



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE MEDICINA**

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

**“COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS DURANTE EL PARTO EN  
ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL PROVINCIAL  
GENERAL DE LATACUNGA, EN EL PERÍODO MARZO - JUNIO DEL  
2013”**

Requisito previo para optar por el Título de Médico

**Autor:** Robayo Villafuerte, Washington Marcelo

**Tutor:** Dr. Donoso Garcés, Carlos Marcelo

Ambato – Ecuador

Octubre, 2014

## **APROBACIÓN DEL TUTOR**

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre el tema: “COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS DURANTE EL PARTO EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DE LATACUNGA, EN EL PERÍODO MARZO - JUNIO DEL 2013”, de Washington Marcelo Robayo Villafuerte, estudiante de la Carrera de Medicina, considero que une los requisitos y méritos suficientes para ser sometidos a la evaluación del Jurado examinador, designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Junio del 2014

**EL TUTOR**

-----  
**Dr. Carlos Marcelo Donoso Garcés**

## **AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO**

Los criterios emitidos en el trabajo de investigación:

**“COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS DURANTE EL PARTO EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL LATACUNGA, DURANTE EL PERÍODO MARZO - JUNIO 2013”**. Como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta, salvo las citas mencionadas, son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autor de este trabajo de grado.

Ambato, Junio 2014

EL AUTOR

-----  
Washington Marcelo Robayo Villafuerte

## **DERECHOS DE AUTOR**

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de esta tesis o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales, de mi tesis confines de difusión pública, además apruebo la reproducción de esta tesis, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice presentando mis derechos de autor.

Ambato, Junio 2014

## **EL AUTOR**

-----  
Washington Marcelo Robayo Villafuerte

## **APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR**

Los miembros del Tribunal Examinador, aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema: **“COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS DURANTE EL PARTO EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DE LATACUNGA, EN EL PERÍODO MARZO - JUNIO DEL 2013”** de Washington Marcelo Robayo Villafuerte, estudiante de la Carrera de Medicina.

Ambato, Octubre del 2014

Para constancia firman

-----  
PRESIDENTE/A

-----  
1<sup>er</sup> VOCAL

-----  
2<sup>do</sup> VOCAL

## **DEDICATORIA**

El presente Trabajo de Investigación está dedicado a todas aquellas personas que han sido pilar fundamental en mi formación profesional, en especial a mi madre, esposa y hermana, quienes han estado apoyándome moral y económicamente en todo tiempo y espacio.

## **AGRADECIMIENTO**

Bordo en letras de oro mi agradecimiento a mi madre, por haberme transmitido sus valores y convertirme en la persona que soy, a mi esposa por su fuerza y apoyo moral en todo momento, a los docentes y autoridades de la UTA por haberme impartido sus conocimientos y formarme como un profesional competente en la sociedad; y en especial agradecer al Dr. CARLOS DONOSO por su Tutoría y guía científica en la culminación exitosa de este trabajo de investigación.

## ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS

PORTADA.....	i
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO.....	iii
DERECHOS DE AUTOR.....	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR.....	v
DEDICATORIA.....	vi
AGRADECIMIENTO.....	vii
ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS.....	viii
ÍNDICE DE CUADROS Y GRÁFICOS.....	xi
RESUMEN EJECUTIVO.....	xiv
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I	
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	3
1.1 TEMA DE INVESTIGACIÓN.....	3
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.2.1 Contextualización.....	3
1.2.2 Análisis crítico.....	5
1.2.3 Prognosis.....	6
1.2.4 Formulación del problema.....	7

1.2.5 Preguntas directrices.....	7
1.2.6 Delimitación del problema.....	7
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	8
1.4 OBJETIVOS.....	9
1.4.1 Objetivo general.....	9
1.4.2 Objetivos específicos.....	9
 CAPÍTULO II	
2. MARCO TEÓRICO.....	10
2.1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.....	10
2.2 FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA.....	12
2.3 FUNDAMENTACIÓN LEGAL.....	12
2.4 CATEGORIAS FUNDAMENTALES.....	15
2.4.1 Variable independiente.....	15
2.4.1.1 Parto en adolescentes.....	15
2.4.1.1.1 Adolescencia.....	15
2.4.1.1.1.1 Adolescencia y Sexualidad.....	16
2.4.1.1.1.2 Embarazo en la Adolescencia.....	18
2.4.1.1.2.1 Factores de riesgo.....	19
2.4.1.1.2.2 Epidemiología.....	20
2.4.1.1.2.3 Parto en la adolescencia.....	21
2.4.2 Variable dependiente.....	24

2.4.2.1 Complicaciones Obstétricas.....	24
2.5 HIPÓTESIS.....	33
2.5.1 Señalamiento de variables de la hipótesis.....	33
<b>CAPÍTULO 3</b>	
3. METODOLOGÍA.....	34
3.1 Modalidad básica de la investigación.....	34
3.2 Nivel o tipo de investigación.....	34
3.3 Población y muestra.....	34
3.4 Operacionalización de variables.....	35
3.4.1 Variable independiente.....	36
3.4.2 Variable dependiente.....	37
3.5 Plan de recolección de la información.....	38
3.6 Plan de procesamiento de la información.....	38
<b>CAPÍTULO 4</b>	
4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	39
4.1 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	39
4.2 INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	51
4.3 VERIFICACIÓN DE HIPÓTESIS.....	52
<b>CAPÍTULO 5</b>	
CONCLUSIONES.....	54
RECOMENDACIONES.....	55

## CAPÍTULO 6

6. PROPUESTA.....	56
6.1 DATOS INFORMATIVOS.....	56
6.2 ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA.....	56
6.3 JUSTIFICACIÓN.....	59
6.4 OBJETIVOS.....	61
6.5 ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD.....	62
6.6 FUNDAMENTACIÓN.....	62
6.7 METODOLOGÍA. MODELO OPERATIVO.....	64
6.8 ADMINISTRACIÓN.....	65
6.9 PREVISIÓN DE LA EVALUACIÓN.....	66
BIBLIOGRAFÍA.....	67
ANEXOS.....	70

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Complicaciones somáticas en embarazo de la adolescente y de adulta.....	25
Tabla 2. Distribución de la población según grupos de edad.....	39
Tabla 3. Distribución de la población según su edad.....	40
Tabla 4. Porcentaje de paridad de la población.....	43
Tabla 5. Porcentaje de paridad por grupos de edad.....	43

Tabla 6. Porcentaje de sangrado durante el trabajo de parto.....	46
Tabla 7. Porcentaje de sangrado según la vía de terminación del embarazo.	47
Tabla 8. Otras complicaciones presentadas en adolescentes embarazadas...	49
Tabla 9. Principales complicaciones obstétricas durante el parto en adolescentes	50
Tabla 10. Clasificación de los desgarros perineales.....	71
Tabla 11. Causas de Mortalidad Maternas en adolescentes.....	72
Tabla 12. Tasas de aborto en adolescentes y jóvenes.....	73
Tabla 13. Estado civil de las adolescentes según grupos de edad	75
Tabla 14. Paridad de las adolescentes según grupos de edad.....	76
Tabla 15. Fechas de última menstruación del grupo poblacional.....	77
Tabla 16. Edad gestacional por semanas del grupo poblacional.....	78

### **ÍNDICE DE GRÁFICOS**

Gráfico1. Distribución de la población según su edad.....	40
Gráfico 2. Grupo poblacional según estado civil .....	41
Gráfico3. Inicio de la vida sexual activa de la población.....	41
Gráfico 4. Número de parejas sexuales de las adolescentes.....	42
Gráfico 5. Edad gestacional del grupo poblacional.....	44
Gráfico 6. Vía de terminación del embarazo del grupo poblacional.....	44
Gráfico 7. Complicaciones obstétricas durante el parto en adolescentes....	45
Gráfico 8. Porcentaje de sangrado durante el trabajo de parto.....	46
Gráfico 9. Incidencia de desgarros perineales durante el parto.....	48

Gráfico 10. Necesidad de episiotomía durante el trabajo de parto.....	48
Gráfico 11. Incidencia de Desproporción Cefalo – pélvica.....	49
Gráfico 12. Complicaciones obstétricas durante el parto en adolescentes....	50
Gráfico 13. Problemas de salud de los adolescentes y sus factores condicionantes.	74

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE MEDICINA  
**“COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS DURANTE EL PARTO EN  
ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL PROVINCIAL  
GENERAL DE LATACUNGA, EN EL PERÍODO MARZO - JUNIO DEL  
2013”**

**Autor:** Robayo Villafuerte, Washington Marcelo

**Tutor:** Dr. Donoso Garcés, Carlos Marcelo

**Fecha:** Junio del 2014

**RESUMEN**

La alta prevalencia de embarazos en adolescentes, han llevado a elevar la incidencia de complicaciones obstétricas durante el parto en las mismas, poniendo en riesgo tanto la vida materna, como fetal. Por lo mismo, se ha diseñado el presente estudio descriptivo, transversal y retrospectivo, con el objetivo de identificar las complicaciones obstétricas durante el parto en adolescentes. Fueron incluidas un total de 160 adolescentes embarazadas, distribuidas entre edades de 12 a 19 años, con una media de 17,5 y una desviación estándar de 1,45; los adolescentes en edad temprana (10 – 13 años) representaron el 1% de la población, los adolescentes en etapa media (14 – 16 años) representaron el 21%, y la mayor parte de la población con el 78% correspondió a adolescentes en etapa tardía. La mayor parte de las adolescentes embarazadas correspondía a edades de entre los 16 y 19 años; sin embargo se registraron casos de embarazos desde los 12 años en adelante. En cuanto al estado civil el 49,4% de las mismas se mantenía en unión libre, un alto porcentaje 30,6% eran madres solteras y tan solo un 20% estaba legalmente casadas. Al referirnos al inicio de la vida sexual activa, la mayoría de las mismas inicio su vida sexual entre edades de 15 a 18 años; sin embargo, cabe recalcar que pese a porcentajes inferiores se evidenció el inicio aún más precoz de la actividad sexual, incluso en adolescentes de 12 años. De las mismas el 78,1% mantuvo una relación monogámica, el 18,1% tuvo 2 parejas, el 3,1% tres e incluso un 0,6% presento 4 parejas sexuales.

Al analizar la paridad, el 90% presentó una paridad, el 8,8% dos y un 1,3% tres, siendo las adolescentes tardías las que presentan el mayor índice de paridad, llegando a tener incluso 3 gestaciones. La mayoría del grupo poblacional, al momento de encontrarse en labor de parto, estaba cursando entre las 37 y 41 semanas de embarazo, de todos estos el 70% finalizó el embarazo por vía cefalovaginal y por varias causas el 30% en cesárea. Del total de adolescentes embarazadas, el 42,5% presentaron algún tipo de complicación, 30% presentaron desgarros perineales, principalmente grado I y II, las hemorragias correspondieron a un 10% y otras complicaciones que representaron el 25%.

**PALABRAS CLAVES:** EMBARAZO, ADOLESCENTE, OBSTÉTRICA, PARIDAD, ACTIVIDAD \_SEXUAL

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO  
FACULTY OF HEALTH SCIENCES  
MEDICAL CAREER  
"OBSTETRIC COMPLICATIONS DURING TEEN BIRTH SERVED IN  
LATACUNGA PROVINCIAL GENERAL HOSPITAL IN THE PERIOD  
JANUARY - JUNE 2013"

Author: Robayo Villafuerte, Washington Marcelo

Tutor: Dr. Donoso Garces, Carlos Marcelo

Date: June 2014

**ABSTRACT**

The high prevalence of teenage pregnancy have led to increase the incidence of obstetric complications during labor in them, risking both maternal life as fetal. For this reason, we designed this descriptive, cross-sectional and retrospective study with the aim to identify obstetric complications during childbirth in teenagers. Were included a total of 160 pregnant teenagers, distributed between ages 12 to 19 years, with a mean of 17.5 and a standard deviation of 1.45; early adolescents (10-13 years) accounted for 1% of the population, adolescents in middle stage (14-16 years) accounted for 21%, and most of the population to 78% were adolescents late stage. Most pregnant teens ages corresponded to between 16 and 19; however cases of pregnancies were recorded from 12 years onwards. In terms of marital status 49.4% of them remained in union, a high percentage 30.6% were single mothers and only 20% were legally married. When referring to the onset of sexual activity, most of them start their sexual life between ages 15 and 18; however, it should be emphasized that despite the lower rates further early onset of sexual activity, even in adolescents 12 years was evident. Of them 78.1% maintained a monogamous relationship, 18.1% had 2 couples, 3.1% three or even 0.6% present 4 sexual partners.

By analyzing the parity, 90% had parity, 8.8% had two and 1.3% three, and late adolescents that present the highest parity, getting to have even 3 pregnancies.

Most of the population group, at the time of being in labor, was enrolled between 37 and 41 weeks of pregnancy, all these 70% finished pregnancy via cerebrospinal several causes vaginal and 30% by cesarean section. Of all pregnant adolescents, 42.5% had some type of complication, 30% showed perineal tears, mainly grade I and II, hemorrhage accounted for 10% and other complications accounted for 25%

**KEYWORDS: PREGNANCY, ADOLESCENT, OBSTETRIC, PARITY, SEXUAL ACTIVITY**

## INTRODUCCIÓN

En los últimos años ha ocurrido un incremento y una mayor precocidad del inicio de la actividad sexual juvenil, provocando un aumento de la incidencia del embarazo adolescente, considerado actualmente un serio problema médico-social. Su prevalencia varía a nivel mundial y nacional. Dentro de los factores de riesgo descritos los más importantes son los individuales, asociándose a resultados gineco-obstétricos y psicosociales adversos. Dentro de los primeros se encuentran retraso del crecimiento intrauterino, anemia, infección del tracto urinario, parto prematuro y complicaciones del parto.

La adolescencia, es un período de transición entre la niñez y la adultez; es una etapa crucial dentro del proceso de desarrollo del ser humano. Su definición no es fácil, puesto que su caracterización depende de una serie de variables, que cambian en cada población y hacen que los adolescentes adopten comportamientos arriesgados que los exponen a situaciones a las que no se encuentran preparados para afrontar, como es el embarazo.

En muchos países, los adolescentes llegan a representar del 20 al 25% de su población. En 1980 en el mundo había 856 millones de adolescentes y para el 2000 llegó a 1,1 millones. El embarazo en la adolescencia, es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como aquella gestación que ocurre durante los dos primeros años de edad ginecológica (edad ginecológica 0 = edad de la menarquia) y/o cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de la familia.

El embarazo en las adolescentes es un evento que se incrementa tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo como Ecuador, teniendo como consecuencia diversas situaciones que afectan a la madre, al hijo, la familia, sociedad. El impacto psicosocial del embarazo en la adolescencia se traduce en deserción escolar, mayor número de hijos, desempleo, fracaso en la relación de la pareja e ingresos económicos bajos. El embarazo a esta edad repercute seriamente

en el estilo de vida de la familia, interfiriendo en el desarrollo humano, ya que condiciona a los jóvenes a dedicarse a actividades a las cuales no están preparados física ni emocionalmente. Y aunque el embarazo adolescente es considerado como parte de las prioridades de salud, no se invierten los recursos necesarios para prevenirlo y lograr así una disminución en la incidencia del mismo.

También se observa una relación directa entre el aumento de embarazos en la población adolescente con la presencia de complicaciones tanto prenatales como perinatales. Un estudio realizado en La Habana, Cuba en el 2002 reveló que de 132 adolescentes embarazadas 78% presentó alguna complicación prenatal. En el mismo estudio, 42% de los pacientes presentó complicaciones maternas periparto.<sup>(5)</sup> Estudio similar realizado en Brasil, en el 2003 con una población mayor de adolescentes, reveló la misma tendencia de complicaciones obstétricas.<sup>(3)</sup>

La situación actual, descrita anteriormente, ha obligado a crear en el último tiempo diferentes tipos de programas de educación sexual (PES) con el objetivo común de enfrentar el problema. Entre éstos tenemos por ejemplo los gubernamentales, los orientados hacia una “sexualidad segura” y otros basados en la abstinencia

## **CAPÍTULO I**

### **1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN:**

#### **1.1 TEMA DE INVESTIGACIÓN**

Complicaciones Obstétricas durante el parto en Adolescentes atendidas en el Hospital Provincial General de Latacunga, en el periodo marzo - junio 2013

#### **1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

##### **1.2.1 Contextualización**

La adolescencia es un periodo de cambios físicos psicológicos, que van de la mano con cambios fisiológicos que permiten inclusive un embarazo desde los 10 años de edad, se describe el embarazo en la adolescencia como un problema de salud pública por los riesgos y complicaciones tanto para la madre como para el feto, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se estima que 16 millones de niñas de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años dan a luz cada año, y un 95% de esos nacimientos se producen en países en desarrollo. <sup>12</sup>

En el mundo se estima que existe más de un billón de adolescentes y la actividad sexual cada vez es más temprana, con lo que la incidencia de embarazos en mujeres menores de 20 años cada vez es mayor. La incidencia de embarazos adolescentes varía dependiendo de la región y del grado de desarrollo del país estudiado. En Estados Unidos, anualmente cerca de un millón de embarazos corresponden a madres adolescentes, constituyendo un 12,8% del total de embarazos.

Se estima que en los países en desarrollo aproximadamente el 20% a 60% de los embarazos son no deseados, y que los adolescentes generalmente tienen escasa información sobre el correcto uso de medidas anticonceptivas y sobre la fertilidad. Las pacientes adolescentes embarazadas sufren posteriormente problemas de tipo

socioeconómicos, determinados por una menor educación, mayor dificultad para conseguir empleo, generalmente el abandono de su pareja y finalmente mayor pobreza en la población. En este último punto es interesante destacar que el nivel de escolaridad es inferior al de la población general, con elevados índices de deserción escolar pre y postgestacional.<sup>7</sup>

En países menos desarrollados, la proporción de embarazos adolescentes es de aproximadamente 105 por 1000 en El Salvador, 123 por 1000 en Guatemala, 149.3 por 1000 en Nicaragua y 101.4 por 1000 en Venezuela, pudiendo llegar a cifras tan elevadas como del 45% del total de embarazos en algunos países africanos.

En el Ecuador viven cerca de dos millones y medio de adolescentes entre 10 y 19 años. Los/as adolescentes representan el 20% de la población ecuatoriana. La tendencia de la fecundidad adolescente en el país en la última década a incremento, siendo la más alta de las subregión andina y oscila alrededor de 100 nacimientos por cada mil mujeres. En Ecuador dos de cada tres adolescentes de 15-19 años sin educación son madres o están embarazadas por primera vez. Las proporciones de maternidad adolescente son hasta cuatro veces más altas entre las que no tienen educación (43%), comparadas con las de niveles educativos más altos (11% con secundaria completa).<sup>7</sup>

Las brechas por niveles de ingresos son también importantes. Por un lado, alrededor del 30% de las adolescentes del quintil inferior de ingresos son madres en Ecuador, mientras poco más del 10% de las adolescentes de mayor nivel de ingresos son madres o se embarazan. Asimismo, al analizar las tasas de fecundidad por área, se observa que la fecundidad adolescente en áreas rurales son 30% más altas que en áreas urbanas.

En un estudio realizado en la ciudad de Cuenca se observó que la prevalencia de adolescentes atendidas por embarazo fue del 26.86%, la edad prevalente perteneció a la adolescencia tardía con 79.26, la mayoría procedente del sector

rural y el resto del urbano con un 63,69 y 55.44 % respectivamente. La Unión Libre fue la predominante con 45.37. El nivel de instrucción que prevaleció fue la secundaria incompleta con 41.61.<sup>7</sup>

Dentro del mismo estudio existieron 1338 casos de alguna patología obstétrica constituyendo el 45%. El aborto se presentó en 7.31, la prematuridad estuvo presente en 3.35, el síndrome hipertensivo del embarazo ocurrió en 2.24, la ruptura prematura de membranas constituyó 4.87; en relación a las distocias, se presentó en 17.65, y no se encontraron casos de pacientes que hayan padecido diabetes gestacional. El 18,72 terminó el embarazo por cesárea.<sup>7</sup>

En la actualidad, el embarazo en las adolescentes es un problema de salud pública y trae consigo un número elevado de complicaciones para la salud de la madre y de su hijo. Según un estudio realizado por James E. Rosen encargado de la investigación del Departamento de Reducción de los Riesgos del Embarazo de la Organización Mundial de la Salud (OMS), aproximadamente 16 millones de niñas entre los 15 y 19 años son madres cada año y de ellas el 95% viven en países en vías de desarrollo.<sup>12</sup>

Como ya es conocido, el embarazo en las adolescentes trae consigo múltiples complicaciones. La madre adolescente puede presentar con mayor frecuencia trastornos hipertensivos de la gestación, poca ganancia de peso, anemia, parto pretérmino, lesiones durante el parto secundario a la desproporción céfalopélvica, deserción escolar, alteraciones en los procesos familiares y alteraciones en el desempeño del rol materno. En cuanto al niño, el embarazo en adolescentes predispone a un aumento de la morbimortalidad, la cual está relacionada con bajo peso, prematuridad, aumento de la morbimortalidad perinatal y en los primeros años de vida, y mayor cantidad de abuso físico, entre otros.<sup>11</sup>

### **1.2.2. Análisis crítico**

El embarazo adolescente es aquella condición de gestación que ocurre en la edad de la adolescencia, que comprende mujeres de hasta 19 años de edad. La misma se

encuentra mundialmente en aumento, principalmente en edades más precoces, debido fundamentalmente al inicio precoz de la actividad sexual

El embarazo adolescente se ha convertido en un problema de salud pública importante, debido a que básicamente son las condiciones socioculturales las que han determinado un aumento considerable en su prevalencia, aconteciendo con mayor frecuencia en sectores socioeconómicos más disminuidos, aunque se presenta en todos los estratos económicos de la sociedad.

El mismo muestra cada vez más importancia ya que los riesgos y complicaciones son mayores en este grupo de edad, a su vez las investigaciones demuestran que este problema es mayor en países en vías de desarrollo, a pesar de las medidas realizadas por el sistema de salud pública este problema sigue en aumento, varios medios demuestran que en Ecuador cerca del 20% de las adolescentes están embarazadas o ya concibieron, siendo inclusive el segundo país en Latinoamérica en orden de frecuencia de presentación de embarazo en adolescentes.

Las complicaciones maternas y neonatales, se presentan con mayor frecuencia en edades extremas de la vida, por ende el embarazo en adolescentes representa un riesgo innegable, ya que situaciones o problemas que se presenten el mismo pueden poner en riesgo la vida del feto y de la madre. Por tal motivo este es un problema de vital importancia por las implicaciones personales y sociales que tiene.

Por todo esto el médico debe prestar especial interés a este grupo de edad, ya que como se mencionó, un embarazo a temprana edad, puede conllevar a que se presenten un sin número de complicaciones que pueden poner en riesgo la vida tanto de la madre como del neonato.

### **1.2.3. Prognosis**

El embarazo en las adolescentes va en ascenso vertiginoso y trae consigo un elevado riesgo de complicaciones para la salud de la madre y de su hijo; dichas

complicaciones deben ser conocidas por los profesionales de la salud, con el fin de detectar tempranamente riesgos y brindar cuidado oportuno y de calidad a las mujeres adolescentes embarazadas.

Al no intervenir adecuadamente las mujeres adolescentes embarazadas están más predispuestas a complicaciones, como la hipertensión inducida por el embarazo, la preeclampsia, la eclampsia, la poca ganancia de peso, la anemia, el parto pretérmino, las hemorragias, el trabajo de parto prolongado, las lesiones durante el parto, la desproporción céfalopélvica entre otras. Así mismo, la gestante adolescente tiene mayor riesgo de sufrir violencia y abuso sexual, recurrir a métodos peligrosos para abortar, retraso en la atención de complicaciones derivadas del aborto, por miedo a la censura, aumentando el riesgo de enfermedad y muerte, y mayor número de hijos al final de su vida reproductiva

El desconocimiento de las complicaciones obstétricas en el embarazo en adolescentes, da lugar a intervenciones con bajo impacto en la prevención de las mismas y a un crecimiento rápido y continuo de los gastos sanitarios por la carga de complicaciones en esta población.

#### **1.2.4. Formulación del problema**

¿Cuáles son las complicaciones obstétricas durante el parto en adolescentes?

#### **1.2.5.- Preguntas directrices**

¿Cuáles son los factores asociados al embarazo en adolescentes?

¿Cuál es la situación actual del embarazo en adolescentes?

¿Qué medidas disminuirían las complicaciones en el embarazo en adolescentes?

#### **1.2.6 Delimitación del problema**

Delimitación de contenido

Campo: Medicina

Área: Obstetricia

Aspecto: Complicaciones obstétricas durante el parto en adolescentes

Delimitación espacial:

Esta investigación se realizó en el servicio de Obstetricia del Hospital Provincial General de Latacunga.

Delimitación temporal:

Este problema fue estudiado durante el periodo marzo - junio 2013.

### **1.3 JUSTIFICACIÓN**

A pesar de estar en el siglo XXI, la frecuencia de embarazos en adolescentes y sus complicaciones obstétricas en nuestro país continúan siendo extremadamente elevadas, por tal motivo teniendo en cuenta estos antecedentes, es importante realizar un estudio sobre la casuística de las mismas, para de esta manera buscar estrategias eficaces y eficientes que vayan en pro de prevenir embarazos en adolescentes y evitar las complicaciones que se pueden presentar en los mismos.

Dado la alta prevalencia de complicaciones en mujeres adolescentes embarazadas, la presente investigación nos permitió obtener información estadística, válida, de nuestro medio, además nos permitió analizar los factores que más se asocian con complicaciones obstétricas en pacientes adolescentes. Lo que beneficiará directamente a este grupo poblacional.

El embarazo en adolescentes se ha convertido en un problema de salud pública importante, debido a que básicamente son las condiciones socioculturales las que han determinado un aumento considerable en su prevalencia, aconteciendo con mayor frecuencia en sectores socioeconómicos más disminuidos, aunque se presenta en todos los estratos económicos de la sociedad. Estas estadísticas nos motivaron a realizar el presente estudio para alertar al profesional de la salud de las consecuencias que trae tanto a nivel familiar como social un embarazo a corta edad.

Por tanto, los profesionales de la salud deben realizar un abordaje global con el fin de prevenir la gestación en la población adolescente, impactar positivamente sobre la salud de esta población vulnerable y brindar cuidado oportuno y de calidad a las mujeres adolescentes embarazadas.

#### **1.4. OBJETIVOS**

##### **1.4.1. OBJETIVO GENERAL**

Identificar las complicaciones obstétricas durante el parto en adolescentes

##### **1.4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Determinar los factores asociados al embarazo en adolescentes
- Valorar la situación actual del embarazo en adolescentes
- Proponer medidas que disminuyan las complicaciones en el embarazo en adolescentes

## CAPÍTULO II

### 2. MARCO TEÓRICO.

#### 2.1. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.

Tras realizar una investigación en los principales servidores y revistas médicas disponibles en internet, se encontraron los siguientes estudios que apoyan y dan la base para la presente investigación.

Mayer, Laura (2006), realizó un estudio sobre las **Complicaciones perinatales y vía de parto en recién nacidos de madres adolescentes tempranas y tardías**, con el objetivo de conocer las complicaciones perinatales y la vía de terminación del parto en adolescentes tempranas y tardías. Para lo mismo realizó un estudio observacional comparativo entre adolescentes en relación con el tipo de parto y sus complicaciones perinatales. El 22,10% de partos en el tiempo de estudio correspondieron a adolescentes, el 16,30% fueron distócicos con más frecuencia entre adolescentes tardías; los recién nacidos con bajo peso y con complicaciones perinatales fueron también más frecuentes entre adolescentes tardías. En este estudio llegaron a la conclusión que las adolescentes tardías tienen mayor probabilidad de presentar parto distócico, cesárea, parto pretérmino y sus productos bajo peso al nacer y depresión neonatal.<sup>9</sup>

Menéndez, Gilberto. Cabrera, Inocencia (2012), realizaron un estudio sobre **el embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente**, con el objetivo de disminuir la incidencia del embarazo y sus riesgos en adolescentes; realizaron un estudio de intervención educativa para modificar los criterios sobre el embarazo y sus riesgos en adolescentes embarazadas atendidas en el Policlínico "Arturo Puig Ruiz de Villa", municipio Minas, Camagüey, durante el período de enero de 2009

a enero de 2010. El universo estuvo constituido por 72 embarazadas, se realizó un muestreo probabilístico al azar simple, la muestra quedó conformada por 32 embarazadas que cumplieron los criterios de inclusión, se aplicó un cuestionario creado al efecto, según literatura revisada, este se convirtió en el registro primario de la información e incluyó variables como: concepto de adolescencia, edad de las primeras relaciones sexuales, conocimiento de métodos anticonceptivos, motivos por los que continuaron con el embarazo y complicaciones fundamentales en la adolescente embarazada.

Se obtuvieron los siguientes resultados: el 56,2 % desconocía conceptualmente el embarazo en la adolescencia, esto mejoró notablemente después de aplicado el programa, persistió solo el 12,5 % con este criterio, el 31,2 % manifestó que la primera relación sexual debe ser al cumplir los 14 años o tener la primera menstruación. El 59,3 % conocía los dispositivos intrauterinos como método anticonceptivo, el 68,7 % continuó el embarazo oculto por temor a los padres, el 31,2 % señaló como complicación fundamental la cesárea y los desgarros del tracto vaginal. Una vez finalizado el programa el 87,5 % expresó respuestas correctas. Con este estudio lograron transformaciones positivas en el conocimiento de cada uno de los temas impartidos.<sup>10</sup>

Naneth, Aida. Zamora-Lares (2013) investigaron el **Embarazo en adolescentes y sus complicaciones maternas y perinatales**. Realizaron un estudio transversal con grupo control en el Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca con 330 puérperas adolescentes y un grupo control (20 a 30 años); se analizaron datos Socio demográficos, atención prenatal, información sobre la evolución y terminación del embarazo, somatometría y valoración del recién nacido, así como las complicaciones presentadas en las madres o sus neonatos con el objetivo de comparar la morbilidad materno y perinatal entre estos grupos. El estado civil más frecuente fue la unión libre, así como en las adolescentes la mayoría eran primigestas y se dedicaban al hogar. En las complicaciones maternas la más frecuente encontrada en las adolescentes fue la ruptura prematura de membranas (48 vs 19 casos), mientras en los neonatos de las adolescentes la complicación

más frecuente fue el síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido (32 vs 18 neonatos), ambas con una  $p < 0.05$  teniendo diferencia estadística significativa. Se concluyó que el embarazo en adolescentes incrementa la morbilidad materna y perinatal, representando además un problema sociocultural.<sup>17</sup>

Edwin Severino. Osvaldo Vargas. Wa//y Reynoso. Francis del Rosario, Victor Reyes (2006), estudiaron la **Frecuencia de complicaciones en adolescentes embarazadas**. Para esto realizaron un estudio descriptivo prospectivo de corte transversal de las complicaciones más frecuentes que presentaron las adolescentes embarazadas. La muestra estuvo representada por 200 adolescentes embarazadas. Las complicaciones más frecuentes encontradas en esta investigación fueron:

1. Infecciones vaginales (38,5%)
2. Infección de vías urinarias (25%)
3. Anemias (23,5%)
4. Trastornos hipertensivos (21%)
5. Otras complicaciones (13%)

Según las edades 112 pacientes correspondieron a la adolescencia tardía, 84 a la adolescencia media y 4 adolescentes tempranas.<sup>15</sup>

## **2.2 FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA**

La presente investigación se basó en el paradigma crítico-propositivo, porque la misma buscó determinar las complicaciones obstétricas durante el parto en adolescentes, a la vez, se valoró los factores asociados al embarazo en adolescentes, su situación actual, con el fin proponer medidas que disminuyan las complicaciones obstétricas en las mismas.

## **2.3. FUNDAMENTACIÓN LEGAL**

El presente trabajo de investigación, tomó como apoyo legislativo a la constitución del Ecuador; en el Título II, correspondiente a los derechos, en su capítulo segundo, relacionado a los derechos del buen vivir, en la sección séptima, en salud se enuncia:

Art. 32.-La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

En el capítulo tercero, referente a los derechos de las personas y grupos de atención prioritaria, se enuncia:

Art. 35.- Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad.

En la Constitución del Ecuador. TÍTULO VII, con respecto al Régimen del Buen Vivir, se escribe en el capítulo primero. Sección segunda. Salud:

Art. 360.- El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas.

Art. 362.- La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud

serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes.

Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios.

Art. 363.- El Estado será responsable de:

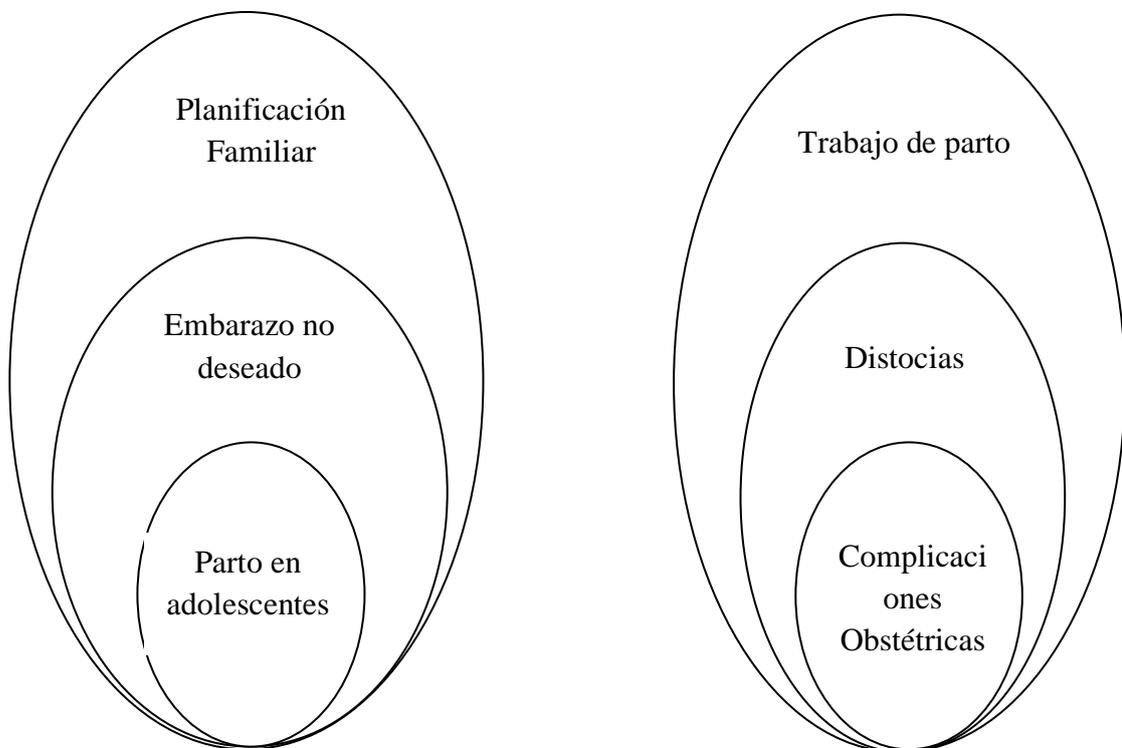
2. Universalizar la atención en salud, mejorar permanentemente la calidad y ampliar la cobertura.

7. Garantizar la disponibilidad y acceso a medicamentos de calidad, seguros y eficaces, regular su comercialización y promover la producción nacional y la utilización de medicamentos genéricos que respondan a las necesidades epidemiológicas de la población.

Según el Artículo 167 del Código de la Salud, la atención médica es la aplicación de los recursos técnicos para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los enfermos físicos y mentales, comprendiendo la atención del embarazo y del parto.<sup>3</sup>

**El Ministerio de Salud Pública del Ecuador, en el Marco del cumplimiento de los objetivos del Milenio Nacional de Salud** (Reducir la tasa de mortalidad materna en tres cuartas partes para 2015.) y Derechos Sexuales y Reproductivos y en el cumplimiento de su función rectora de conducir, regular y promover intervenciones asistenciales de calidad, tendientes a la satisfacción de las necesidades de la salud de la población, proporciona al personal de salud un instrumento técnico y normativo que pudiera mejorar la atención del parto y posparto a las parturientas y resolver los riesgos y patologías que podría manifestar durante la gestación, respetando sus costumbres y culturas reduciendo la muerte materna-neonatal.

## 2.4 CATEGORÍAS FUNDAMENTALES



### VARIABLE INDEPENDIENTE

### VARIABLE DEPENDIENTE

#### 2.4.1 Variable independiente

##### 2.4.1.1 Parto en Adolescentes

###### 2.4.1.1.1 Adolescencia:

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 11 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 12 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años. En cada una de las etapas se presentan cambios tanto en el aspecto fisiológico

(estimulación y funcionamiento de los órganos por hormonas, femeninas y masculinas), cambios estructurales anatómicos y modificación en el perfil psicológico y de la personalidad; Sin embargo la condición de la adolescencia no es uniforme y varía de acuerdo a las características individuales y de grupo.

Cada individuo posee una personalidad y en esta etapa es cuando más la manifiesta generalmente, no solo de manera individual sino de forma grupal, para poder medir el grado de aceptación en los diferentes escenarios sociales e ir haciendo los ajustes o modificaciones necesarios para sentirse aceptado socialmente.

El perfil psicológico generalmente es transitorio y cambiante, es emocionalmente inestable. El desarrollo de la personalidad dependerá en gran medida de los aspectos hereditarios, de la estructura y experiencias en la etapa infantil preescolar y escolar y de las condiciones sociales, familiares y ambientales en el que se desenvuelva el adolescente.<sup>5</sup>

#### **2.4.1.1.1 Adolescencia y Sexualidad**

La aparición de la pubertad indica al/la joven que ya no es niño(a), pero la sociedad tampoco lo reconoce como adulto. No ha abandonado por completo la infancia y tampoco puede enfrentar de lleno las demandas de adulto.

La adolescencia en las sociedades urbanas es un periodo que se caracteriza por su larga duración, su indeterminación, por la fuerte carga de conflicto y por la asincronía entre la madurez sexual y la psicosocial. Biológicamente el/la adolescente es prácticamente un(a) adulto(a), tiene la capacidad para reproducirse y puede pensar en términos de adulto, sin embargo, socialmente no es niño(a) pero tampoco tiene un lugar en el mundo de los adultos, y pasará un largo tiempo antes de que se le permita insertarse en la vida productiva y ser autosuficiente. La resolución de la adolescencia se da cuando el/la joven ha logrado definir una manera de pensar, sentir y actuar más o menos estable que le permite autonomía personal y adaptación social.

La adolescencia es el periodo crucial del ciclo vital en el que los individuos toman una nueva dirección en su desarrollo, alcanzan su madurez sexual, se apoyan en los recursos psicológicos y sociales que obtuvieron en su crecimiento previo y asumen para sí las funciones que les permiten elaborar su identidad y plantearse un proyecto de vida propio.<sup>13</sup>

Durante esta etapa los/las jóvenes experimentan cambios en diferentes planos. En primer lugar alcanzan la madurez física y la capacidad reproductiva, así mismo, su desarrollo intelectual les permite elaborar juicios críticos y pensamientos abstractos, por otro lado aumenta su responsabilidad social puesto que ya no tienen la continua vigilancia de los padres en su actuación social.

Durante la adolescencia los/las jóvenes se identifican más claramente con su sexo y consolidan su identidad de género al observar los roles que desempeñan los adultos como hombre o mujer. Esta identificación incluye comprender y aceptar la propia existencia como hombre o mujer así como los roles, valores, deberes y responsabilidades propios de ser hombre o mujer. Nuevas relaciones sociales se establecen entre los/las jóvenes y entre los adultos y los/las jóvenes, tanto dentro como fuera de la familia. Así mismo, surge la capacidad de pensamiento abstracto, la atracción sexual, la respuesta sexual, los sentimientos eróticos y amorosos propios de los adultos, se define la preferencia sexual y se inicia la búsqueda de pareja.

Consolidar la sexualidad para su vida como adulto, es una tarea clave en el desarrollo de los/las adolescentes. Para lograrlo requieren de la integración de factores físicos, psicológicos, sociales, culturales, educativos y morales.

Podemos concluir que la adolescencia es la etapa de transición entre la niñez y la edad adulta, comprendida entre los 10 y 19 años, durante la cual se presenta la madurez sexual. Comúnmente se hace referencia a la adolescencia como el periodo de ajuste psicosocial del joven en su paso de niño a adulto y se aplica el

término pubertad para definir los cambios correspondientes al crecimiento y maduración sexual. Sin embargo, estos límites no están definidos y ambas situaciones se corresponden.<sup>13</sup>

#### **2.4.1.1.2 Embarazo en la Adolescencia**

Se lo define como el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarquia o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen. El embarazo en edades cada vez más tempranas se está convirtiendo en un problema social y de salud pública de alcance mundial. Afecta a todos los estratos sociales, pero predomina en la clase de bajo nivel socioeconómico, en parte, debido a la falta de educación sexual, y el desconocimiento de los métodos de control de natalidad.<sup>22</sup>

El embarazo en la adolescencia es una preocupación de estos tiempos. Estudios realizados han demostrado un rejuvenecimiento de la fecundidad, con gran incidencia en el grupo de edad comprendido entre 10 y 19 años, fundamentalmente a partir de los 15 años, a ellos se asocia el incremento de las tasas de aborto en menores de 20 años, quienes han estado influenciadas por diversas causas que se asocian a una deficiente educación sexual, tanto en el hogar como las instituciones educacionales de salud. Algunos autores plantean que hay un incremento del 10% anual de mujeres con relaciones sexuales a partir de los 12 años hasta los 19 años, el 25% de las adolescentes se embarazan, y el 60% de estos casos ocurren dentro de los 6 meses iniciales de las primeras relaciones sexuales.<sup>2</sup>

Definiremos el embarazo adolescente como la gestación en mujeres, cuyo rango de edad se considera adolescente, independiente de su edad ginecológica. Ruoti plantea que el embarazo a cualquier edad constituye un hecho biopsicosocial muy importante, pero la adolescencia conlleva a una serie de situaciones que pueden

atentar tanto contra la salud de la madre como la del hijo, y constituirse en un problema de salud, que no debe ser considerado solamente en términos del presente, sino del futuro, por las complicaciones que acarrea.

Dicha situación produce un serio problema biomédico ya que presenta altas tasas de morbilidad y mortalidad materna, perinatal y neonatal, agregándose el impacto que produce a nivel sociocultural y psicológico con un elevado costo a nivel personal, educacional, familiar y social. <sup>16</sup>

#### **2.4.1.1.2.1 Factores de riesgo**

Existen muchas y muy variadas causas, pero la más importante es la falta de educación sexual. Los padres de familia, muchas veces evaden esta responsabilidad y la dejan a cargo de los maestros. <sup>8</sup>

Con respecto a los factores de riesgo asociados al embarazo adolescente, se ha logrado identificar una gran variedad que es posible agrupar en 3 categorías:

1. **Factores de riesgo individuales:** Menarquia precoz, bajo nivel de aspiraciones académicas, impulsividad, ideas de omnipotencia y adhesión a creencias y tabúes que condenan la regulación de la fecundidad y la poca habilidad de planificación familiar.
2. **Factores de riesgo familiares:** Disfunción familiar, antecedentes de madre o hermana embarazada en la adolescencia, pérdida de figuras significativas y baja escolaridad de los padres.
3. **Factores de riesgo sociales:** Bajo nivel socioeconómico, hacinamiento, estrés, delincuencia, alcoholismo, trabajo no calificado, vivir en un área rural, ingreso precoz a la fuerza de trabajo, mitos y tabúes sobre sexualidad, marginación social y predominio del “amor romántico” en las relaciones sentimentales de los adolescentes.

Un trabajo realizado el año 2005 logró determinar la influencia de cada uno de estos grupos de factores de riesgo, en donde destaca la gran importancia de los factores individuales presentando una frecuencia de 71,6%, mientras que los factores familiares presentaron un 20,3% y los sociales un 11,6%.

Se ha visto que el mayor riesgo del embarazo adolescente no parece estar influenciado por las condiciones fisiológicas especiales, sino que es más importante la influencia de las variables socioculturales y las condiciones de cuidado y atención médica que se les proporcione. Frecuentemente se presenta en el contexto de un evento no deseado, originándose en una relación de pareja débil determinando una actitud de rechazo y ocultamiento de su condición por temor a la reacción del grupo familiar, provocando un control prenatal tardío e insuficiente.

La tendencia habla de que los adolescentes generalmente tienen escasa información sobre el correcto uso de medidas anticonceptivas y sobre la fertilidad, aumentando así el riesgo de embarazo. Se ha observado que gran parte de la información es aportada por sus padres, sin embargo el tipo de familia no constituyó un factor que incidiera en éste nivel de conocimientos. Es más, la funcionalidad de las familias de las embarazadas se encuentra alterada en el 33% de los casos, lo que hace que las adolescentes no tengan una adecuada madurez emocional, no reciban el apoyo y ni el cariño necesario por parte de su familia.<sup>19</sup>

Ya que el embarazo adolescente tiene un gran impacto en la salud tanto de la madre como del hijo, es muy importante implementar una adecuada educación sexual que incluya medidas de prevención y promoción de conductas sexuales responsables entre los adolescentes.<sup>16</sup>

#### **2.4.1.1.2.2 Epidemiología**

Según la OMS, la mortalidad materna es inaceptablemente alta. Cada día mueren en todo el mundo unas 800 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. En 2010 murieron 287 000 mujeres durante el embarazo y el

parto o después de ellos. Prácticamente todas estas muertes se produjeron en países de ingresos bajos y la mayoría de ellas podrían haberse evitado

En Bolivia, entre el 2003 y el 2008, la proporción de mujeres embarazadas entre 15 y 19 años se incrementó del 14,7 % al 18 %. Más del 25 % de las madres adolescentes apenas han concluido la educación primaria. Asimismo, sólo una de cada cuatro adolescentes sexualmente activas usan algún método anticonceptivo, a pesar de que el conocimiento sobre el tema alcanza a cerca de un 92 por ciento (ENDSA, 2003-2008).

En Colombia, entre 1995 y 2010, la fecundidad adolescente se redujo de 89 a 84 por 1.000, aunque, en 2005, llegó a 90 por 1.000. Sin embargo, el porcentaje de madres o adolescentes embarazadas era de 17,4 por ciento en 1995, 20 por ciento en 2000 y 19 por ciento en 2010.

En Ecuador, dos de cada tres adolescentes entre 15 y 19 años, sin educación, son madres o están embarazadas por primera vez (ENDEMAIN, 2004). La tendencia del incremento del embarazo en menores de 15 años en la última década es del 74 por ciento, y en mayores de 15 años es del 9 por ciento (Documento de la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar, 2010). La tendencia de la fecundidad adolescente en Ecuador es la más alta de la subregión andina, llegando a 100 por 1.000 nacidos vivos (CELADE, 2007).<sup>4</sup>

#### **2.4.1.1.2.3 Parto en la adolescencia**

En nuestro país como en muchos otros, el embarazo y el parto están ocurriendo a edades más jóvenes que en el pasado, lo que resulta adverso desde el punto de vista de la salud y también en sus consecuencias sociales.

El embarazo en la adolescente, en la muchacha muy joven, tiene un riesgo mucho mayor de complicaciones para su salud y la de su hijo. Hay pruebas de que la toxemia o preeclampsia se presenta con más frecuencia en la adolescencia que en cualquier otra edad. La anemia y el parto prematuro también son más frecuentes

en la madre adolescente; el parto puede ser muy prolongado e incluso complicarse, por la posible estrechez de la pelvis a esa edad. Estas complicaciones obstétricas están casi siempre relacionadas con la inmadurez biológica de la joven, que todavía no ha completado el crecimiento y desarrollo de los órganos del aparato reproductor. No es raro, además, que las mujeres que quedan embarazadas muy jóvenes, concurren más tardíamente al primer examen médico, por ignorancia o con el fin de ocultar su situación.

La edad más favorable para la reproducción se ha demostrado que es de los 20 años a los 30 años. Todas las investigaciones coinciden en afirmarlo. Los riesgos de que se presenten complicaciones e incluso las posibilidades de morir la madre y el hijo aumentan cuanto más tiempo le falta para cumplir los 20 años. <sup>1</sup>

El mayor impedimento para la comprensión del trabajo de parto es reconocer su inicio. La definición estricta de trabajo de parto, presencia de contracciones que producen borramiento y dilatación demostrables del cuello uterino, no ayuda fácilmente al clínico a determinar cuándo en realidad se ha iniciado el trabajo de parto, ya que ese diagnóstico se confirma sólo de forma retrospectiva.

Desde un punto de vista clínico se considera que el parto se ha iniciado cuando una actividad uterina regular (2-3 contracciones de intensidad moderada cada 10 minutos) se acompaña de maduración y dilatación cervical (2-3cm). Sin embargo, existen diferentes variables que pueden afectar a la evolución normal del trabajo de parto; entre las que se encuentran el tamaño, la presentación, la posición, la situación y la actitud fetal, así como la morfología del canal del parto.

Para facilitar su estudio y organizar su manejo, el trabajo de parto se ha dividido tradicionalmente en tres etapas:

**1. Primera Etapa del Parto (Periodo de dilatación):** Consta a su vez de dos fases:

**Fase Latente:** Se inicia desde el momento en que la madre percibe dinámica uterina y finaliza con la presencia de un cuello borrado y 3-5 centímetros de dilatación. En este período las contracciones son poco intensas y no siguen un patrón regular, lo que no produce grandes modificaciones en la dilatación cervical. Puede prolongarse hasta 20 horas en nulíparas y 14 en multíparas.

**Fase Activa:** Periodo de tiempo comprendido entre los 3 y los 10 centímetros de dilatación. En este lapso se producen dos cambios significativos: la dilatación y el descenso progresivo de la presentación fetal. La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) establece una duración media de 4 horas en multíparas y 6 en nulíparas.

## **2. Segunda Etapa del Parto (Período de expulsivo).**

Se inicia cuando se ha llegado a la dilatación completa del cérvix y finaliza con el nacimiento del feto. La duración promedio según la SEGO es de 2 horas en nulíparas y 1 hora en multíparas, pero suele ser muy variable. La analgesia epidural puede prolongar dicho periodo en hasta 60 minutos y aumenta la probabilidad de parto instrumental. Sin embargo, la tasa de cesáreas no se ve afectada por el uso la misma.

## **3. Tercera Etapa del Parto (o período del alumbramiento).**

Ocurre entre el nacimiento del recién nacido (RN) y la expulsión de la placenta. Puede durar hasta 45 minutos en nulíparas y un máximo de 30 minutos en multíparas.<sup>14</sup>

## **Parto en la gestante adolescente**

Cuando se habla de embarazo adolescente queda claro que los riesgos aumentan para la madre y el feto; algunas de las patologías obstétricas podrían influir en el número de semanas de finalización del embarazo y, por lo tanto, afectar al RN. Existe riesgo en cualquiera de las edades de finalización del embarazo; pero la morbimortalidad del RN aumenta cuando el embarazo termina antes de las 37 semanas, ya que el organismo fetal no ha completado su desarrollo y maduración funcional, necesarios para su adaptación a la vida extrauterina. Por otra parte, la

pelvis durante el periodo de crecimiento puede sufrir deformaciones o llegar a la adultez con un desarrollo incompleto, lo que implica que las madres adolescentes pueden enfrentar un parto con una pelvis inadecuada.

El hecho de que las jóvenes no presenten un desarrollo físico completo al momento de su embarazo, determina un aumento de las tasas de partos operatorios, los que se deben a complicaciones como distocias de posición; dilatación estacionaria; estrechez pélvica y sufrimiento fetal agudo, sin embargo, los partos eutócicos aún representan las tasas más elevadas. En el proceso del parto, los problemas más frecuentes son las alteraciones en la presentación y posición del feto, lo que se ha relacionado con un desarrollo incompleto de la pelvis materna. En las mujeres menores de 15 años, el desarrollo de la pelvis no tiene su grado de madurez completa, a raíz de esto existe una incapacidad de ésta para formar un adecuado canal de parto que permita el avance normal del feto a través de él. Esto aumenta la frecuencia de las posiciones posteriores o transversas incrementando el número de partos operatorios. Otra manifestación del desarrollo incompleto del aparato genital de la madre adolescente, es la estrechez del canal blando, favoreciendo las complicaciones traumáticas del tracto genital (desgarros), lo que implica mayor riesgo de lesiones anatómicas. La estrechez de cualquiera de las dos porciones del canal del parto, implica un mayor riesgo de partos traumáticos para el feto. Como consecuencia de los desgarros, aumenta la incidencia de infecciones, dehiscencia y las anemias severas por hemorragias.<sup>6</sup>

## **2.4.2 Variable dependiente**

### **2.4.2.1 Complicaciones Obstétricas**

En el último tiempo ha disminuido la edad en que los jóvenes se inician sexualmente y de esta manera ha aumentado además, de forma preocupante, el embarazo no deseado en las adolescentes. Esto ha implicado que en este grupo etario específico se presenten una serie de consecuencias que de manera simple agruparon en dos grandes grupos: somáticas y psicosociales.<sup>16</sup>

#### **1) Complicaciones somáticas**

### 1.1 Para la madre

La mortalidad materna del grupo de 15- 19 años en los países en desarrollo se duplica al compararla con la tasa de mortalidad materna del grupo de 20 – 34 años.

Con respecto a la morbilidad materno- fetal, la desnutrición materna es un factor importante que influye en el resultado de un neonato de bajo peso, aunque para algunos es sólo un factor influyente, lo que cobra fuerza cuando se asocia a otros riesgos, como una ganancia de peso insuficiente durante el embarazo. La anemia y el síndrome hipertensivo del embarazo han sido encontradas, por muchos autores, como complicaciones comunes entre las gestantes adolescentes. Las edades extremas constituyen un factor de riesgo conocido para la preeclampsia. La anemia se distingue como una de las complicaciones más frecuentes en el embarazo y es más común en mujeres con una dieta inadecuada, como es el caso de las menores de 20 años, donde los caprichos y malos hábitos alimentarios propios de la edad contribuyen al déficit de hierro.<sup>21</sup>

**Tabla 1. Comparación de complicaciones somáticas en embarazo de la adolescente y de adulta.**

	Embarazos adolescentes	Embarazos adultos
Anemia	49.36%	43.67%
Infección Tracto Urinario	13.29 - 23.2%	6.96%
Retardo Crecimiento Intrauterino *	12.02%	5.69%
Parto prematuro	8.3 - 8.86%	2.8 - 4.43%
Recién Nacido de bajo peso	6.32 – 6.9%	3.16 -10.1%
Complicaciones en el parto (hemorragia, desgarros cervicales)	10.75 - 15.7%	5.69 - 5.7%
Parto Instrumental	4.9 – 8.22%	2.1 - 10.12%

\*Diferencia estadísticamente significativa

**Fuente:** Revista Pediatría Electrónica (2008), Actualización de Embarazo en Adolescentes.

Las verdaderas diferencias entre ambos grupos se producen principalmente por la edad de las adolescentes embarazadas, siendo el grupo de mayor riesgo el de las pacientes con edades menores de 16 años, donde se producirían con mayor frecuencia las variables analizadas. Otro factor relevante y quizás más difícil de controlar, es la deteriorada condición biopsicosocial que frecuentemente presentan las adolescentes, destacándose en la revisión como el factor determinante en la aparición de patologías relacionadas con el embarazo adolescente.

Se ha descrito un mecanismo común que podría explicar las diversas afecciones propias del embarazo adolescente, el cual corresponde a una falla de los mecanismos fisiológicos de adaptación circulatoria al embarazo lo que se conoce como Síndrome de mala adaptación circulatoria, cuyas diversas manifestaciones clínicas pueden presentarse por separado o asociadas entre sí a nivel materno y/o fetal

## **1.2 Para el hijo**

El recién nacido de madre adolescente no tiene diferencias significativas respecto a las mujeres adultas, aunque si existen diferencias si la madre es menor a 15 años, ya que se han presentado una mayor incidencia de malformaciones especialmente las del cierre del tubo neural. El hecho de que las adolescentes se embaracen con un intervalo de tiempo menor de 5 años entre la menarquia y el parto es considerado un factor de riesgo para que se presenten resultados perinatales desfavorables.<sup>16</sup>

## **2) Complicaciones Psicosociales**

Uno de los principales problemas para las madres adolescentes es la deserción escolar. La baja escolaridad que alcanzan y la dificultad para reinsertarse al

sistema escolar, tiene un efecto negativo en la formación del capital humano y la superación de la pobreza a nivel social. El rendimiento escolar de estas adolescentes, durante su permanencia en el sistema es deficiente, puesto que la repitencia es mayor al promedio general nacional. El 100% de las adolescentes embarazadas desertaron durante el embarazo, en tanto que la deserción escolar global, a nivel de enseñanza media, incluyendo a quienes desertaron por razón del embarazo, es de sólo 9,9%. La vergüenza y las complicaciones médicas del embarazo, como el síndrome hipertensivo y el parto prematuro, son las razones específicas de deserción que señalaron las adolescentes.

La adolescente madre además debe asumir una multiplicidad de roles adultos, especialmente la maternidad, para los cuales no está psicológicamente madura ya que, sigue siendo niña cognitiva, afectiva y económicamente, agudizándose esto aún más en el caso de la primera adolescencia.

La maternidad adolescente duplica con creces las posibilidades que tiene una mujer de vivir como allegada y reduce a la mitad la probabilidad de que viva con el padre de su hijo o en una familia nuclear durante el quinto año después del nacimiento de su primer hijo. La probabilidad de que el padre biológico del hijo provea apoyo financiero en forma constante o esporádica al hijo de una madre adolescente es la mitad de la observada en una madre adulta.

La aparición de embarazo en la familia de una adolescente obliga a la reestructuración de las funciones de sus miembros, requiriéndose la movilización del sistema para encontrar nuevamente el estado de equilibrio familiar que, inicialmente, puede ser rechazado, crear sorpresa y frustración

Si lo habitual es que todo el grupo familiar se deba adaptar para recibir a un nuevo miembro, esto es mucho más evidente en la adolescencia, ya que las familias de las adolescentes suelen ser más complejas, al incluir a sujetos en diversas etapas del desarrollo; los que probablemente no están esperando la llegada de un nuevo integrante.

La maternidad temprana parece tener más efectos económicos que sociales y efectos más serios para el caso de las madres pobres que para todas las madres. Influye sobre el tamaño de la familia (familias más numerosas), los arreglos familiares (menos familias nucleares tradicionales) y la transmisión de preferencias de maternidad entre generaciones (las madres adolescentes “engendran” madres adolescentes). Lo que es más importante, la maternidad temprana parece arraigar la pobreza de las mujeres de bajos ingresos.<sup>16</sup>

El embarazo en la adolescencia está asociado con un mayor índice de morbilidad y mortalidad, para la madre y para el bebé. Además, muchas de las adolescentes quedan nuevamente embarazadas en los dos años siguientes al nacimiento del primer bebé, lo que dificulta todavía más continuar con los estudios y conlleva generalmente una mala situación económica en el futuro, que también afectará al bienestar de los hijos.

Dentro de las principales complicaciones que se pueden presentar durante el embarazo y parto en adolescentes embarazadas tenemos:

**Enfermedad Hipertensiva Gestacional:** Es una de las principales causa de mortalidad y morbilidad materna y produce además restricción del crecimiento fetal y prematuridad. Se detecta luego de las 20 semanas y se caracteriza porque puede o no existir proteinuria, siendo las frecuencias reportadas de 22,4% a cerca de 29%. Una serie de recientes estudios han demostrado que la incidencia de preeclampsia (con proteinuria) es similar en las pacientes adolescentes que en las adultas

Entre los factores predisponentes para los trastornos hipertensivos durante el embarazo, tenemos:

- Paridad: casi exclusiva de primigestas.
- Embarazo múltiple.

- Macrosomía fetal.
- Patologías asociadas (diabetes, obesidad, mola, polihidramnios, eritroblastosis fetal).
- Antecedentes familiares y personales.
- Bajo Nivel socioeconómico.
- Factores ambientales.

**Hipertensión inducida del embarazo:** Es la que se diagnostica por primera vez durante la gestación después de las 20 semanas, sin proteinuria. Las cifras de la tensión arterial regresan a la normalidad antes de las 12 semanas posparto, con lo que se confirma el diagnóstico.<sup>7</sup>

**Preeclampsia:** llamada también “toxemia”, es una condición única y generalmente peligrosa que sólo ocurre durante el embarazo. Es un desorden multisistémico en el que la hipertensión diagnosticada después de las 20 semanas se acompaña de proteinuria. Desaparecen dentro de las 12 semanas del postparto.

Se debe a la reducción de la perfusión a los diferentes órganos secundariamente al vasoespasmo y a la activación endotelial. Los resultados anormales de las pruebas de laboratorio de las funciones hepática y renal confirman el diagnóstico junto con la persistencia de cefaleas, alteraciones visuales y dolor epigástrico; este último es producido por la necrosis, la isquemia y el edema hepatocelular que comprime la cápsula de Glisson. La persistencia de proteinuria de 2 (++) o mayor o la excreción de 2gramos o más de orina de 24 hora indica un cuadro de preeclampsia severa.

**Eclampsia:** Se denomina así a la presencia de convulsiones en pacientes preeclámpticas que no pueden ser atribuidas a otra causa. Las convulsiones suelen ser tónico clónicas tipo gran mal. Aproximadamente la mitad de los casos de eclampsia aparecen antes del trabajo de parto, un 25% lo hace durante el trabajo de parto y el resto en el posparto.<sup>23</sup>

**Aborto:** Se define como la interrupción espontánea o provocada del embarazo antes de las 20 semanas de gestación con un producto con un peso menor a 500gr, talla fetal de 25cm y de 18cm coronilla - rabadilla.

**Amenaza de Parto Pretérmino:** Entre los factores predisponentes para la amenaza de parto pretérmino, tenemos:

Factores de riesgo mayores

- Gestación múltiple
- Antecedentes de parto pretérmino
- Antecedente de amenaza de parto pretérmino con parto a término
- Polihidramnios
- Anomalías uterinas
- Cirugía abdominal durante el embarazo
- Dilatación >1cm a las 32SG
- Cuello <1cm de longitud a las 32SG
- 2 o más abortos en el segundo trimestre
- Consumo de cocaína

Factores de riesgo menores

- Enfermedad febril durante el embarazo
- Pielonefritis
- Consumo +10 cigarrillos al día
- Metrorragia después de las 12SG
- 1 aborto en el segundo trimestre
- 2 o más abortos en el primer trimestre

Otros factores de riesgo

- Bajo nivel socioeconómico
- Edad materna <18años >40 años
- Estrés
- Infecciones vaginales: vaginosis bacteriana sintomática

- Infecciones urinarias
- ETS
- Abuso doméstico
- Violencia familiar
- Alcoholismo
- Bajo índice de masa corporal pre gestacional
- Baja ganancia de peso durante el embarazo
- Traumatismos

La presencia de 1 o más factores de riesgo mayores y/o 2 o más factores de riesgo menores establecen el riesgo de parto pretérmino.<sup>7</sup>

**Parto Prematuro:** Es aquel que se produce después de las 20 semanas o antes de las 37 semanas de gestación. Las investigaciones han determinado que el riesgo de parto prematuro en las pacientes adolescentes es mayor mientras menor es la edad de la paciente, siendo el grupo de verdadero riesgo las adolescentes que se encuentran entre los 10 y los 15 años, no existiendo diferencias en el grupo entre 16 y 19 años con respecto a las pacientes adultas<sup>19</sup>.

Dentro de la etiología se plantea sobre todo el estrés psicosocial, las infecciones ascendentes del tracto genitourinario. En este mismo sentido, la edad gestacional del parto prematuro está en relación a la edad materna, existiendo mayor riesgo de partos prematuros de menor edad gestacional a menor edad materna.

**Rotura Prematura de Membranas:** Es la ruptura espontánea del corion y del amnios, una o más horas antes de que se inicie el trabajo de parto. Aumenta la morbi mortalidad materna a expensas de la infección.

Se describen 3 mecanismos fisiopatológicos:

- a) Por alteración de la estructura de las membranas cervicales
- b) Por deformación y estiramiento a nivel del orificio cervical
- c) Mecanismo de formación y rotura de dos sacos ovulares

**Diabetes Gestacional:** Se define como la disminución de la tolerancia a los hidratos de carbono, de severidad y evolución variable, que se reconoce por primera vez durante la actual gestación. Dentro de los factores de riesgo para contraer una diabetes gestacional están: obesidad con índice de masa corporal mayor a 26, antecedentes de diabetes mellitus en familiares de primer grado, edad materna igual o superior de 30 años, macrosomía fetal actual o antecedente de uno o más hijos con peso al nacer >4000 gramos, malformaciones congénitas y polihidramnios en el embarazo actual. <sup>7</sup>

**Desproporción Cefalo Pélvica:** Es la obstrucción del trabajo de parto debido a la disparidad entre las dimensiones de la cabeza fetal y la pelvis materna que impide el parto vaginal. Se señala que mientras más joven es la adolescente, mayores son las alteraciones que pueden ocurrir en relación al parto. Esto es debido a una mayor incidencia de desproporción céfalo pélvica.

**Desgarro Perineal:** Se define como las laceraciones del canal de parto; esta complicación en las adolescentes está dada principalmente por la condición de inmadurez de estas jóvenes, manifestándose en una estrechez de canal blanco y se clasifica como:

Primer Grado: afecta la horquilla vulvar, piel perineal y la mucosa vaginal, sin comprometer la fascia y el músculo adyacente.

Segundo Grado: afecta la fascia y el músculo del cuerpo perineal, pero sin comprometer el esfínter anal.

Tercer Grado: piel, mucosa, cuerpo perineal y esfínter externo anal.

Cuarto Grado: Se extienden a través de la mucosa rectal y exponen la luz del recto. Están en relación directa con la sobre distensión mecánica del periné, sometido a presiones ejercidas por la cabeza y hombros fetales, instrumentos o manos del obstetra; además de ciertos condicionantes a saber como tejidos

fibrosos en las primíparas con edad avanzada, cicatrices anteriores que no se dejan distender, edema, hipoplasia, periné alto de la pelvis en retroversión o pelvis estrechas con ángulo púbico muy agudo. <sup>7</sup>

**Cesárea:** Es una intervención obstétrica en la que se realiza la extracción del feto de 500 gramos o más; a través de una incisión en la pared abdominal y otra en el útero. Ciertos estudios, han encontrado una menor incidencia de partos operatorios en las adolescentes con respecto a las mujeres adultas.

En un estudio en la ciudad de Cuenca, el porcentaje de terminación de la gestación por cesárea en las adolescentes fue del 18,72%. <sup>7</sup>

## **2.5 HIPÓTESIS**

El embarazo en adolescentes incrementa el riesgo directamente proporcional de Complicaciones Obstétricas.

### **2.5.1 Señalamiento de variables de la hipótesis.**

**Unidades de observación:**

Adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital Provincial General Latacunga

**Variable independiente:**

Parto en Adolescentes

**Variable dependiente:**

Complicaciones Obstétricas

**Termino de relación:**

Complicaciones

## **CAPÍTULO III**

### **3 METODOLOGÍA**

#### **3.1 Modalidad básica de la investigación**

Investigación de campo: la presente fue una investigación de campo porque estuvo en contacto directo con la realidad y en el lugar donde se produjo el problema, ya que se estudió las complicaciones obstétricas durante el parto en adolescentes atendidas en el Hospital Provincial General de Latacunga.

Investigación Bibliográfica: Para realizar el marco teórico y fundamentar la investigación.

### **3.2 Nivel o tipo de investigación**

Descriptivo: apoyados en el análisis estadístico con el propósito de determinar los factores asociados a complicaciones obstétricas.

Transversal.- Ya que se tomó los datos en una sola ocasión y no fue necesario el control en el presente caso descrito.

Retrospectivo.- Ya que se tomaron los datos de las pacientes atendidas en el periodo descrito.

### **3.3 Población y muestra**

La población objeto de investigación abarcó todas las pacientes adolescentes embarazadas que se atendieron el parto en el HPGL, durante el periodo marzo – junio 2013

#### **Criterios de inclusión**

Se incluyeron en el presente estudio, pacientes adolescentes embarazadas, con o sin asociación de complicaciones durante el parto.

#### **Criterios de exclusión.**

Pacientes que no tengan los datos completos en la historia clínica o no cumplan con los criterios de inclusión.

#### **Aspectos éticos**

En el presente estudio se tomaron datos específicos de los pacientes, por lo cual cada uno tuvo absoluta privacidad y anonimato, utilizando códigos como medio de identificación, no se tomaron nombres ni apellidos y se guardó absoluta reserva, con el fin de resguardar y proteger su identidad e intimidad al no permitir por ningún motivo el libre acceso a dicha investigación por personas ajenas a la realización de este proyecto.

### **3.4 Operacionalización de variables**



### 3.4.2 Variable dependiente: Complicaciones Obstétricas

CONCEPTUALIZACION	DIMENCIONES	INDICADORES	ITEMS BASICOS	TECNICAS E INSTRUMENTOS
Complicaciones que se pueden presentar en embarazadas adolescentes con respecto al trabajo de parto, entre estas: distocias, hemorragias, etc.	Hemorragias Obstétricas	Perdida mayor a 500cc de sangre en el parto y 1000 cc en cesárea	Cuanto sangro en el parto o cesárea Desgarro o episiotomía.	Formulario de recolección de datos
	Distocias	Presentación inadecuada de feto o alteración del canal de parto	Pelviano o DCP.	Formulario de recolección de datos
	Enfermedades Obstétricas	Trastornos hipertensivos Parto prematuro	Registro de síntomas y signos	Formulario de recolección de datos

### **3.5 Plan de recolección de información**

El proceso que se siguió es el siguiente:

1. Se determinó los sujetos de investigación: pacientes con diagnóstico embarazo en adolescentes.
2. Se elaboraron los instrumentos de recolección de datos: formulario de datos mismo que se tomó a partir de los ítems de la Operacionalización de variables.
3. Para la recolección de los datos mediante el formulario de datos se solicitó permiso a las autoridades correspondientes.

### **3.6 Plan de procesamiento y análisis de datos**

El proceso que se siguió es el siguiente:

1. Se realizó la depuración de la información
2. Se procedió a realizar la codificación de las respuestas
3. Se realizó las tabulaciones, en donde se relacionaron las diferentes respuestas.
4. Se representaron gráficamente las tabulaciones.
5. Se aplicó un modelo estadístico para la comprobación matemática de la Hipótesis.
6. Con el análisis, la interpretación de resultados y la aplicación estadística, se realizó la verificación de la hipótesis.
7. Se realizaron las conclusiones generales y recomendaciones.
8. A partir de las conclusiones, se planteó una propuesta de solución al problema investigado.

## CAPÍTULO IV

### 4 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

#### 4.1 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Con el objetivo de determinar las complicaciones obstétricas durante el parto en adolescentes, se aplicó un cuestionario encaminado a la recolección de información de esta población, durante el período de 4 meses, obteniéndose un total de 160 adolescentes embarazadas, ninguna fue excluida del estudio. Obteniéndose una población total de 160 pacientes, con una media de 17,5 y una desviación estándar de 1,45

A continuación se presentan los resultados de la presente investigación, expresados mediante tablas y graficas estadísticas, basados en un índice de confianza del 95%

**Tabla 2.** Distribución de la población según grupos de edad

<b>Edad</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>10 - 13 años</b>	2	1%
<b>14 – 16 años</b>	33	21%
<b>17 - 19 años</b>	125	78%
<b>Total</b>	160	100%

**Fuente:** HPGL

**Elaborado:** Washington Marcelo Robayo Villafuerte

Como se puede apreciar en la tabla anterior, del total de la población, el 78 % corresponden a adolescentes en etapa tardía entre 17 – 19 años, el 21% a adolescentes entre 14 – 16 años y el 1% a adolescentes en etapa temprana entre 12 a 14 años.

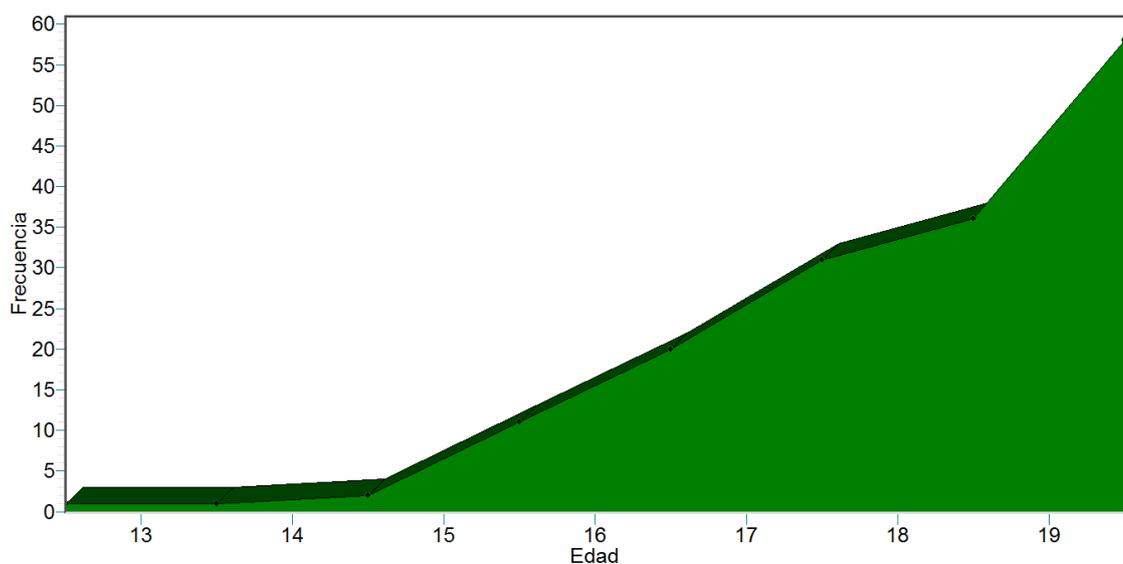
**Tabla 3.** Distribución de la población según su edad

<b>EDAD</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>12</b>	1	0,6%
<b>13</b>	1	0,6%
<b>14</b>	2	1,3%
<b>15</b>	11	6,9%
<b>16</b>	20	12,5%
<b>17</b>	31	19,4%
<b>18</b>	36	22,5%
<b>19</b>	58	36,3%
<b>Total</b>	160	100%

**Fuente:** HPGL

**Elaborado:** Washington Marcelo Robayo Villafuerte

**Gráfico 1** Distribución de la población según su edad

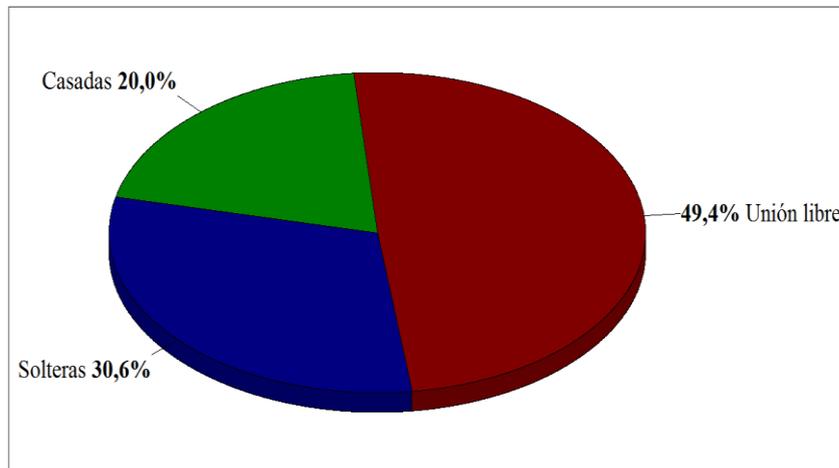


**Fuente:** HPGL

**Elaborado:** Washington Marcelo Robayo Villafuerte

En la tabla e histograma anterior, se puede apreciar como del total de la población, el 36,3% corresponden a adolescentes de 19 años, el 22,5% a 18 años, 19,4% a 17 años, el 12,5% a 16 años, y el resto de edades en menor porcentaje.

**Gráfico 2.** Grupo poblacional según estado civil

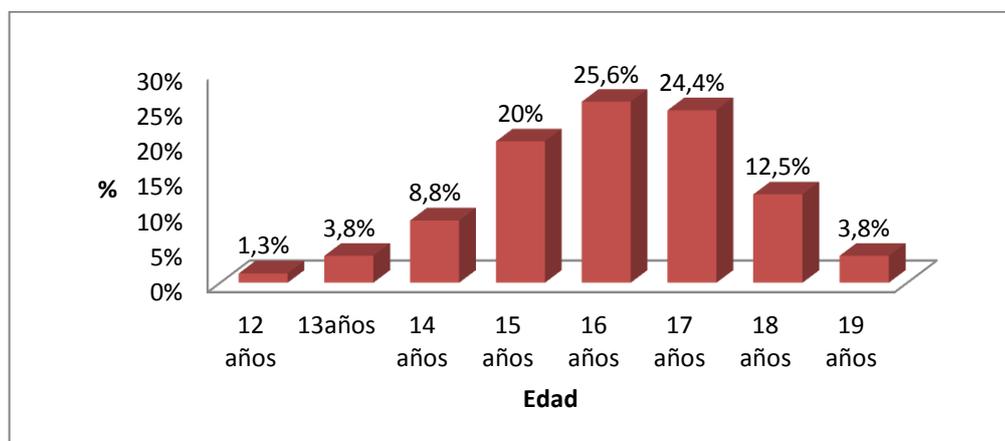


**Fuente:** HPGL

**Elaborado:** Washington Marcelo Robayo Villafuerte

Del total de la población adolescente estudiada, el mayor porcentaje de las mismas 49,4% se encuentran bajo el estado civil de unión libre, el 30,6% son madres solteras y tan solo el 20% se encuentran casadas legalmente. Esto denota el alto riesgo social al que están expuestas las adolescentes embarazadas.

**Gráfico 3.** Inicio de la vida sexual activa de la población

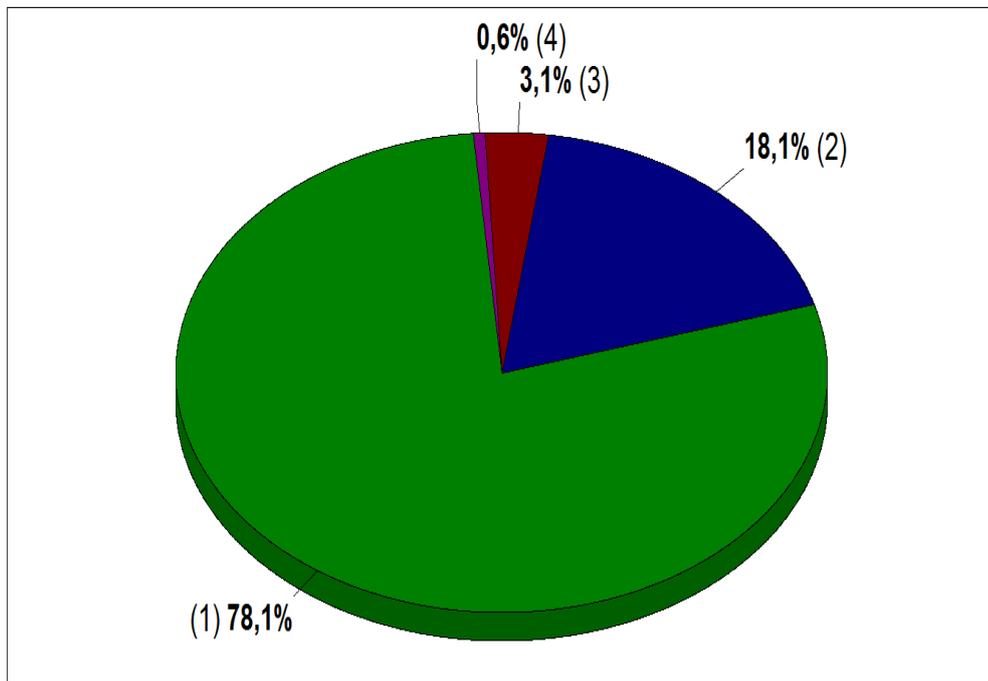


**Fuente:** HPGL

**Elaborado:** Washington Marcelo Robayo Villafuerte

Como se aprecia en el Gráfico 3, el inicio de la vida sexual activa en las adolescentes estudiadas, se concentra entre los 15 a los 17 años, con un mayor porcentaje 25,6% a los 16 años, 24,4% a los 17 y 20% a los 15 años. Llama la atención el inicio prematuro de relaciones sexuales por parte de la población estudiada, llegando a practicarla desde los 12 años de edad.

**Gráfico 4.** Número de parejas sexuales de las adolescentes



**Fuente:** HPGL

**Elaborado:** Washington Marcelo Robayo Villafuerte

Como se aprecia en el gráfico anterior, la mayoría de adolescentes han tenido una pareja sexual con un 78,1%, el 18,1% dos parejas, el 3,1% tres parejas y el 0,6% cuatro parejas sexuales. Esto nos da a notar, que la gran mayoría de adolescentes se quedaron embarazadas en su primera relación sexual, lo que denota el deficiente nivel de educación sexual en la población estudiada.

**Tabla 4.** Porcentaje de paridad de la población

<b>Paridad</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>1</b>	144	90%
<b>2</b>	14	8,8%
<b>3</b>	2	1,3%
<b>Total</b>	160	100%

**Fuente:** HPGL

**Elaborado:** Washington Marcelo Robayo Villafuerte

Como se aprecia en la tabla anterior, del total de la población adolescente estudiada, el 90% 144 adolescentes presentaron una paridad. Pese a la corta edad el 8,8% 14 adolescentes cursaron su segundo parto y el 1,3% 2 adolescentes 3 partos.

**Tabla 5.** Porcentaje de paridad por grupos de edad

<b>Edad</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
<b>10- 13 años</b>	2	-	-	2	1%
<b>14 - 16 años</b>	33	-	-	33	21%
<b>17 - 19 años</b>	109	14	2	125	78%
<b>TOTAL</b>	144	14	2	160	100%

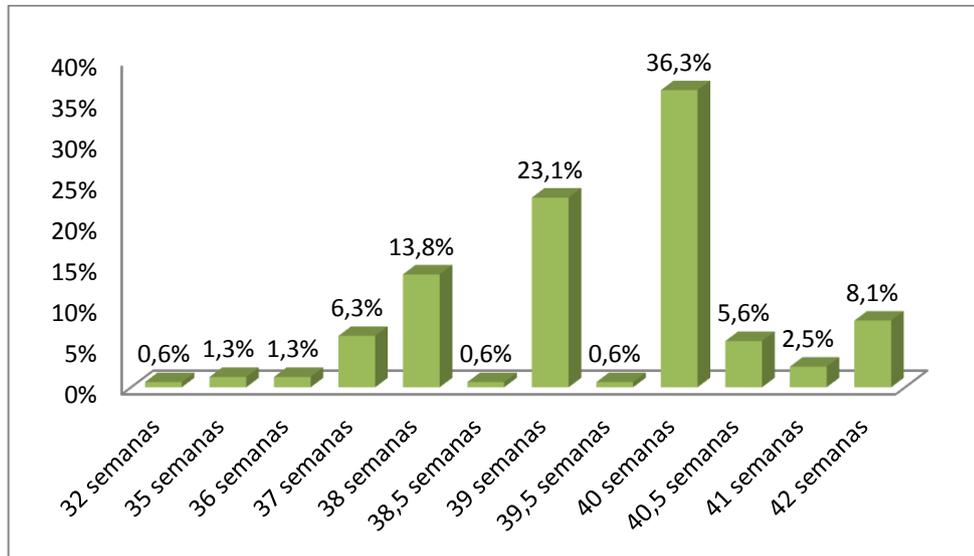
**Fuente:** HPGL

**Elaborado:** Washington Marcelo Robayo Villafuerte

Tomando en cuenta el porcentaje de paridad según grupos de edad, se observa que el 78% de paridad se encuentra distribuido entre edades comprendidas de los 17 a 19 años, es decir que las adolescentes en etapa tardía son las que presentan el mayor índice de embarazos a temprana edad, llegando a tener de entre uno a tres

hijos; en cambio el 21 y 1% de paridad corresponde a adolescentes en etapa media y temprana respectivamente.

**Gráfico 5.** Edad gestacional al momento del parto

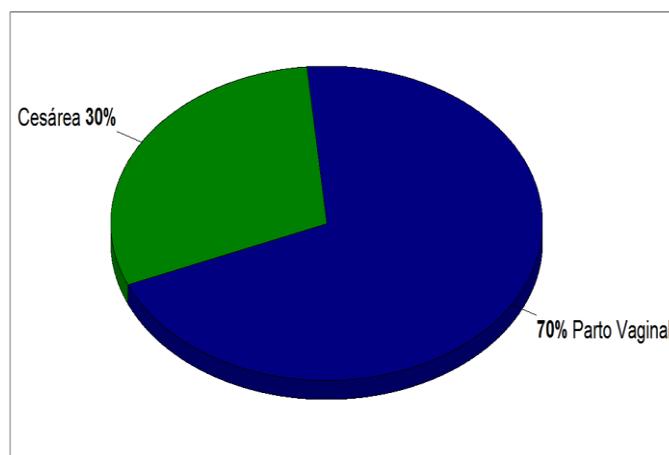


**Fuente:** HPGL

**Elaborado:** Washington Marcelo Robayo Villafuerte

La mayoría de adolescentes embarazadas, al momento de su labor de parto se encontraron en rangos normales de entre 37 a 41 semanas de embarazo, seguidas de un 8,1% con un embarazo postmaduro y el resto en menor porcentaje con un parto pretérmino.

**Gráfico 6.** Vía de terminación del embarazo del grupo poblacional



**Fuente:** HPGL

**Elaborado:** Washington Marcelo Robayo Villafuerte

Del total de la población, el 70% de la misma terminó su embarazo por vía cefalovaginal, mientras debido a varias circunstancias en el 30% de la población se procedió a la realización de cesárea.

## COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS DURANTE EL PARTO

**Gráfico 7.** Porcentaje de presentación de complicaciones obstétricas durante el parto en adolescentes



**Fuente:** HPGL

**Elaborado:** Washington Marcelo Robayo Villafuerte

Como se aprecia en el gráfico anterior, del total de adolescentes embarazadas que fueron analizadas, el 42,5% (68) de las mismas presentaron algún tipo de complicación durante su labor de parto, frente a un 57,5% que no tuvo ningún tipo de complicación. A continuación se detallara una por una las principales complicaciones obstétricas identificadas durante el parto en adolescentes embarazadas.

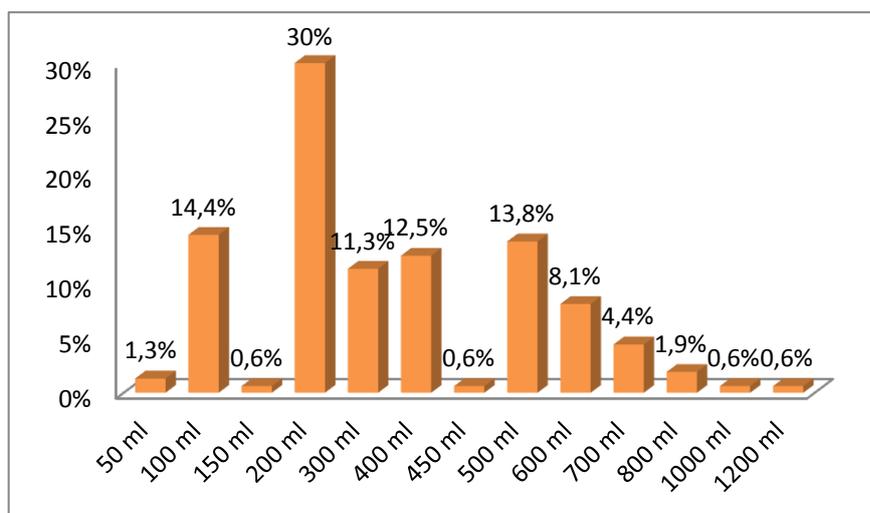
**Tabla 6.** Porcentaje de sangrado durante el trabajo de parto

Sangrado	Frecuencia	Porcentaje
50 ml	2	1,3%
100 ml	23	14,4%
150 ml	1	0,6%
200 ml	48	30%
300 ml	18	11,3%
400 ml	20	12,5%
450 ml	1	0,6%
500 ml	22	13,8%
600 ml	13	8,1%
700 ml	7	4,4%
800 ml	3	1,9%
1000 ml	1	0,6%
1200 ml	1	0,6%
<b>TOTAL</b>	<b>160</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** HPGL

**Elaborado:** Washington Marcelo Robayo Villafuerte

**Gráfico 8.** Porcentaje de sangrado durante el trabajo de parto



**Fuente:** HPGL

**Elaborado: Elaborado:** Washington Marcelo Robayo Villafuerte

Como se aprecia en la tabla y gráfico anterior, dentro del volumen de sangrado global, independientemente de la vía de terminación del parto, se observa que la mayoría presentó un sangrado de 200 ml con un 30%, seguido de 100 ml con un 14,4%, 500 ml un 13,8%, 400 ml un 12,5%, 300 ml un 11,3%, el resto con menores porcentajes.

**Tabla 7.** Porcentaje de sangrado según la vía de terminación del embarazo

Sangrado	Cesárea	Parto Vaginal	TOTAL
50 ml	-	2	2
100 ml	-	23	23
150 ml	-	1	1
200 ml	-	48	48
300 ml	2	16	18
400 ml	8	12	20
450 ml	-	1	1
500 ml	19	3	22
600 ml	8	5	13
700 ml	6	1	7
800 ml	3	-	3
1000 ml	1	-	1
1200 ml	1	-	1
<b>TOTAL</b>	<b>48</b>	<b>112</b>	<b>160</b>

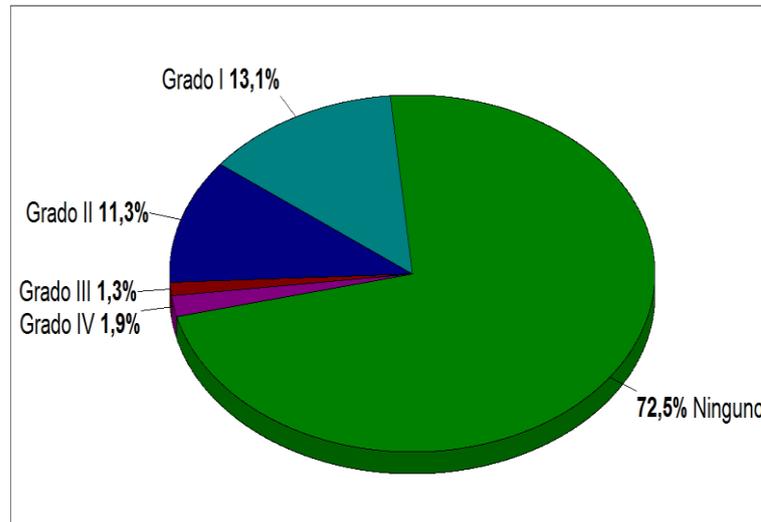
**Fuente:** HPGL

**Elaborado: Elaborado:** Washington Marcelo Robayo Villafuerte

Tomando en cuenta la vía de terminación del embarazo, apreciamos que en el parto cefalo-vaginal el índice de sangrado está ubicado entre 100 – 200 y 300 ml, mientras tanto en la cesárea la mayoría de adolescentes presento un sangrado de 500 ml. Hay que tener en cuenta que en el parto cefalo –vaginal el rango normal de sangrado es entre 250 y 500 ml, mientras en la cesárea hasta 1000 ml,

considerando además el descenso del hematocrito, hemoglobina y la sintomatología o signos de hipovolemia presentados por cada paciente.<sup>18</sup>

**Gráfico 9.** Incidencia de desgarros perineales durante el parto



**Fuente:** HPGL

**Elaborado:** Washington Marcelo Robayo Villafuerte

Del total de pacientes que terminaron su embarazo por parto cefalovaginal, 44 pacientes presentaron algún grado de desgarro perineal, sufriendo el 13,1% de adolescentes desgarro perineal grado I, el 11,3% grado II, el 1,9 y 1,3% presentaron desgarros perineales grado IV y III respectivamente.

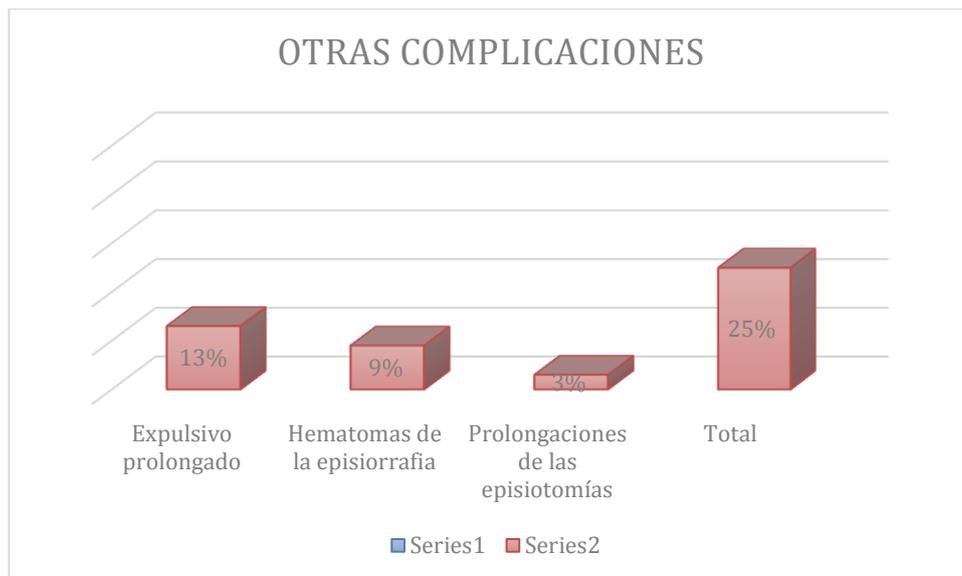
**Tabla 8.** Otras complicaciones presentadas en adolescentes embarazadas durante el parto.

OTRAS COMPLICACIONES	
Expulsivo prolongado	9
Hematomas de la episiorrafia	6
Prolongaciones de las episiotomías	2
<b>Total</b>	<b>17</b>

Fuente: HPGL

Elaborado: Elaborado: Washington Marcelo Robayo Villafuerte

**Gráfico 9.** Incidencia de otras complicaciones presentadas en adolescentes embarazadas durante el parto



Fuente: HPGL

Elaborado: Elaborado: Washington Marcelo Robayo Villafuerte

Otras complicaciones que se presentaron en las adolescentes embarazadas fueron: expulsivo prolongado, hematomas y dehiscencia de la episiorrafia y prolongaciones de las episiotomías con una incidencia de 9, 6 y 2 casos respectivamente.

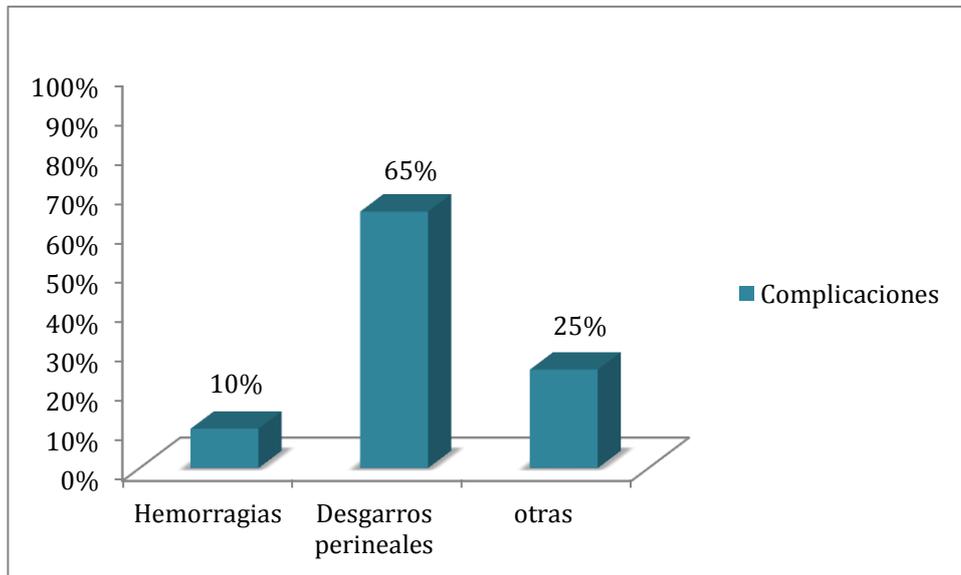
**Tabla 9.** Principales complicaciones obstétricas durante el parto en adolescentes

Complicaciones	Frecuencia	%
Hemorragias	7	10%
Desgarros perineales	44	65%
otras	17	25%
TOTAL	68	100%

**Fuente:** HPGL

**Elaborado:** Marcelo Robayo

**Gráfico 10.** Principales complicaciones obstétricas durante el parto en adolescentes



**Fuente:** HPGL

**Elaborado:** Washington Marcelo Robayo Villafuerte

Como apreciamos en la tabla y gráfico anterior, dentro de las principales complicaciones identificadas durante el parto en adolescentes, se encuentran los desgarros perineales con mayor porcentaje, siendo el 65% respectivamente. Seguido por otras complicaciones con un porcentaje del 25% (Tabla 8), y en menor proporción las hemorragias con un 10%.

#### **4.2 INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

Al realizar el presente estudio se obtuvo una población total de 160 adolescentes embarazadas, distribuidas entre edades de 12 a 19 años, con una media de 17,5 y una desviación estándar de 1,45; los adolescentes en edad temprana (10 – 13 años) representaron el 1% de la población, los adolescentes en etapa media (14 – 16 años) representaron el 21%, y la mayor parte de la muestra poblacional con el 78% correspondió a adolescentes en etapa tardía.

La mayor parte de las adolescentes embarazadas correspondía a edades de entre los 16 y 19 años de edad; sin embargo se registraron casos de embarazos desde los 12 años en adelante. Al referirnos al estado civil de estas adolescentes el 49,4% de las mismas se mantenía en unión libre, un alto porcentaje 30,6% eran madres solteras y tan solo un 20% estaba legalmente casadas y mantenían un hogar aparentemente bien estructurado.

Al indagar sobre el inicio de la vida sexual activa, es decir el inicio de sus relaciones sexuales, se evidenció, la falta de educación sexual impartida a este grupo poblacional, ya que, la mayoría de las mismas inicio su vida sexual entre edades de 15 a 18 años; sin embargo, cabe recalcar que pese a porcentajes inferiores se evidencia el inicio aún más precoz de la actividad sexual, incluso en adolescentes de 12 años. De las mismas el 78,1% mantuvo una relación monogámica con una pareja sexual, el 18,1% tuvo 2 parejas, el 3,1% tres e incluso un 0,6% presento 4 parejas sexuales, pese a su corta edad.

Al analizar la paridad de estas adolescentes, notamos que el 90% presentó una paridad, el 8,8% dos y un 1,3% tres, siendo las adolescentes tardías las que presentan el mayor índice de paridad, llegando a tener incluso 3 gestaciones.

Pese a la corta edad de concepción, se evidenció, que la mayoría del grupo poblacional, al momento de encontrarse en labor de parto, estaba cursando entre las 37 y 41 semanas de embarazo. Representando los partos pretérminos y embarazos postmaduros, porcentajes de presentación inferiores. De todos estos el 70% finalizó el embarazo por vía cefalo-vaginal y por varias causas el 30% en cesárea.

Como se mencionó anteriormente en este trabajo, el embarazo en adolescentes lleva consigo un alto riesgo de presentar complicaciones durante el mismo, mismas que pueden poner en peligro tanto la vida fetal como de la madre. Por lo que, al tabular los datos obtenidos, evidenciamos que del total de adolescentes

embarazadas, el 42,5%(68) presentaron algún tipo de complicación, sea esta mínima o que puso en peligro la vida materno fetal; de este total un 65% presento desgarros perineales, principalmente grado I y II, las hemorragias correspondieron a un 10% y otras complicaciones representaron el 25%.

### **4.3 VERIFICACIÓN DE HIPÓTESIS**

#### **Hipótesis Nula (Ho)**

El embarazo en adolescentes no incrementa el riesgo directamente proporcional de Complicaciones Obstétricas.

#### **Hipótesis Alternativa (H1)**

El embarazo en adolescentes incrementa el riesgo directamente proporcional de Complicaciones Obstétricas.

Una vez establecida la hipótesis nula y alternativa, y dado el número poblacional del estudio, se realizó la verificación de las mismas por medio del puntaje “z”, cuya fórmula es:

$$z = \frac{x - \bar{x}}{s}$$

Dónde:

z = Estimador estadístico

x = Puntaje crudo

$\bar{x}$  = Media aritmética de la muestra

s = Desviación estándar de la muestra

Se aplicó la fórmula mencionada a las hipótesis de nuestro estudio:

$$z = \frac{160 - 15,5}{1,45}$$

$$z = 99,6$$

Regla de decisión: Se acepta Ho si el valor de z es menor a 1,65 caso contrario se acepta la H1.

Dado que el valor z en nuestro estudio es de 99,6 se acepta la H1 y se rechaza la Ho, por ende se comprueba la hipótesis, que el embarazo en adolescentes incrementa el riesgo directamente proporcional de Complicaciones Obstétricas.

## **CAPÍTULO V**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **Conclusiones**

El embarazo en adolescentes continúa siendo un problema de salud pública con alta prevalencia en nuestro país; la falta de educación sexual adecuada, va de la mano con el alto índice de embarazos a edades tempranas, estimándose que la mayor parte de estos embarazos se concentra entre edades de 16 y 19 años, sin embargo adolescentes de apenas 12 años presentan embarazos actualmente en nuestro país.

De todas las adolescentes embarazadas el mayor porcentaje vive bajo el estado civil de unión libre, un menor porcentaje son madres solteras y muy pocas están casadas legalmente; el inicio de la vida sexual se concentra entre edades de 15 a 18 años, llegando incluso a presentar 3 parejas sexuales pese a la corta edad de esta población. En cuanto al número de embarazos la mayoría ha tenido una gestación, sin embargo, un porcentaje mínimo llega a presentar 3 gestas pese a su corta edad.

Dentro de las complicaciones del embarazo en este grupo poblacional, observamos que el 30% de todos estos embarazos terminan el mismo por medio de cesárea y el porcentaje restante por vía vaginal.

Del total de la población estudiada el 42,5% de las mismas presentó algún tipo de complicación durante su labor de parto, o que puso en riesgo la vida materno-fetal. Dentro de las principales complicaciones, un 65% presento desgarros perineales, principalmente grado I y II, las hemorragias correspondieron a un 10% y otras complicaciones que representaron el 25%.

Es de vital importancia implementar un programa de educación sexual dirigido a los adolescentes, para de esta manera reducir el índice de embarazos en este grupo poblacional y por ende evitar todas las complicaciones obstétricas que se pueden presentar en los mismos.

### **Recomendaciones**

Dado el alto índice de prevalencia de embarazos en adolescentes, es recomendable y necesario llevar a cabo programas encaminados a mejorar la educación sexual en este grupo poblacional, en pro, de disminuir la incidencia de embarazos adolescentes y sobre todo evitar las complicaciones obstétricas que ponen en riesgo la vida tanto materna como fetal. Todo esto encaminado a mejorar la calidad de vida de nuestros adolescentes, quienes serán el futuro de nuestra patria.

Es de vital importancia seguir fomentando en nuestro medio, investigaciones destinadas a mejorar el estilo de vida de nuestra población, especialmente de los adolescentes y principalmente aplicar métodos tanto de cribado, diagnósticos, terapéuticos o en general, relacionados con la realidad de nuestra sociedad y de esta manera impulsar el espíritu científico en nuestro país.

## CAPÍTULO VI

### 6. PROPUESTA

#### 6.1 DATOS INFORMATIVOS

**TEMA:** “Implementación de programas de educación sexual dirigido a adolescentes, como plan estratégico de Atención Primaria de Salud”.

**INSTITUCIÓN EJECUTORA:** Hospital Provincial General Latacunga

**BENEFICIARIOS:** Adolescentes en general

**AUTOR:** **MARCELO ROBAYO.**  
CI1803317740

**DIRECCIÓN** Gonzales Suarez y Abdón Calderón

**TELÉFONO** 0984598893

**EMAIL** sambitoclon@hotmail.com

**TUTOR** Dr. Carlos Marcelo Donoso Garcés

#### 6.2 ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA

La adolescencia debe ser entendida como una categoría social y culturalmente construida con la ideología del entorno, que explica y aborda un periodo del desarrollo humano caracterizado por procesos de cambios biológicos, psicosociales y sociales. Por falta de orientación en temas de sexualidad en la adolescencia se producen diversos problemas de salud vinculados a la actividad sexual precoz sin protección (embarazo precoz y complicaciones durante la misma gestación, infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA). Es de conocimiento general que por la idiosincrasia de nuestro pueblo, por aspectos

incluso culturales aún muchos hogares afrontan casos como el embarazo de una adolescente, adquisición de virus y enfermedades.

La adolescencia es un periodo de cambios físicos psicológicos, que van de la mano con cambios fisiológicos que permiten inclusive un embarazo desde los 10 años de edad, se describe el embarazo en la adolescencia como un problema de salud pública por los riesgos y complicaciones tanto para la madre como para el feto, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se estima que 16 millones de niñas de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años dan a luz cada año, y un 95% de esos nacimientos se producen en países en desarrollo.<sup>12</sup>

En el mundo se estima que existe más de un billón de adolescentes y la actividad sexual cada vez es más temprana, con lo que la incidencia de embarazos en mujeres menores de 20 años cada vez es mayor. La incidencia de embarazos adolescentes varía dependiendo de la región y del grado de desarrollo del país estudiado. Se estima que en los países en desarrollo aproximadamente el 20% a 60% de los embarazos son no deseados, y que los adolescentes generalmente tienen escasa información sobre el correcto uso de medidas anticonceptivas y sobre la fertilidad<sup>7</sup>.

En el Ecuador viven cerca de dos millones y medio de adolescentes entre 10 y 19 años. Los/as adolescentes representan el 20% de la población ecuatoriana. La tendencia de la fecundidad adolescente en el país en la última década a incrementado, siendo la más alta de las subregión andina y oscila alrededor de 100 nacimientos por cada mil mujeres. En Ecuador dos de cada tres adolescentes de 15-19 años sin educación son madres o están embarazadas por primera vez. Las proporciones de maternidad adolescente son hasta cuatro veces más altas entre las que no tienen educación (43%), comparadas con las de niveles educativos más altos (11% con secundaria completa).<sup>7</sup>

Las brechas por niveles de ingresos son también importantes. Por un lado, alrededor del 30% de las adolescentes del quintil inferior de ingresos son madres

en Ecuador, mientras poco más del 10% de las adolescentes de mayor nivel de ingresos son madres o se embarazan. Asimismo, al analizar las tasas de fecundidad por área, se observa que la fecundidad adolescente en áreas rurales son 30% más altas que en áreas urbanas.

En un estudio realizado en la ciudad de Cuenca se observó que la prevalencia de adolescentes atendidas por embarazo fue del 26.86%, la edad prevalente perteneció a la adolescencia tardía con 79.26, la mayoría procedente del sector rural y el resto del urbano con un 63,69 y 55.44 % respectivamente. La Unión Libre fue la predominante con 45.37. El nivel de instrucción que prevaleció fue la secundaria incompleta con 41.61. <sup>7</sup>

Al realizar el estudio sobre las complicaciones obstétricas durante el parto en adolescentes en el Hospital Provincial General de Latacunga, se observó que la mayor parte de las adolescentes embarazadas correspondía a edades de entre los 16 y 19 años de edad; sin embargo se registraron casos de embarazos desde los 12 años en adelante. Al referirse al estado civil de estas adolescentes el 49,4% de las mismas se mantenía en unión libre, un alto porcentaje 30,6% eran madres solteras y tan solo un 20% estaba legalmente casadas y mantenían un hogar aparentemente bien estructurado.

Al indagar sobre el inicio de la vida sexual activa, es decir el inicio de sus relaciones sexuales, se evidenció, la falta de educación sexual impartida a este grupo poblacional, ya que, la mayoría de las mismas inicio su vida sexual entre edades de 15 a 18 años; sin embargo, cabe recalcar que pese a porcentajes inferiores se evidencia el inicio aún más precoz de la actividad sexual, incluso en adolescentes de 12 años. De las mismas el 78,1% mantuvo una relación monogámica con una pareja sexual, el 18,1% tuvo 2 parejas, el 3,1% tres e incluso un 0,6% presento 4 parejas sexuales, pese a su corta edad. Al analizar la paridad de estas adolescentes, notamos que el 90% presentó una paridad, el 8,8% dos y un 1,3% tres, siendo las adolescentes tardías las que presentan el mayor índice de paridad, llegando a tener incluso 3 gestaciones.

Pese a la corta edad de concepción, se evidenció, que la mayoría del grupo poblacional, al momento de encontrarse en labor de parto, estaba cursando entre las 37 y 41 semanas de embarazo. Representando los partos pretérminos y embarazos postmaduros, porcentajes de presentación inferiores. De todos estos el 70% finalizó el embarazo por vía cefalo-vaginal y por varias causas el 30% en cesárea.

El embarazo en adolescentes lleva consigo un alto riesgo de presentar complicaciones durante el mismo, mismas que pueden poner en peligro tanto la vida fetal como de la madre, en el estudio realizado se evidencio que de todas las adolescentes embarazadas, el 42,5% de las mismas presentaron algún tipo de complicación, sea esta mínima o que puso en peligro la vida materno fetal; de estos resultados un 65% presento desgarros perineales, principalmente grado I y II, el 25% otras complicaciones como el expulsivo prolongado, hematomas y prolongaciones de las episiotomías y por último las hemorragias que correspondieron a un 10%.

### **6.3 JUSTIFICACIÓN**

La sexualidad y la reproducción están íntimamente ligadas a la calidad de vida, tanto en el ámbito de lo individual como de lo social. La salud sexual y reproductiva (SSR) se refiere a un estado general de bienestar físico, mental y social, y no a la mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción, y entraña la posibilidad de ejercer los derechos sexuales y reproductivos (DSR). Un buen estado de SSR implica la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, la posibilidad de ejercer el derecho a procrear o no, la libertad para decidir el número y espaciamiento de los hijos, el derecho a obtener información que posibilite la toma de decisiones libres e informadas y sin sufrir discriminación, coerción ni violencia, el acceso y la posibilidad de elección de métodos de regulación de la fecundidad seguros, eficaces, aceptables y asequibles.

La sexualidad es una dimensión fundamental del desarrollo humano, que comienza y termina con la vida. Está constituida por múltiples componentes: biológico, psicoafectivo, sociocultural, axiológico y ético. Influye en la formación y desarrollo de la personalidad y en las relaciones que se establecen entre los sujetos. Los caracteres sexuales primarios y secundarios en los seres humanos se definen genéticamente permitiendo la diferenciación sexual como hombres y mujeres; en base a estas características biológicas desde la primera infancia se van incorporando las formas de comportamiento cultural y socialmente atribuidas como propias del ser mujer o ser hombre. Así la sexualidad constituye un eje integrador de la personalidad, pues de la manera en que una persona se asuma como hombre o mujer establecerá los códigos de comunicación y los parámetros de relación con las demás personas.

La sexualidad es parte fundamental de la salud sexual y reproductiva e involucra sensaciones, emociones, sentimientos y el mundo subjetivo desde las cuales se toman decisiones y condicionan los comportamientos; es por ello que el desarrollo de capacidades en las personas para asumir su vida sexual y reproductiva de manera saludable y responsable es de suma relevancia para el desarrollo integral de los seres humanos, siendo preponderante en la niñez y adolescencia ya que son etapas de la vida en las cuales se interiorizan hábitos, valores, prácticas y se consolida la personalidad, por lo cual es importante el desarrollo y fortalecimiento de capacidades, habilidades y destrezas que conduzcan a las/los niña/os y adolescentes a estilos de vida saludables.

La salud de los adolescentes y jóvenes tiene gran importancia para todas las sociedades, pues ellos serán los líderes del futuro inmediato y del medio siglo siguiente, constituyéndose en elementos fundamentales para el impulso al progreso y al desarrollo. La salud y el bienestar de adolescentes y jóvenes, así como los programas y servicios que contribuyan a alcanzar un óptimo nivel de salud y bienestar deben concebirse, entonces, como una herramienta básica para el desarrollo de los países.

Las consecuencias de las gestaciones en la adolescencia son múltiples y sitúan a los adolescentes y sus hijos en condiciones vulnerables frente a la vida. Se observan implicaciones directas a la salud tanto para la madre adolescente como para sus hijos, implicaciones en el área educativa, económicas y laborales, implicancias de género e impacto en las familias de origen de las/los adolescentes.

El diseño de estrategias metodológicas en el área de educación sexual para la prevención de embarazos en adolescentes, será una herramienta útil y oportuna, ya que impartirá información de suma importancia sobre los riesgos de la actividad sexual precoz, el no uso de protección, el embarazo y la forma de prevenirlo. Hacer que los adolescentes desarrollen valores personales, como el respeto a su cuerpo, a la vida, a las personas que les rodean. El diseño de estas estrategias lograra mejorar la situación de este grupo de adolescentes que a falta de información toman decisiones aceleradas que interfieren en su desarrollo personal. Pues es una etapa de cambios que suceden con gran rapidez afectando la esfera social, cultural, psicológica, física y fisiológica

Por todo lo anteriormente expuesto, es de suma importancia implementar programas de educación sexual dirigida a los adolescentes desde la atención primaria de salud, con el fin de reducir el índice de embarazos en adolescentes y por ende evitar las complicaciones que el mismo puede conllevar en este grupo poblacional.

## **6.4 OBJETIVOS**

### **Objetivo general**

- Sugerir la implementación de programas de educación sexual dirigido a adolescentes, como plan estratégico de atención primaria de salud

### **Objetivos específicos**

- Implementar programas de educación sexual dirigido a adolescentes en la atención primaria de salud, con el fin de reducir los embarazos precoces y sus complicaciones

- Identificar las falencias de los programas de educación sexual actuales, y sugerir posibles soluciones
- Difundir programas de educación sexual para adolescentes a diferentes áreas del país, por medio de utilización de medios de comunicación.

## **6.5 ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD**

La propuesta es posible llevarse a cabo sin mayores dificultades, ya que se requiere la estructuración de un programa de educación sexual dirigido a los adolescentes; para lo mismo incluso podemos tomar como base programas ya existentes como por ejemplo el “Habla Serio, sexualidad sin misterios” del MSP, y tomar todos los aspectos positivos del mismo, mejorar los aspectos negativos e implementarlo como estrategia para disminuir los embarazos en adolescentes

Además con el avance de la tecnología y el libre acceso a medios de comunicación, redes sociales, etc. Podemos hacer uso de las mismas para difundir información sobre sexualidad, llegando de esta manera al mayor número de adolescentes, creando conocimiento y conciencia en los mismos, con el afán de cumplir los objetivos propuestos

## **6.6 FUNDAMENTACIÓN**

Tomando en cuenta la alta prevalencia de embarazos en adolescentes y las serias complicaciones que este puede acarrear tanto a la salud materna como fetal, se vio la necesidad de realizar un estudio con el fin de identificar las principales complicaciones durante el parto en adolescentes embarazadas, y sus factores asociados. Basado en el mismo se propone la implementación de estrategias de educación sexual en la atención primaria de salud, en pro de prevenir embarazos precoces y mejorar la calidad de vida de esta población. A continuación se expone brevemente las bases de la propuesta planteada

Con el objetivo de identificar las complicaciones obstétricas durante el parto en adolescentes, se diseñó un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo, de las adolescentes embarazadas que acudieron al Hospital Provincial General de Latacunga, tomando en cuenta los siguientes aspectos:

### **Población y muestra**

La población de la investigación abarcó todas las pacientes adolescentes embarazadas que se atendieron el parto en el HPGL, durante el periodo marzo – junio 2013

### **Criterios de inclusión**

Se incluyeron en el estudio, pacientes adolescentes embarazadas, con o sin asociación de complicaciones durante el parto.

### **Criterios de exclusión**

Se excluyeron del estudio pacientes que no tengan los datos completos en la historia clínica o no cumplan con los criterios de inclusión.

### **Resultados**

Al realizar el estudio se obtuvo una población total de 160 adolescentes embarazadas, distribuidas entre edades de 12 a 19 años, con una media de 17,5 y una desviación estándar de 1,45; los adolescentes en edad temprana (10 – 13 años) representaron el 1% de la población, los adolescentes en etapa media (14 – 16 años) representaron el 21%, y la mayor parte de la muestra poblacional con el 78% correspondió a adolescentes en etapa tardía.

La mayor parte de las adolescentes embarazadas correspondía a edades de entre los 16 y 19 años de edad; sin embargo se registraron casos de embarazos desde los 12 años en adelante. Al referirnos al estado civil de estas adolescentes el 49,4% de

las mismas se mantenía en unión libre, un alto porcentaje 30,6% eran madres solteras y tan solo un 20% estaba legalmente casadas y mantenían un hogar aparentemente bien estructurado.

Al indagar sobre el inicio de la vida sexual activa, es decir el inicio de sus relaciones sexuales, se evidenció, la falta de educación sexual impartida a este grupo poblacional, ya que, la mayoría de las mismas inicio su vida sexual entre edades de 15 a 18 años; sin embargo, cabe recalcar que pese a porcentajes inferiores se evidencia el inicio aún más precoz de la actividad sexual, incluso en adolescentes de 12 años. De las mismas el 78,1% mantuvo una relación monogámica con una pareja sexual, el 18,1% tuvo 2 parejas, el 3,1% tres e incluso un 0,6% presento 4 parejas sexuales, pese a su corta edad.

Al analizar la paridad de las adolescentes, se notó que el 90% presentó una paridad, el 8,8% dos y un 1,3% tres, siendo las adolescentes tardías las que presentan el mayor índice de paridad, llegando a tener incluso 3 gestaciones.

Pese a la corta edad de concepción, se evidenció, que la mayoría del grupo poblacional, al momento de encontrarse en labor de parto, estaba cursando entre las 37 y 41 semanas de embarazo. Representando los partos pretérminos y embarazos postmaduros, porcentajes de presentación inferiores. De todos estos el 70% finalizó el embarazo por vía cefalo-vaginal y por varias causas el 30% en cesárea.

El embarazo en adolescentes lleva consigo un alto riesgo de presentar complicaciones durante el mismo, mismas que pueden poner en peligro tanto la vida fetal como de la madre. Por lo que, al tabular los datos obtenidos, se evidenció que del total de adolescentes embarazadas, el 42,5% de las mismas presentaron algún tipo de complicación, sea esta mínima o que puso en peligro la vida materno fetal; un 65% presento desgarros perineales, principalmente grado I y II, otras complicaciones que representaron el 25%, las hemorragias correspondieron a un 10%

## **6.7 METODOLOGÍA – MODELO OPERATIVO**

Para implementar programas de educación sexual dirigido a adolescentes como estrategia de atención primaria de salud, se realizará lo siguiente:

- Se comunicará al director del HPGL, sobre los resultados del estudio y lo que se pretende lograr con la implementación de los programas de educación sexual a adolescentes, además se solicitará permiso para difundir los resultados de la investigación al personal de la casa de salud.
- Una vez realizado este procedimiento, se comunicará a las autoridades regionales, sobre los resultados del trabajo realizado, y la importancia de implementar programas de educación sexual dirigido a adolescentes en la atención primaria de salud.
- Se establecerá el contenido de los programas de educación sexual, y conjuntamente con la coordinación de las autoridades de salud provincial, se emprenderá la difusión y aplicación de las mismas, desde la atención primaria de salud, esperando su difusión a nivel general.
- También se difundirá los programas de educación sexual para adolescentes, por medio del uso de la web, publicando las mismas tanto en páginas relacionadas con la salud, así como, por medio de correos electrónicos, páginas sociales, blogs de salud, etc.
- Una vez difundida la información y aplicación de los programas diseñados, se espera una reducción de embarazos en adolescentes y por ende la prevención de posibles complicaciones que se asocian al mismo.

## **6.8 ADMINISTRACIÓN**

La implementación de programas de salud sexual dirigida a adolescentes como plan estratégico de atención primaria de salud, estará a cargo en un principio, por las autoridades encargadas de su implementación en los protocolos respectivos. Sin embargo se pretende conseguir que estos programas sean utilizados por los médicos y personal de salud, como un hábito normal en su consulta, comunidad, unidades educativas, etc. Para lo cual se espera lograr la difusión de los mismos por todos los medios disponibles, en pro de mejorar la calidad de vida de nuestros adolescentes.

## **6.9 PREVISIÓN DE LA EVALUACIÓN**

Para determinar si la aplicación de programas de educación sexual dirigidos a adolescentes, tuvo buenos resultados, en cuanto a la reducción de embarazos, y sus complicaciones, se pretende realizar evaluaciones anuales sobre la situación del embarazo en adolescentes, para de esta manera continuar con los programas o en su lugar realizar las correcciones respectivas, con el objetivo de cumplir los objetivos propuestos; además dado que la medicina está en constante evolución es de suma importancia, la revisión anual de los programas establecidos para implementar en los mismos nuevas estrategias que nos ayuden a llegar al fin propuesto.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### LINKOGRAFÍA

1. Álvarez, C. (2009) *.EL embarazo en la adolescencia*. Ministerio de Salud. Departamento Materno Infantil–UNFPA-. Recuperado de: <file:///C:/Users/Maria%20Freire/Downloads/libros-embarazo.pdf>
2. Club Planta. *Consecuencias de un embarazo en la adolescencia*. Recuperado de: [http://www.peques.com.mx/consecuencias\\_de\\_un\\_embarazo\\_en\\_la\\_adolescencia.htm](http://www.peques.com.mx/consecuencias_de_un_embarazo_en_la_adolescencia.htm)
3. Constitución Ecuador (2011), Political Datábase of Américas, Recuperado de: <http://pdba.georgetown.edu/Constitutions/Ecuador/ecuador08.html>
4. Federación Argentina De Medicina General (2012). *Uno de cada 30 embarazadas de alto riesgo tiene menos de 15 años*. Recuperado de: <http://www.fundacionesar.org/Embarazo-adolescente-en-America.html>
5. Guerrero, J (2012). *Riesgos durante el embarazo en adolescentes*. Revista PEMEX. Recuperado de: <http://www.serviciosmedicos.pemex.com/salud/adolescencia>
6. Jurado, A. (2007, 14 de enero) *Adolescentes del cantón Pedro Moncayo: estudio de las prácticas alrededor de la sexualidad y el embarazo precoz*: Revista Ecuatoriana de Obstetricia. Recuperado de:

<http://unfpa.org/webdav/site/lac/shared/DOCUMENTS/2011/Colombia%202011%20AECID/Embarazo%20Adolecente.pdf>

7. López, E (2010). *Complicaciones obstétricas en adolescentes atendidas en el servicio de obstetricia del hospital "homero castanier cresco en el periodo enero- diciembre 2008*. Tesis de grado facultad de Medicina. Universidad de Cuenca.
8. Loza, C (2010). *El embarazo en la adolescencia*. Monografias.com. Recuperado de: <http://www.monografias.com/trabajos55/embarazo-adolescente/embarazo-adolescente2.shtml>
9. Mayer, M; Barrías, A (2006, agosto). *Complicaciones perinatales y vía de parto en recién nacidos de madres adolescentes tempranas y tardías*. Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina. Recuperado de: [http://med.unne.edu.ar/revista/revista160/1\\_160.pdf](http://med.unne.edu.ar/revista/revista160/1_160.pdf)
10. Menéndez, G; Navas, Inocencia (2012). *El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente*. Revista de Obstetricia. Cuba. Recuperado de: [http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol38\\_3\\_12/gin06312.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol38_3_12/gin06312.htm)
11. Noguera, N; Alvarado, H. (2012). *Embarazo en adolescentes: una mirada desde el cuidado de enfermería*. Revista colombiana de enfermería. Volumen7. Recuperado de: [http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista\\_colombiana\\_enfermeria/volumen7/embarazo.pdf](http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_colombiana_enfermeria/volumen7/embarazo.pdf)
12. OMS, Boletín (2009). *Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo*.(publicación 87) Recuperado de: <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/index.html>
13. Secretaria De Salud (2002). *Prevención del embarazo no planeado en los adolescentes*. Revista salud. Recuperado de: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7201.pdf>
14. Granada M, (2010). Manual del Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Universitario Virgen de las Nieves.
15. Severino, E; Vargas, O (2006 Septiembre). *Frecuencia de complicaciones en adolescentes embarazadas cuyo parto fue asistido en la Maternidad Nuestra Señora de La Altagracia*. Médica Dominical. (67),p.3.

Recuperado de: <http://www.bvs.org.do/revistas/rmd/2006/67/03/RMD-2006-67-03-285-288.pdf>

16. León, P, Minassiann M, et al. (2008). *Embarazo adolescente*. Revista Pediatría Electrónica. Recuperado de: [http://www.revistapediatria.cl/vol5num1/pdf/5\\_EMBARAZO%20ADOLESCENTE.pdf](http://www.revistapediatria.cl/vol5num1/pdf/5_EMBARAZO%20ADOLESCENTE.pdf)
17. Zamora A, Panduro, G (2013, agosto, 01). *Embarazo en adolescentes y sus complicaciones maternas perinatales*. Revista Médica MD. (4). Recuperado de: [http://www.revistamedicamd.com/sites/default/files/revistas/art\\_originales/embarazo en adolescentes rev\\_med\\_md 44 1.pdf](http://www.revistamedicamd.com/sites/default/files/revistas/art_originales/embarazo en adolescentes rev_med_md 44 1.pdf)
18. Zamora, A; Rivas, R (2010, mayo, 1). *Hemorragia en Obstetricia*. Sociedad Mexicana de medicina transfusional. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/transfusional/mt-2010/mts101b.pdf>

#### **CITAS BIBLIOGRAFICAS\_ BASES DE DATOS UTA**

19. **EBRARY:** Perez, G, Nora, M. (2009, agosto). *Riesgos del embarazo en la adolescencia: análisis comparativo en dos áreas de salud atendida por el médico de familia*. Argentina. El Cid Editor. Recuperado de: <http://site.ebrary.com/lib/utasp/docDetail.action?docID=10327778&p00=complicaciones%20durante%20parto>
20. **EBRARY:** Diaz, H. (2009). *Perfil del embarazo prolongado en pacientes de un hospital general*. Perú. Revista Médica Herediana. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Recuperado de: <http://site.ebrary.com/lib/utasp/docDetail.action?docID=10466975&p00=complicaciones%20durante%20parto>
21. **EBRARY:** Nápoles, M, Danilo, R, León, E. (2008). *Nuevo protocolo diagnóstico y terapéutico en la distocia de fase latente del trabajo de parto en Cuba*. Cuba. Editorial Universitaria. Recuperado de: <http://site.ebrary.com/lib/utasp/docDetail.action?docID=10552505&p00=complicaciones%20durante%20parto>

22. **EBRARY:** Peláez, J. (2007). *Adolescente embarazada: características y riesgos*. Cuba. Revista Scielo. Recuperado de: <http://site.ebrary.com/lib/utasp/docDetail.action?docID=10174982&p00=complicaciones%20durante%20parto>
23. **EBRARY:** Sociedad Ginecológica del Uruguay (2008). *Archivos de Ginecología y Obstetricia*. Uruguay. D - Sociedad Ginecologica del Uruguay. Recuperado de: <http://site.ebrary.com/lib/utasp/search.action?p00=complicaciones+durante+el+parto&sortBy=score&sortOrder=desc&viewType=normal&page=4>

## ANEXOS

### Anexo 1

#### DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Fecha:..... HCL.....

#### Características sociales

Nombre.....

Edad.....

Estado civil.....

#### Características Gineco-Obstétricas

IVSA.....

PS.....

PARIDAD.....

FUM.....

EDAD GESTACIONAL.....

#### Complicaciones Obstétricas

Vía de terminación del embarazo.....

Sangrado en ml.....

Desgarro perineal.....  
Episiotomía.....  
Expulsivo prolongado.....  
Hematomas y dehiscencia de episiorrafia.....  
Otras.....

**Elaborado:** Marcelo Robayo

## Anexo 2

**Tabla 10.** Clasificación de los desgarros perineales

1º grado	Lesión de piel perineal		
2º grado	Lesión de músculos del periné sin afectar esfínter anal		
3º grado	Lesión del esfínter anal	3a	Lesión del esfínter externo <50%
		3b	Lesión del esfínter externo >50%
		3c	Lesión de esfínter externo e interno
4º grado	Lesión del esfínter anal y la mucosa rectal		

**Fuente:** *Protocolo de lesiones perineales de origen Obstétrico.*(2014) Servicio de Medicina Materno-fetal del Hospital Clínico de Barcelona – España, disponible en:

[http://www.medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/patologia\\_materna\\_obstetrica/lesiones%20perineales%20de%20origen%20obst%E9trico.pdf](http://www.medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/patologia_materna_obstetrica/lesiones%20perineales%20de%20origen%20obst%E9trico.pdf)

### Anexo 3

**Tabla 11.** Causas de Mortalidad Maternas en adolescentes

CAUSAS DE MUERTES MATERNAS	Consolidado de 4 países y 8 años 2000 a 2008(*)					
	Madres < de 15 años		Madres 15 a 19 años		Total madres <19 años	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Embarazo terminado en aborto (000-008)	29	16,02	247	9,49	276	9,91
Edema, proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo, el parto y el puerperio (010-016)	52	28,73	739	28,38	791	28,40
Otros trastornos relacionados principalmente con el embarazo (020-029)	7	3,87	92	3,53	99	3,55
Atención materna relacionada con el feto y la cavidad amniótica y con posibles problemas del parto (030-048)	4	2,21	32	1,23	36	1,29
Complicaciones del trabajo del parto y del parto (060-075)	22	12,15	337	12,93	359	12,89
Complicaciones principalmente relacionadas con el puerperio (085-092)	25	13,81	433	16,63	458	16,45
Otras afecciones obstétricas no clasificadas en otra parte (095-099)	36	19,89	604	23,20	640	22,98
Causas especificadas en otros capítulos	6	3,31	120	4,61	126	4,52
<b>Total</b>	<b>181</b>	<b>99,99</b>	<b>2.604</b>	<b>100,00</b>	<b>2.785</b>	<b>99,99</b>

**Fuente:** GOMEZ, Pio y colaboradores (2010). *Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años*. Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología. Lima – Perú, disponible en:

<http://www.slideshare.net/ilianaromero/factores-de-riesgo-para-embarazo-y-maternidad-adolescente>

#### Anexo 4

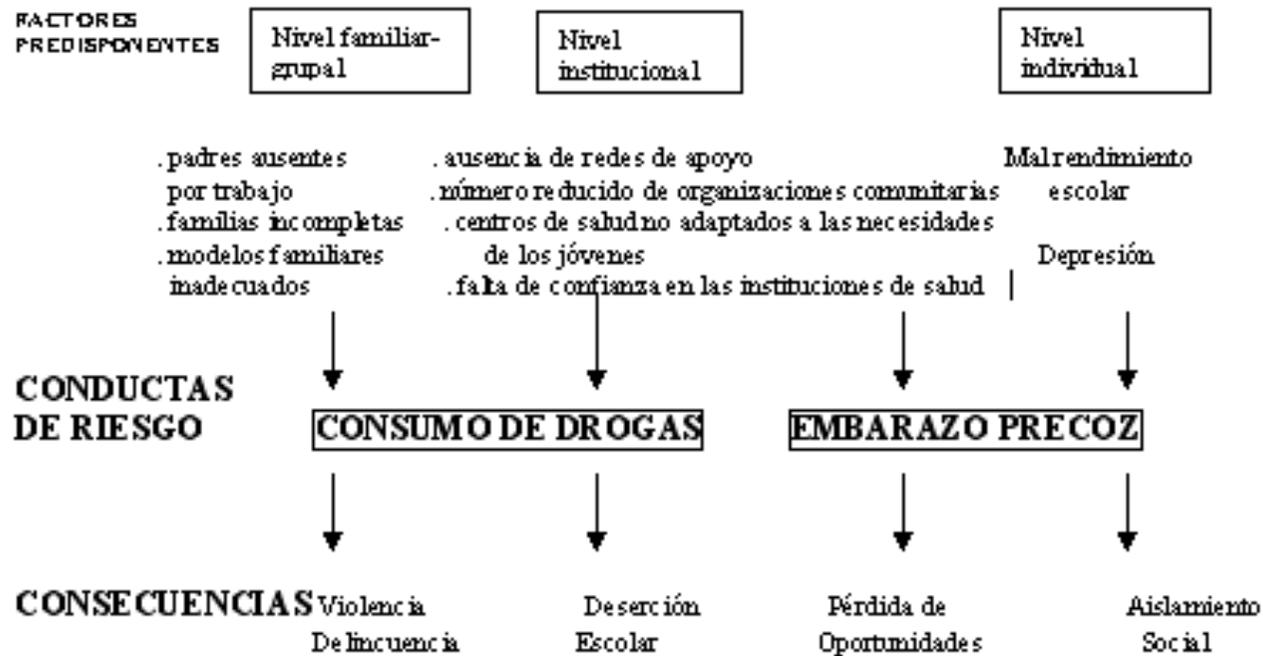
**Tabla 12.** Tasas de aborto en adolescentes y jóvenes según estudio en Santiago de Chile

Edad	Nº Embar.	Nº Abort	O R	95% IC	P	Tasax1000
15-16	16	2	1,52	0,33 - 7,15	0,59	125
17-18	81	5	1,0			82
19-20	182	16	1,07	0,41 - 2,81	0,88	88
21-22	311	35	1,42	0,5 - 4,32	0,48	112
23-24	551	76	1,79	0,66 - 5,26	0,22	137

**Fuente:** GOMEZ, Pio y colaboradores (2010). *Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años*. Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología. Lima – Perú, disponible en:  
<http://www.slideshare.net/ilianaromero/factores-de-riesgo-para-embarazo-y-maternidad-adolescente>

Anexo 5

Gráfico 13. Mapa mental en relación a los problemas de salud de los adolescentes y sus factores condicionantes.



Fuente: Problemas de salud de los jóvenes y sus determinantes, disponible en:

<http://escuela.med.puc.cl/paginas/OPS/Curso/Lecciones/Leccion16/M4L16Documento/Doc04.html>

## Anexo 6

**Tabla 13.** Estado civil de las adolescentes según grupos de edad

<b>Estado Civil</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>12 a 14 años</b>		
Casada	0	0%
Soltera	2	66,7%
Unión libre	1	33,3%
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>100,0%</b>

<b>Estado Civil</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>15 a 19 años</b>		
Casada	32	20,4%
Soltera	47	29,9%
Unión libre	78	49,7%
<b>Total</b>	<b>157</b>	<b>100,0%</b>

**Fuente:** HPGL

**Elaborado:** Marcelo Robayo

## Anexo 7

**Tabla 14.** Paridad de las adolescentes según grupos de edad

<b>PARIDAD</b>				
<b>Edad</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>%</b>
<b>12 - 14 años</b>	3	0	0	1,9%
<b>15 - 19 años</b>	141	14	2	98,1%
<b>TOTAL</b>	144	14	2	100%

**Fuente:** HPGL

**Elaborado:** Marcelo Robayo

## Anexo 8

**Tabla 15.** Fechas de última menstruación del grupo poblacional

<b>FUM</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
28-05-2012	1	0,8%
31-05-2012	2	1,6%
01-06-2012	10	7,9%
02-06-2012	1	0,8%
17-06-2012	1	0,8%
18-06-2012	1	0,8%
19-06-2012	2	1,6%
22-06-2012	11	8,7%
01-07-2012	11	8,7%
22-07-2012	6	4,7%
01-08-2012	4	3,1%
12-08-2012	1	0,8%
18-08-2012	5	3,9%
22-08-2012	5	3,9%
01-09-2012	9	7,1%
13-09-2012	1	0,8%
15-09-2012	4	3,1%
18-09-2012	1	0,8%
19-09-2012	1	0,8%
20-09-2012	1	0,8%
22-09-2012	32	25,2%
15-10-2012	5	3,9%
15-11-2012	2	1,6%
15-12-2012	9	7,1%
01-07-2012	1	0,8%
<b>Total</b>	<b>127</b>	<b>100,0%</b>

**Fuente:** HPGL

**Elaborado:** Marcelo Robayo

## Anexo 9

**Tabla 16.** Edad gestacional por semanas del grupo poblacional

<b>Edad Gestacional</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>32 semanas</b>	1	0,6%
<b>35 semanas</b>	2	1,3%
<b>36 semanas</b>	2	1,3%
<b>37 semanas</b>	10	6,3%
<b>38 semanas</b>	22	13,8%
<b>38,5 semanas</b>	1	0,6%
<b>39 semanas</b>	37	23,1%
<b>39,5 semanas</b>	1	0,6%
<b>40 semanas</b>	58	36,3%
<b>40,5 semanas</b>	9	5,6%
<b>41 semanas</b>	4	2,5%
<b>42 semanas</b>	13	8,1%
<b>total</b>	160	100,0%

**Fuente:** HPGL

**Elaborado:** Marcelo Robayo