolescentes atendidas con parto vaginal. Hospital Vicente Corral Moscoso. Según el tipo de parto. Periodo enero-junio 2017. Cuenca- 2018

TIPO DE PARTO VAGINAL	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Eutócico	299	75,1
Distócico	99	24,9
Total	398	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos.  
Elaborado por las autoras.

Del total de adolescentes que terminaron su gestación por parto vaginal, el parto fue eutócico en la mayoría de los casos (75,1%), sin embargo, en un número considerable de pacientes el parto fue distócico (24,9%).



**Tabla 4.** Distribución de 155 adolescentes atendidas por cesárea. Hospital Vicente Corral Moscoso. Según el tipo de cesárea. Periodo enero-junio 2017.  
Cuenca- 2018

<b>TIPO DE CESÁREA</b>	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Urgencia	155	100,0
Electiva	0	0
Total	155	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos.  
Elaborado por las autoras.

En el caso de las cesáreas, la realización en el 100% de las mujeres, fue de tipo urgente, ya que todas las pacientes contaban con las características de este tipo de cesárea, es decir se encontraban en trabajo de parto y/o fueron realizadas con el fin de prevenir o resolver una complicación materna o fetal.





**Tabla 5.** Distribución de 553 adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Según la edad y la resolución obstétrica. Periodo enero-junio 2017.  
Cuenca- 2018

EDAD (Años)		RESOLUCIÓN OBSTÉTRICA		Total
		Parto vaginal	Cesárea	
10-13	n	1	0	1
	%	0,2%	0,0%	0,2%
14-16	n	86	32	118
	%	15,6%	5,8%	21,3%
17-19	n	311	123	434
	%	56,2%	22,2%	78,5%
Total	n	398	155	553
	%	72,0%	28,0%	100,0%

Fuente: Formulario de recolección de datos.  
Elaborado por las autoras.

Según la relación de la variable edad con la vía de resolución obstétrica, en todos los grupos etarios analizados predominó la resolución del embarazo por parto vaginal (0,2%, 15,6% y 56,2%). Mientras que, tanto en el parto vaginal como cesárea, la mayoría de gestantes se encontraban en la adolescencia tardía, con el 56,2% y 22,2% respectivamente.



**Tabla 6.** Distribución de 553 adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Según el estado civil y la resolución obstétrica. Periodo enero-junio 2017.  
Cuenca- 2018

ESTADO CIVIL		RESOLUCIÓN OBSTÉTRICA		Total
		Parto vaginal	Cesárea	
Soltera	n	166	59	225
	%	30,0%	10,7%	40,7%
Casada	n	23	12	35
	%	4,2%	2,2%	6,3%
Unión de hecho	n	209	84	293
	%	37,8%	15,2%	53,0%
Total	n	398	155	553
	%	72,0%	28,0%	100,0%

Fuente: Formulario de recolección de datos.  
Elaborado por las autoras.

En cuanto a la correspondencia de la variable, estado civil con la vía de resolución obstétrica observamos que, en cada estado civil analizado predominó la resolución del embarazo por parto vaginal (30%, 4,2% y 37,8%). Además, se puede apreciar que, tanto en el parto vaginal como cesárea, la mayoría de gestantes se encontraban en unión de hecho, con el 37,8% y 15,2% respectivamente.



**Tabla 7.** Distribución de 553 adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Según la instrucción y la resolución obstétrica. Periodo enero-junio 2017.  
Cuenca- 2018

INSTRUCCIÓN		RESOLUCIÓN OBSTÉTRICA		Total
		Parto vaginal	Cesárea	
Primaria incompleta	n	8	1	9
	%	1,4%	0,2%	1,6%
Primaria completa	n	62	36	98
	%	11,2%	6,5%	17,7%
Secundaria incompleta	n	208	56	264
	%	37,6%	10,1%	47,7%
Secundaria completa	n	108	56	164
	%	19,5%	10,1%	29,7%
Superior	n	12	6	18
	%	2,2%	1,1%	3,3%
Total	n	398	155	553
	%	72,0%	28,0%	100,0%

Fuente: Formulario de recolección de datos.  
Elaborado por las autoras.

Según la instrucción y la resolución obstétrica observamos que en todos los niveles de instrucción predominó la resolución del embarazo por parto vaginal (1,4%, 11,2%, 37,6%, 19,5% y 2,2%). Mientras que, tanto en el parto vaginal como cesárea, la mayoría de gestantes habían alcanzado la educación secundaria: incompleta (37,6%) en el primer caso e incompleta (10,1%) y completa (10,1%) en el segundo, respectivamente.



**Tabla 8.** Distribución de 553 adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Según la residencia y la resolución obstétrica. Periodo enero-marzo 2017.  
Cuenca- 2018

RESIDENCIA		RESOLUCIÓN OBSTÉTRICA		Total
		Parto vaginal	Cesárea	
Urbana	n	235	105	340
	%	42,5%	19,0%	61,5%
Rural	n	163	50	213
	%	29,5%	9,0%	38,5%
Total	n	398	155	553
	%	72,0%	28,0%	100,0%

Fuente: Formulario de recolección de datos.  
Elaborado por las autoras.

En la correlación de la variable residencia con el tipo de resolución obstétrica, en ambos lugares de residencia predominó la resolución del embarazo por parto vaginal (42,5% y 29,5%). Además, se puede apreciar que, tanto en el parto vaginal como cesárea, la mayoría de gestantes viven en zonas urbanas, con el 42,5% y 19% respectivamente



**Tabla 9.** Distribución de 398 adolescentes atendidas por parto vaginal. Hospital Vicente Corral Moscoso según las características sociodemográficas y el tipo de parto. Periodo enero-junio 2017.

Cuenca- 2018

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS			TIPO DE PARTO		Total	
			Eutócico	Distócico		
EDAD (Años)	10-13	n	1	0	1	
		%	0,3%	0,0%	0,3%	
	14-16	n	62	24	86	
		%	15,6%	6,0%	21,6%	
	17-19	n	236	75	311	
		%	59,3%	18,8%	78,1%	
ESTADO CIVIL	Soltera	n	126	40	166	
		%	31,7%	10,1%	41,7%	
	Casada	n	14	9	23	
		%	3,5%	2,3%	5,8%	
	Unión de hecho	n	159	50	209	
		%	39,9%	12,6%	52,5%	
INSTRUCCIÓN	Primaria incompleta	n	8	0	8	
		%	2,0%	0,0%	2,0%	
	Primaria completa	n	54	8	62	
		%	13,6%	2,0%	15,6%	
	Secundaria incompleta	n	158	50	208	
		%	39,7%	12,6%	52,3%	
Secundaria completa	n	73	35	108		
	%	18,3%	8,8%	27,1%		
RESIDENCIA	Urbana	n	171	64	235	
		%	43,0%	16,1%	59,0%	
	Rural	n	128	35	163	
		%	32,2%	8,8%	41,0%	
	Total		n	299	99	398
			%	75,1%	24,9%	100,0%

Fuente: Formulario de recolección de datos.  
Elaborado por las autoras.

De todas las pacientes atendidas por parto vaginal, al relacionar las características sociodemográficas estudiadas en las adolescentes con el tipo de parto vaginal que se



produjo en cada caso: eutócico o distócico; donde se evidencia que el parto distócico fue más frecuente en las pacientes entre 17 y 19 años (18,8%), con estado civil de unión de hecho (12,6%), con educación secundaria incompleta (12,6%) y que residen en áreas urbanas (16,1%).



**Tabla 10.** Distribución de 155 adolescentes atendidas por cesárea. Hospital Vicente Corral Moscoso. Según las características sociodemográficas y el tipo de cesárea. Periodo enero-junio 2017.

Cuenca- 2018

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS			TIPO DE CESÁREA		Total
			Urgencia	Electiva	
EDAD (Años)	10-13	n	0	0	0
		%	0,0%	0,0%	0,0%
	14-16	n	32	0	32
		%	20,6%	0,0%	20,6%
	17-19	n	123	0	123
		%	79,4%	0,0%	79,4%
ESTADO CIVIL	Soltera	n	59	0	59
		%	38,1%	0,0%	38,1%
	Casada	n	12	0	12
		%	7,7%	0,0%	7,7%
	Unión de hecho	n	84	0	84
		%	54,2%	0,0%	54,2%
INSTRUCCIÓN	Primaria incompleta	n	1	0	1
		%	0,6%	0,0%	0,6%
	Primaria completa	n	36	0	36
		%	23,2%	0,0%	23,2%
	Secundaria incompleta	n	56	0	56
		%	36,1%	0,0%	36,1%
Secundaria completa	n	56	0	56	
	%	36,1%	0,0%	36,1%	
Superior	n	6	0	6	
	%	3,9%	0,0%	3,9%	
RESIDENCIA	Urbana	n	105	0	105
		%	67,7%	0,0%	67,7%
	Rural	n	50	0	50
		%	32,3%	0,0%	32,3%
Total		n	155	0	155
		%	100,0%	0,0%	100,0%

Fuente: Formulario de recolección de datos.  
Elaborado por las autoras.



Del total de adolescentes atendidas por cesárea al relacionar las características sociodemográficas estudiadas en las adolescentes con el tipo de cesárea realizada: urgente o electiva; donde se evidencia que en todos los casos la cesárea fue urgente (100%), siendo más frecuente en las pacientes entre 17 y 19 años (79,4%), con estado civil de unión de hecho (54,2%), con educación secundaria incompleta (36,1%) o completa (36,1%) y que residen en áreas urbanas (67,7%).





**Tabla 11.** Distribución de 553 adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Según las complicaciones obstétricas. Periodo enero- junio 2017.  
Cuenca- 2018

<b>COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS</b>	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Ruptura prematura de membranas	52	9,4
Síndrome anémico	44	8,0
Hipodinamia uterina	34	6,1
Hemorragia postparto	30	5,4
Preclamsia	30	5,4
Parto prematuro	30	5,4
Desproporción cefalopélvica	22	4,0
Distocias de presentación	20	3,6
Infección del tracto urinario	12	2,2
Hipertensión gestacional	9	1,6
Desgarro perineal	4	0,7
Eclampsia	1	0,2
Otra	39	7,1
Ninguna	226	40,9
Total	553	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos.  
Elaborado por las autoras.

La presentación de complicaciones obstétricas se evidenció en más de la mitad de las adolescentes (59,1%), con mayor frecuencia se evidenció ruptura prematura de membranas (9,4%), síndrome anémico (8%) e hipodinamia uterina (6,1%).



**Tabla 12.** Distribución de 553 adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Según las complicaciones y la resolución obstétrica. Periodo enero-marzo 2017.

Cuenca- 2018

COMPLICACIONES	RESOLUCIÓN OBSTÉTRICA		Total	
	Parto vaginal	Cesárea		
Ruptura prematura de membranas	n	37	15	52
	%	6,7%	2,7%	9,4%
Síndrome anémico	n	30	14	44
	%	5,4%	2,5%	8,0%
Hipodinamia uterina	n	34	0	34
	%	6,1%	0,0%	6,1%
Parto prematuro	n	15	15	30
	%	2,7%	2,7%	5,4%
Hemorragia postparto	n	28	2	30
	%	5,1%	0,4%	5,4%
Preclamsia	n	17	13	30
	%	3,1%	2,4%	5,4%
Desproporción cefalopélvica	n	6	16	22
	%	1,1%	2,9%	4,0%
Distocias de presentación	n	1	19	20
	%	0,2%	3,4%	3,6%
Infección del tracto urinario	n	10	2	12
	%	1,8%	0,4%	2,2%
Hipertensión gestacional	n	5	4	9
	%	0,9%	0,7%	1,6%
Desgarro perineal	n	4	0	4
	%	0,7%	0,0%	,7%
Eclampsia	n	0	1	1
	%	0,0%	0,2%	,2%
Otra	n	22	17	39
	%	4,0%	3,1%	7,1%
Ninguna	n	189	37	226
	%	34,2%	6,7%	40,9%
Total	n	398	155	553
	%	72,0%	28,0%	100,0%

Fuente: Formulario de recolección de datos.  
Elaborado por las autoras.



Las patologías asociadas a parto vaginal y a cesárea, se presentaron de la siguiente manera en las pacientes con resolución obstétrica mediante parto vaginal, las complicaciones más frecuentes fueron la ruptura prematura de membranas (6,7%) y la hipodinamia uterina (6,1%). En las gestantes a las que se les realizó cesárea predominaron las distocias de presentación (3,4%) y la desproporción cefalopélvica (2,9%).



## CAPITULO VI

### 6. DISCUSIÓN

Al hablar de embarazo adolescente nos referimos a aquel que se da en mujeres entre los 10 a 19 años de edad y que está ligado a múltiples complicaciones tanto maternas como fetales, afectando la esfera bio-psicosocial de este grupo etario en mayor medida por el abandono escolar, la falta de preparación profesional y el escaso apoyo de parte de quienes las rodean; por otra parte el incremento en los gastos en salud derivados de las complicaciones potenciales asociadas a este grupo. (46)

Las indicaciones y recomendaciones sobre la vía de resolución de embarazo en las adolescentes no han sido claras, sin embargo se ha relacionado a esta población con un incremento en el número de cesáreas derivadas de causas anatómicas y de la inmadurez de estructuras pélvicas propias de una mujer en etapa de crecimiento y desarrollo. (47)

Un total de 553 pacientes cumplían con los criterios de inclusión para este estudio, realizado en el Hospital “Vicente Corral Moscoso” durante el período de enero- junio de 2017, observando que la edad promedio de las gestantes adolescentes atendidas en el servicio de obstetricia en este hospital, era de  $17,5 \pm 1,3$  años, en el que las gestantes en adolescencia tardía, son el grupo etario más frecuente, 78,5% y de igual manera se corresponden con el estudio de Ávalos y cols., realizado en una población de gestantes adolescentes mexicanas atendidas en el Hospital de la mujer, Secretaria de salud, México, D.F., en el 2012, con 78,1% de adolescentes en etapa tardía, es decir siendo éste el grupo etario más frecuente. También en el estudio de Chumi-Guerrero realizado en el Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca, en el periodo abril-2006. Abril 2008, se observa esta condición con un 79,26% para gestantes en adolescencia tardía.

En nuestro estudio al observar los resultados sobre la vía de finalización del embarazado, que muestra que un 72% concluyó su embarazo por parto vaginal y que en un 28% se realizó cesárea, al comparar con en el estudio de Ávalos y cols, el porcentaje es de 60,3% y 39,7% para parto vaginal y cesárea, respectivamente, sin



embargo a pesar de que observamos que el número de parto por vía vaginal es el más frecuente, el número de cesáreas, no deja de ser preocupante ya que sobrepasa las recomendaciones de tasas de cesárea dada por la OMS que son del 10-15% y que con el paso de los años en nuestro medio, el número de cesáreas muestra un incremento, al relacionar con el estudio de Chumi-Guerrero, en el que la vía de finalización del embarazo correspondía a un 18,72%. (48) (34) (49) (50)

En el presente estudio, sobre el lugar de residencia de las madres adolescentes de todos los grupos etarios el resultado es mayor en la zona urbana (61,5%) que en la zona rural (38,5%), situación que no se observa en varios estudios que muestran un patrón inverso, como en el estudio de Montesorra- Arias realizado en el Hospital de la maternidad “Rafael Calvo” en Cartagena Colombia entre 1993-2005, en el que hay un mayor número de madres adolescentes de la zona rural que de la zona urbana, dichos resultados que se muestran en éste estudio, podrían explicarse por la localización del HVCM al encontrarse en una zona urbana acoge a más personas del sector y son las mujeres de la zona rural las que acuden a centros de salud situados en estas áreas, ya sea por la facilidad y la cercanía de dichos lugares. (51)

Sobre el nivel de instrucción en las adolescentes de este estudio se encontró que la mayoría (47,7%) no concluía los estudios secundarios y que el 29,7% culminó sus estudios secundarios, mientras que en el estudio de Ávalos y cols se observó un comportamiento similar aunque era mayor el número de adolescentes que se encontraba cursando el nivel secundario 68,5% y sólo un 10,1% había culminado ya la secundaria, en este caso comparado con el presente estudio un 29,7% era bachiller. (34) (50)

En lo que respecta al estado civil, en nuestro estudio, un alto porcentaje de madres adolescentes se encuentran en unión de hecho (53%) o están solteras (40,7%), esta característica también es observable en el estudio de Ávalos y cols, así mismo en el estudio de Chumi- Guerrero, en donde la unión de hecho fue prevalente con un 45,37. (50)



Al observar los resultados sobre complicaciones obstétricas, se encuentra que existe un alto porcentaje de adolescentes que las presentaron (59,1%) es decir, más de la mitad de ellas tuvo algún tipo de complicación y las que se presentaron en la mayoría de los casos fueron, la RPM en un 9,4% de los casos, seguido de anemia 8%, en tercer lugar, hipodinamia uterina en un 6,1%. Estos resultados no se correlacionan con el estudio de Díaz Wilson, sobre una población de gestantes adolescentes realizado en el Hospital Alemán Nicaragüense, en el que encontraron como mayores complicaciones la preclamsia y la hipertensión gestacional con un 15% y 8% respectivamente, lo interesante de este estudio es que comparó a gestantes adolescentes con mujeres de 20 a 25 años y se observó que la probabilidad de desarrollar esta complicación fue de dos veces más en el grupo de adolescentes (OR: 2,49;  $p < 0,05$ ; IC: 1.04-5.96), en el caso de nuestro estudio los resultados sobre esta complicación, es decir preclamsia e hipertensión gestacional fueron de 5,4% y 1,6% respectivamente, pero no tenemos una comparación con mujeres adultas para así poder observar cual es el comportamiento por lo que sería interesante realizar un estudio de este tipo. (52)

La anemia, fue la complicación que siguió a las patologías hipertensivas del embarazo en un 5% de los casos en el estudio de Díaz Wilson, en nuestro estudio la anemia estuvo presente en un 8% de los casos; en la literatura se ha relacionado a esta complicación con otras patologías que afectan a la madre adolescente y a su niño, como parto prematuro y recién nacidos de bajo peso.

De igual manera los datos sobre complicaciones obstétricas en nuestro estudio no se correlacionan con los resultados de patologías obstétricas del estudio de Chumi-Guerrero, ya que en este caso son las distocias, la patología que ocupa el primer lugar con un 42,18%, seguida de ITU con un 22,61%. (53)



## CAPITULO VII

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 7.1 CONCLUSIONES

- Fueron analizadas 553 adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital Vicente Corral Moscoso en el período enero-marzo del 2017, con una edad promedio de  $17,5 \pm 1,3$  años, en este estudio predominaron las adolescentes en etapa tardía.
- El parto por vía vaginal fue el tipo de resolución obstétrica encontrada con mayor frecuencia, similar a lo reportado por otros estudios en la región. Dentro de este grupo prevaleció el parto eutócico. Así mismo las adolescentes en etapa tardía presentaron mayor frecuencia de parto vaginal, que los otros grupos etarios.
- Finalmente, se evidenció una alta frecuencia de complicaciones asociadas al embarazo, destacando la ruptura prematura de membranas, luego el síndrome anémico y finalmente la hipodinamia uterina. En las pacientes con resolución obstétrica mediante parto vaginal, las complicaciones más frecuentes fueron la ruptura prematura de membranas y la hipodinamia uterina, mientras que en las gestantes a las que se les realizó cesárea, predominó las distocias de presentación y la desproporción cefalopélvica.



## 7.2 RECOMENDACIONES

- Potenciar la educación sexual en los centros educativos del país desde etapas tempranas de la adolescencia.
- Brindar una atención médica integral a todas las mujeres adolescentes, y comprobar en la consulta del primer nivel de atención que los adolescentes conocen los medios para prevenir los embarazos.
- Impulsar la realización de nuevos programas de promoción de prácticas sexuales responsables en los adolescentes de nuestra población.
- Fomentar en las adolescentes gestantes, en sus padres o tutores y en sus parejas, la importancia de acudir periódicamente a los controles prenatales en los centros de salud.
- Identificar tempranamente factores de riesgo y signos de alarma en las pacientes adolescentes embarazadas.
- Priorizar la atención del embarazo adolescente, ya sea durante la gestación, así como al momento del parto, debido a la alta frecuencia de complicaciones que existe en nuestra población.
- Desarrollar estrategias que permitan disminuir la tasa de cesáreas en nuestro medio.
- El estudio del embarazo adolescente debe ser dinámico, por lo que es necesario la realización de nuevos trabajos.





## CAPITULO VI

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Cuidado de la madre, del recién nacido, del niño y del adolescente. [Online].; 2017 [cited 2017 Septiembre 16. Available from: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/dev/es/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/).
2. Cannoni G, González MI, Conejero C. Sexualidad en la adolescente: consejería. Revista médica. Clínica las Condes. 2015 Enero; 26(1).
3. Gallardo HR, Guerrero IS, Niño Gonzalez JE, Villaveces Franco M. Adolescencia materna y su asociación con la realización de cesárea. Repositorio de la Universidad Militar Nueva Granada. 2015 Noviembre; 1.
4. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. MSP e INEC presentan resultados de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva. [Online].; 2014 [cited 2017 Septiembre 16. Available from: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/msp-e-inec-presentan-resultados-de-demografia-y-salud-sexual-y-reproductiva/>.
5. Organización Mundial de la Salud. El embarazo en la adolescencia. [Online].; 2014 [cited 2017 Septiembre 16. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>.
6. Vohlonen A, Gutierrez M. Estudio de Caso, Inclusión Educativa y Embarazo en una Comunidad Kichwa Amazónica [online]. Unicef.org. 2018 [cited 22 June 2018]. Available from: [https://www.unicef.org/ecuador/Estudio\\_de\\_caso\\_embarazo\\_en\\_adolescencia\\_e\\_inclusion\\_educativa\\_2017.pdf](https://www.unicef.org/ecuador/Estudio_de_caso_embarazo_en_adolescencia_e_inclusion_educativa_2017.pdf)
7. Organización Mundial de la Salud. El embarazo en la adolescencia. [Online].; 2014 [cited 2017 Septiembre 16. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>.
8. Ávalos Guerrero Á, Pichardo Cuevas M, Rosales Lucio J. Via de resolución del embarazo en una muestra de adolescentes mexicanas. Revista de investigación médica del sur de México. 2013 Abril- Junio; 20(2).
9. Organización Mundial de la Salud. Adolescentes: riesgos para la salud y soluciones. [Online].; 2017 [cited 2017 Septiembre 16. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/>.
10. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Embarazo adolescente. [Online].; 2012 [cited 2017 Septiembre 16. Available from:



[http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Infografias/embarazos\\_adolescentes1.pdf](http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Infografias/embarazos_adolescentes1.pdf).

11. Mitchell C. América Latina y el Caribe tienen la segunda tasa más alta de embarazo adolescente en el mundo | OPS OMS [Internet]. Pan American Health Organization / World Health Organization. 2018 [cited 22 June 2018]. Available from: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=14163%3Alatin-america-and-the-caribbean-have-the-second-highest-adolescent-pregnancy-rates-in-the-world&catid=740%3Apress-releases&Itemid=1926&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14163%3Alatin-america-and-the-caribbean-have-the-second-highest-adolescent-pregnancy-rates-in-the-world&catid=740%3Apress-releases&Itemid=1926&lang=es)

12. UNICEF ECUADOR. La adolescencia. Una época de oportunidades. [Online].; 2012 [cited 2017 Septiembre 17]. Available from: [https://www.unicef.org/ecuador/SOWC-2011-Main-Report\\_SP\\_02092011.pdf](https://www.unicef.org/ecuador/SOWC-2011-Main-Report_SP_02092011.pdf).

13. Organización Panamericana de Salud. Pan American Health Organization / World Health Organization [Internet]. Paho.org. 2016 [cited 22 June 2018]. Available from: [https://www.paho.org/gut/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=publications&alias=618-guia-de-prevencion-del-embarazo-en-la-adolescencia-en-guatemala&Itemid=518](https://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publications&alias=618-guia-de-prevencion-del-embarazo-en-la-adolescencia-en-guatemala&Itemid=518)

14. Gómez Bonett I. Desarrollo Físico y Sexual en la Adolescencia [Internet]. Codajic.org. 2016 [cited 22 June 2018]. Available from: <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/CRECIMIENTO%20Y%20DESARROLLO%20SDAJ.pdf>

15. Gaete V. Desarrollo psicosocial del adolescente [Internet]. Science Direct. 2015 [cited 22 June 2018]. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0370410615001412>

16. Souza MdL, Lynn FA, Jhonston L. Fertility rates and perinatal outcomes of adolescent pregnancies: a retrospective population-based study. Revista Latinoamericana de enfermagen. 2017 Abril; 25(1).

17. Blázquez Morales MS. Embarazo adolescente. Revista electrónica, medicina, salud y sociedad. 2011 Diciembre; 3(1).

18. Mendoza Tascón LA, Arias Guatibonza MD, Peñaranda Ospina CB. Influencia de la adolescencia y su entorno en la adherencia al control prenatal e impacto sobre la prematuridad, bajo peso al nacer y mortalidad neonatal. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2015 Agosto; 80(4).



19. Carpio Baron W. "OPERACIÓN CESÁREA: INCIDENCIA E INDICACIONES EN EL HOSPITAL NAYLAMP DE ESSALUD-CHICLAYO DURANTE EL PERIODO ENERO – DICIEMBRE 2012. Repositorio académico USMP. 2015.
20. Fawed Reyes O, Erazo Coello A, Carrasco Medrano J, Gonzales D, Mendoza Talavera A. Complicaciones obstétricas en adolescentes y mujeres adultas con o sin factores de riesgo asociados, Honduras 2016. iMedPub Journals. 2016 Noviembre; 12(4).
21. Ochoa Saldarriaga C, Moncada Patiño J, Vásquez Patiño D. FACTORES BIOLÓGICOS, SOCIOECONÓMICOS Y CULTURALES ASOCIADOS CON EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES [Internet]. Bdigital.ces.edu.co. 2015 [cited 22 June 2018]. Available from: [http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/4036/1/Factores\\_Biologicos.pdf](http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/4036/1/Factores_Biologicos.pdf)
22. Dávila-Ramírez FA, Fajardo-Granados DE, Jiménez-Cruz CA, Florido-Pérez C, Vergara-Castellón KC. Factores de riesgo psicosocial para embarazo temprano y deserción escolar en mujeres adolescentes. Rev Cienc Salud. 2016;13(3):93-101. doi: [dx.doi.org/10.12804/revsalud14.01.2016.11](https://doi.org/10.12804/revsalud14.01.2016.11)
23. Cobo Aguilar D. ESTRATEGIAS PARA DISMINUIR LA TASA DE CESÁREAS EN NUESTRO MEDIO. [Internet]. Hvn.es. 2012 [cited 22 June 2018]. Available from: [http://www.hvn.es/servicios\\_asistenciales/ginecologia\\_y\\_obstetricia/ficheros/clase2011\\_estrategias\\_disminuir\\_cesareas.pdf](http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/clase2011_estrategias_disminuir_cesareas.pdf)
24. Qazi G. OBSTETRIC CHARACTERISTICS AND COMPLICATIONS OF TEENAGE PREGNANCY [Internet]. Jpmi.org.pk. 2012 [cited 22 June 2018]. Available from: <http://www.jpmi.org.pk/index.php/jpmi/article/view/106>
25. Secretaría de salud. Mexico. Guía de práctica clínica. Vigilancia y manejo del trabajo de parto. [Online].; 2014 [cited 2017 Septiembre 17. Available from: [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/052\\_GPC\\_VigilanciaManejodelParto/IMSS\\_052\\_08\\_EyR.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/052_GPC_VigilanciaManejodelParto/IMSS_052_08_EyR.pdf).
26. Ministerio de salud pública del Ecuador. Guía de práctica clínica. Atención de trabajo de parto, parto y posparto inmediato. [Online].; 2015 [cited 2017 Septiembre 17. Available from:
27. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong KY. Williams Obstetricia. Vigésimo cuarta edición ed.: Mc Graw-Hill; 2015.



28. Clínic Barcelona Hospital Universitario. Medicina materno fetal BCN. Protocolo cesárea. [Online].; 2012 [cited 2017 Mayo 28. Available from: <https://medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/obstetricia/cesarea.pdf>.
29. Federación colombiana de obstetricia y ginecología y Federación colombiana de perinatología. Racionalización del uso de cesárea en Colombia. Revista colombiana de obstetricia y ginecología. 2014 Junio; 65(2).
30. Reyes O. Complicaciones Obstétricas en Adolescentes y Mujeres Adultas con o sin Factores de Riesgo Asociados, Honduras 2016. [Internet]. iMEDPUB JOURNALS. 2016 [cited 26 June 2018]. Available from: <http://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/complicaciones-obsteacutetricas-en-adolescentes-y-mujeres-adultas-con-o-sin-factores-de-riesgo-asociados-honduras-2016.pdf>
31. . Tuncay Y, Sahim Aker S, Seval M. Obstetric and neonatal outcomes of adolescent pregnancy [Internet]. ncbi.nlm.nih.gov. 2015 [cited 26 June 2018]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5175089/>
32. Lanza G, Fern A, Morazan o, Batchvaroff M, Gonzalez C, Guevara I et al. Caracterización del Nacimiento Pretérmino en Embarazadas Atendidas en el Hospital Materno Infantil [Internet]. Archivosdemedicina.com. 2017 [cited 26 June 2018]. Available from: <http://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/caracterizacioacuten-del-nacimiento-preteacutetermino-en-embarazadas-atendidas-en-el-hospital-materno-infantil.php?aid=18742>
33. Rivera Casas A, Rueda Barrios A. Diagnóstico y prevención del parto pretermino. Una actualización de la literatura [Internet]. Universidad Libre Seccional Barranquilla. 2016 [cited 26 June 2018]. Available from: <http://file:///C:/Dialnet-DiagnosticoYPrevencionDelPartoPreterminoUnaActuali-6118641.pdf>
34. Gallardo Lizarazo H, Guerrero Romero I. Adolescencia Materna Y Su Asociación Con La Realización De Cesárea. [Internet]. Repository.unimilitar.edu.co. 2015 [cited 26 June 2018]. Available from: <http://repository.unimilitar.edu.co/bitstream/10654/7336/5/PROTOCOLO%20TRABAJO%20DE%20GRADO%20CESAREA%20Y%20ADOLESCENCIA.pdf>
35. Kenyon S, Boulvain M, Neilson J. Antibiotics for preterm rupture of membranes [Internet]. cochrane.org. 2013 [cited 27 June 2018]. Available from: [http://www.cochrane.org/CD001058/PREG\\_antibiotics-for-preterm-rupture-of-membranes](http://www.cochrane.org/CD001058/PREG_antibiotics-for-preterm-rupture-of-membranes)



36. Parry Smith WR, Gallos ID, Williams HM, Widmer M, Angolkar M, Tobias A, Price MJ, Alfirovic Z, Weeks A, Hofmeyr GJ, Gülmezoglu AM, Coomarasamy A. First-line uterotonics for treating postpartum haemorrhage: a systematic review and network meta-analysis (Protocol). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 8. Art. No.: CD012754. DOI: 10.1002/14651858.CD012754.
37. Munares-García O, Gómez-Guizado G,. Niveles de hemoglobina y anemia en gestantes adolescentes atendidas en establecimientos del Ministerio de Salud del Perú, 2009-2012. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública* 2014; 31(1726-4634):
38. Mina-Martinez M, Complicaciones obstétricas en el tercer trimestre del embarazo en adolescentes, comparadas con madres no adolescentes en el Hospital GinecoObstétrico Isidro Ayora. Pontificia Universidad Católica del Ecuador 2017; 1(44-3)
39. Verdecia Ramírez M, Benítez González Y. Presentación de una paciente con desgarro perineal obstétrico. *SCIELO* 2017; 21(22):
40. Hospital Clínic | Hospital Sant Joan de Déu | Universitat de Barcelona. LESIONES PERINEALES DE ORIGEN OBSTÉTRICO: Diagnóstico, tratamiento y seguimiento (internet). Hospital de Barcelona. (cited 26 June 2018). Available from: [https://medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/patologia\\_materna\\_obstetrica/lesiones%20perineales%20de%20origen%20obst%E9trico.pdf](https://medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/patologia_materna_obstetrica/lesiones%20perineales%20de%20origen%20obst%E9trico.pdf) (accessed 26 June 2018).
41. Garcia Luna C, Toribio J,. Complicaciones obstétricas en adolescentes embarazadas que asistieron al Hospital Humberto Alvarado Vásquez en el periodo de Enero 2012 a Diciembre 2013.. Universidad Autonoma de Nicaragua 2015; 1(3):
42. Cruz Chen A,. Complicaciones Obstétricas en Adolescentes Embarazadas, ingresadas en el Servicio de Complicaciones Prenatales del Hospital de Cobán, A.V. del año 2009 al 2013 (internet). Universidad Rafael Landivar. (cited 26 June 2018). Available from: <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesisjcem/2016/09/03/Cuz-Amilcar.pdf>
43. Sorolla romero, J. Repositoriujies. [internet]. Repositorio Universidad de Jaume, 2017. [Cited 26 June 2018]. Available from: <http://repositori.uji.es/xmlui/handle/10234/167601>
44. F gary cunningham, kenneth j leveno, steven l bloom, catherine y spong, jodi s dashe, barbara l hoffman, brian m casey, jeanne s sheffield.Trabajo de Parto Normal. In: gary cunningham, F (ed 24 ) Williams, Obstetricia. USA: McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES; 2015.p.



45. Jaramillo Moreno, D. and Jaramillo Moreno, D. Parto Distócico Y Factores Relacionados En Pacientes Atendidas En El Área De Gineco-Obstetricia Del Hospital "Vicente Corral Moscoso", Enero Del 2015 - Junio Del 2016, Cuenca-Ecuador. [internet] Dspace.ucuenca.edu.ec. 2017 [Accessed 28 Jun. 2018]. Available at: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/26951/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION.pdf>
46. Mitchell, C. América Latina y el Caribe tienen la segunda tasa más alta de embarazo adolescente en el mundo | OPS OMS. [internet] Pan American Health Organization / World Health Organization. 2018. [Accessed 28 Jun. 2018]. Available at: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=14163%3Alatin-america-and-the-caribbean-have-the-second-highest-adolescent-pregnancy-rates-in-the-world&catid=740%3Apress-releases&Itemid=1926&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14163%3Alatin-america-and-the-caribbean-have-the-second-highest-adolescent-pregnancy-rates-in-the-world&catid=740%3Apress-releases&Itemid=1926&lang=es)
47. Latino Gaitán L. Vía de finalización del embarazo y resultados perinatales de las pacientes con preeclampsia moderada y grave en embarazos mayores de 28 semanas de gestación, durante el periodo de Julio a Diciembre del año 2014, en el Hospital Bertha Calderón Roque. [Internet]. Repositorio.unan.edu.ni. 2015 [cited 28 June 2018]. Available from: <http://repositorio.unan.edu.ni/1771/1/54952.pdf>
48. Avalos Guerrero A, Pichardo Cuevas M, Rosales Lucio J, Gonzalez Velazquez A. Vía de Resolución del Embarazo en Adolescentes Mexicanas [Internet]. Medicasur.org.mx. 2013 [cited 28 June 2018]. Available from: <http://medicasur.org.mx/pdf-revista/RMS132-AO01-PROTEGIDO.pdf>
49. OMS. Declaracion de la OMS sobre tasas de cesárea [Internet]. Apps.who.int. 2015 [cited 28 June 2018]. Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161444/WHO\\_RHR\\_15.02\\_spa.pdf;jsessionid=337CE2A0C44EBD140962601D3C03DA10?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161444/WHO_RHR_15.02_spa.pdf;jsessionid=337CE2A0C44EBD140962601D3C03DA10?sequence=1)
50. Chumbi Buenaño A, Guerrero Ortiz J, Illescas Campoverde C. Prevalencia De Patologias Obstetricas En Adolescentes Embarazadas Del Servicio De Gineco-Obstetricia Del Hospital Regional De Cuenca "Vicente Corral Moscoso Período Abril 2006-Abril 2008. [Internet]. Dspace.ucuenca.edu.ec. 2008 [cited 28 June 2018]. Available from: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/19744/4/TESIS.pdf>
51. Monterrosa Castro A, Arias Martinez M. Partos Vaginales y Cesareas en Adolescentes: Comportamiento entre 1993 y 2005 Hospital de Maternidad "Rafael Calvo", Cartagena, (Colombia) [Internet]. Red de Revistas Científicas de América



Latina y el Caribe, España y Portugal. 2007 [cited 28 June 2018]. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=195214327003>

52. Diaz Wilson A. Riesgo Obstétrico De Adolescentes Durante El Embarazo Y El Parto En Sus Diferentes Períodos Al Comparar Con Embarazadas De 20 A 25 Años En El Hospital Alemannicaraguense En El Periodo Abril 2015- Septiembre 2015 [Internet]. Repositorio.unan.edu.ni. 2012 [cited 28 June 2018]. Available from: <http://repositorio.unan.edu.ni/1498/1/15740.pdf>

53. Mondragon F, Ortiz M, Sandoval J. Complicaciones Materno Perinatales del Embarazo en Primigestas Adolescentes: Estudio Caso Control [Internet]. Redalyc.org. 2007 [cited 28 June 2018]. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/3234/323428183005.pdf>



## CAPITULO VII

### 7. ANEXOS

#### 7.1 ANEXO # 1. FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**TÍTULO: FORMAS DE RESOLUCIÓN OBSTÉTRICA EN EMBARAZOS ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL “VICENTE CORRAL MOSCOSO”, DURANTE LOS MESES DE ENERO, FEBRERO Y MARZO, EN EL AÑO 2017**

AREA: Gineco-obstetricia

FORMULARIO N° \_\_\_\_\_

#### Edad:

- Adolescencia temprana (10-13 años)  .....
- Adolescencia media (14-16 años)  .....
- Adolescencia tardía (17-19 años)  .....

#### Estado civil:

- Soltera
- Casada
- Viuda
- Divorciada
- Unión de hecho

#### Instrucción:

- Analfabeta
- Primaria 
  - o Incompleta
  - o Completa
- Secundaria 
  - o Incompleta
  - o Completa
- Superior





**Residencia:**

- Urbana
- Rural

**Forma de resolución obstétrica**

- Parto vaginal 
  - o Eutócico
  - o Distócico
- Cesárea 
  - o Urgencia
  - o Electiva

**Complicaciones obstétricas**

Parto prematuro	
Desproporción cefalopélvica	
Ruptura prematura de membranas	
Desgarro perineal	
Hemorragia posparto	
Síndrome anémico	
Otra	

**Observaciones**

.....



## 7.2 ANEXO # 2 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

### Operacionalización de variables

Variables	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala
Edad	Tiempo que una persona ha vivido, a contar desde su nacimiento.	Ordinal	Adolescencia temprana Adolescencia media Adolescencia tardía	10-13 14-16 17-19
Estado civil	Situación civil en la que se encuentra una persona	Ordinal	SI/NO	Soltera Casada Viuda Divorciada Unión de hecho
Instrucción	Nivel de conocimientos adquiridos en educación formal.	Ordinal	Años de educación alcanzados	• Analfabeta • Primaria incompleta • Primaria completa • Secundaria incompleta • Secundaria completa • Superior
Residencia	Lugar donde radica una persona.	Ordinal	SI/NO	- Urbana - Rural
Resolución obstétrica	Forma por la cual se da la salida del feto y los anexos	Ordinal	Parto vaginal	-Eutócico -Distócico



	ovulares al finalizar el embarazo.		Cesárea	-Electiva -Urgencia
Parto prematuro	Se define como aquel que se produce antes de las 37 semanas de gestación	Ordinal	Semanas de gestación	- < 36.6 semanas de gestación - > 36.6 semanas de gestación
Ruptura prematura de membranas	Rotura que ocurre antes del inicio de trabajo de parto	Nominal		SI/NO
Desgarro perineal	Laceraciones que pueden presentarse al momento del parto	Ordinal	Incluye la mucosa vaginal, piel del perineo o ambas.  Afecta la fascia y músculos que circundan la vagina.  Atraviesa el esfínter externo del ano  Se extiende a la luz anorrectal y rotura de	Primer grado  Segundo grado  Tercer grado  Cuarto grado



			esfínteres externo e interno del ano	
Hemorragia postparto	Pérdida de más de 500 ml de sangre después de un parto vaginal o más de 1000 ml de sangre después de una cesárea.	Nominal	Se produce dentro de las primeras 24 horas posteriores al parto  Se produce entre las 24 horas y las 6 semanas posparto	- Primaria o inmediata  - Secundaria o tardía
Síndrome anémico	Signos y síntomas originados por disminución de la masa eritrocitaria por debajo de los valores necesarios para un transporte óptimo de oxígeno a los tejidos.	Nominal	Valores de hemoglobina en sangre	Hemoglobina menor a 11g/dl