



UNIVERSIDAD DE ESPECIALIDADES ESPÍRITU SANTO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

**TÍTULO: FACTORES DETERMINANTES DEL PARTO POR VIA ALTA
EN EMBARAZO DENTRO DE UN GRUPO ETARIO DE 11 A 19 AÑOS
EN EL PERIODO 2015-2016 EN EL HOSPITAL GENERAL LIBORIO
PANCHANA SOTOMAYOR**

**TRABAJO DE INVESTIGACION QUE SE PRESENTA COMO
REQUISITO PARA EL TITULO DE MEDICO**

NOMBRE DEL ESTUDIANTE:

TATIANA ALEJANDRA FIERRO BAQUERO.

NOMBRE DEL TUTOR:

DR. LUIS ZAMBRANO ZAMBRANO

SAMBORONDON, SEPTIEMBRE DE 2017

1109117
16-24



CARTA DE APROBACIÓN DEL TUTOR

AGOSTO, 26 DEL 2017

SEÑOR DR. PEDRO BARBERÁN TORRES.
DECANO

PRESENTE.

DE MI CONSIDERACIÓN

YO: DR. **LUIS ZAMBRANO ZAMBRANO**, PORTADOR DE LA CÉDULA DE IDENTIDAD N.- 2000057022, MÉDICO CIRUJANO DEL HOSPITAL GENERAL LIBORIO PANCHANA SOTOMAYOR DE SANTA ELENA, ME COMPROMETO A SER EL TUTOR DE TESIS DE LA ALUMNA: **TATIANA ALEJANDRA FIERRO BAQUERO** CON CI: 0927568550 Y CON CÓDIGO ESTUDIANTIL 2006170995, CON EL SIGUIENTE TEMA DE TESIS:

“FACTORES DETERMINANTES DEL PARTO POR VIA ALTA EN EMBARAZO DENTRO DE UN GRUPO ETARIO DE 11 A 19 AÑOS EN EL PERIODO 2015-2016 EN EL HOSPITAL GENERAL LIBORIO PANCHANA SOTOMAYOR”

PRESENTADO POR LA ALUMNA EGRESADA DE LA CARRERA DE MEDICINA.

SEGURO DE CONTAR CON SU APROBACIÓN, ME SUSCRIBO AGRADECIÉNDOLE

ATENTAMENTE,

CC. PED. GON. GABRIEL ORDÓÑEZ GUZMÁN
CC. DR. MIGUEL PAZMIÑO

DR. **LUIS ZAMBRANO ZAMBRANO**
MÉDICO GINECOLOGO DEL HGLPS
del 23 abril de 1983



Ministerio
de Salud Pública

DIRECCIÓN DISTRITAL 24D01 SALUD



Aprobado
11/09/17
16:34

Santa Elena, 11 de Septiembre del 2017

Dra. Verónica Cajas Avila
Directora Médico Asistencial
HOSPITAL GENERAL DR. LIBORIO PANCHANA SOTOMAYOR
Presente.-

Yo, FIERRO BAQUERO TATIANA ALEJANDRA, con número de cédula 0927568550, Interno de medicina de la Universidad de Especialidades Espíritu Santo, por medio de la presente solicito a usted se me certifique con fecha 19 de octubre del 2016 se me autorizó el poder acceder a los archivos estadísticos tanto digitales como físicos para poder realizar mi trabajo de grado con el título: "FACTORES DETERMINANTES DEL PARTO POR VÍA ALTA EN EMBARAZO DENTRO DE UN GRUPO ETARIO DE 11 A 19 AÑOS EN EL PERIODO 2015 - 2016 EN EL HOSPITAL GENERAL LIBORIO PANCHANA SOTOMAYOR", esto debido a pérdida del documento original.

Sin otro particular quedo de usted agradecida.

Atentamente,

Tatiana Fierro

TATIANA FIERRO BAQUERO
Interna de Medicina UEES
CI# 0927568550



CC. PSC. CLN. GABRIEL ORDÓÑEZ GUZMÁN
CC. DR. MIGUEL PAZMIÑO

SECRETARIA
ESCUELA DE MEDICINA





FACULTAD “ENRIQUE ORTEGA MOREIRA” DE CIENCIAS MÉDICAS

ESTE TRABAJO DE TITULACIÓN CUYA AUTORÍA CORRESPONDE A **TATIANA ALEJANDRA FIERRO BAQUERO**, HA SIDO APROBADO, LUEGO DE SU DEFENSA PÚBLICA, EN LA FORMA PRESENTE POR EL TRIBUNAL EXAMINADOR DE GRADO NOMINADO POR LA ESCUELA DE MEDICINA, COMO REQUISITO PARCIAL PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE MÉDICO.

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

SECRETARIA
ESCUELA DE MEDICINA

AUTORIA

YO, **TATIANA ALEJANDRA FIERRO BAQUERO** CON CI: 0927568550, POR MEDIO DE LA PRESENTE DEJO CONSTANCIA DE MI AUTORÍA SOBRE EL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN DENOMINADO: **“FACTORES DETERMINANTES DEL PARTO POR VIA ALTA EN EMBARAZO DENTRO DE UN GRUPO ETARIO DE 11 A 19 AÑOS EN EL PERIODO 2015-2016 EN EL HOSPITAL GENERAL LIBORIO PANCHANA SOTOMAYOR DE SANTA ELENA”** LAS INVESTIGACIONES, RESULTADOS, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES PRESENTADAS EN ESTE DOCUMENTO, SON EXCLUSIVAMENTE MÍAS Y CON LA RESPONSABILIDAD QUE CONLLEVA ESTA.

DEDICATORIA

EN PRIMER LUGAR, DEBO AGRADECER Y DEDICAR MI TRABAJO Y MI ESFUERZO CON TODO MI CORAZÓN A MIS PADRES, MARTHA Y MIGUEL. SIN ELLOS, SIN SU APOYO INCONDICIONAL, SIN SUS MOLESTOSOS EMPUJES, SIN SU TOTAL RESPALDO NO HUBIERA PODIDO LOGRAR NADA, NO HUBIERA PODIDO CREER EN MI MISMA, O ALCANZAR MI META PRINCIPAL LA CUAL ES CULMINAR MI CARRERA, SIN ELLOS NO SERÍA NADA.

A MÍ NANA, MI SEGUNDA MADRE, LA DUEÑA DE MI CORAZÓN POR EL SOLO HECHO DE HABERME ENGREÍDO DURANTE MOMENTOS DUROS QUE ESTOY SEGURA QUE TODO ESTUDIANTE DE MEDICINA HA PASADO. A MIS HERMANOS, QUE POR VER SUS LOGROS Y SU TALENTO INNATO ME EMPUJARON A QUERER SER MEJOR CADA DÍA, A ELLOS QUE ME DIERON EL MEJOR REGALO QUE HE PODIDO RECIBIR, MIS QUERIDOS SOBRINOS.

AL RESTO DE MI CERCANA FAMILIA, MI CAYITA, MIS TÍOS MIS PRIMOS, ELLOS QUE CREYERON SIEMPRE EN MI DEPOSITANDO TODA SU CONFIANZA EN QUE LLEGARÍA A MI META, ESTO Y MÁS ES PARA USTEDES.

A LOS AMIGOS QUE MI CARRERA ME AYUDÓ A CONOCER, QUE ESTUVIERON AHÍ PARA MI, AYUDÁNDOME EN LO QUE PUEDAN Y NUNCA DEJÁNDOME CAER, SIEMPRE TENDRÁN UN ESPACIO GRANDE EN MI CORAZÓN, MIS FUTUROS COLEGAS, USTEDES SABEN QUIENES SON. A MI MEJOR AMIGA TATIANA, QUE A PESAR DE NO ESTAR CONMIGO EN ESTOS MOMENTOS, SIEMPRE LO ESTUVO EN MI CORAZÓN, Y SE CON SEGURIDAD QUE FESTEJARÍA CONMIGO MIS LOGROS, COMO SI FUERAN LOS SUYOS.

RECONOCIMIENTO

A LA UNIVERSIDAD DE ESPECIALIDADES ESPÍRITU SANTO POR HABERME BRINDADO LA ENSEÑANZA DE EXCELENTES ACADÉMICOS A LO LARGO DE MI ETAPA ESTUDIANTIL BRINDÁNDOME OPORTUNIDADES ÚNICAS ASÍ MISMO COMO OBSTÁCULOS A LO LARGO DE MI CARRERA PARA ASÍ PODER LLEGAR A LA RECTA FINAL SIN ARREPENTIMIENTO ALGUNO.

AL HOSPITAL GENERAL LIBORIO PANCHANA SOTOMAYOR, POR ACOGERME, POR SER MI SEGUNDA CASA, ABRIRME SUS PUERTAS PARA ASÍ PODER LOGRAR Y REALIZAR MI TRABAJO INVESTIGACIÓN, EL CUAL ESPERO QUE BRINDE CONOCIMIENTO, POR PERMITIRME CONOCER GRANDES MÉDICOS LOS CUALES ME ENSEÑARON LO QUE ES PREOCUPARSE POR EL BIENESTAR DE LOS PACIENTES, GRACIAS A LOS DOCTORES QUE RESPONDIERON CADA UNA DE MIS PREGUNTAS Y ESTUVIERON TOTALMENTE DISPUESTOS A COMPARTIR SUS ENSEÑANZAS, GRACIAS A LOS DOCTORES QUE LOGRARON QUE QUIERA A MEDICINA INTERNA CUANDO ERA SOLO UN OBSTÁCULO PARA MI.

A MI CONSEJEROS Y MI TUTOR QUE ESTUVIERON DURANTE TODO MI TRABAJO DE INVESTIGACIÓN, BRINDÁNDOME SU COMPLETA AYUDA, PACIENCIA Y COLABORACIÓN.

INDICE

AUTORIA.....	ii
DEDICATORIA	3
RECONOCIMIENTO.....	4
INTRODUCCION.....	11
CAPITULO I.....	13
1.1 Antecedentes.....	13
1.2 Planteamiento de problema	16
1.3 Justificación del problema	17
1.4 Objetivos de la Investigación	18
Objetivo General.....	18
Objetivo Específico.....	18
CAPITULO II	19
Marco teórico.....	19
2.1 EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA.....	19
2.1.a Tipos de adolescencia	20
2.1.b Adolescencia temprana (10 a 13 años):	20
2.1.c Adolescencia media (14 a 16 años):	20
2.1.d Adolescencia tardía (17 a 19 años):.....	21
2.1.e Posibles causas del embarazo en adolescente.....	21
2.1.f Consideraciones Psico-sociales para el aumento de los embarazos en adolescentes	26
2.1.g Consecuencias de relaciones tempranas en la adolescente	28
2.1.h PRINCIPALES FRACASOS DE LA SEXUALIDAD EN LA ADOLESCENCIA .	28
2.2 La Cesárea	30
2.2.a Factores predisponentes de Cesárea	34
2.3 Efecto de la edad materna en el parto por vía alta.....	35
2.4 Factores predisponentes de cesárea en embarazadas adolescentes.....	35
2.9 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	37
CAPITULO III	39

METODOLOGIA.....	39
3.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACION.....	39
TIPO DE ESTUDIO.....	39
ÁREA DE ESTUDIO.....	39
UNIVERSO.....	39
3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	40
CRITERIOS DE INCLUSION.....	40
CRITERIOS DE EXCLUSION.....	40
3.3 METODOS Y TECNICAS.....	42
3.4 DISEÑO DE INSTRUMENTO.....	42
3.5 PROCEDIMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INVESTIGACION.....	42
CAPITULO IV.....	44
4.1 RESULTADOS.....	44
Tablas y Gráficos.....	44
4.2 DISCUSIÓN.....	54
CAPITULO V.....	57
CONCLUSION.....	57
RECOMENDACIONES.....	59
Referencias Bibliográficas.....	61
ANEXOS:.....	66

Índice de Tablas

Tabla 1: TABLA DE VARIABLES	41
Tabla 2: PREVALENCIA DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS.	44
TABLA 3: FRECUENCIA DE EDAD	46
TABLA 4: FRECUENCIA DE ESTADO CIVIL	48
TABLA 5: DISTRIBUCION DE 160 ADOLESCENTES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL LIBORIO PANCHANA SOTOMAYOR DE SANTA ELENA EN EL PERIODO DE 2015 - 2016.	49
TABLA 6: DIAGNÓSTICO DE LAS CESÁREAS DE ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL GENERAL LIBORIO PANCHANA SOTOMAYOR DE SANTA ELENA EN EL PERIODO DEL 2015 – 2016.....	50
TABLA 7: RELACION ENTRE LOS FACTORES DETERMINANTES ENCONTRADOS Y LAS CESÁREAS DE ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL GENERAL LIBORIO PANCHANA SOTOMAYOR DE SANTA ELENA EN EL PERIODO DEL 2015 – 2016	52

Índice de Gráficos

GRAFICO 1: MUJERES EMBARAZADAS CON PARTO POR VÍA ALTA (CESÁREA)	45
GRAFICO 2: EDAD DE EMBARAZADAS EN ADOLESCENTES	47
GRAFICO 3: FRECUENCIA DE ESTADO CIVIL EN ADOLESCENTES	48
GRAFICO 4: NIVEL DE ESTUDIO	49
GRAFICO 5: DIAGNÓSTICO DE LAS CESÁREAS DE ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL GENERAL LIBORIO PANCHANA SOTOMAYOR DE SANTA ELENA EN EL PERIODO DEL 2015 – 2016	51

RESUMEN

La incidencia de mujeres adolescentes embarazadas ha aumentado en los últimos años por varios factores predisponentes, en la provincia de Santa Elena existe una alta demanda de mujeres embarazadas, por lo cual mi proyecto de investigación se basó en determinar cuáles son estos factores que llevan a mujeres entre 11 a 19 años embarazadas a no ser aptas a tener parto vaginal y así recurrir a cesárea. Al finalizar el proyecto de investigación se determinó que fueron 687 casos confirmados en los que se impuso el parto por vía alta, donde 160 mujeres fueron menores de 19 años dentro del periodo del 2015 al 2016.

La edad media de mujeres adolescentes que fueron atendidas en el Hospital General Liborio Sotomayor fue mayormente entre 17 y 19 años de edad. En cuanto a los factores determinantes en estas adolescentes a finalizar su embarazo por cesárea se encontró en primer lugar la hipertensión gestacional, seguido de la estrechez pélvica, y por último pacientes que tengan como antecedente una cesárea anterior, no dejando a un lado que el factor socio económico como también el nivel de educación y la falta de apego con una persona que las guíe, influye a que la paciente por su edad temprana no obtenga los cuidados y controles necesarios durante el embarazo teniendo como consecuencia a esto, patologías que afectan a que la paciente pueda llegar a culminar su gestación por parto vaginal.

ABSTRACT

The incidence of adolescent pregnancy has grown over the past few years due to predisposing factors. In the province of Santa Elena there is a high demand for adolescent pregnancy, my research project is based on determining which are these factors that lead to women pregnant between 11 and 19 years old to not meet the requirements to opt for vaginal delivery. After completing my research project, I was able to determine that there were 687 confirmed cases in which cesarean sections were imposed, in which 160 were women under the age of 19 during 2015 to 2016 years,

The average age of adolescent women who were treated at General Liborio Sotomayor Hospital were between 17 and 19 years of age. As for the risk factors in these adolescents to end their pregnancy by caesarean section, was Gestational Hypertension in first place, followed by pelvic anatomy structure in second place, and lastly patients with previous c-sections, not leaving aside the socio-economic factor as well as the level of education and lack of attachment with a person who could provide guidance and influence the patient to obtain the care and control necessary during a pregnancy, having as a consequence pathologies that affect the patient to not be able on having a vaginal delivery.

INTRODUCCION

En el hospital general Liborio Pancha Sotomayor se registra una alta incidencia de embarazos en adolescentes, se encontró que 23.29 % son mujeres menores 19 años.

Existen varios factores determinantes que llevan mujeres a quedar embarazadas sin un control prenatal previo, la mayoría de las adolescentes que acuden a emergencia son mujeres que se encuentran casadas, otras, en unión libre sin embargo existe un factor importante desencadenante de esta decisión a temprana edad, el factor socio económico de la provincia de Santa Elena y la educación de estas personas; Aun así existe varios factores que predisponen a que las mujeres tengan como opción el parto por vía alta, ya sea enfermedades congénitas, mujeres añosas, mujeres que tengan cirugías previas en cualquiera de los órganos reproductores, o simplemente por la predisposición anatómica de la pelvis, sin embargo en las niñas de edad temprana los factores que determinaban que el parto por vía alta sea el principal medio para que nazca el bebe, uno de los principal factores, es que las mujeres que nunca han llevado un control prenatal y que nunca habían acudido a una cita médica tenían en común entre ellas que a edad temprana se habían alejado de sus casas con su pareja, segundo las mujeres que llevaban sus controles normales en sus subcentros cercanos a su domicilio pero que por partos fallidos en sus casas por personales incapacitado y que no tenían medidas higiénicas favorables para desarrollar partos en casa, llegaban al subcentro con partos prolongados que ya tenían un periodo de tiempo moderadamente transcurrido y el bebe no se expulsaba aun, los referían al Hospital Liborio Panchana Sotomayor y al ingreso pasaban a quirófano para una cesárea de emergencia para así poder definir el bienestar del neonato, tercero mujeres que presentaron infecciones de las vías urinarias recurrentes que no habían recibido un tratamiento previo o que no habían terminado el tratamiento indicado por el médico, cuarto la anatomía de la pelvis que es muy común en adolescentes por lo general estas pacientes tienen disminuido el ángulo pélvico y por lo general la cesárea es el medio de elección, y por ultimo mujeres que presentaban signos de infecciones venéreas y que por esta razón el parto vaginal estaba contraindicado, siendo varios factores que

determinan para que el parto por vía alta sea el medio principal para sacar el niño este proyecto se basa principalmente en determinar cual es el factor con mayor incidencia para el parto por vía alta en estas adolescentes encontradas en el Hospital Liborio Pancha Sotomayor

CAPITULO I

1.1 Antecedentes

El embarazo en la adolescencia es uno de los problemas más severos que tiene la medicina ecuatoriana sobre todo en áreas rurales y urbanas.

El curso de los embarazos y su culminación natural fueron históricamente eventos sociales que incorporaban a la familia y a su comunidad, sin ninguna o con muy poca participación médica, y más que nada por las conocidas comadronas, pues su desarrollo resultaba normal en más del 90% de las veces. Hoy son sucesos donde predomina la participación de personal médico a personas sin preparación medica previa necesaria, un evento que ha transformado paulatinamente en pacientes a las mujeres embarazadas y a las parturientas normales, para así poder evitar cualquier complicación o error realizada por personal no entrenado. El precedente familiar de embarazo adolescente es frecuente, generando situaciones conflictivas entre la pareja y los padres. La falta de educación sexual adecuada contribuye en gran medida, al aumento del número de embarazos adolescentes. ⁽¹⁾

Se denomina embarazo en la adolescencia cuando este se produce en una mujer que se encuentra entre su comienzo de la edad fértil y el final de la etapa adolescente, según la Organización mundial de la salud, esta etapa transcurre entre los 10 y 19 años, donde ocurren complejas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales.

Aproximadamente 1 millón de niñas menores de 15 años dan a luz cada año, mayormente en países de bajos y medianos ingresos. Lo que también llama la atención son las complicaciones durante el embarazo y el parto las cuales conforman la segunda cause de muerte en adolescentes. ⁽¹⁾ El

embarazo en la adolescencia sigue siendo uno de los principales factores que contribuyen a la mortalidad materna e infantil y al círculo de enfermedad y pobreza, constituye también una de las principales preocupaciones derivadas de la conducta sexual de los jóvenes, además de factores socioeconómicos y sociales. El riesgo en materia de salud es mayor que en grupos etarios de 20 años y 34 años de edad ya que la incidencia de complicaciones obstétricas se encuentra aumentada y en general tienen control prenatal inadecuado. (2)

En Europa casi 5 de cada cien embarazos se da en adolescentes, siendo la cifra mucho mayor en América Latina. El único factor de riesgo biológico en un embarazo adolescente, destacado por algunos autores, es la menarquia precoz. El precedente familiar de maternidad adolescente es muy frecuente, generando situaciones conflictivas entre la pareja y los padres. La falta de educación sexual adecuada contribuye en gran medida, al aumento del número de embarazos adolescentes.

El mayor peligro de prematuros y muertes neonatales en los hijos de madres adolescentes fue descrito en 1964 por Stine, el mismo año, Hassan y Falls profundizaron sobre esa problemática identificado además la toxemia, partos prolongados y aumento de la incidencia de cesáreas dentro de este grupo de riesgo. (1)

En lo que respecta a las patologías del parto, se señala que mientras más joven es la adolescente, mayores son las alteraciones que pueden ocurrir con relación al parto. (2)

Esto es debido principalmente a la falta de desarrollo de la pelvis materna, lo que condicionaría una mayor incidencia de desproporción cefalopélvica neonatal, constituyendo esto, una causa importante de trabajo de parto prolongado y partos operatorios. (1)

Sin embargo, a pesar de los grandes avances en materiales quirúrgicos y la modernización de las técnicas operatorias y anestésicas, la morbimortalidad materna asociada a la cesárea sigue siendo tres veces superior a la de un parto vaginal. (3)

Una cesárea no deja de ser una cirugía abierta abdominal importante, por eso presenta más riesgos que el parto vaginal, ya que sin el debido cuidado y manejo adecuado se puede generar infecciones y a su vez complicaciones posteriores. (4)

Se han documentado científicamente riesgos para la salud de la mujer embarazada que podrían surgir a partir de una cesárea, entre los que se incluyen: infecciones, hemorragias, necesidad de transfusiones sanguíneas, afectación en diferentes órganos, complicaciones derivadas del uso de anestesia, complicaciones psicológicas. (4)

Algunas de las complicaciones obstétricas más frecuentes en adolescentes que puede llegar a indicar la realización de cesárea fueron la ruptura prematura de membranas, la preeclampsia, el sufrimiento fetal agudo y el aborto, mientras que en el grupo de mayores de 19 años fueron el desgarro perineal, la ruptura prematura de membranas, la amenaza de parto prematuro y la preeclampsia. Se encontró a través de artículos e investigaciones científicas recolectadas una diferencia altamente significativa en las siguientes complicaciones obstétricas asociadas a adolescentes: desgarro perineal, desproporción céfalo-pélvica,

presentación podálica, preeclampsia, sufrimiento fetal agudo, aborto, infección de vías urinarias, anemia entre otras. (5)

1.2 Planteamiento de problema

Se conoce que una de las poblaciones que menos accede a los servicios de medicina está constituida por los adolescentes, lo que evidentemente informa que no están cubiertas totalmente en cuestión de salud y prevención de enfermedades. En Ecuador los adolescentes conforman aproximadamente una tercera parte del país lo que promueve el acceso a la salud, educación entre otros servicios. Nuestro país cuenta con una de las tasas más altas de embarazo adolescente en América Latina, según al Plan Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes publicado en el año 2008 por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador más del 20% de las adolescentes a nivel nacional son madres o se encuentran embarazadas. Esto indica que un embarazo durante la etapa de adolescencia no va a ser controlado correctamente lo que conllevará a desarrollar patologías que afecten tanto a la madre como al feto, también se encuentra involucrado distribuciones anatómicas no alcanzadas a su punto máximo por encontrarse en edad temprana lo que impedirá una finalización del embarazo por parto vaginal sin necesidad de intervención quirúrgica.

En la población de Santa Elena existe una alta tasa de embarazo en la adolescente, por todos estos antecedentes arribamos a nuestro problema científico. Conocer la prevalencia de pacientes adolescentes embarazadas entre 11 y 19 años de edad, que se les realice cesáreas y sus indicaciones para dicha cirugía atendidas en el hospital general "Dr.

Liborio Panchana Sotomayor” de la ciudad de Santa Elena desde junio del año 2015 hasta el mes de junio del año 2016.

1.3 Justificación del problema

En las últimas décadas, en nuestro país se ha notado un incremento en la incidencia de partos por cesárea. Sobre todo, en adolescente, lo que conlleva un aumento en la tasa de morbilidades y mortalidad en este grupo etario. El estudio por realizar es de gran importancia para nuestro medio, por que servirá para identificar los factores que promueven la realización de cesáreas en el Hospital General Doctor Liborio Panchana Sotomayor. El presente trabajo nos guiará a conocer las principales causas de partos por vía alta en adolescente y lograr un mayor conocimiento sobre el comportamiento ante cualquier parámetro para la realización de cesáreas y poder establecer modelos de atención integral o guías de buenas prácticas médicas y de esta forma brindar atención integral con calidad y calidez aplicada en los usuarios del hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor.

1.4 Objetivos de la Investigación

Objetivo General

- Identificar los factores determinantes que conllevan al parto por vía alta en pacientes adolescentes de 11 a 19 años de edad atendidos en el Hospital General Liborio Panchana Sotomayor en el periodo comprendido entre el 2015 a 2016.

Objetivo Específico

1. Determinar los factores más importantes relacionados con el desarrollo de cesárea en adolescentes en el Hospital Doctor Liborio Panchana Sotomayor en el periodo 2015-2016.
2. Estimar la prevalencia de parto por cesárea en adolescentes en el Hospital Doctor Liborio Panchana Sotomayor en el periodo 2015-2016.
3. Establecer la relación entre los factores determinantes encontrados y la frecuencia de cesárea en adolescentes en el Hospital Doctor Liborio Panchana Sotomayor en el periodo 2015-2016.

CAPITULO II

Marco teórico

2.1 EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

Según la OPS en el año 2009, en Latinoamérica, el 40% de los jóvenes a los 15 años tienen una vida sexual activa, y dentro de este grupo el 15% ya han sido madres o han estado embarazadas. ⁽¹⁾ El embarazo en edades cada vez más tempranas se está convirtiendo en un problema social y de salud pública de alcance mundial. Desde siempre los embarazos han estado presentes en los adolescentes, pero en la actualidad se ve con mayor frecuencia, ya que seguimos avanzando como sociedad y existen cosas como lo es el embarazo en los adolescentes que son mal vistas, a causa de una falta de comunicación y de información es que suceden este tipo de incidentes.

El embarazo en la adolescencia tiene repercusión en varios niveles, se encuentran los biológicos: aumento de la morbi-mortalidad materno-perinatal. Los causados por el embarazo: trastornos digestivos, metrorragias, abortos espontáneos, anemia, infecciones urinarias, amenaza de parto pre término, hipertensión arterial gravídica, parto pre término y bajo peso al nacer, presentaciones fetales distócicas, desproporciones céfalo-pélvica y trabajo de parto prolongado. Psicosociales: ambivalencia afectiva por el neonato, atención prenatal deficiente, abandono escolar, situación económica desfavorable, estado de soledad, sobrecarga familiar, limitación de la oportunidad educacional, se compromete la posibilidad de autosuficiencia económica, desarrollo cultural frustrado de la pareja, comenzar a trabajar sin la debida preparación cultural y educativa, interrupción de los estudios y de la preparación técnica y profesional, ingresar al ámbito matrimonial sin una debida madurez

condenado muchas veces al fracaso, vivir en condiciones de franca promiscuidad y hacinamiento, sentimiento de frustración por no poder realizar tareas propias de su edad.

2.1.a Tipos de adolescencia

Considerando las diferentes edades, a la adolescencia se la puede dividir en tres etapas según "Penacho-Chiok. (6)

2.1.b Adolescencia temprana (10 a 13 años):

Biológicamente, es el período peri-puberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarquía. Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales. Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física. (15-16)

2.1.c Adolescencia media (14 a 16 años):

Es la adolescencia propiamente dicha cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el período de máxima relación con sus padres, compartiendo así mismo valores propios y conflictos.

Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo. Muy preocupados por apariencia física,

pretenden poseer un cuerpo más atractivo con mayores atributos y se manifiestan fascinados con la moda del momento. Penacho –Chiok -2008.
(15-16)

2.1.d Adolescencia tardía (17 a 19 años):

Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de amigos va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales. Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo sabiendo que:

"Una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes" (15-16-17)

2.1.e Posibles causas del embarazo en adolescente

¿Por qué se embarazan nuestras adolescentes? Esto ocurre debido a:

- a) Disminución de la edad de pubertad, por inicio precoz de las relaciones sexuales.
- b) Por la falta de instrucción académica.
- c) Por desconocimiento de la sexualidad.
- d) Por el no uso de protección contraceptiva, para "retener" a la pareja, buscando afecto.
- e) Por problemas domésticos.

- f) Por escasa percepción del riesgo.
- g) Por la educación sexual "que no llega" o se encuentra escasa.

Por otra parte, existen también otros factores que podrían intervenir en un embarazo a edades muy tempranas como:

- Mal funcionamiento del núcleo familiar (posibilidad de huir de un hogar donde a veces la adolescente se siente amenazada por la violencia, el alcoholismo y el riesgo de incesto).
- Inicio precoz de las relaciones sexuales
- Los adolescentes no solicitarían anticonceptivos por “vergüenza”, “no haberlo pensado” y “miedo”
- La inestabilidad familiar.
- La necesidad de probar su fecundidad.
- La pérdida de la religiosidad.
- La baja autoestima
- Mantener relaciones sexuales sin las medidas de contracepción adecuadas.
- La aceptación de mantener relaciones sexuales a edades cada vez más precoces.
- La falta de educación suficiente sobre el comportamiento sexual responsable.
- Información clara y específica sobre las consecuencias del intercambio sexual. (17)
- Crecer en condiciones pobres o precarias.
- Falta de educación moral por parte de los padres.
- Relaciones sexuales tempranamente de sus amigos adolescentes (peer pressure).
- Vivir en comunidades o asistir a escuelas donde los embarazos tempranos son comunes.
- El uso temprano de alcohol y/o drogas.

- Haber sido víctima de un ataque o abuso sexual.
- Cuando sus madres a su vez le han dado a luz a edad temprana. (17)
- Menarquía temprana: Otorga madurez reproductiva, presentando ovulación cuando aún no maneja las situaciones de posible riesgo en un embarazo.
- Inicio precoz de relaciones sexuales: Cuando aún no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención.
- Familia disfuncional: uniparentales o con conductas promiscuas, que ponen de manifiesto la necesidad de protección de una familia continente, con buen diálogo padres – hijos. Su ausencia genera carencias afectivas que la joven no sabe resolver, impulsándola a relaciones sexuales que tiene mucho más de sometimiento para recibir afecto, que genuino vínculo de amor.
- Mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente y/o sola
- Bajo nivel educativo: Con desinterés general. Cuando hay un proyecto de vida que prioriza alcanzar un determinado nivel educativo y posponer la maternidad para la edad adulta, es más probable que la joven, aun teniendo relaciones sexuales, adopte una prevención efectiva del embarazo.
- Migraciones recientes: Con pérdida del vínculo familiar. Ocurre con el traslado de las jóvenes a las ciudades en busca de trabajo y aún con motivo de estudios.
- Pensamientos mágicos: Propios de esta etapa de la vida, que las lleva a creer que no se embarazarán teniendo relaciones sexuales, porque no lo desean.
- Fantasías de esterilidad: Comienzan sus relaciones sexuales sin cuidados y, como no se embarazan por casualidad, piensan que son estériles, y así continúan sin uso de métodos anticonceptivos.

- Falta o distorsión de la información: Es común que entre adolescentes circulen "mitos" como: sólo se puede quedar embarazada si se llega al orgasmo, o cuando se es mayor, o si el acto es durante el periodo de menstruación, o cuando no hay la penetración del pene completamente.
- Controversias entre su sistema de valores y el de sus padres: Cuando en la familia hay una severa censura hacia las relaciones sexuales entre adolescentes, muchas veces los jóvenes las tienen por rebeldía y, a la vez, como una forma de negarse a sí mismos que tiene relaciones no implementan medidas anticonceptivas.
- Aumento en número de adolescentes: Alcanzando el 50% de la población femenina.
- Factores socioculturales: La evidencia del cambio de costumbres derivado de una nueva libertad sexual, que se da por igual en los diferentes niveles socioeconómicos. (17-18)

Muchas adolescentes de comunidades pobres y reprimidas, que poseen pocas oportunidades para educarse y mejorar económicamente, con frecuencia ven la maternidad como una forma de salida. El embarazo en edades cada vez más tempranas se está convirtiendo en un problema social y de salud pública de alcance mundial. (2-4-6)

Desde siempre los embarazos han estado presentes dentro del grupo de adolescentes, pero en la actualidad se observa con mayor frecuencia y peor reputación, ya que seguimos avanzando como sociedad y existen cosas como lo es el embarazo en los adolescentes que son mal vistas, la falta de comunicación y de información debida son algunas razones por la cual suceden este tipo de acontecimientos. El embarazo y maternidad de adolescentes son más frecuentes de lo que la sociedad quisiera aceptar.

Es un evento difícil que afecta la salud integral de los padres-adolescentes, la de sus hijos, familiares y de la comunidad en su conjunto.

(3)

Muchas adolescentes de comunidades pobres y reprimidas, que poseen pocas oportunidades para educarse y mejorar económicamente, con frecuencia ven la maternidad como una forma de aumentar su propio valor y lograr el poder de poseer algo. (4)

Nuestro país tiene una de las tasas más altas de embarazo adolescente en América Latina. De acuerdo con el “Plan Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes”, publicado en el 2008 por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, más del 20% de las adolescentes a nivel nacional son madres o están embarazadas. El embarazo entre adolescentes es mayor entre estratos socioeconómicos bajos, grupos de menor nivel educativo, y quienes habitan en áreas rurales. (1-3)

La educación también juega un papel predominante: según la encuesta “Condiciones de Vida 2005”, dos de cada tres adolescentes de 15-19 años sin educación fueron madres o estuvieron embarazadas. Las proporciones de maternidad adolescente son hasta cuatro veces más altas entre las adolescentes que no tienen educación (43%), comparadas con las de niveles educativos más altos (11% con secundaria completa). (3)

“Existen estudios que muestran que las mujeres que presentan embarazos tempranos tienen la tendencia a tener partos muy seguidos y además a tener familias numerosas”.

También se ha encontrado que la maternidad en la adolescencia aumenta la probabilidad de ser pobre, de 16 a 28%” Por otro lado los niños

y niñas nacidos de una madre adolescente tienen significativamente menos probabilidades de culminar la enseñanza secundaria y romper el círculo vicioso de la transmisión intergeneracional de la pobreza (Plan Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes en Ecuador). (1-3)

Las consecuencias de embarazos no deseados y de abortos inseguros son extremadamente preocupantes. Según algunos investigadores, este fenómeno es frecuente entre mujeres adolescentes no unidas que no planeaban y/o deseaban sus embarazos. (5)

En Ecuador el 10% de las mujeres entre 15 y 24 años que tuvieron su embarazo antes de los 15 años, dijeron que este terminó en aborto. Además, el inicio temprano de relaciones sexuales y el poco conocimiento sobre salud sexual por parte de los adolescentes contribuyen a un incremento en la frecuencia de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), los cuales pueden llevar a efectos negativos sobre la fertilidad y la salud en general. (3)

2.1.f Consideraciones Psico-sociales para el aumento de los embarazos en adolescentes

El comportamiento sexual humano es variable y depende de las normas culturales y sociales especialmente en la adolescencia, pudiendo clasificar a las sociedades humanas de la siguiente manera:

a. – Sociedad Represiva: Niega la sexualidad, considerando al sexo como un área peligrosa en la conducta humana. Considera una virtud la sexualidad inactiva, aceptándola sólo con fines procreativos. Las

manifestaciones de la sexualidad pasan a ser fuentes de temor, angustia y culpa, enfatizando y fomentando la castidad prematrimonial.

b. – Sociedad Restrictiva: Tiene tendencia a limitar la sexualidad, separando tempranamente a los niños por su sexo. Se aconseja la castidad prematrimonial, otorgando al varón cierta libertad. Presenta ambivalencia respecto al sexo, siendo la más común de las sociedades machistas.

c. – Sociedad Permisiva: Tolera ampliamente la sexualidad, con algunas prohibiciones formales (la homosexualidad). Permite las relaciones sexuales entre adolescentes y el sexo prematrimonial. Es un tipo social común en países desarrollados o del primer mundo.

d. – Sociedad Alentadora: Para la cual el sexo es importante y vital para la felicidad, considerando que el inicio precoz del desarrollo de la sexualidad favorece una sana maduración del individuo.

La pubertad es celebrada con rituales religiosos y con instrucción sexual formal. La insatisfacción sexual no se tolera y hasta es causal de separación de pareja. Son sociedades frecuentes en África ecuatorial, la Polinesia y algunas islas del Pacífico.

Así se considera que el embarazo en adolescentes es un fenómeno causado por múltiples factores, principalmente de orden psicosocial, ocurriendo en todos los estratos sociales sin tener las mismas

Características en todos ellos, por lo que importan las siguientes consideraciones:

Estratos medio y alto: La mayoría de las adolescentes que quedan embarazada interrumpen la gestación voluntariamente.

Estratos más bajos: Donde existe mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente, es más común que tengan su hijo.

Conocer los factores predisponentes y determinantes del embarazo en adolescentes, permite detectar las jóvenes en riesgo para así extremar la prevención. Además, las razones que impulsan a una adolescente a continuar el embarazo hasta el nacimiento pueden ser las mismas que la llevaron a embarazarse.

2.1.g Consecuencias de relaciones tempranas en la adolescente

- Trastornos psicológicos
- Sentimientos de culpa.
- Deserción escolar y laboral.
- Abortos espontáneos.
- La mortalidad en los nacimientos entre los hijos de madres menores.
- Nacimiento de hijos prematuros.
- Abandono del padre del futuro hijo.
- Nacimiento de un hijo sin control.
- No participar en las reuniones que protegen al neonato por factor tiempo. (17)

2.1.h PRINCIPALES FRACASOS DE LA SEXUALIDAD EN LA ADOLESCENCIA

Los principales son:

- Falta de preparación de los padres de familia para educar a los hijos en el hogar: Ellos son agresivos, exigentes y dominantes quieren aplicar principios y reglas que ellos nunca cumplieron y para que no sigan sus

pasos crearán exigentes prohibiciones a fin de escapar de las garras de su pareja. (18)

- Los problemas del hogar sobre todo la violencia, el maltrato, la incomprensión: la prepotencia, el temperamento y la falta oportuna de un consejo eficaz. (18)

- El inaguantable carácter, la presión y la manipulación de la pareja para obligar a la joven a tener una experiencia sexual, a fin de que acepte y ceda a sus requerimientos como parte del amor, la fidelidad y sobre todo la prueba física del amor. (18)

- Sienten que sus padres no se ocupan de ella, la marginan: sus problemas se acumulan, buscan la solución y acogen en otras personas; su padre es parte de otro hogar desgraciadamente por lo que sufre el abandono permanente. (18)

- Busca el apoyo en la pareja con los problemas permanentes surgidos: con la distancia y la zanja en la familia que fácilmente cae en la obsesión de calmar la ansiedad con un hijo, que al nacer queda fuera de control de sus padres y ya es parte de un nuevo hogar. (18)

- La distancia de los padres, los problemas del divorcio: La falta de autoridad de un consejero del hogar y de reglas y normas claras lo cual a su vez trae el desorden a su estabilidad emocional. (18)

- La falta de educación sexual en el hogar; los padres jamás han hablado de amor, libido, cópula, genitalidad. No se les ha explicado sobre la excitación y el deseo sexual, no saben que es la maternidad y de cómo con una sola relación sexual pueden ser madres.

En los colegios, este año se ha suspendido la asignatura: “Educación para la sexualidad”, que consistía en dar la importancia del sexo y sus estados de satisfacción excitativa, después de algunos años de adoctrinamiento, la teoría llevó a práctica y las consecuencias fueron desastrosas para los hogares. (18)

La liberación femenina y la equidad de género le llevaron a reclamar derechos y oportunidades en la vida social. (18)

El Artículo 41 numeral 4 y el Art. 249 numeral 3 del “Código de la Niñez y del Adolescente”, permiten la matriculación de las niñas embarazadas y luego se sanciona y castiga a los establecimientos educativos que prohíban la matriculación. (3)

Previamente fue prohibido que las adolescentes en estado de gravidez sean matriculadas en sus respectivos colegios, ahora existen nuevas disposiciones que permiten y sancionan a las autoridades de los establecimientos que prohíban a la adolescente en ser matriculada. (3)

2.2 La Cesárea

La operación cesárea es un procedimiento quirúrgico que tiene por objetivo extraer al feto vivo o muerto a través de laparotomía e incisión de la pared uterina, después de que el embarazo ha llegado a la viabilidad fetal. Actualmente se considera la intervención quirúrgica que se realiza con más frecuencia en todas las instituciones de salud, privadas y públicas.

La historia de la obstetricia se halla indudablemente ligada a una de las intervenciones quirúrgicas más antiguas que conoce la humanidad: la operación cesárea. La extracción del feto a través de las paredes abdominal (laparotomía) y uterina (histerotomía), es practicada por el hombre desde la prehistoria. (5-9)

La historia científica y registrable en su mayoría comienza en lo que algunos autores consideran el segundo período de la historia de la cesárea y que cae después de 1500. La primera referencia histórica a la realización de una cesárea en una mujer viva corresponde a la practicada por Nufer en 1500. El cual empleó una navaja de rasurar para el procedimiento en el cual el niño nació vivo. En 1582, Rousset publica un libro en el que por primera vez se apoya el uso de la operación en mujeres vivas. Paré (1510-1590) tuvo una opinión opuesta a Rousset y no aceptaba la utilización de la operación en mujeres vivas. El observó 2 operaciones en las que las madres murieron y solamente un caso exitoso. Guillemeau escribió su libro "Chilbirth or the Happy Delivery of Women" donde dedica un capítulo a las razones para oponerse la cesárea. Escipio Mercurio, un cirujano del Padua del siglo XVI, comentó en "La Commare Riccoglitrice" acerca del uso de esta operación cuando no era posible el parto normal. Hendrik van Roonhuyze de Ámsterdam, en su libro "Obserb de Morbis Mulier" refiere que un médico llamado Sonnius hizo la operación en 7 ocasiones a la esposa de Roonhuyze. Trautmann de Wittenberg en Nurtemberg, Alemania, en 1610 para algunos y en 1620 para otros, practicó una cesárea en una mujer viva en presencia de 2 parteras. La mujer murió a los 25 días por sepsis. Algunos señalan este hecho como el primer documento indiscutiblemente auténtico sobre la cesárea en una paciente viva.

Con la llegada del siglo XVIII, los obstetras se dieron cuenta de que la operación cesárea, a pesar de su marcadísima mortalidad, constituía un

reto que necesariamente tendrían que aceptar. No quedó más camino que el de la experimentación. En 1769, Jean Le Bas de Muolleron (1717-1797), profesor en Montpellier, fue el primero en indicar la sección transversal en la operación cesárea, y también el primero en intentar la sutura de la herida uterina, pero el fatal resultado de sus experimentos provocó la intrascendencia de sus planteamientos. La incisión uterina baja tuvo como pionero al inglés Robert Wallace Johnson en 1786; y la incisión transversa baja al francés Théodore Etienne Lauverjat (?-1800), estudioso de la técnica de esta operación, quien en 1788, vísperas de la Revolución Francesa, publica una extensa monografía titulada: “Nuevo método de practicar la operación cesárea y paralelo a esta operación la sección de la sínfisis de los huesos del pubis”(6). No obstante, ninguna de estas incisiones adquirió relevancia antes de 1882.

Hasta entonces, los obstetras temieron efectuarlas por causa de la hemorragia que podría producir la sección de las venas uterinas en ese sector del útero. Durante los casi 100 años siguientes, ninguna madre sobrevivió en París a la operación cesárea. (6-7-8)

En 1820, el médico español Alfonso Ruiz Moreno ejecutó en Venezuela la primera cesárea abdominal realizada in vitam en Latinoamérica. La paciente, María del Rosario Olivera Ortiz, murió dos días después de la operación, pero el niño logró sobrevivir. Un año más tarde, en Giessen, Alemania, el austriaco Ferdinand August Maximilian von Rietgen (1787-1867) intentó llevar a cabo la primera operación extraperitoneal y así evitar la contaminación del peritoneo. Para esto buscó acceso a la bóveda vaginal desde arriba, a lo largo del lado derecho de la pelvis. La operación no tuvo éxito y la paciente murió. Dos años después, L.A. Baudelocque propone una operación similar y la nombra “gastroelitrotomía”. Esta operación sería realizada 50 años después por el norteamericano T.G. Thomas y un

compatriota neoyorquino, y ambos, por separado, lograron la supervivencia de la madre y el niño. (6-8)

Las tres indicaciones más frecuentes conocidas de cesárea son desproporción cefalopélvica (45%), sufrimiento fetal (12.8%) y presentación pélvica (9.9%). Algunos autores consideran que la cesárea se practica en igual proporción en adolescentes y en mujeres adultas y que la edad por sí misma no es un factor de riesgo para cesárea. (5)

Se ha argumentado como factores que contribuyen a elevar la práctica de la cesárea, la comodidad del médico, evitando las largas horas de vigilancia del trabajo de parto, mediante un procedimiento más rápido, más controlable y en horarios hábiles; el aprendizaje de los futuros obstetras, en la época de la residencia; y por la solicitud de la paciente a cause del temor al dolor o al eventual daño para su hijo; por razones de comodidad, al poder programar su parto; por razones de tipo estético; por temor a los prolapsos genitales o a las disfunciones sexuales. (7)

La cesárea representa un riesgo de morbi-mortalidad para la madre de 3 a 30 veces mayor en comparación al nacimiento atendido por vía vaginal, así como por el impacto económico. La cesárea se asocia a un incremento en el riesgo de complicaciones como: hemorragia, la necesidad de transfusiones sanguíneas, infección, lesión de la vejiga e intestino, y trombosis venosa profunda de miembros inferiores.

La resolución del embarazo vía abdominal trae consigo mayores costos para las unidades de salud y para las pacientes, además las

recuperaciones de mayor duración que la de un parto por vía vaginal y su asociación con mayor riesgo de morbi-mortalidad materno-infantil. ⁽⁹⁾

2.2.a Factores predisponentes de Cesárea

Siendo la cesárea en pacientes de edad indistinta una operación que conlleva muchos riesgos para la madre y para el feto, se prefiere por normativa mundial realizar partos vaginales siempre que sea posible. En todo el mundo se ha intentado dilucidar las principales causas de cesárea no electiva, encontrando en cada población factores determinantes similares. ⁽¹⁵⁾

En un estudio realizado en la ciudad de México se evaluaron los diferentes factores que podrían originar un riesgo para realizar una cesárea al final del embarazo. Entre ellos se destacó la clase socio económica, siendo la clase media y alta más propensa a realizarse cesáreas no justificadas. El trabajo de parto prolongado, antecedentes de cesárea no menor a dos años y tener placenta previa, fueron también indicaciones importantes de cesárea. ⁽²⁶⁾

En Argentina se realizó un estudio donde se encontró que haber tenido una cesárea previa fue la primera causa de cesárea con un 31.1%. El sufrimiento fetal agudo fue el segundo factor predisponente con un 20.1%. El tercer factor relacionado a la cesárea fue la presentación pelviana con un 16% y la desproporción feto pélvica fue el cuarto factor predisponente con un 5.5%. ⁽²⁷⁾

2.3 Efecto de la edad materna en el parto por vía alta

Si bien la edad materna no es un indicativo inmediato de cesárea, es importante aclarar que en adolescentes y mujeres añosas la incidencia de parto por vi alta aumenta a medida que se acercan a los extremos de la vida. ⁽²²⁾

En un estudio realizado en Beijín año 2017 se relacionó la edad materna con los resultados de los embarazos en las mujeres encontrando que la cesárea fue realizada con mayor frecuencia en el grupo de las mujeres añosas. El parto pretérmino fue mayormente relacionado con las adolescentes embarazadas. ⁽²⁸⁾

En un estudio realizado en Colima, Colombia en el año 2016 no se encontró relación de efecto en el embarazo en adolescentes y la necesidad de terminar un embarazo por vía abdominal. ⁽²⁹⁾

2.4 Factores predisponentes de cesárea en embarazadas adolescentes

Con relación a los factores de riesgo de cesárea en embarazadas no adolescentes hay leves diferencias. Según describe la literatura, las diferencias radican principalmente en el orden de importancia de los mismos. De tal forma que en embarazadas adolescentes son más frecuentes factores predisponentes que se encontraban en los últimos lugares en el grupo de embarazadas no adolescentes.

La gran mayoría de estudios en relación con factores de riesgo de cesárea en adolescentes se han llevado a cabo e países latinoamericanos. Tal es así que Perú tiene realizado tres estudios donde realizados en los últimos 5 años. Uno de ellos determina que los diez factores más importantes de cesárea en embarazadas adolescentes son; síndrome

antifosfolípídico, distocia funicular, preeclampsia leve, desproporción feto pélvica, cesárea anterior, ruptura prematura de membranas, incompatibilidad céfalo pélvica, preeclampsia severa, trabajo de parto prolongado y oligohidramnios, en el mismo orden de frecuencia. ⁽³⁰⁾

El segundo estudio realizado en peruano publicado en el año 2011 encontró como principal factor predisponente de culminación del embarazo en adolescentes pos vía abdominal fue la desproporción céfalo – pélvica. Como dato adicional, otorgo un papel protector al número de hijos que ha tenido la madre antes de su última gestación. ⁽³¹⁾

El tercer estudio peruano concluyó que, de 966 adolescentes, 212 fueron sometidas a cesárea. De estas 212 adolescentes cesareadas los principales factores predisponentes fueron las desproporción céfalo - pélvica y la distocia de presentación. ⁽³²⁾

En Cuenca se realizó un estudio poblacional para correlacionar las complicaciones postcesarea y la realización de una cesárea no electiva encontrando: que la ruptura prematura de membranas, la desproporción céfalo – pélvica y la preeclampsia fueron las variables más frecuentes en este grupo. ⁽³³⁾

Finalmente, en américa latina los factores predisponentes de cesárea en embarazo adolescentes son comunes, siendo los 3 más importantes la ruptura prematura de membranas, la desproporción céfalo – pélvica y la distocia de hombros.

2.9 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Adolescencia: Es una etapa de transición de la infancia a la edad adulta en la cual desarrollamos todos los miembros de nuestro cuerpo, comprendida entre la edad de 12 y 17 ó 12 y 19 años. (20-21)

Anticonceptivo: Químico o mecanismo diseñado para prevenir embarazos no deseados. (20-21)

Control prenatal: Es el control que toda gestante debe tener para asegurar un buen desarrollo del niño dentro del vientre materno, así mismo como para preservar la buena salud de ella. (20-21)

Educación sexual: De forma amplia, toda instrucción sobre el proceso y las consecuencias de la actividad sexual, generalmente dada a niños y adolescentes. (20-21)

Embarazo: Es el período del tiempo durante el cual un bebé se desarrolla en el útero de la madre. (20-21)

Fecundidad: Virtud y facultad de producir. (20-21)

Toxemia: situación clínica caracterizada por la presencia de toxinas o materiales tóxicos en la sangre; estos pueden ser de origen bacteriano. (20-21)

Hipertensión: Hipertensión, tensión arterial alta. Frecuentemente se trata de una hipertensión esencial, primaria o idiopática, cuando la etiología es desconocida. La hipertensión secundaria es aquella debida a alguna causa fácilmente identificable. Los individuos con tensión arterial alta tienen más riesgo de sufrir una apoplejía o un ataque al corazón. El tratamiento de la hipertensión reduce este riesgo. (20-21)

Anemia: enfermedad en la sangre caracterizada por una disminución anormal en el número de glóbulos rojos. (20-21)

Menarquía: Aparición de la primera menstruación. (20-21)

Obstetricia: Parte de la medicina que trata de la gestación, el parto y el puerperio. (20-21)

Precoz: Temprano, prematuro, que sucede antes de lo previsto o lo usual. (20-21)

Prenatal: Que existe o se produce antes del nacimiento. (20-21)

Protección sexual: Anticonceptivo, que se usa para evitar, las consecuencias de las relaciones sexuales. (20-21)

Pubertad: Primera fase de la adolescencia, en la cual se producen las modificaciones propias del paso de la infancia a la edad adulta. (20-21)

Nulípara: Mujer que no ha tenido hijos mediante parto vaginal. (20-21)

Secundigesta: Es cuando una mujer queda embarazada de su segundo hijo. (20-21).

Múltipara: Mujer que ha dado a luz más de una vez se denomina. (20-21)

Vaginosis: Infección vaginal atípica, colonización, por distintos gérmenes como la Gardnerella vaginalis, que producen una leucorrea característica de color gris. (20-21)

CAPITULO III

METODOLOGIA

3.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACION

El estudio de investigación está orientado a la búsqueda de los factores determinantes del parto por vía alta en el embarazo en un grupo etario de 11 a 19 años en el Hospital General Liborio Panchana Sotomayor.

TIPO DE ESTUDIO

Se realizo un tipo de investigación descriptivo cuantitativo de estudio retrospectivo corte transversal.

ÁREA DE ESTUDIO

El estudio de investigación se realiza en el Hospital General Liborio Panchana Sotomayor.

UNIVERSO

Se realizo el estudio de investigación tomando las historias clínicas de las pacientes registradas por el hospital.

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

El muestreo se registró en el Sistema Informático de estadística de la gestante adolescente (11 a 19 años de edad) a la que se les practicó parto por vía alta (cesárea) en el Hospital General Liborio Panchana Sotomayor durante el período de 2015 – 2016 con un total de 160 pacientes, dentro de una población de 687 mujeres embarazadas que acudieron dentro de este periodo.

CRITERIOS DE INCLUSION

- Gestantes adolescentes de 11 a 19 años de edad a las que se les practicó un parto por vía alta (cesárea) en el Hospital General Liborio Panchana Sotomayor durante el período de 2015 – 2016.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Gestantes no adolescentes a las que se les practicó un parto por vía alta en el Hospital General Liborio Panchana Sotomayor durante el período de 2015 – 2016.
- Gestantes adolescentes (11 a 19 años) a las que no se les practicó una cesárea en el Hospital General Liborio Panchana Sotomayor durante el período de 2015 – 2016.
- Gestantes adolescentes a las que se les practicó una cesárea en el hospital General Liborio Panchana Sotomayor que fueron registradas fuera del periodo de estudio.

Tabla 1: TABLA DE VARIABLES

DEPENDIENTE				
VARIABLE	DEFINICION	INDICADOR	ESCALA	FUENTE
PARTO POR CESAREA EN ADOLECENTES	Paciente que presenta factores predisponente para	Número de paciente que se les realizo cesarea /Total	APLICA NO APLICA	SISTEMA SAIS, HISTORIAS CLINICAS FISICAS
CAUSAS DE CESAREA	Numero de Usuarios de los cuales presenten algun tipo de patologia o malformacion o que presente algun factor que indique cesarea de emergencia		CESAREADA ANTERIOR DISTOCIA DE PRESENTACIÓN ESTRECHEZ PÉLVICA INCOMPATIBILIDAD CÉFALO-PÉLVICA MACROSOMÍA FETAL PRESENTACIÓN PODÁLICA TRABAJO DE PARTO DISFUNCIONAL DIABETES MELLITUS EN RUPTURA PREMATURA DE HIPERTENSIÓN GESTACIONAL PARTO PREMATURO. HEMORRAGIA DEL TERCER	SISTEMA SAIS
INDEPENDIENTE				
VARIABLE	DEFINICION	INDICADOR	ESCALA	FUENTE
EDAD	Número de años de las usuarias que conforman la población de estudio	Número de casos presentados por edades / Total poblacion estudiada	11 12 13 14 15 16 17 18 19	SISTEMA SAIS
NIVEL DE ESTUDIO	Nivel academico alcanzado por las pacientes	Numero de Casos presentados por Nivel de estudio / Total poblacion estudiada	Primaria Secuntaria Superior	SISTEMA SAIS
ESTADO CIVIL	Clase o condición de una persona en el orden social.	Números de Usuarios en Union	Solteras Casadas Union Libre	SISTEMA SAIS
SEMANAS DE GESTACION	Tiempo transcurrido en el periodo de gestacion hasta su termino.	Números de partos por semanas de gestación/ Total de casos presentados	36sg 37sg 38sg 39sg 40sg 41sg	SISTEMA SAIS

3.3 METODOS Y TECNICAS

Recolección de datos directamente de las Historias Clínicas y del Sistema Informático de estadística del Hospital General Liborio Panchana Sotomayor.

3.4 DISEÑO DE INSTRUMENTO

El instrumento será un formato estructurado de recolección de datos, con respuestas de opciones múltiples que faciliten la recolección rápida de datos como diagnóstico de cesárea, etapa de la adolescencia, gesta, número de atenciones prenatales así también el tipo de cesárea según el grado de urgencia. Con una validez de apariencia a través de la aplicación de la prueba piloto para verificar si el instrumento sería el adecuado para recopilar los datos necesarios y así mismo realizar las correcciones pertinentes para mejor la recolección de datos.

3.5 PROCEDIMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INVESTIGACION

El presente estudio se realizó en el Hospital General Liborio Panchana Sotomayor por lo cual, se gestionó el permiso al director de la institución para que nos conceda el ingreso y nos facilite la recolección de datos otorgada por el servicio de estadística del establecimiento. Así mismo realizamos la obtención de datos del Sistema Informático de estadística que nos fue de mucha ayuda para revisar cada una de las historias clínicas que cumplieron con nuestros criterios de inclusión dentro del estudio.

Para el análisis se hizo uso del programa Microsoft Office Excel 2013 facilitando la visualización de los datos obtenidos para que permitan su interpretación mediante la creación de las tablas dinámicas, cuadros y gráficos descriptivos.

Para el análisis de estadística inferencial, con el fin de cumplir con tercer objetivo, se utilizó también el programa Microsoft Office Excel 2013.

El test estadístico empleado fue el Chi², partiendo de la hipótesis nula: no existe diferencia entre la distribución de las variables de riesgo en la muestra estudiada, se relacionó la muestra de 160 mujeres adolescentes embarazadas con una distribución normal de los factores predisponentes de cesárea en embarazo adolescente, con la distribución real de las mismas variables encontradas durante el estudio.

La prevalencia de embarazos en adolescentes en el Hospital General Liborio Panchana Sotomayor de Santa Elena fue del 23.28%, y corresponden a 160 pacientes de las 687 mujeres embarazadas que acudieron en el periodo del 2015 – 2016 a emergencia o consulta externa a esta casa de salud.

CAPITULO IV

Análisis y Discusión de los resultados

4.1 RESULTADOS

Tablas y Gráficos

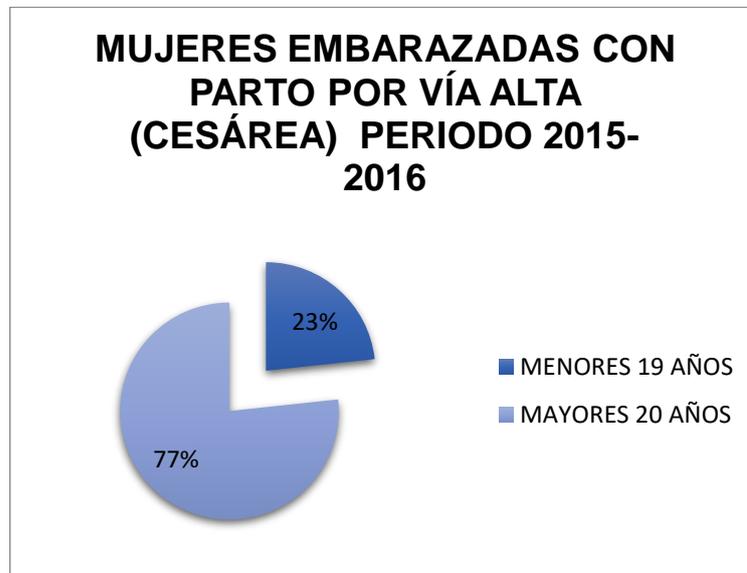
HOSPITAL GENERAL LIBORIO PANCHANA SOTOMAYOR DE SANTA ELENA EN EL PERIODO DE 2015 - 2016.

Tabla 2: PREVALENCIA DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS.

	NUMERO	PORCENTAJE %
MENORES 19 AÑOS	160	23.29
MAYORES 20 AÑOS	527	76.71
TOTAL	687	100%

Tabla 1: Fuente HGLPS
Elaborado por: Tatiana Fierro

GRAFICO 1: MUJERES EMBARAZADAS CON PARTO POR VÍA ALTA (CESÁREA)



Las 160 pacientes adolescentes estudiadas tuvieron las siguientes características:

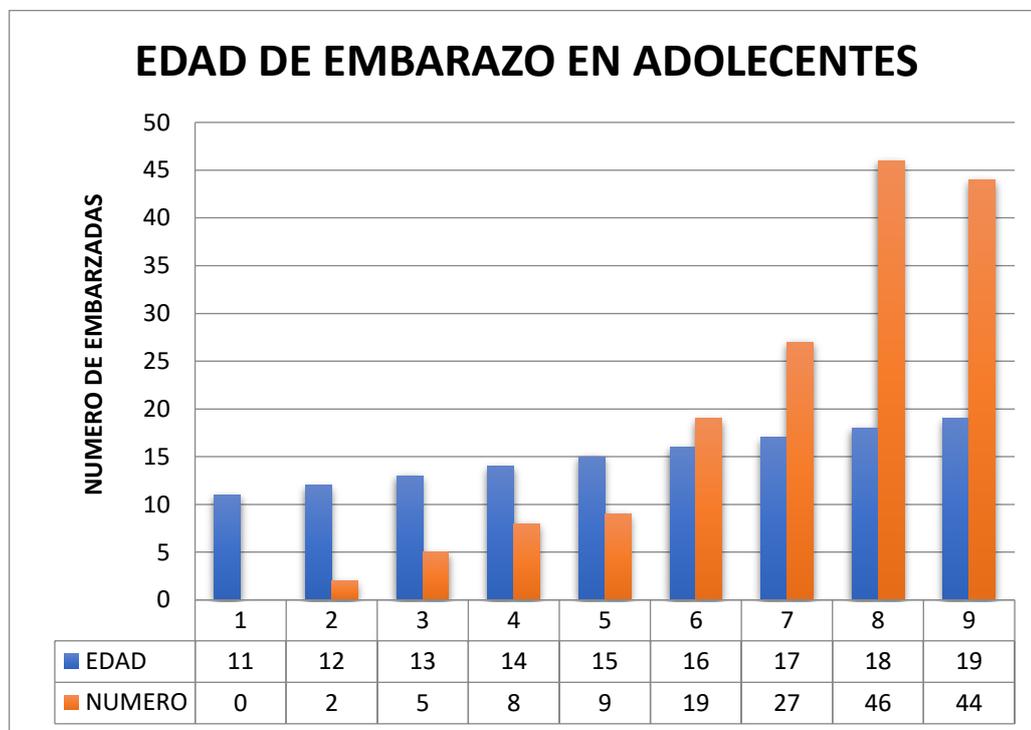
EDAD

El mayor número de embarazos adolescentes oscila entre las edades 18 y 19 años correspondiente a la fase adolescente número 3 de nuestro estudio que corresponde al 56.25% del total de adolescentes embarazadas que se le realizo parto por vía alta.

TABLA 3: FRECUENCIA DE EDAD

EDAD	NUMERO	PORCENTAJE %
11	0	0
12	2	1.25
13	5	3.13
14	8	5
15	9	5.62
16	19	11.87
17	27	16.88
18	46	28.75
19	44	27.5
TOTAL	160	100
<i>Tabla2: Fuente HGLPS Elaborado por: Tatiana Fierro</i>		

GRAFICO 2: EDAD DE EMBARAZADAS EN ADOLESCENTES



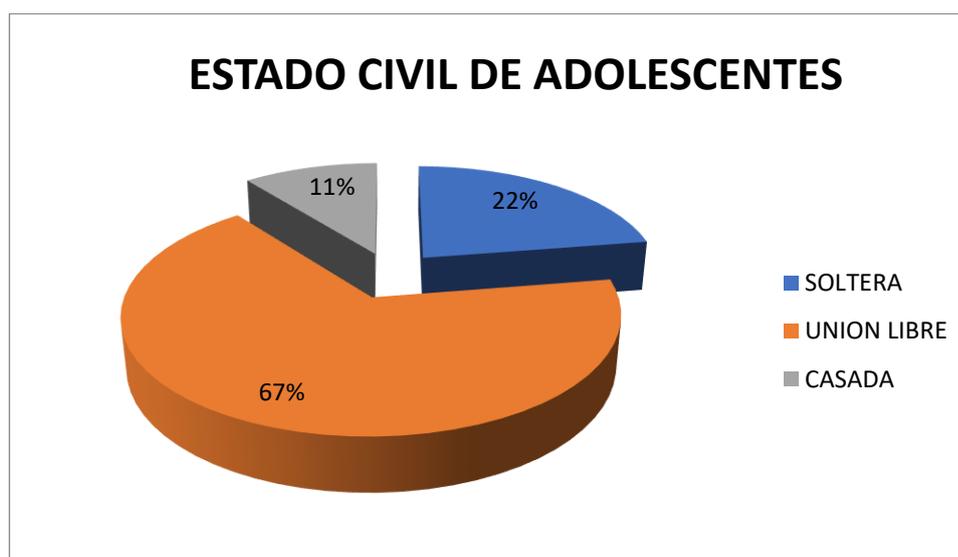
ESTADO CIVIL

El mayor número de pacientes tiene el estado civil de unión libre, las 107 pacientes, corresponde al 66.88% del total de embarazadas adolescentes que se le realizó parto por vía alta (cesárea). En segundo lugar, es importante notar que el estado civil soltera posee gran porcentaje de 22.5% del total.

TABLA 4: FRECUENCIA DE ESTADO CIVIL

ESTADO CIVIL	NUMERO	PORCENTAJE
SOLTERA	36	22.5
UNION LIBRE	107	66.88
CASADA	17	10.62
TOTAL	160	100
<i>Fuente HGLPS</i>		
<i>Elaborado por: Tatiana Fierro</i>		

GRAFICO 3: FRECUENCIA DE ESTADO CIVIL EN ADOLESCENTES



NIVEL DE ESTUDIO

El mayor porcentaje en cuanto al nivel de estudio que alcanzaron las madres adolescentes el porcentaje mayor es de 53.5% y corresponde a secundaria. La educación primaria que es el factor de riesgo corresponde al 39.3 %.

TABLA 5: DISTRIBUCION DE 160 ADOLESCENTES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL LIBORIO PANCHANA SOTOMAYOR DE SANTA ELENA EN EL PERIODO DE 2015 - 2016.

NIVEL DE ESTUDIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PRIMARIA	7	4.38
SECUNDARIA	148	92.5
SUPERIOR	5	3.12
TOTAL	160	100

Tabla4: Fuente HGLPS
Elaborado por: Tatiana Fierro

GRAFICO 4: NIVEL DE ESTUDIO



TABLA 6: DIAGNÓSTICO DE LAS CESÁREAS DE ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL GENERAL LIBORIO PANCHANA SOTOMAYOR DE SANTA ELENA EN EL PERIODO DEL 2015 – 2016

CAUSA DE CESAREA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CESAREADA ANTERIOR	27	16.8
DISTOCIA DE PRESENTACIÓN	4	2.5
ESTRECHEZ PÉLVICA	31	19.37
INCOMPATIBILIDAD CÉFALO-PÉLVICA	15	9.37
MACROSOMÍA FETAL	2	1.25
PRESENTACIÓN PODÁLICA	2	1.25
TRABAJO DE PARTO DISFUNCIONAL	6	3.75
DIABETES MELLITUS EN EMBARAZO	9	5.63
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	15	9.37
HIPERTENSIÓN GESTACIONAL	36	22.5
PARTO PREMATURO. HEMORRAGIA DEL TERCER TRIMESTRE	13	8.12
TOTAL	160	100 %
Tabla4: Fuente HGLPS Elaborado por: Tatiana Fierro		

GRAFICO 5: DIAGNÓSTICO DE LAS CESÁREAS DE ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL GENERAL LIBORIO PANCHANA SOTOMAYOR DE SANTA ELENA EN EL PERIODO DEL 2015 – 2016

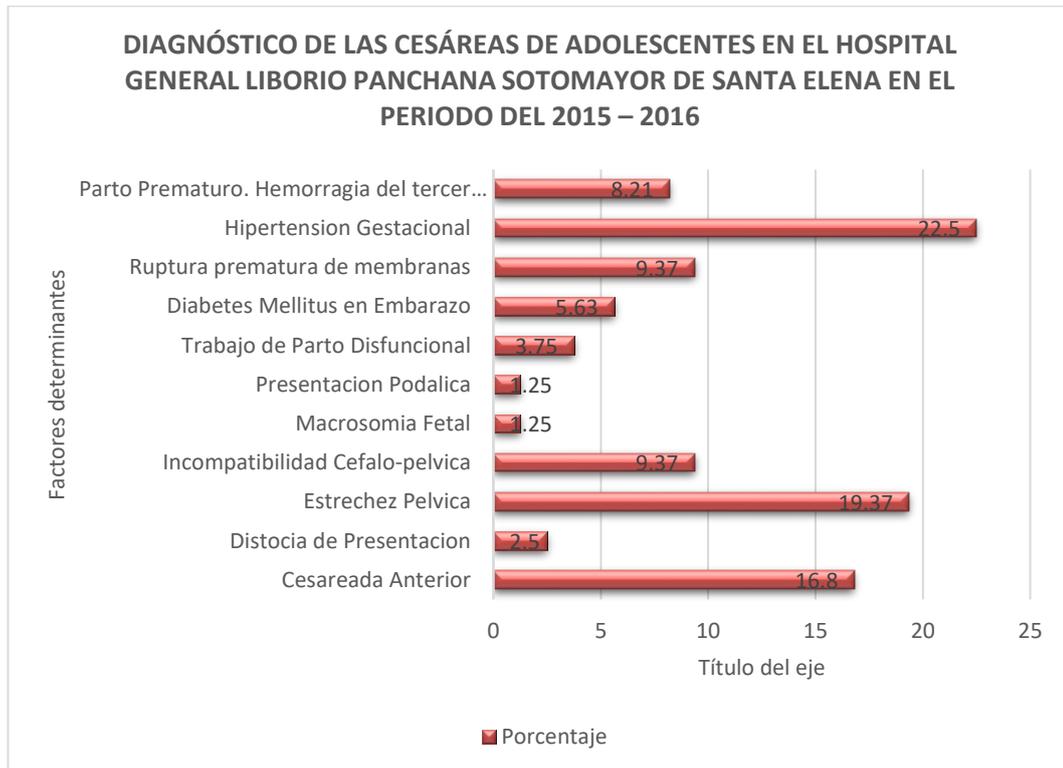


TABLA 7: RELACION ENTRE LOS FACTORES DETERMINANTES ENCONTRADOS Y LAS CESÁREAS DE ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL GENERAL LIBORIO PANCHANA SOTOMAYOR DE SANTA ELENA EN EL PERIODO DEL 2015 – 2016

CAUSA DE CESAREA	OBSERVADOS	ESPERADOS	CHI2
CESAREADA ANTERIOR	27	14,5	10,77
DISTOCIA DE PRESENTACIÓN	4	14,5	7,60
ESTRECHEZ PÉLVICA	31	14,5	18,77
INCOMPATIBILIDAD CÉFALO-PÉLVICA	15	14,5	0,01
MACROSOMÍA FETAL	2	14,5	10,77
PRESENTACIÓN PODÁLICA	2	14,5	10,77
TRABAJO DE PARTO DISFUNCIONAL	6	14,5	4,98
DIABETES MELLITUS EN EMBARAZO	9	14,5	2,08
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	15	14,5	0,01
HIPERTENSIÓN GESTACIONAL	36	14,5	31,87
PARTO PREMATURO. HEMORRAGIA DEL TERCER TRIMESTRE	13	14,5	0,15
TOTAL	160		
Tabla 6: Fuente HGLPS			
Elaborado por: Tatiana Fierro			

RELACION ENTRE LOS FACTORES DETERMINANTES Y LA CESAREA EN ADOLESCENTES

El test estadístico empleado fue el Chi², partiendo de la hipótesis nula: no existe diferencia entre la distribución de las variables de riesgo en la muestra estudiada, se relacionó la muestra de 160 mujeres adolescentes embarazadas con una distribución normal de los factores predisponentes de cesárea en embarazo adolescente, con la distribución real de las mismas variables encontradas durante el estudio. Dentro de la muestra estudiada, los dos factores que demostraron con significancia estadística p menor a 0.05 una relación establecida fueron la ruptura prematura de membranas y la incompatibilidad céfalo-pélvica. La hemorragia del tercer trimestre podría también estar relacionada con la cesárea en adolescentes de la muestra por tener una p de 0.15.

4.2 DISCUSIÓN

En el Hospital General Liborio Panchana Sotomayor se pudo comprobar que existe una alta incidencia de embarazos, se afirmó mediante este estudio que el 23.29 % son mujeres menores 19 años, y el 76.71 % fueron mujeres mayores de 20 años, donde 687 mujeres embarazadas que acudieron al Hospital General Liborio Panchana Sotomayor el 23% fueron mujeres menores de 19 años y el 77% fueron mujeres mayores de 19 años quienes optaron el parto por vía alta, en el cual incidencia de embarazos por vía alta en menores de 19 años fue desde los 11 años hasta los 19 años, siendo de 0% para niñas de 11 años, el 1.25 para 12 años, el 3.13 para 13 años, el 5% para 14 años, el 5.62% para 15 años, el 11.87% para 16 años, el 16.88% para 17 años, el 28.75% para 18 años, el 27.5 para 19 años.

Dentro de esta investigación se pudo determinar que el estado civil forma parte en la lista de factores importante y determinantes en la toma de decisiones para un buena planificación familiar ya que muchas de estas niñas salieron de sus casas a corta edad y no tuvieron una buena instrucción por parte de madre o familiar que influya en la toma de decisiones , también se pudo demostrar el nivel de escolaridad de estas mujeres el cual se comprobó que de las 160 mujeres embarazadas menores de 19 años hubieron 7 mujeres que represento el 4.38% tuvieron hasta escolaridad primaria, 148 mujeres siendo el 92.5% tuvieron escolaridad secundaria, y 5 mujeres siendo el 3.12 tuvieron nivel de educación superior.

El nivel de educación demuestra que es uno de los factores más importantes ya que esto ayuda a que las mujeres crezcan desarrollando un

nivel de madurez, aunque solo fueron 7 mujeres que solo tuvieron la oportunidad de llegar hasta primaria y que aun así no pudieron tener un lazo materno fueron las más afectadas ya que no llevaban un buen control prenatal incluso no habían ido nunca a un chequeo por parte de un médico quien las guiara hasta el día del parto, demostró que eran personas inmaduras quienes se influenciaban por parte de su pareja y la suegra.

Aunque la mayoría de estas pacientes menores de 19 años tuvieron una escolaridad de secundaria se demostró que estas mujeres decidieron por cuenta propia tener una vida a parte alado de su pareja y que se encontraban en nivel superior de madurez que las otras, aun así, todas ellas fueron llevadas a un parto por vía alta, en la cual por ser mujeres que nunca habían llevado control o que habían sido pocos se optó por parto por vía alta ya que hubieron factores predisponentes, como la anatomía de la caja pélvica que eran muy estrechas, mujeres que por vía vaginal no podían por infecciones venéreas, o por partos en los que habían sido fallidos ya que tenían un tiempo prolongado en periodo expulsivo y la mayoría de estos pacientes eran referidas a hospitales de 3 nivel.

Existen muchos factores más que predisponen que el parto por vía alta sea la primera opción para estas mujeres embarazadas menores de 19 años como en primer lugar, cesárea anterior 27 mujeres siendo 16.8%, luego distocia de presentación 4 mujeres con el 2.5%, seguido estrechez pélvica 31 mujeres con el 19.37%, incompatibilidad cefalopélvica 15 mujeres con 9.37%, macrostomia fetal y presentación podálica 2 mujeres con 1.25%, trabajo de parto disfuncional 6 mujeres con 3.75%, diabetes mellitus en embarazo 9 mujeres con el 5.63%, ruptura prematura de membranas 15 mujeres con 9.37%, hipertensión gestacional 36 mujeres con 22.5%, parto prematuro. Hemorragia del tercer trimestre 13 mujeres con 8.12%. Se

encontró que entre los factores determinantes de mayor frecuencia en la muestra obtenida a que las pacientes adolescentes no cumplan los criterios para parto vaginal eran semejantes a estudios realizados dentro del Ecuador, se observó por ejemplo en un estudio realizado de la Universidad Central del Ecuador donde se encontró que la principal indicación de cesárea en adolescentes fue por desproporción céfalo pélvica seguido por distocias de presentación. Así mismo dentro de un estudio realizado en Azogues se observó que dentro de las complicaciones obstétricas, la cesárea se presentó como la principal dentro de una población donde el 69.09% eran adolescentes embarazadas.

CAPITULO V

CONCLUSION

Luego de terminar con este proyecto de investigación en el Hospital General Liborio Panchana Sotomayor se pudo concluir que el total de mujeres embarazadas atendidas en este hospital en el periodo del 2015 a 2016 fueron 687, y que 160 mujeres fueron pacientes menores de 19 años, de estas 687 pacientes se confirmó con este proyecto de investigación que la prevalencia de parto por vía alta en mujeres de 11 a 19 años fue el 23%.

Y que la media entre estas pacientes es de 17 a 19 años siendo 73.13%, en la cual se demostró que son varios los factores determinantes que influyen en esta decisión.

El factor determinante con más frecuencia es en primer lugar la hipertensión gestacional en 22.5%, la estrechez pélvica en 19.37%, y la cesárea anterior en 16.8%.

La desproporción céfalo pélvica y la ruptura de membranas demostraron una relación directa con la necesidad de realizar una cesárea en las adolescentes del hospital estudiado p menor a 0.05.

Con todos estos factores predisponentes se comprobó que en la provincia de Santa Elena existes varios factores determinantes para parto de vía alta que podrían ser prevenidos por un control natal adecuado y un manejo de información esencial durante el trayecto del embarazo, donde también el nivel socio económico y de educación se involucran al momento

de que las pacientes tengan una falta de preparación para poder manejar esta gran etapa de cada mujer como es el ser madre.

RECOMENDACIONES

En base a los resultados obtenidos se puede sugerir las siguientes recomendaciones:

- Efectuar talleres y charlas con la población de adolescentes, conformando los clubs de adolescentes para mejorar el conocimiento, sobre la complejidad del embarazo en adolescente.
- A través de la Atención primaria en Salud llegar a las adolescentes que viven en zonas rurales, para darlos a conocer los diferentes programas de prevención del embarazo en adolescentes.
- Inculcarles a las pacientes para que en su próximo embarazo sea planificado con mayor responsabilidad para que así disminuya la tasa de complicaciones.
- La educación sexual y reproductiva que se imparte a las adolescentes debe tener un capítulo dedicado a prevenir las relaciones sexuales en la adolescencia. Es de gran importancia social el hecho de que se inicie la educación sexual a temprana edad, desde séptimo de primaria con el fin de que las alumnas tomen conciencia del riesgo que implica el inicio de la vida sexual a temprana edad.
- En aquellas mujeres que ya son madres adolescentes, hacerlas conocer sobre los beneficios de los diferentes métodos anticonceptivos.

- Elaboración de Trípticos para hacer conocer las diferentes formas de prevención del embarazo en adolescentes y distribuirlos a través de los diferentes subcentros y puestos de salud.
- Dirigir a las pacientes gestantes adolescentes a la realización de controles prenatales subsecuentes desde que se diagnostica el embarazo o su primera consulta.
- Informar a las pacientes sobre las complicaciones que pudieran presentarse en un embarazo en adolescentes.
- Que en todas las escuelas se les de charlas a las niñas y de los riesgos que se enfrentan al ser madres primerizas desde muy corta edad no solo por y nivel de superación para que primero sean un profesional y luego ser madres, sino también enseñarles los riesgos a que ellas se enfrentan por ser muy pequeñas para que su cuerpo se enfrente a esos cambios fisiológicos.

Referencias Bibliográficas

1. Propuesta Normativa Perinatal. Tomo IV: Atención del parto de Riesgo. Secretaría de Programas de Salud. Subsecretaría de Atención Comunitaria. Dirección de Salud Materno Infantil. 1998; Págs.46-58
2. Rajendran, S; Bolaji, I. "Maternal Choice Alone Should not Determine Factores determinantes de la cesárea en los hospitales de Tumbes (2011) Method of Delivery". BMJ. 1998; 317:462- 465.
2. ESSALU
3. Propuesta Normativa Perinatal. Tomo I: Atención del embarazo normal, parto de bajo riesgo y atención inmediata del recién nacido. Secretaría de Programas de Salud. Subsecretaría de Atención Comunitaria. Dirección de Salud Materno Infantil. 1996.
4. Votta R., Parada O.; Cesárea Abdominal; Obstetricia; 5ta Edición. Editorial Lopez.1992;
<http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/639/602>
5. Arthur. Evans, 2007. "Manual de Obstetricia" 7aEdiccion. Madrid-Barcelona –Amsterdam, Editorial - Lippincott Williams & Wilkins Pag.186-194.
6. Azziz R. 2008. "Ginecología y Obstetricia". México D.F.Editorial McGrawHill Pág. 189-197

7. Bareck, Jonathan S. et al 2009 “Ginecología de Novak” 13ava Edición, Editorial Mc. Graw Hill
8. Ben-Zion T. 2009. “Urgencias en Ginecología y Obstetricia”. Buenos Aires Argentina. Editorial Panamericana
9. Bonilla, F.2008, “Cirugia Ginecológica” Básica Bogotá-Colombia, editorial Panamericana
10. Bureau Program Population Referenc, Inc noviembre, 2009 Actividad sexual y la maternidad entre las adolescentes en América Latina y el Caribe; riesgos y consecuencias. International
11. Caballero, J 2009. “Ginecología clínica”. Madrid-España, Editorial Panamericana
12. Cabero, L 2007- “Tratado de Ginecología y Medicina de La Reproducción”. Barcelona-España, Editorial Panamericana Pág. 1763-1780.
13. Cifuentes, B, 2008, “Urgencias en Obstetricia” Bogotá -Colombia. Editorial Distribuya - 38 –
14. Gonzales Merlo J, et al 2008 “Ginecología” Barcelona
15. Sierra J.Embarazo prematuro. Embarazo en la adolescencia otro sitio más de WordPress.com [serial online] 2011. [Citado 05 Jun

2012]. Disponible en URL:

<http://embarazoprematuro.wordpress.com/>

16. Spamfilter D. Riesgos del embarazo en la adolescencia. Blog de Educación sexual. ElHeraldo.hn. Honduras. [Serial online] 2011. [Citado 05 Jun 2012]. Disponible en URL:
<http://archivo.elheraldo.hn/Ediciones/2011/02/09/Noticias/Riesgos-delembarazo-en-la-adolescencia>
17. Hidalgo M., Factores personales, familiares y el embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Loreto. Tesis de pregrado, Iquitos, 2005 8. García PM, Variables Demográficas-Culturales y las Actitudes de los Adolescentes hacia el Embarazo Precoz en el Asentamiento Humano Juan Carlos Del Águila. Tesis de pregrado, Iquitos 2008.
18. Alarcón AR, Factores que influyen en el embarazo en la adolescencia. Habana [Serial online] 2009. [Citado 19 Nov 2014]. Disponible en URL:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192009000100007
19. Quispe WT, Conocimientos, actitudes y prácticas de sexualidad en la población adolescente del distrito de Mollepata. Tesis de pregrado, Cusco, 2009.
20. Balboa B. Conocimientos y actitudes sobre sexualidad de los adolescentes de nuestro entorno. Investigación sobre embarazo. Jaén, 2002.

21. González JC. Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre la Sexualidad en una Población Adolescente Escolar. Colombia. [Serial online] 2010. [Citado 01 Jul 2012]. Disponible en URL: www.revistas.unal.edu.co/index.php/bos/article/download/.../10361
22. Propuesta Normativa Perinatal. Tomo IV: Atención del parto de Riesgo. Secretaría de Programas de Salud. Subsecretaría de Atención Comunitaria. Dirección de Salud Materno Infantil. 1998; Págs.46-58
23. Rajendran, S; Bolaji, I. "Maternal Choice Alone Should not Determine Factores determinantes de la cesárea en los hospitales de Tumbes (2011) Method of Delivery". BMJ. 1998; 317:462- 465. 2. ESSALU
24. Propuesta Normativa Perinatal. Tomo I: Atención del embarazo normal, parto de bajo riesgo y atención inmediata del recién nacido. Secretaría de Programas de Salud. Subsecretaría de Atención Comunitaria. Dirección de Salud Materno Infantil. 1996.
25. Votta R., Parada O.; Cesárea Abdominal; Obstetricia; 5ta Edición. Editorial Lopez.1992; <http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/639/602>
26. Nelly Laguado, Ana Jaimes Jeimy Meza, Juan J.Colobon- Laura Salazar. Factores maternos y fetales que inducen a un parto por cesárea. Revista Ciencia y cuidado. Volumen 8, Numero 1, 2011 .

27. Avanza, MJ; Sosa, TR. Frecuencia e Indicaciones de Cesarea en la Poblacion Adolescente de un Centro Hospitalario. Revista Médica del Nordeste – Nº 5 – Marzo 2004.
28. Wang C1, Wang XY. Effect of maternal age on pregnancy outcomes in Beijing. Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi. 2017 Aug 25;52(8):514-520. doi: 10.3760/cma.j.issn.0529-567X.2017.08.003.
29. Saucedo Marcelo. La adolescencia ¿es un factor de riesgo para cesarea?. Colima, Col, octubre 2016.
30. Albornoz Laidy. Cesáreas en adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Santa Rosa durante el periodo 2010 – 2012.
31. Manzano Espejo. Incidencia y factores asociados a cesárea iterativa en adolescentes: Hospital Nacional Sergio E. Bernales, 2005 - 2009. Revista Horizonte Médico Volumen 11(2), 2011.
32. Abad Pedro. Cesárea en adolescentes. Revista peruana de ginecología y obstetricia. Volumen 5.
33. Lopez Elva. Complicaciones Obstetricas en adolescentes atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Homero Castanier Crespo. 2008.

ANEXOS:

FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**FACTORES DETERMINANTES DEL PARTO POR VIA ALTA EN
EMBARAZO DENTRO DE UN GRUPO ETARIO DE 11 A 19 AÑOS EN
EL PERIODO 2015-2016 EN EL HOSPITAL GENERAL LIBORIO
PANCHANA SOTOMAYOR**

En la presente investigación la información que se recolectará de las fichas clínicas se utilizará de manera exclusiva con fines del estudio, y será de exclusiva responsabilidad de los investigadores y de ninguna manera serán difundidos a terceras personas.

PACIENTE N°	HISTORIA CLINICA	
Edad _____	Embarazo adolescente 1. Si _____ 2. No _____	
Estado Civil	1. Soltera _____ 2. Unión Libre _____ 3. Casada _____	4. Divorciada _____ 5. Viuda _____
Instrucción	1. Primaria _____ 2. Secundaria _____ 3. Superior _____ 4. Otros _____	
Residencia		1. Urbana _____ 2. Rural _____
Embarazo Planificado	1. Si ____ 2. No ____	
Uso De Métodos Anticonceptivos	1. Si ____ 2. No ____	
Antecedentes Gineco Obstétricos	1. Menarquia _____ 2. Gestas _____ 3. Abortos _____ 4. Partos _____	5. Cesárea _____ 6. Hijos Vivos _____ 7. Hijos Muertos _____

Mejora de la captación y derivación oportuna

GERENCIA INSTITUCIONAL DE DISMINUCIÓN ACELERADA DE MUERTE MATERNA

SCORE MAMÁ

Puntuación	3	2	1	0	1	2	3	Puntuación	TOTAL
FC	≤ 59	-	-	60-100	101-110	111-119	≥120	FC	
Sistólica	≤70	71-89	90	91-139	-	140-159	≥160	Sistólica	
Diastólica	≤50	51-59	-	60-85	86-89	90-109	≥110	Diastólica	
FR	≤10	-	11	12-20	-	21-29	≥30	FR	
T (°C)	≤36	-	-	36.1-37.6	37.7-38.4	-	≥38.5	T(°C)	
Sat (**)	≤85	86-89	90-93	94-100	-	-	-	Sat	
Estado de Conciencia	-	confusa / agitada	-	alerta	responde a la voz / somnolient	responde al dolor / estuporosa	no responde	Estado de Conciencia	
Proteinuria (*)	-	-	-	(-)	(+)	-	-	Proteinuria	

(*) Sobre las 20 semanas de gestación

(**) Sin oxígeno suplementario

PROPOSITO: clasificar la gravedad de las pacientes, y precisar la acción necesaria y oportuna para la correcta toma de decisiones, mediante el uso de una herramienta objetiva.

La puntuación de "0" como estado normal y "3" como puntuación de máximo riesgo



Ministerio
de Salud Pública

JULIO, 15 DEL 2017

SEÑOR DR. PEDRO BARBERÁN TORRES.
DECANO

PRESENTE.

DE MI CONSIDERACIÓN

YO: DR. LUIS ZAMBRANO ZAMBRANO, PORTADOR DE LA CÉDULA DE IDENTIDAD N.- 2000057022, MÉDICO CIRUJANO DEL HOSPITAL GENERAL LIBORIO PANCHANA SOTOMAYOR DE SANTA ELENA, ME COMPROMETO A SER EL TUTOR DE TESIS DE LA ALUMNA: TATIANA ALEJANDRA FIERRO BAQUERO CON CI: 0927568550 Y CON CÓDIGO ESTUDIANTIL 2006170995, CON EL SIGUIENTE TEMA DE TESIS:

"FACTORES DETERMINANTES DEL PARTO POR VIA ALTA EN EMBARAZO DENTRO DE UN GRUPO ETARIO DE 11 A 19 AÑOS EN EL PERIODO 2015-2016 EN EL HOSPITAL GENERAL LIBORIO PANCHANA SOTOMAYOR"

PRESENTADO POR LA ALUMNA EGRESADA DE LA CARRERA DE MEDICINA.
SEGURO DE CONTAR CON SU APROBACIÓN, ME SUSCRIBO AGRADECIÉNDOLE ATENTAMENTE,



DR. LUIS ZAMBRANO ZAMBRANO
CI:
MEDICO GINECOLOGO DEL HGLPS

SR. DR. PEDRO BARBERÁN TORRES.

DECANO FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE ESPECIALIDADES ESPÍRITU SANTO.
SAMBORONDON.

DE MIS CONSIDERACIONES:

YO TATIANA ALEJANDRA FIEERO BAQUERO PORTADORA DE LA CEDULA DE IDENTIDAD # 0927568550, ESTUDIANTE DE 6TO AÑO DE LA CARRERA DE MEDICINA DE LA FACULTAD "ENRIQUE ORTEGA MOREIRA" DE CIENCIAS MÉDICAS CON CÓDIGO # 2006170995 ENTREGO A USTED LA FICHA TÉCNICA PARA LA PRESENTACIÓN DE MI TEMA PARA EL DESARROLLO DE MI TRABAJO DE TITULACIÓN CUYO TEMA ES:

"FACTORES DETERMINANTES DEL PARTO POR VIA ALTA EN EMBARAZO DENTRO DE UN GRUPO ETARIO DE 11 A 19 AÑOS EN EL PERIODO 2015-2016 EN EL HOSPITAL GENERAL LIBORIO PANCHANA SOTOMAYOR DE SANTA ELENA.

MOTIVO POR EL CUAL SOLICITO A USTED SE SIRVA DAR TRÁMITE A LA REVISIÓN DE MI FICHA TÉCNICA ANTE EL CONSEJO DIRECTIVO DE LA FACULTAD ENRIQUE ORTEGA MOREIRA DE CIENCIAS MÉDICAS. EL TEMA A DESARROLLAR TIENE UNA ALTA IMPORTANCIA YA QUE NO EXISTE UN TEMA DE ESTUDIO EN EL HGLPS QUE DETERMINE ESTOS RESULTADOS.

DE USTED MUY ATENTAMENTE.

Tatiana Fieero

TATIANA ALEJANDRA FIEERO BAQUERO
C.I #.0927568550



UNIVERSIDAD ESPIRITU SANTO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA: MEDICINA

CONTROL DE ASESORIA DE LOS TUTORES AL TRABAJO DE TITULACION

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: TATTIANA ALEJANDRA FIERRO BAQUERO

NOMBRE DEL TUTOR: DR. LUIS ZAMBRANO ZAMBRANO

TRABAJO DE TITULACION: FACTORES DETERMINANTES DEL PARTO POR VIA ALTA EN EMBARAZO DENTRO DE UN GRUPO ETARIO DE 11 A 19 AÑOS EN EL PERIODO 2015-2016 EN EL HOSPITAL GENERAL LIBORIO PANCHANA SOTOMAYOR

TIPO DE TRABAJO DE TITULACION: Independiente Aplicativo

FECHA (DD/MM/AA)	LUGAR	HORA INICIO	HORA FINAL	TEMAS TRATADOS	OBSERVACIONES	FIRMA EGRESADO	FIRMA TUTOR
13/01/17	HGLPS	14:00	15:00	RECOLECCION DE DATOS PARA TESIS		Tattiana Fierro	
25/01/17	HGLPS	16:00	18:00	CAPTACION DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS		Tattiana Fierro	
7/02/17	HGLPS	16:00	17:00	RECOLECCION DE DATOS DE IDENTIFICACION DE CADA PACIENTE		Tattiana Fierro	
17/02/17	HGLPS	16:00	17:00	VERIFICACION DE HISTORIAS CLINICAS		Tattiana Fierro	

14/03/17	HGLPS	16:00	18:30	DETERMINAR FACTORES DE RIESGO DE CADA PACIENTE		Roberto Ferrero	
22/03/17	HGLPS	16:00	18:30	ELABORACION DE LA RECOLECCION DE DATOS PARA TABLAS		Roberto Ferrero	
10/04/17	HGLPS	13:30	14:30	TABLAS DE RESULTADOS		Roberto Ferrero	
21/04/17	HGLPS	14:00	15:00	EXAMINAR CADA TABLA DE RESULTADOS		Roberto Ferrero	
15/05/17	HGLPS	16:00	17:00	MODIFICACION DE MARCO TEORICO		Roberto Ferrero	
25/05/17	HGLPS	16:00	17:00	ELABORACION DE CONCLUSIONES		Roberto Ferrero	
5/06/17	HGLPS	16:30	17:00	ELABORACION DE INTRODUCCION Y COMPLEMENTARIOS		Roberto Ferrero	
20/06/17	HGLPS	16:00	18:00	ELABORACION DE INDICE		Roberto Ferrero	
7/07/17	HGLPS	16:30	17:30	MODIFICACION DE PUNTOS FINALES INCONCLUSOS		Roberto Ferrero	
14/07/17	HGLPS	16:30	18:00	CORRECCION Y VERIFICACION POR PARTE DEL TUTOR		Roberto Ferrero	

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES FINALES

FIRMA TUTOR:



Dr. Luis Antonio Zambrano Z.
 DIR. EN MEDICINA Y CIRUGIA
 MSP - Libro 5 - Folio 55 - No. 166
 del 23 abril de 1983

CERTIFICADO DEL TUTOR

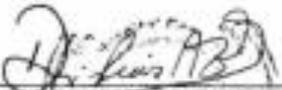
YO: **DR. LUIS ANTONIO ZAMBRANO ZAMBRANO** EN CALIDAD DE TUTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN SOBRE EL TEMA:

"FACTORES DETERMINANTES DEL PARTO POR VIA ALTA EN EMBARAZO DENTRO DE UN GRUPO ETARIO DE 11 A 19 AÑOS EN EL PERIODO 2015-2016 EN EL HOSPITAL GENERAL LIBORIO PANCHANA SOTOMAYOR"

PRESENTADO POR LA EGRESADA: **TATIANA ALEJANDRA FIERRO BAQUERO** DE LA CARRERA DE MEDICINA.

CERTIFICO QUE EL TRABAJO HA SIDO REVISADO DE ACUERDO A LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS Y REÚNEN LOS CRITERIOS CIENTÍFICOS Y TÉCNICOS DE UN TRABAJO DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA, ASÍ COMO LOS REQUISITOS Y MÉRITOS SUFICIENTES PARA SER SOMETIDO A LA EVALUACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR DESIGNADO POR EL H. CONSEJO DE FACULTAD "ENRIQUE ORTEGA MOREIRA" DE CIENCIAS MÉDICAS, ESCUELA DE MEDICINA, DE LA UNIVERSIDAD DE ESPECIALIDADES "ESPÍRITU SANTO".

LOS DATOS OBTENIDOS FUE DURANTE EL PERIODO 2015 Y 2016 EN EL HOSPITAL GENERAL LIBORIO PANCHANA SOTOMAYOR DE SANTA ELENA, EL CUAL SE APROBÓ EN SU TOTALIDAD, LO CERTIFICO:



DR. LUIS ANTONIO ZAMBRANO ZAMBRANO
MEDICO GINECOLOGO