

**UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA" DE ICA**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**"Daniel Alcides Carrión"**



**"PACIENTES ADOLESCENTES CON INDICACIÓN DE  
CESÁREA. HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO.  
ICA. PERIODO 2012"**

**TESIS**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE:**

**MEDICO CIRUJANO**

**PRESENTADO POR:**

**BACH. PARIONA GARAMENDE, LADY MELISSA**

**ICA - PERÚ**

**2014**

**“PACIENTES ADOLESCENTES CON INDICACIÓN DE  
CESÁREA. HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO. ICA  
.PERIODO 2012”**

**ASESOR:**

**DR. HUERTAS TALAVERA, ERIC ABELARDO.**

**MIEMBROS DEL JURADO:**

**PRESIDENTE: DR. FORTUNATO OSORIO VILCA**

**MIEMBRO: DRA. JESÚS MEZA LEÓN**

**MIEMBRO: DRA. HILDA GUERRERO ORTIZ**

**SUPLENTE: DRA. CARMEN QUIJANDRÍA TATAJE**

## **AGRADECIMIENTOS**

Gracias de forma muy especial a mi familia, particularmente a mis padres (Chelita y Pancho), mi hermana Karina y mi tía Irma; por su amor, comprensión, por su apoyo, por sus ánimos y dedicación constantes.

Por otra parte, a mi Asesor de tesis, Dr. Eric Huertas Talavera, por el tiempo, la paciencia, la sabiduría y la estimación que, en todo momento, me ha dedicado, mi admiración y respeto más profundos.

A mi casa de estudios, Facultad de Medicina Humana “Daniel Alcidés Carrión”, por haberme albergado durante mis años académicos, así mismo a mis maestros, por las enseñanzas que me brindaron.

A mi casa de internado médico, Hospital “Santa María del Socorro”- ICA, en especial al Servicio de Gineco- obstetricia, Centro quirúrgico y Oficina de Estadística.

## DEDICATORIA

En memoria de mi querido tío,  
Dr. Juan Garamendi Hernández.  
Ser extraordinario, inspirador y  
responsable de lo que ahora soy.

## ÍNDICE

PORTADA .....	
TÍTULO.....	ii
ASESOR Y MIEMBROS DEL JURADO.....	iii
AGRADECIMIENTOS.....	iv
DEDICATORIA.....	v
RESUMEN.....	viii-ix
ABSTRACT.....	x-xi
INTRODUCCIÓN.....	xii-xiii
<b>1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>1</b>
1.1. Definición del problema.....	1
1.2. Delimitación del problema.....	2
1.3. Formulación del problema.....	2
1.4. Justificación.....	2
1.5. Importancia.....	2-3
1.6. Objetivos de la investigación.....	3
1.6.1. Objetivo general.....	3
1.6.2. Objetivos específicos.....	3
<b>2.- MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>4-33</b>
2.1. Antecedentes del estudio.....	4-12
• Antecedentes Históricos.....	4
• Antecedentes Internacionales.....	4-9
• Antecedentes Nacionales.....	9-11
• Antecedentes Regionales.....	11-12
2.2 Marco conceptual.....	25- 45

3.-	<b>HIPÓTESIS Y VARIABLES.....</b>	<b>34</b>
3.1.	HIPÓTESIS.....	34
3.2.	VARIABLES.....	34
3.2.1.	Variables dependientes.....	34
3.2.2.	Variables independientes.....	34
3.2.3	Tabla de operacionalización de variables.....	35-36
4.-	<b>ESTRATEGIA METODOLÓGICA.....</b>	<b>37-38</b>
•	Tipo y nivel de investigación.....	37
•	Población y muestra.....	37
•	Criterios de inclusión y exclusión.....	38
•	Técnicas de recolección y procesamiento de datos.....	38
•	Instrumentos de recolección de datos.....	38
5.-	<b>RESULTADOS .....</b>	<b>39-56</b>
6.-	<b>DISCUSIÓN.....</b>	<b>57-60</b>
7.-	<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>61-62</b>
8.-	<b>RECOMENDACIONES.....</b>	<b>63</b>
9.-	<b>FUENTES DE INFORMACIÓN.....</b>	<b>64</b>

<b>ANEXOS.....</b>	
•	MATRIZ DE CONSISTENCIA.....
•	FICHA DE RECOLECCIÓN MEL.....
•	ESTADÍSTICOS.....

## RESUMEN

### **PACIENTES ADOLESCENTES CON INDICACIÓN DE CESÁREA. HOSPITAL “SANTA MARÍA DEL SOCORRO”. ICA. PERIODO 2012**

#### **PARIONA GARAMENDE, LADY MELISSA**

En la actualidad, La alta alza de cesáreas constituye un importante problema de salud pública. La cesárea consiste en la extracción por vía abdominal de un feto, vivo o muerto, con la placenta y sus membranas a través de una incisión hecha en abdomen y el útero. La organización mundial de la salud (OMS) estableció que la adolescencia está comprendida entre los 10 y 19 años, La adolescencia no es un factor indicativo para la cesárea. Toda paciente requiere una juiciosa y adecuada valoración obstétrica.

**OBJETIVOS:** Determinar los principales diagnósticos que justificaron la intervención de cesárea en las pacientes adolescentes del Hospital “SANTA MARÍA DEL SOCORRO” de ICA (HSMSI). Periodo 2012. Así mismo la tasa de cesáreas, las indicaciones maternas, fetales y placentarias u ovulares como las características socioculturales y obstétricas.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Es de tipo retrospectiva, descriptiva, longitudinal. Se estudiaron los casos de adolescentes a las que se les indicó cesárea segmentaria transversal (CST) atendidas e ingresadas en el HSMSI. Periodo 2012. El universo fueron todas las mujeres en edad fértil y la población estuvo conformado por 582 pacientes que terminaron en cesárea siendo 129 pacientes adolescentes. Se revisó el banco de datos del sistema informático perinatal (SIP) del Departamento de Gineco - Obstetricia comparándose con los registros de los libros de sala de partos y sala de operaciones confeccionando una plantilla de datos, revisando las historias clínicas manualmente en el archivo del Hospital, Llenándolas en la ficha de recolección confeccionada. Tabulando en el formato SPSS versión nueva. Criterios de inclusión: toda paciente comprendida entre 10 y 19 años con indicación de CST. Criterios de exclusión: todas las pacientes con indicación de cesárea menor de 10 años de edad y mayor de 19 años de edad. Así mismo toda historia clínica con datos incompletos de edad o causa de la cesárea (Excluyéndose 05 historias clínicas del total de la muestra).

**RESULTADOS:** Los principales diagnósticos justificados antes y después del acto quirúrgico fueron (70 casos) 56.5% y (54 casos) 43.5% no presentaron diagnósticos justificados para realizar una cesárea. La tasa de cesárea 22.2% respecto al total de gestantes que terminaron en cesárea. Las principales indicaciones de cesáreas por causa materna (34.7%): Hipertensión gestacional (7.3%), CST anterior + PIG corto (6.5%). Por causas fetales (66.9%): Sufrimiento fetal agudo (24.7%), descenso

detenido de la presentación (18,5%) y distocia de variedad de posición (DVP): Occipito persistente (13.6%). Por causas placentarias u ovulares (45.2%): distocia funicular (16.9%), Ruptura prematura de membranas (RPM) (26.8%) y Oligohidramnios (16.1%). Al analizar los grupos etáreos, el 96.0% las adolescentes tardías (15-19 años); el 4.0% a adolescentes tempranas (10-14 años); la edad promedio de las adolescentes 17.3 años y una desviación media de 1.4 años. La edad mínima encontrada, 13 años. Fueron amas de casa (54.8%), convivientes (64,5%), no terminaron la secundaria (40.3%) Y con secundaria concluida (37.9%); procedentes del cercado de Ica (32.3%), distritos aledaños como Parcona (24.2%) y Tinguíña (11.3%), paridad nulípara que representan el 87.15 %, antecedente de cesárea era su primera cesárea (91.1%), recibieron de 6 controles a más (53.2%), la edad gestacional (110 casos) 88.7% fue a término, edad gestacional promedio de 38.6 semanas y una desviación estándar de 3.2 semanas. el 79.8% fue por su fecha de última regla (FUR) y el 20,2% fue con ecografía.

**CONCLUSIONES:** La tasa de cesáreas en las adolescentes resultó 22.2% del total de gestantes que terminaron en cesárea, lo que implica un aumento desde el último estudio en el mismo Hospital y con respecto al ámbito nacional e internacional. Las principales cesáreas en adolescentes que fueron justificadas fueron 70 casos que representaron al 56.5%. De los diagnósticos injustificados 43.5% no presentaron diagnósticos justificados para realizar una cesárea, por lo que expusieron innecesariamente a un acto quirúrgico a las pacientes. Las indicaciones por causas maternas predominó uno de los trastornos hipertensivos frecuentes la Hipertensión gestacional, que sumado a los otros trastornos encontrados como la Preeclampsia y Eclampsia resulta un mayor porcentaje, seguidos de CST anterior + PIG corto, Condilomatosis genital. Las indicaciones por causas fetales predominaron el SFA, descenso detenido de la presentación y (DVP): Occipito persistente. Las indicaciones por causas placentarias u ovulares predominaron Distocia funicular, Ruptura prematura de membranas y Oligohidramnios. La etapa tardía predominó siendo la edad promedio 17.3, La edad mínima encontrada 13 años. Respecto a las características socioculturales la mayoría eran amas de casa, convivientes, no terminaron la secundaria y otras si contaban con secundaria completa, procedían de lugares cercanos al Hospital como Ica cercado, Parcona y Tinguíña. Respecto a las características obstétricas, la mayoría de ellas era su primer embarazo, la mitad de ellas tuvieron control prenatal adecuado (6 controles a más), llegando a terminar su embarazo con una edad gestacional a término guiadas por la fecha de última regla (FUR).

**PALABRAS CLAVES:** adolescentes, indicación de cesárea, Hospital Santa María del Socorro

## **ABSTRACT**

### **ADOLESCENT PATIENTS SHOWING CESAREAN. HOSPITAL "SANTA MARÍA DEL SOCORRO" ICA. PERIOD 2012**

**PARIONA GARAMENDE, LADY MELISSA**

Currently, High rise cesarean is a major public health problem. Cesarean section is the removal through the abdomen of a fetus, living or dead, with the placenta and membranes through an incision made in the abdomen and uterus. The World Health Organization (WHO) established that adolescence is between 10 and 19 years, Adolescence is not an indicative factor for caesarean section. Every patient requires a judicious and appropriate obstetric assessment.

**OBJECTIVES:** To determine the main diagnoses that justified the intervention by caesarean in adolescent patients Hospital "SANTA MARÍA DEL SOCORRO" ICA (HSMSI). Period 2012. Likewise, the rate of caesarean section, maternal, fetal and placental or ovarian and sociocultural characteristics and obstetric indications.

**MATERIAL AND METHODS:** Retrospective, descriptive, longitudinal type. Cases of adolescents who were said segmental transverse cesarean addressed and deposited in the HSMSI were studied. Period 2012. The universe was all women of childbearing age and the population consisted of 582 patients who completed at caesarean section being 129 adolescent patients. The perinatal database of the computer system ( SIP ) Department of Gynecology Revised - Obstetrics and compared with the records of the books delivery room and operating room compiling a data template , manually reviewing medical records on file with the Hospital , filling in the information tailored collection . Tabulated in SPSS format version. Inclusion criteria: all patients between 10 and 19 indicating transverse cesarean section. Exclusion criteria: all patients with indications for cesarean less than 10 years of age and over 19 years of age. Also throughout history old with incomplete data or cause of cesarean (Excluding 05 medical records of the total sample).

**RESULTS:** The main diagnoses justified before and after surgery were (70 cases) and 56.5% (54 cases) 43.5% had no diagnosis for cesarean justified. The caesarean section rate 22.2% of the total of pregnant ended in cesarean section. The main indications for cesarean by maternal cause (34.7%): Gestational Hypertension (7.3%), last CST + PIG short (6.5%). For fetal causes (66.9 %): acute (24.7 %), fetal distress, stopped declining presentation (18.5 %) and dystocia variety of position (DVP): Persistent occiput (13.6 %). For placental or ovarian causes (45.2 %) funicular (16.9 %) dystocia, premature rupture of membranes (PROM) (26.8 %) and oligohydramnios (16.1 %). When analyzing the age groups, 96.0 % of late adolescents (15-19 years), 4.0% to early adolescents (10-14 years), the average age

of 17.3 years and adolescents with an average deviation of 1.4 years. The minimum age found, 13 years. Were housewives (54.8%) , cohabiting (64.5%) did not complete high school (40.3 %) and with completed secondary education (37.9%) from Ica Croft (32.3 %), neighboring districts as Parcona (24.2%) and Tinguíña (11.3%) , nulliparous parity representing 87.15 % , previous cesarean section was their first cesarean section (91.1 % ) received more than 6 controls (53.2 % ) , gestational age (110 cases) was 88.7 % term , mean gestational age of 38.6 weeks and a standard deviation of 3.2 weeks . 79.8 % was your last menstrual period (LMP) and ultrasound was 20.2% .

**CONCLUSIONS:** Cesarean rate in adolescents was 22.2 % of all pregnant women that ended in cesarean, which implies an increase since the last study in the same hospital and with respect to national and international level. Major cesarean adolescents who were excused were 70 cases representing 56.5 % . 43.5 % of unjustified diagnoses diagnoses showed no justification for a cesarean, so unnecessarily exposed to a surgery to patients. Indications from maternal causes predominated a frequent hypertensive disorders Gestational hypertension , which together with other disorders found Preeclampsia and Eclampsia as is a higher percentage , followed by anterior CST + short PIG , genital condylomata . The indications for fetal causes predominated acute fetal distress, arrested descent of the presentation and (DVP) : Persistent occiput . The indications for placental or ovarian causes predominated funicular dystocia, premature rupture of membranes and oligohydramnios . The late stage dominated the average age being 17.3, found Minimum age 13 years. Regarding sociocultural characteristics most were housewives, partners , did not finish high and others if they had completed high school were from places like Hospital near Ica fencing, and Tinguíña Parcona. Concerning obstetric characteristics, most of which was her first pregnancy, half of them had adequate prenatal care (6 controls over) reaching to end her pregnancy with a gestational age at term guided by the last menstrual period (LMP).

**KEY WORDS:** Adolescents, indication for cesarean section, Hospital Santa María del Socorro.

## INTRODUCCIÓN

La cesárea consiste en una intervención quirúrgica donde se extrae al feto del útero por vía alta; a través de una incisión en la pared abdominal y otra en la pared uterina.

(1) Las indicaciones para realizar una cesárea son variadas, pueden ser: causas maternas, fetales, ovulares- placentarias. Así como también indicaciones absolutas, aquellas donde no existe otro recurso que practicar la cesárea así tenemos a la desproporción pélvica- fetal constatable incluso antes del trabajo de parto, Las situaciones y posiciones anómalas sin posibilidad de cambio, placenta previa central, marginal o parcial en función de la hemorragia, El sufrimiento fetal agudo, Enfermedad materna que contraindique el parto vaginal (infecciones por virus generales, VIH, O locales, Herpes genitales virus del HPV). Las indicaciones relativas, se indica este procedimiento porque ofrece mayores ventajas, aun en el caso es posible atender el parto por vía vaginal así tenemos la presentación fetal desfavorable cuyo paradigma es el parto de nalgas, Cesárea anterior, Fiebre intraparto, y otra serie de indicaciones discutibles o sociales (A pedido) como aquellas pacientes que no soportan el dolor, las que temen que el parto altere la anatomía de la vagina, las que por razones laborales, sociales o familiares, desean programar la fecha del parto.

Hoy en día existe gran controversia tanto por su incidencia como por sus indicaciones. En las últimas cuatro décadas, de ser una cirugía obstétrica de urgencia pasó a ser la segunda cirugía que se efectúa en frecuencia en la mayoría de las naciones. Según la OMS, ningún país del mundo debe tener una tasa de cesáreas mayor de 15% en relación con el total de nacimientos, independientemente de la característica institucional. (2) El Perú no está exento de este problema, con respecto a la tasa de cesáreas en adolescentes algunos estudios: 2006 URBINA C. Y PACHECO (17), 2005 CAM G. Y COL (18) y 2004 ABAD P. Y COL (19) reportan tasas de 17,9%, 29,8% y 41,5% respectivamente, el presente estudio el Hospital Santa María del Socorro de ICA, periodo 2012, Se obtuvo una tasa de 22.2%; todos éstos resultados como se aprecia exceden el valor límite sugerido por la OMS y constituirían un indicador de la atención obstétrica de mala calidad, porque no existe evidencia de que los indicadores de salud materna y perinatal mejoren a medida que incrementan las indicaciones de cesárea (2).

Por otro lado, las gestantes que optan elegir una cesárea, tienen la creencia equivocada que este procedimiento es una técnica más segura que el parto natural. La cesárea trae consigo mayores riesgos que la vía vaginal ya que pueden traer consigo mayor riesgo de infección y si lo hubiera más días de hospitalización incrementando el riesgo de infecciones intrahospitalarias. (2)

Así mismo BARRIGA <sup>(5)</sup> Y REJAS <sup>(23)</sup>; demuestran el uso de amplias indicaciones de cesáreas, las cuales no son justificadas ni confirmadas con el post- operatorio y muchas veces exponen a la madre y al neonato a mayores complicaciones. La presente investigación realizada en el HSMSI se realizó con la principal finalidad de determinar los principales diagnósticos que justificaron la cesárea en las adolescentes, Siendo el propósito, contribuir con información actualizada para la toma de decisiones pertinentes destinadas a mejorar la calidad de la atención Gineco-obstétrica.

Lo que se evidencia en el presente estudio encontrado cifras de diagnósticos justificados antes y después del acto quirúrgico (70 casos) 56.5% y (54 casos) 43.5% no presentaron diagnósticos justificados para realizar una cesárea lo que demuestra una tasa alta de cesáreas innecesarias.

Además, las cesáreas fueron más frecuente en la etapa tardía y que de las principales indicaciones de cesáreas en el HSMSI por causas maternas fue la hipertensión gestacional, de causas fetales el sufrimiento fetal agudo y descenso detenido de la presentación y de causas placentarias por distocia funicular.

Respecto a las características socioculturales la mayoría eran amas de casa, convivientes, no terminaron la secundaria y otras si contaban con secundaria completa, procedían de lugares cercanos al Hospital (cercado de Ica, Parcona y Tinguíña). Las características obstétricas, la gran parte de ellas era su primer embarazo por ende su primera cesárea, la mitad de ellas tuvieron control prenatal adecuado (6 controles a más), llegando a terminar su embarazo con una edad gestacional a término guiadas por la fecha de última regla (FUR).

## 1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

### 1.1. Definición del problema:

En los últimos 30 años se ha producido una tendencia mundial al aumento de la operación cesárea. Antes de 1960, la frecuencia de cesárea era inferior al 5%, en la actualidad, la frecuencia oscila entre 20 -25% en los servicios públicos de salud y más del 50% en el sistema privado (1).

La cesárea necesaria que se estima indispensable en 10 a 15% de los partos según la OMS, 2010 disminuye los riesgos de salud materna y neonatal, sin embargo, cuando se utiliza sin las indicaciones precisas los riesgos sobrepasan los beneficios, lo que genera diversas complicaciones para las mujeres sometidas a este procedimiento y costos adicionales para el sistema de salud (2).

En el ámbito mundial se efectúan aproximadamente 18.5 millones de cesáreas anuales, de las cuales la mitad son consideradas como innecesarias y ocasionan un costo excesivo de aproximadamente 5.4 veces más que lo esperado para la atención del nacimiento. En el comparativo mundial de práctica de cesáreas sin indicación médica (3).

Un embarazo en la adolescente es considerado un problema con profundas implicaciones psíquicas, sociales y médicas lo que es considerado como un embarazo de alto riesgo obstétrico por su edad, pero esto no implica que sea una indicación absoluta de cesárea.

### 1.2. Delimitación del problema:

En el Perú, La población de 15 a 29 años equivale a 4 064 777 de personas; la edad estimada al 30 de junio para el año 2012 muestra que el grupo con mayor peso relativo es el de 15 a 19 años de edad que corresponde a la población adolescente con 35,2% algo más de 1 427 005 millones de personas y en nuestra región de Ica 36 648 de adolescentes mujeres (4). Pese a representar una población significativa de nuestra población, la situación de la salud de este segmento no ha tenido atención apropiada y no ha sido suficientemente estudiada. Aun cuando representa un segmento vital para el futuro del país, además del incremento de la resolución del embarazo adolescente por vía

cesárea que la vía vaginal en los últimos años causando mayores costos para el sector salud y para los pacientes, mayores días de recuperación y riesgo de morbi- mortalidad materno- infantil.

### 1.3. Formulación del problema

Surgió la inquietud de conocer las implicancias de gestantes adolescentes que culminaron en cesárea en Hospital "SANTA MARÍA DEL SOCORRO" .ICA (HSMSI). Así mismo, conocer las principales indicaciones de esta operación; planteando la siguiente interrogante ¿Cuáles son los principales diagnósticos que justificaron la intervención de cesárea en las pacientes adolescentes en el HSMSI. Periodo 2012?

### 1.4. Justificación

Creo interesante un estudio orientado a la búsqueda de la investigación sobre un acto quirúrgico de la Gineco- Obstetricia, la cesárea; la cual en la actualidad aumenta en frecuencia y aún más con la población adolescente es considerado un problema de salud pública. La adolescencia no es un factor indicativo para cesárea. Las normas obstétricas y no la edad de la paciente, son los indicadores de la conducta que se debe seguir en la atención de parto .Esto exige un análisis de sus posibles causas en nuestra localidad a fin de establecer o modificar el aspecto conceptual, conductas y aspectos normativos de los protocolos orientados al manejo de este tipo de intervención quirúrgica, ya que a nivel local adolecemos de una información real, adecuada y fidedigna de la misma. Por lo que estoy convencida que este estudio contribuirá a conocer nuestra realidad.

### 1.5. Importancia.

La importancia de este trabajo se basa en que actualmente sería necesario entender las diferentes variables que se asocian a las indicaciones de cesárea en adolescentes, para conocer cuál es la situación actual comparada con otros estudios y de ésta manera poder proponer con mayor certeza planes que permitan a las instituciones responsables en salud prevenir y asumir esta problemática de manera efectiva. Desde el punto de vista de salud este trabajo de grado busca aportar un mayor conocimiento que verifique la situación de la cesárea en nuestras adolescentes, para así, tener una noción más cercana a la realidad de lo que significa el abordaje de las involucradas, de igual manera contribuir a realizar

un consenso estadístico en lo que se refiere a las indicaciones de cesárea de las adolescente. El estudio de las variables recopiladas conllevará a la formulación de proyectos y planes preventivos.

#### 1.6. Objetivos de la investigación:

##### Objetivo general:

Determinar los principales diagnósticos que justificaron la intervención de cesárea en las pacientes adolescentes del "HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO DE ICA" (HSMSI), periodo 2012.

##### Objetivos específicos:

- Determinar la tasa de pacientes adolescentes que terminaron en cesárea en el HSMSI. Periodo 2012.
- Determinar las principales indicaciones de cesáreas por causas maternas de las pacientes adolescentes.
- Determinar las principales indicaciones de cesáreas por causas fetales de las pacientes adolescentes.
- Determinar las principales indicaciones de cesáreas por causas ovulares-placentarias de las pacientes adolescentes.
- Señalar la procedencia, el estado civil, grado de instrucción, ocupación, la paridad, control prenatal, la edad gestacional de las pacientes adolescentes que terminaron en cesárea.

## 2. MARCO TEÓRICO:

- Antecedentes Históricos:

El primer caso de operación cesárea en mujer viva, aceptado históricamente sin objeción, ocurrió el 21 de abril de 1610, fue realizado en Alemania por los cirujanos Trautmann y Sesest, en la esposa de un tonelero, que al final de su embarazo fue gravemente herida por un arco que al saltar le alcanzó en el vientre, produciendo una ruptura del útero. El niño sólo logró sobrevivir, pero la madre falleció a los 25 días por sepsis. En 1793 se realizó la primera cesárea con éxito en Inglaterra y un año después en los Estados Unidos de América. En siglo XVIII, James Young Simpson (1811-1870) introdujo el uso del cloroformo en obstetricia. Ignaz Semmelweis (1818-1865) reconoce la causa de la fiebre puerperal; Louis Pasterur (1802-1895) probó la existencia de las bacterias y vislumbró su participación en las infecciones, cuestión que probará Robert Koch (1823-1910); y Joseph Lister (1827-1912) introdujo el tratamiento aséptico del campo operatorio. El siglo XIX en adelante comenzó a perfeccionarse la técnica quirúrgica (operación de Porro y de Sanger, incisiones de Levret, Lauvetjat y Kehrer). El advenimiento de la era listeriana, como también de los agentes anestésicos <sup>(5)</sup>.

Perú, El 31 de mayo de 1931 el Dr. Alberto Barton practicó una cesárea y obtuvo un recién nacido vivo aunque la madre murió 3 horas después, la primera cesárea segmentaria en el Perú fue practicada en la Maternidad de Lima por el Dr. Víctor Bazul Fonseca en 1937 y en 1939 se hizo la cesárea a la niña Lina Medina de 5 y medio años de edad en la Maternidad de Lima obteniéndose un recién nacido vivo de 2700gr <sup>(6)</sup>.

- Antecedentes del estudio:

### **Antecedentes Internacionales:**

**2012, BARRIGA. Y COL** <sup>(7)</sup> Revista de la Facultad de Medicina 2012 Vol. 60 No. 2 se publicó "Indicación de cesárea en el Instituto Materno Infantil (IMI) BOGOTÁ-COLOMBIA" cuyo objetivo fue describir los diagnósticos asociados a la cesárea en dicho Instituto, el estudio fue una serie de casos. Análisis estadístico descriptivo. Estudiaron a pacientes sometidas a cesárea durante los meses de enero a abril de 2011, pertenecientes al régimen subsidiado de atención en salud. Muestreo secuencial consecutivo del libro de registros de procedimientos quirúrgicos. Se tomaron como variables a medir los diagnósticos asociados a las cesáreas, no hubo criterios de exclusión resultando que el diagnóstico de cesárea anterior correspondió al 26,4% de las cesáreas realizadas en el IMI; siguieron en orden de

frecuencia: estado fetal insatisfactorio 15,5%, trastornos hipertensivos del embarazo 15,5%, detención secundaria de la dilatación y el descenso 5,5%, ruptura prematura de membranas 4,7%. Conclusión. La cesárea anterior constituyó la indicación de cesárea más frecuente. Los trastornos hipertensivos del embarazo y la ruptura prematura de membranas se encontraron dentro de los diagnósticos más frecuentes que llevaron a la cesárea en el IMI, diagnósticos que no se reportan en los registros internacionales.

**2012, BUSTAMANTE Y ZAPATA** <sup>(8)</sup> En su tesis de grado: Frecuencia e indicación cesárea en las adolescentes atendidas en el Hospital "Pablo Arturo Suárez" de la ciudad de Quito, de enero 2006 hasta diciembre 2011. El objetivo determinar en pacientes adolescentes embarazadas entre 13 y 19 años atendidas en el hospital, donde se evaluaron a 408 adolescentes entre 13 y 19 años de edad que terminaron su gestación por medio de cesárea. La recolección de datos se realizó con la revisión de historias clínicas registradas en el sistema informático perinatal. Los resultados, la principal indicación fue por desproporción cefalopélvica 21.8%, distocias de presentación 21.8%, distocias de presentación 9.1%, compromiso de bienestar fetal 8.5%, preeclampsia 4.7%, macrosomía fetal 3.9%, placenta previa 1.9%, malformaciones fetales 0.7%, 49.3% no tiene registro de indicación operatoria. Entre las características personales de las adolescentes el 51.8% tiene entre 17-19 años, el 69.7% son mestizas, instrucción secundaria 82.4%, residencia urbana 91.2%, nivel social medio 58.8%. de 535 adolescentes embarazadas, 408 terminaron su gestación por cesárea y 127 por parto normal, la principal indicación para la realización de la cirugía fue por desproporción cefalopélvica 21.8% y 49.3% no tiene registro de indicación operatoria.

**2011, ÁVILA Y VALLEJO** <sup>(9)</sup> en su tesis de grado: Causales de cesáreas en primigestas adolescentes atendidas en Hospital "Delfina Torres de Concha" de la ciudad de Esmeraldas, Ecuador. Estudio prospectivo, transversal. Haciendo revisión de las historias clínicas. Periodo de junio del 2010 a mayo del 2011, con pacientes primigestas adolescentes sometidas a cesárea, ingresadas en el área de Gineco – obstetricia del hospital. De 1003 pacientes adolescentes embarazadas, los partos por cesáreas se presetaron en 40%, siendo el 31% primigestas, y el 9% restante con antecedentes de cesáreas previas. Se presentaron mayor número de cesáreas en adolescentes primigestas de entre los 17 y 19 años con un resultado del 60%. La causa principal de cesárea en primigestas adolescentes resultó ser la desproporción cefalopélvica, con un resultado de 47% seguida por el sufrimiento fetal con 21% y preeclampsia / eclampsia con un 17%.

**2010, HUACHAMÍN** <sup>(10)</sup> En su tesis de grado: embarazo en la adolescencia y sus complicaciones clínico quirúrgicas Hospital Provincial General de Latacunga. Ecuador, de setiembre 2009 – marzo 2010. El objetivo determinar las complicaciones clínico quirúrgicas del embarazo en adolescentes atendidas en el hospital provincial general de Latacunga 2010. Estudio de tipo descriptivo, retrospectivo, de secuencia transversal, de 415 historias clínicas de recolección de datos se efectuó por medio de una ficha estructurada y su tabulación con el Programa Microsoft Excel 2007 y Epi info 2000. De 2400 eventos obstétricos atendidos, 415 embarazos adolescentes determinando 17,29%. Parto eutócico 83% y 17% cesáreas. Complicaciones obstétricas aborto incompleto 19% y desproporción cefalopélvica 19%, amenaza de parto prematuro 12%, infecciones urinarias 12% y presentación fetal distócica 12%, preeclampsia 8%, expulsivo prolongado 5 %, Hipertensión inducida por el embarazo 2%, eclampsia 1%, entre otros. Concluyen que los factores asociados a embarazo en adolescentes tienen una implicación socio – económica y cultural.

**2009, DUERTO Y NUÑEZ** <sup>(11)</sup> En su tesis de grado: Culminación de embarazos: cesárea vs. Parto en adolescentes, “Complejo Hospitalario Universitario Ruiz Paéz”, ciudad Bolívar, EDO de agosto a setiembre del 2009. Objetivo identificar la incidencia del tipo de parto en adolescentes. Estudio de campo, descriptivo, de corte transversal, la muestra estuvo representada por 242 pacientes embarazadas menores o iguales a 19 años de edad que fueron atendidas en el servicio de obstetricia, durante la culminación de su embarazo. Datos se recolectaron mediante la técnica de la entrevista. Resultados. Se atendieron 242 adolescentes embarazadas. El 94,21% (n=228) pertenecían al grupo etario de 15-19 años, el 5,79% (n=14) pertenecían al grupo de 10-14 años. La edad promedio fue 17 años. El 52,48% (n=127) terminaron su parto por vía de cesárea mientras que el 47,52% (n=115) fue por vía vaginal. La incidencia de Partos en adolescentes fue de 31,97%, La incidencia de Cesáreas entre adolescentes fue de 52,48%, Las tres principales indicaciones de cesáreas en orden decreciente fueron cesárea anterior, desproporción feto-pélvica y Oligohidramnios.

**2009, ABREO G. Y COL** <sup>(12)</sup> la Revista de Posgrado de la VI a Cátedra de Medicina. N°12- 191 se publica la investigación titulada “VÍAS DE TERMINACIÓN DE EMBARAZO ADOLESCENTE VERSUS EMBARAZO ADULTO” en el Hospital “DR. JOSÉ R. VIDAL”, División Maternidad, Obstetricia. Corrientes, Argentina 2008. El objetivo: Determinar la frecuencia de CA en embarazadas adolescente (EA) con respecto a embarazadas no adolescentes (ENA) y comparar frecuencia de CA y parto vaginal (PV) según periodo de la adolescencia. Estudio observacional descriptivo. Unidad de análisis: libro de partos, desde el 1° de abril al 1° de junio. El universo de estudio: Constituido por mujeres en trabajo de parto;

las cuales se dividieron EN y ENA (punto de cohorte 20 años). Se subdividieron en: adolescencia temprana (10-13 años), adolescencia media (14-16 años) y adolescencia tardía (17-20 años). Las variables analizadas fueron: edad materna, vías de terminación de parto. Resultados: n: 579 partos, 30,56% correspondieron a EA y 69,44% a ENA. Del total de EA, 134 (75,7%) culminaron por PV y 43 (24,3%) por CA. En ENA 284 (70,65%) terminaron por vía vaginal, y 118 (29,35%) por CA. Se constató en la adolescencia temprana 2 casos de CA; en la adolescencia media 39 partos, donde 23,07% fueron CA; y en adolescencia tardía, 136 partos, donde 23,52% correspondieron a CA. Conclusiones: La CA es más frecuente en mujeres adultas, mientras que en adolescentes aumenta conforme se acercan a los 20 años; a excepción de lo registrado en adolescencia temprana.

**2009, GONZALES G. Y GONZALES C.** <sup>(13)</sup> en su tesis: Indicaciones de cesárea segmentaria en adolescentes; Hospital universitario "Dr. LUIS RAZETTI", Barcelona. Estado Anzoátegui. Periodo 2007. España. El objetivo general fue Determinar las indicaciones de Cesáreas Segmentarias en adolescentes, Según Causas. Sala De Partos del Hospital Enero - Diciembre 2007. Estudio epidemiológico, retrospectivo, transversal, longitudinal y descriptivo, los datos fueron recolectados de las Historias Médicas de las pacientes adolescentes que acudieron a sala de partos del Hospital, la población estuvo constituida por 2354 pacientes con indicación de cesárea segmentaria, la muestra fue de 521 pacientes que cumplían con los criterios de inclusión. El grupo etario con mayor número de cesáreas fue el comprendido entre 18 y 19 años con %; la indicación de cesárea segmentaria más frecuente según su causa fue la desproporción feto pélvica con 32.43%, en cuanto a las complicaciones más frecuente asociada a la cesárea segmentaria fue anemia en sus diferentes estadios clínicos y se presentaron en el 43.18% de los casos estudiados, el 13.42% manifestó antecedente de cesárea.

**2008, SALAZAR D. Y VÉLEZ N.** <sup>(14)</sup> Incidencia y principales causas de cesárea en pacientes atendidas en la Maternidad "ENRIQUE C. SOTOMAYOR", periodo comprendido entre julio 2005 a septiembre 2005. Tipo de estudio: descriptivo y prospectivo. Tuvieron como objetivos: determinar la incidencia y las causas de las cesáreas realizadas en el Hospital Maternidad "Enrique C. Sotomayor", para comprobar si esta intervención quirúrgica está justificada. Promover alternativas para reducir el índice de cesáreas injustificadas. Resultados: El universo fue de 563 pacientes cesareadas. La principal causa de cesárea en pacientes sin antecedentes de cesárea fue la desproporción céfalo pélvica. En los pacientes con antecedentes de cesárea, la cicatriz uterina previa (CUP) fue la principal causa por la cual se realizó la siguiente cesárea. Conclusión: Las cesáreas realizadas en pacientes sin antecedentes de cesárea son justificadas. Las cesáreas realizadas en pacientes con antecedentes de cesárea no son justificadas en su totalidad.

Existen casos en este estudio de pacientes que pudieron ser sometidos a diferentes opciones de parto y no acudir a la cesárea.

**2007, MONTERROSA A. Y ARIAS M.** <sup>(15)</sup> En la revista colombiana de Obstetricia y Ginecología en el vol. 58 n° 2 PP: 108-115, Objetivo fue describir la frecuencia de parto en adolescentes en 13 años en el Hospital de maternidad "RAFAEL CALVO", en Cartagena (Colombia). Estudio de corte transversal por periodos anuales. Se incluyeron los registros de las mujeres que presentaron parto vaginal o parto por cesárea entre 1993 - 2005 y aquellos embarazos con edad gestacional mayor a 28 semanas a su terminación. Se evaluaron la edad y la vía del parto. Resultados: Se incrementó la maternidad en adolescentes desde el 22,7% en el año 1993 hasta el 29,8% en el año 2005. La incidencia de maternidad en adolescentes menores de 15 años se ha duplicado, pasando del 0,5% en 1993 hasta el 1,3% en el año 2005. La incidencia de cesárea se ha incrementado tanto en adultas como en adolescentes, pero la magnitud de incremento ha sido significativamente mayor en menores de 20 años de edad, al pasar del 11,5% en 1993 al 57,9% en el año 2005. Conclusión: Existe un aumento en la frecuencia del embarazo y maternidad en las adolescentes, especialmente en las edades inferiores a los 15 años.

**2006, SAUCEDO M.** <sup>(16)</sup> En su tesis de grado: ¿La adolescencia es un factor de riesgo para cesárea? Objetivo determinar si la adolescencia es un factor riesgo para cesárea. Estudio transversal, analítico, se incluyeron, al Hospital General de Manzanillo, periodo de marzo a noviembre del 2003 a recibir atención de parto, con embarazos mayores de 28 semanas de gestación, adolescente y no adolescente. Del total de la muestra, 266 fueron pacientes adolescentes, 178 de ellas tuvieron resolución del embarazo por vía vaginal (66.92%), mientras que en 88 pacientes adolescentes (20.6%) y 338 fueron en no adolescentes, (79.15%). De los partos por vía vaginal el 25.11% fueron adolescentes vs. 74.8% en no adolescentes. No se encontró diferencia significativa entre la vía de la resolución del embarazo y la edad de la paciente (adolescente vs. No adolescente), así como tampoco se encontró asociación con el nivel socioeconómico y estado civil. Conclusiones: El ser adolescente no fue un factor de riesgo para resolución del embarazo vía abdominal. El parámetro adolescencia no se debe considerar como elemento único para decidir una cesárea, sino las demás indicaciones y factores de riesgo de manera individual para cada paciente sean adolescente o no.

**2005, PARDO P. Y COL** <sup>(17)</sup> en la revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina - N°150 se publica la investigación en Hospital Materno "JULIO C. PARRANDO" en Argentina, acerca de la "INCIDENCIA Y PRINCIPALES INDICACIONES DE CESÁREA". Estudio descriptivo y retrospectivo consultando

los libros de registros de Partos, desde 01/04/04 al 31/03/05. Objetivos: Determinar la incidencia de cesáreas anual, sus indicaciones, patologías maternas asociadas, resultados perinatales obtenidos y compararla con años anteriores. De un total de 5633 nacimientos, se registraron 803 cesáreas, con una incidencia del 14%. Las indicaciones fueron: Sufrimiento Fetal Agudo 29%, Presentación podálica 24%, cesárea iterativa 23%, falta de progresión 8%, desproporción fetopélvica 4%, Desprendimiento Prematuro de Placenta Normoinsera 4%, situación transversa 3%, eclampsia 1%, otras 4%. Se hallaron patologías maternas asociadas en el 19 % de las pacientes, fueron: Hipertensión arterial 62%, Rotura Prematura de Membranas 22%, Diabetes 6%, corioamnionitis 5%, Virus Herpes Simple 3%, Carcinoma cervical 1%, cardiopatía 1%, Lúes 1%. Según el grupo etáreo, la incidencia fue: menores de 20 años el 25%; 21 a 34 años 69% y mayores de 35 años 17 %. El número de gestas: hasta dos 52%; y tres o más 48%. El peso promedio de los RN fue de 3095 gramos y el Apgar de 7 al minuto. Concluyendo que la incidencia ha disminuido un 2% comparado con años anteriores gracias a mayor precisión en las indicaciones, con igual resultado perinatal.

**2004, AVANZA MJ. Y COL** <sup>(18)</sup> "FRECUENCIA E INDICACIONES DE CESÁREA EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE UN CENTRO HOSPITALARIO" Servicio de Toco ginecología del Hospital Llano. Corrientes. Argentina. Objetivo: Análisis de la frecuencia de cesáreas en las adolescentes, indicación de la misma y momento relacionado al parto antes o durante el mismo. Análisis retrospectivo de 9479 pacientes (p) admitidas a la Maternidad, entre Octubre de 1998 y septiembre de 2003. Se identificaron 1655 madres menores de 20 años en las cuales se realizaron 199 cesáreas. Resultados: La prevalencia de cesáreas en adolescentes fue 12.02%, comparada con 21.2% en mujeres a 20 años ( $p < 0.0001$ ). La edad media de las embarazadas que fueron a cesárea fue similar al resto:  $17.6 \pm 1.5$  vs.  $17.5 \pm 1.4$  años. La cesárea programada (antes del parto) se realizó en 87 p (56%). Conclusiones: La proporción de madres adolescentes que finalizaron su parto por vía abdominal fue adecuada. Este porcentaje fue la mitad del uso de cesáreas en mujeres de mayor edad. En la mayoría de los casos los procedimientos fueron programados, y la cesárea previa fue la indicación más habitual.

#### **Antecedentes Nacionales:**

**2006, URBINA C. Y PACHECO J.** <sup>(19)</sup> En la Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia muestra un estudio retrospectivo, descriptivo en el Hospital Nacional "REBAGLIATI MARTINS", ESSALUD analizaron todos los partos en adolescentes atendidos durante el período enero 2000 a diciembre 2004. Los resultados un total

de 443 partos en adolescentes, con edad promedio de 18,3 años, 16,3% de ellas (72) con 17 años o menos y 83,7% (371) entre 18 y 19 años. Para 81,3%, era su primer embarazo; el parto pretérmino ocurrió en 17,1%; la tasa de cesárea fue 41,5%. Conclusión: Hubo más partos pretérmino y mortalidad perinatal en las adolescentes que en la gestante en general, principalmente en las adolescentes de 17 años o menos, convirtiéndose en el grupo de mayor riesgo.

**2005, CAM G. Y COL** <sup>(20)</sup> En la Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia en un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal de las cesáreas en el Hospital Materno- Infantil "CANTO GRANDE" analizaron 429 gestantes, obteniendo como resultados que en el año 2003 hubo 4072 partos, 429 fueron por cesárea, dando una tasa de 10.5%. En el grupo etario de 20 a 35 años se practicó 60 % del total y en adolescentes menores de 20 años el 29.8%. De estado civil conviviente fue el 82.5% y sólo 6.7% era casada. Las principales indicaciones de la cesárea fueron: Cesareada anterior 15.4%, presentación podálica 13.5%, estrechez pélvica 12.6%, macrosomía fetal 11.9%, y sufrimiento fetal agudo 10,5%. Conclusión: La tasa de cesárea fue de 10.5% que corresponde a un hospital de primer nivel, donde no se practica cirugía obstétrica en gestantes de riesgo alto, las cuales son derivados a hospitales de mayor nivel. En cuanto a las indicaciones, difieren muy poco a la de otros hospitales.

**2004, ABAD P. Y COL** <sup>(21)</sup> en la Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia muestra un estudio retrospectivo de caso y controles de cesáreas en adolescentes en el Hospital Nacional "HIPÓLITO UNÁNUE", Lima, Perú del año 1999, Objetivo: determinar la frecuencia de cesáreas en gestantes adolescentes y la morbilidad materna y perinatal relacionada. Estudiaron 212 adolescentes sometidas a operación cesárea comparadas con 966 gestantes no adolescentes. La información la obtuvieron del sistema informático perinatal (SIP), los resultados fueron correspondieron a las adolescentes 19.6% de las gestaciones y 13.3% de los abortos; 21.4% de los partos fueron vaginales y 17.9% (212) cesáreas; 91.2% no tenía unión estable, 74,1% primigestas, 15.7% sin control prenatal; 57,3% inició el trabajo de parto en forma espontánea, 87.7% fue Cesareada por primera vez y 85.3% ingresó a sala de operaciones como emergencia. Las indicaciones principales de cesárea fueron la desproporción céfalopélvica (16.5%), y la distocia de presentación (14.6%), la complicación postoperatoria más frecuente fue la fiebre (11.8%). No hubo mortalidad materna o perinatal. Conclusión: Casi el 20% de las gestaciones fue de adolescentes y de ellas 17.9% terminó su gestación por cesárea, siendo causas principales de cesárea la desproporción céfalo pélvica y la distocia de presentación.

**2003, BRUNNER Y HUASASQUICHE** <sup>(21)</sup> En su tesis de grado: Operación cesárea en el Hospital "SAN JOSÉ" MINSA, Callao entre marzo- agosto 2002. Tipo prospectivo clínico – estadístico. Objetivo: Determinar la incidencia de la operación cesárea con relación del total de partos del periodo en estudio, así como la relación entre cesárea primaria e iterativa. Metodología: se obtuvo información de las historias clínicas perinatales, el registro de Gineco – obstetricia, reportes operatorios y entrevista personal a la paciente. Se empleó el Software Estadístico SPSS v. 11.0. Resultados: tasa de cesárea es del 17%, el grupo etáreo hasta los 19 años 11.8%. Las indicaciones de cesárea principales sufrimiento fetal agudo 25.25%, la cesárea anterior 17,82%, la desproporción feto pélvica 13,86% y la presentación podálica 6.44%. Conclusión: la incidencia de cesárea fue 17%, las indicaciones de cesárea en orden de frecuencia son: el sufrimiento fetal agudo, la Cesareada anterior, la desproporción feto pélvica y la presentación podálica. La tasa de morbilidad puerperal 6.43%.

**2001, AVILÉS Y FALCONÍ** <sup>(22)</sup> En su tesis de grado: Cesárea, incidencia, indicación y morbimortalidad materna en el Hospital "Arzobispo Loayza", Lima. De enero a diciembre 2000. Tipo descriptivo, retrospectivo. El objetivo: Determinar la incidencia, indicaciones de la misma. El universo de estudio lo constituyeron todas las gestantes atendidas por cesárea en el periodo de tiempo especificado. Resultados: el 31.97% terminaron en cesáreas, siendo el 11.5% a las adolescentes tardías (16-19 años) y el 87.71% a las gestantes adultas y el 0.69% a los adolescentes tempranas. De las indicaciones de cesárea la principal en adolescente tempranas, fue DCP mal actitud de presentación en 33.3% seguida insuficiencia útero placentaria, podálica, Cesareada anterior más pelvis estrecha con 11.1% para cada caso. Adolescentes tardías fue podálico 17.4%, DCP mala actitud de presentación en 16.1%, DCP mala actitud de presentación en 16.1%, DCP pelvis estrecha en 13.4% entre otras.

#### Antecedentes Regionales:

**2004, REJAS M. Y COL** <sup>(23)</sup> para obtener la especialidad de Gineco- Obstetricia realizó su tesis: Indicaciones de cesáreas en el Hospital de Apoyo Departamental de Salud de Ica (HADSI) julio – diciembre 2002. Objetivo: Determinar si las cesáreas fueron correctamente indicadas. El estudio descriptivo longitudinal, retrospectivo. Concluyeron el hospital de apoyo departamental de salud de Ica tiene una incidencia de cesárea del 24.784%, el estado civil que predominó fue el de conviviente, las edades promedio más frecuente fueron entre 18 a 35 años. Las indicaciones de cesáreas por causa materna más frecuentes fueron cesareada anterior, de las causas fetales la más frecuente fue sufrimiento fetal, la de causas placentarias y ovulares se obtuvo RPM, placenta previa.

**2002, GUILLEN F. Y COL** <sup>(24)</sup> en su tesis grado: Prevalencia de cesáreas en adolescentes en el Hospital "Santa María del Socorro". ICA. Periodo enero 1999 a diciembre 2001".Objetivo: Conocer la prevalencia de cesáreas en adolescentes, las principales indicaciones para dicho procedimiento, y determinar las principales complicaciones derivadas de la operación. Estudio descriptivo, retrospectivo y de corte transversal, La prevalencia de cesáreas en adolescentes fue el 15,25%, en relación a la etapa de la adolescencia se determinó que el 33,34% correspondió a la adolescencia temprana y el 13,56% a la adolescencia tardía; el estado civil de las gestantes adolescentes cesareada que predominó fue convivientes o estables con 58,48%, solteras con 32,16%, el número de controles prenatales fue adecuado en el 56,14% no recibieron ningún control 1,75%. La indicación fue en primer lugar el sufrimiento fetal agudo en 28,65%, desproporción céfalo pélvico 19,80%, distocia de presentación 18,13% y Cesareada anterior 8,19%; la intervención fue electiva en el 51,46% y de emergencia en 48,54%, siendo segmentaria en el 99,42%; se presentó endometritis en el 2,34%, infección de herida operatoria en 0,59%, no se reportó mortalidad materna como consecuencia del procedimiento quirúrgico.

- Marco conceptual:

## **ADOLESCENCIA**

La palabra adolescente proviene del latín "adolescere" que significa crecer o madurar. La adolescencia es una etapa breve del ser humano, proceso de desarrollo dinámico que comienza en la niñez y termina en la edad adulta. Comprende una serie de cambios de orden biológico; psicológico y económico de duración variable. Esta etapa prepara al individuo por procesos internos de adecuación de conducta y esforzados mecanismos homeostáticos biopsicosociales, hasta alcanzar los atributos del adulto. <sup>(25)</sup>

OMS 2012, estableció que la adolescencia transcurre entre los 10-19 años, 11 meses y 29 días de edad y que se caracteriza por la paulatina madurez de los caracteres sexuales secundarios, el desarrollo de una identidad adulta y por último, por la progresiva independencia socioeconómica de los padres. , subdividida en temprana 10-14 años y tardía 15- 19 años. <sup>(25)</sup>

INEI 2012, La población mundial de adolescentes ha ascendido a más de 1000 millones y en los países en desarrollo una de cada cuatro personas está en la adolescencia, a diferencia de una de cada siete en países desarrollados. El 19.3% de la población total son adolescentes, 5'817,644. La mayor proporción de población adolescente vive en zona Urbana 65 % y el 35% en zona Rural. <sup>(25)</sup>

En el último siglo, la menarquia se está presentando a más temprana edad y ésta tendencia parece ser mundial. Así mismo las relaciones sexuales se están presentando en edades más tempranas. (25)

Perú, INEI – ENDES 2011, indica 50 de cada 100 mujeres tuvo su primera relación sexual antes de los 19 años. Correspondiendo antes de los 15 años 8.1%, antes de los 18 años 40,6%, antes de los 20 años 63,0%. Además del acceso a métodos anticonceptivos, que no los usan 87.2%, modernos 9.1%, tradicionales 3.6%. Esto se debe al hecho que el matrimonio se ha desplazado en muchos países a edad más tardía, está dando como resultado que la actividad sexual antes del matrimonio está en ascenso. (27)

Según la INEI – ENDES 2011, Adolescentes que están embarazadas correspondieron a un 2.6%, las cuales su nivel de educación que alcanzaron fue la primaria 4.2%, seguido las que no recibieron educación 4.6%, secundaria 2.3% y por último las que cursaron superior 3.3%. La área de residencia predomina la rural 4.1% en un que la urbana 2.1%. La región natural predomina la selva 4.6% seguido de la sierra 2.8%, costa 4.1%. (27)

(INEI-Censo-2007): La quinta parte del total de población adolescente a nivel nacional, no acude a ninguna institución educativa. (26)

Las cifras de embarazos en la adolescencia no son exactas, ya que se establecen principalmente de los registros de hospitales y centros de salud que excluyen a quienes no solicitan sus servicios; sin embargo se han realizado aproximaciones. Las cifras a nivel MINSA registra un promedio de 573 mil gestantes atendidas por año, siendo el 22% adolescentes, también en los años 2005 – 2008 más del 8% de gestantes adolescentes han llegado a su sexto control. (28)

El control prenatal, se puede vigilar la evolución del embarazo y preparar a la madre para el parto y la crianza de su hijo. De esa forma, se podrá controlar el momento de mayor morbi-mortalidad en la vida del ser humano, como es el período perinatal y la principal causa de muerte de la mujer joven como es la mortalidad materna. Según Norma Técnica de la ESNSSR, para considerar una gestante “controlada” tendrá que tener seis o más controles. En los años 2005 al 2008, la estrategia ha controlado a más de la mitad de gestantes estimadas teniendo una de las coberturas más altas el año 2008 (64%). (28)

En embarazos normales la frecuencia del control prenatal es: 1 vez por mes hasta el sexto mes, 1 vez cada 15 días en el séptimo y octavo mes 1 vez por semana hasta el nacimiento. Lo mínimo son 5 controles prenatales; según normas del Ministerio de Salud (MINSA). (28)

## COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS:

En general, casi todos los autores coinciden en que el bajo peso para la edad gestacional (BPEG) es consecuencia muy frecuente en el producto de gestaciones en adolescentes y con mayor riesgo en la medida que la madre es más joven. (31)

La incidencia de parto pretérmino guarda una correlación inversa con la edad de la madre (en particular en los grupos de 13 a 15 años) y el nacimiento pretérmino es la mayor causa de morbimortalidad neonatal y postneonatal. La edad materna sería el mayor determinante de ese riesgo, el que se incrementa a medida que la edad disminuye. Por otro lado, aquellas mujeres que tienen un parto pretérmino siendo adolescentes, duplican el riesgo (en relación a mujeres mayores de 20 años en la misma condición) de volver a tener un nuevo parto pretérmino si se vuelven a embarazar siendo aún adolescentes. (29)

## PARTO ADOLESCENTE

Los partos en adolescentes representan el 16% de más de cuatrocientos mil partos atendidos por los establecimientos del Ministerio de salud, manteniéndose entre los años 2005 -2008. (28)

El 13% de las mujeres entre 15- 19 años es madre y 2% está gestando por primera vez, estimándose que anualmente se producen 75,000 nacimientos en menores de 20 años de edad. Una de cada cinco madres adolescentes ha tenido de 2 a 4 embarazos antes de cumplir los 20 años de edad. (28)

La vida sexual en los jóvenes empieza cada vez más temprano como resultado de la liberación sexual advertida en muchos países del mundo, pero también es debido a violaciones que se registran últimamente. Uno de los efectos de esta precocidad en la vida sexual es el embarazo en la adolescencia. Son numerosos los estudios que refieren que el embarazo en la adolescencia conduce a una serie de problemas, tanto para la madre como para el producto. Se observa una mayor incidencia de parto pretérmino recién nacidos de bajo peso, depresión respiratoria y complicaciones perinatales (29)

Según la INEI – ENDES 2011, Adolescentes que ya son madres o están embarazadas correspondieron a un 12.5%, las cuales su nivel de educación que alcanzaron fue la primaria 29.7% a las que ya son madres, seguido las que no recibieron educación 14.4%, secundaria 8.3% y por último las que cursaron superior 5.3%. La área de residencia de las ya madres predomina la rural 15.6 % que la urbana 2.1%. La región natural, selva predominó 20.7% seguido de la sierra 10.0%, costa 14.7%. (10)

## **CESÁREA** (27,28, 29,30)

Es el nacimiento de un feto vivo o muerto por medio de una incisión en la pared abdominal (laparotomía) y la pared uterina (histerotomía). Se realiza en casos en los que sea imposible hacerlo por vía vaginal porque implica algún peligro para la madre o para el feto.

### **FRECUENCIA DE LAS CESÁREAS:**

La OMS en su documento redactado en 1985 “Recomendaciones para la apropiada tecnología del nacimiento – Declaración de Fortaleza”, subraya que “No existe justificación para una tasa de cesárea superior a un 10-15%” y que “se debe favorecer el parto vaginal en pacientes con antecedentes de cesárea anterior.”, el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) 15,5 %. No obstante, en los últimos 30 años la tasa de cesáreas ha tenido un aumento progresivo a nivel mundial. <sup>(5)</sup>

A comienzos de la década de los noventa las tasas elevadas de cesáreas eran un fenómeno propio de los países latinoamericano en los países estudiados, las tasas de cesáreas fluctuaban entre un 16,8% y 40%. Las mejores condiciones socioeconómicas se asociaron a un más alto número de cesáreas y se estimó que en estos países cerca de 850.000 cesáreas por año eran evitables <sup>(26)</sup>. Hoy en día, esta epidemia parece haberse extendido al mundo entero.

### **CESÁREA EN EL PERÚ**

En los años 2005 al 2008 las cesáreas representan más del 87% de los partos distócicos, siendo estos partos distócicos entre 15% y 18% aproximadamente de los partos institucionales. En el plano regional la concentración de las cesáreas aglomera un 80% en regiones muy diversas en su aspecto geográfico como son en la costa: Lima, La Libertad, Piura, Lambayeque, Ica, Callao; los de la sierra: Arequipa, Ancash y Junín. <sup>(19,21)</sup>

### **INDICACIONES DE CESÁREA:** <sup>(28)</sup>

La operación cesárea está indicada ya sea cuando un parto vaginal no es posible o cuando la ocurrencia del parto vaginal implica grave daño a la salud de la madre o el feto.

**Las indicaciones absolutas**, son aquellas donde no existe otro recurso que practicar la cesárea.

Son:

- 1.- La desproporción pélvica- fetal constatable incluso antes del trabajo de parto.
- 2.- Las situaciones y posiciones anómalas sin posibilidad de cambio.
- 3.- La placenta previa central, marginal o parcial, en función de la hemorragia.
- 4.- El sufrimiento fetal agudo.
- 5.- Enfermedad materna que contraindique el parto vaginal como: infecciones por virus generales, VIH, O locales, Herpes genitales virus del HPV.
- 6.- tumores previos

**Las indicaciones relativas:** Se indica este procedimiento porque ofrece mayores ventajas, aun en el caso es posible atender el parto por vía vaginal. Pueden ordenarse según el grado con que pueden evitarse, que está constituido por las siguientes indicaciones:

- 1.- Desproporción pélvico- fetal relativa, o presentación fetal desfavorable, cuyo paradigma es el parto de nalgas.
- 2.-Cesárea anterior.
- 3.-Fiebre intraparto.
- 4.- Gestaciones con esterilidad previa o conseguida mediante técnicas de reproducción asistida.

Y otra serie de indicaciones más fácilmente evitables, cuya motivación tiende a ser profiláctica o preventiva. La mayoría es consecuencia de la propia tecnología y de diversas actitudes sociales. Entre ellas se encuentran: Riesgo fetal aumentado (prematuridad de menos de 34 semanas, crecimiento intrauterino retardado, sufrimiento fetal según los indicadores de la monitorización electrónica- falsos positivos), Distocia no comprobada o iatrógena (inducciones, anestesia epidural), Factores adversos interdependientes: estatura baja, macrosomía fetal, parto lento o prolongado.

**Indicaciones discutibles:** Hoy cada día es más común la gestante a término que acude tras años de esterilidad o sometida a técnicas costosísimas de reproducción asistida. Son los llamados fetos valiosos. Aunque todas ellas tienen las mismas posibilidades de parto vaginal que mujeres no tratadas, son situaciones límite de exigencia de los futuros padres o de prevención del tocólogo ante cualquier complicación. Más del 50% finalizarán en cesárea y en algunos centros el 100%.

**Indicaciones sociales (A pedido):** Algo inaudito hace pocos años. Son las pacientes que no soportan el dolor, las que temen que el parto altere la anatomía de la vagina, las que por razones laborales, sociales o familiares, desean programar la fecha del parto, las que acuden a hospitales aleccionadas por otros colegas, de posibles riesgos inexistentes (la famosa frase “ esto acabará en cesárea” y que duda cabe el injustificado y absurdo incremento de demandas de responsabilidades civiles y criminales ( la llamada obstetricia defensiva) que hace que el obstetra opte por esta vía ante la más mínima eventualidad.

- Según su causa pueden ser: Maternas, fetales y placentarias u ovulares (30)

#### A. CAUSAS MATERNAS:

Distocias de partes óseas (desproporción céfalo pélvica), estrechez pélvica, pelvis asimétrica o deformada, tumores óseos de la pelvis, distocia de partes blandas, malformaciones congénitas. Tumores del cuerpo o segmento uterino, cérvix, vagina y vulva que obstruyen el conducto del parto. Cirugía previa del segmento y/o cuerpo uterino, incluyendo operaciones cesáreas previas. Cirugía previa del cérvix, vagina y vulva que interfiere con el progreso adecuado del trabajo de parto. Distocia de la contracción.

Enfermedad hipertensiva del embarazo (eclampsia, pre eclampsia) y complicaciones médicas asociadas como herpes genital reciente o activo, diabetes mellitus complicada, cardiopatía severa, lupus eritematoso sistémico activo, madre con sensibilización Rh entre otras.

#### B. CAUSAS FETALES:

Macrosomía fetal que condiciona desproporción céfalo pélvica. Alteraciones de la situación, presentación o actitud fetal. Sufrimiento fetal. Malformaciones fetales incompatibles con el parto. Embarazo prolongado con contra indicación para parto vaginal.

#### C. CAUSAS PLACENTARIAS U OVULARES:

Hemorragia de la segunda mitad del embarazo (placenta previa o desprendimiento prematuro de la placenta normo inserta). Ruptura prematura del embarazo, prolapso de cordón umbilical, entre otros.

- Según quien sea el supuesto beneficiario de la intervención: Electivas o de recursos emergentes, urgentes o programables; absolutas o relativas, Etc.

(27,28,29)

## **INDICACIONES MATERNAS:**

### **PACIENTES CON DOS O MÁS CESÁREAS PREVIAS**

Una cesárea por sí sola no constituye motivo para una nueva operación a menos que la causa de la primera cesárea se repita en el embarazo subsecuente o exista otra indicación para efectuarla. En este caso se realizará la intervención al iniciarse el trabajo de parto. Si el motivo de la primera cesárea no es recurrente se permitirá la prueba de trabajo de parto siempre y cuando que reúna algunas condiciones como: no debe haber otra indicación adicional de cesárea, debe tratarse de un feto único, en presentación cefálica no reflexionada. Periodo intergenésico mayor de dos años, no debe haber antecedentes de puerperio febril, mala consolidación de la herida o infección post cesárea previa éste antecedente constituye por sí solo indicación para una nueva cesárea. La operación deberá efectuarse en forma programada después de la semana 38 y de preferencia, con la evaluación de la madurez fetal, antes de la iniciación del trabajo de parto.

### **ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO:**

- **PREECLAMPSIA:**

En casos de Preeclampsia leve con embarazo a término se plantea la indicación de cesárea cuando no existe respuesta a la inducción del parto y / o signos de deterioro materno o fetal. En la Preeclampsia severa, es necesario terminar la gestación por riesgo materno y fetal; si no hay condiciones para parto vaginal, se optará por la vía abdominal, en especial si hay signos inminentes de eclampsia o de desarrollo del síndrome de HELLP o si se trata de restricción de crecimiento fetal o de bebés de peso muy bajo.

- **ECLAMPSIA:**

Crisis de convulsiones generalizadas, que puede sobrevenir bruscamente en la enfermedad hipertensiva del embarazo y que se correlacionan bien con el grado de hipertensión. Cuando la crisis convulsiva cede fácilmente y las cifras tensionales se normalizan aceptablemente: inducir al parto, el cual debe ser estrictamente monitorizado. Cuando la crisis convulsiva es difícil de dominar o las cifras tensionales difíciles de estabilizar, lo más adecuado es realizar de entrada la operación cesárea con anestesia general, sin esperar estabilizar el proceso.

- **SÍNDROME HELLP:**

Es un grupo de síntomas que se presentan en las mujeres embarazadas que padecen:

- (H de "hemolysis" en inglés): hemólisis (la descomposición de glóbulos rojos).
- (EL de "elevated liver enzymes" en inglés): enzimas hepáticas elevadas.
- (LP de "low platelet count" en inglés): conteo de plaquetas bajo.

Este síndrome se presenta en aproximadamente 1 a 2 de cada 1,000 embarazos y en el 10-20% de las mujeres embarazadas con Preeclampsia o Eclampsia grave. Casi siempre, el síndrome se presenta antes de que el embarazo esté cerca de las 37 semanas. Algunas veces, se manifiesta en la semana posterior al nacimiento del bebé. Muchas mujeres presentan presión arterial alta y se les diagnostica Preeclampsia antes de que presenten el síndrome HELLP. Sin embargo, en algunos casos, los síntomas de HELLP son la primera advertencia de Preeclampsia.

### **COMPLICACIONES MÉDICAS ASOCIADAS:**

En la mayoría de las enfermedades asociadas a la gestación, se elige la vía del parto de acuerdo a la complicación obstétrica en algunos casos, como en el herpes genital reciente o activo y en el sida la intervención es mandatorio y en otros como la Diabetes Mellitus complicada, Cardiopatía severa, cuadro de Lupus eritematoso sistémico activo, madre con sensibilización Rh, entre otras la indicación de cesárea se hace en forma más laxa, luego de un a prueba monitorizada de trabajo de parto.

- **CONDILOMATOSIS GENITAL**<sub>( 28)</sub>

Los condilomas acuminados o verrugas genitales son lesiones benignas producidas por el virus de papiloma humano [HPV], siendo los genotipos 6 y 11 responsables de más del 90% de los casos. Los HPVs oncogénicos de alto riesgo como los tipos 16 y 18 generalmente ocasionan lesiones subclínicas y se asocian con neoplasia intraepitelial (IN) y cáncer anogenital. Las verrugas genitales aparecen en zonas traumatizadas durante el contacto sexual, como lesiones únicas o múltiples, con un diámetro que varía de 1 a 10 mm. Pueden distribuirse en forma aislada o agruparse en placas. Las localizaciones, pueden manifestarse en los genitales externos (vulva, perineo y piel perianal), cérvix, vagina, uretra, ano.

## **INDICACIONES FETALES: (32, 33, 34,35)**

- **SUFRIMIENTO FETAL INTRAPARTO O RIESGO DE PÉRDIDA DEL BIENESTAR FETAL**

Es un estado crítico debido a una alteración en el intercambio anabólico y catabólico entre la madre y el feto, que produce modificaciones bioquímicas, hemodinámicas, manifestadas por: hipoxia, hipercapnia, desequilibrio ácido base, alteraciones de la frecuencia cardíaca y en ocasiones por presencia de meconio en líquido amniótico.

Es una de las indicaciones clínicas de cesárea más difícil de evaluar, ya que tanto la auscultación de la frecuencia cardíaca fetal como la obtención de la misma mediante registro cardiotocográfico, son procedimientos muy subjetivos para establecer si el feto corre o no un riesgo real; son métodos que identifican riesgo, pero no diagnostican una situación de sufrimiento.

- **SUFRIMIENTO FETAL AGUDO**

Se generalmente se establece durante el trabajo de parto puede presentarse en una gran variedad de circunstancias relacionadas con problemas o accidentes propios del trabajo de parto anormal, en un feto previamente normal; o bien un feto con sufrimiento fetal crónico, que hace un episodio agudo, durante un trabajo de parto no necesariamente anormal. Las manifestaciones clínicas más precoces son los cambios en el latido cardíaco fetal, la presencia de abundante meconio en el líquido amniótico excepto en las presentaciones pélvicas es otro signo de sufrimiento fetal pero, no puede estar presente aun cuando el feto este sufriendo en forma importante.

- **SUFRIMIENTO FETAL CRÓNICO**

Es el resultado de alteraciones prolongadas de la fisiología placentaria, susceptible de encontrarse en una diversidad de cuadros patológicos maternos, fetales o placentarios (por su frecuencia se pueden citar los estados hipertensivos, Isoinmunización materno fetal, diabetes, embarazo prolongado, etc. Las manifestaciones clínicas son muy variadas; son poco significativas cuando se presentan aisladamente y están representadas por las modificaciones de la frecuencia y ritmo del latido cardíaco fetal, disminución de la frecuencia y/o intensidad de los movimientos fetales; discrepancia entre el crecimiento fetal y la edad cronológica; alteraciones en la cantidad de líquido amniótico; presencia de meconio, etc. El diagnóstico debe establecerse en la forma más precisa posible, para poder hacer valoraciones en cuanto al riesgo que corre un determinado feto dentro del útero, tomando en cuenta la causa del sufrimiento, la edad gestacional,

el funcionamiento feto placentario, etc. La adecuada evaluación de los parámetros clínicos y de laboratorio permitirá establecer el momento oportuno y el método de interrupción del embarazo. Antes de decidir la operación cesárea se debe tener en cuenta que muchos fetos en sufrimiento fetal pueden responder favorablemente a la administración de tratamientos como oxígeno, cambios de posición materna, corrección de hipo o hipertensión materna, interrupción de oxitocina, empleo temporal de úteros inhibidores, evitando de esas maneras cesáreas innecesarias.

### **DISTOCIA:**

Constituye la indicación más frecuente de cesárea primaria. Dentro del concepto distocia, literalmente trabajo de parto difícil. Se incluyen desproporción pélvico-fetal, de cualquier naturaleza, bien sea de partes blandas (distocia de dilatación o descenso), de las contracciones uterinas no regulables (incoordinaciones, etc.), parto estacionado e inducción fallida, de partos óseas congénitas (cifoscoliosis, anomalías pélvicas) o adquiridas (fracturas, etc.) o del feto (infecciones, tumores y malformaciones compatibles con la vida y que deben ser intervenidos de inmediato posparto, etc.) Igualmente las distocias por tumores previos (tumores delante de la presentación) tanto uterinos (miomas) como extrauterinos (quiste ováricos, angiomas, tumores vesicales, rectales, etc.) Distocias fetales son ocasionadas por alteraciones en la situación, presentación, posición y actitud fetales; macrosomía fetal total o parcial (Hidrocefalia, Mielomeningoceles, Higromas, Tumores abdominales) o número de fetos (Embarazo múltiple, siameses).

- **DESproporción FETO- PÉLVICA:**

Es la falta de armonía entre la pelvis materna y el feto, lo que impide el nacimiento por vía vaginal; el problema puede residir en la pelvis materna, en el feto o en ambos y no necesariamente porque los dos factores son anormales sino porque no exista una proporción adecuada entre ellas.

La pelvis materna puede presentar problema cuando existe estrechez o deformidad. La disminución ostensible de los diámetros puede ser lo mismo a nivel del estrecho superior que del medio o del inferior; sin embargo, una pelvis con diámetros reducidos no necesariamente creará problema de desproporción si el feto es pequeño y al contrario, una pelvis de forma y dimensiones normales pueden causar distocia si el feto es muy grande. Los problemas fetales más frecuentes son las macrosomías y las anomalías congénitas entre las cuales destaca la hidrocefalia.

El alargamiento del primer periodo del trabajo de parto lleva el riesgo de distocias de contracción, anillo patológico de retracción y posible ruptura uterina. Para el feto el riesgo es la hipoxia consecutiva a la Polisistolía. El alargamiento del segundo periodo de trabajo de parto con moldeamiento cefálico con traumatismo craneoencefálico y repercusiones inmediatas, mediatas y tardías. La plena identificación de desproporción feto pélvica debe ser resuelta mediante operación cesárea.

La estrechez pélvica por sí solo no es motivo de cesárea, se requiere que el volumen fetal sea incompatible con el canal óseo igual forma, la macrosomía por sí sola, no es indicación de operación cesárea, es necesario que el volumen fetal sea incompatible con las dimensiones pélvicas presentes.

En casos de dudas de desproporción y en presentación de vértice debe realizarse prueba de trabajo de parto. Decidida la operación cesárea y no habiendo contraindicación materna o fetal se deberá de practicar de preferencia al inicio de trabajo de parto. Debe preferirse la técnica Kerr. En los casos de macrosomía fetal o en cabezas muy descendidas con gran moldeamiento puede indicarse la de tipo Beck o la segmento corporal, si se prevee que existe la posibilidad de que se prolonguen los ángulos de la incisión al extraer el feto.

- **MACROSOMÍA FETAL**

Se considera que alrededor del 5% de los recién nacidos pesan más de 4.000 gramos y un 0,05% más de 4.500 gramos, y se denominan macrosómicos. El feto macrosómico, por su mayor volumen, puede causar distocia del estrecho superior al no permitir el descenso y el encajamiento, o en el estrecho inferior, dando origen a la distocia de hombros.

Clínicamente se encuentra crecimiento uterino por encima de los parámetros normales y debe sospecharse en casos de Diabetes Mellitus u Obesidad materna o antecedente de fetos macrosómicos; en lo posible, se debe confirmar por ecografía cuando el diámetro toracoabdominal es 1,5 cm mayor que el diámetro biparietal o cuando la circunferencia del tórax está 1,6 cm o más por encima de la circunferencia cefálica.

Al iniciarse el trabajo de parto no se presenta el descenso de la presentación, la cabeza se encuentra por encima del borde superior del pubis y puede desplazarse con facilidad. De prolongarse el trabajo de parto se puede llegar a la inercia uterina, distensión del segmento, laceraciones cervicales o vaginales, ruptura uterina e hipoxia o muerte fetal. El tratamiento, en el caso de comprobarse la desproporción fetopélvica por macrosomía, es la operación cesárea.

## **PRESENTACIONES ANORMALES:**

Se incluyen solamente las anomalías de presentación, de posición o de actitud, ya que de otro de origen fetal como la macrosomía o hidrocefalia se describen en la desproporción fetopélvica. Se analiza la situación oblicua, transversal; de posición, occipitoposteriores y transversas persistentes; de actitud, presentaciones de cara y de frente.

- Situación de oblicua: es fácil de diagnosticar por palpación abdominal corroborando los datos por exploración vaginal, en estos casos es importante descartar desproporción feto pélvico, tumoración previa, anomalía uterina congénita o adquirida por tumoraciones, inserción baja de placenta y brevedad real o adquirida de cordón.  
En la mayoría de las ocasiones y con trabajo de parto avanzando se corrige espontáneamente la longitudinal ya sea cefálica o pélvica. Si esto no ocurre o hay signos de sufrimiento fetal debe efectuarse operación cesárea.
- Situación transversa: Ocurre una situación transversa cuando el eje longitudinal del feto es perpendicular al eje longitudinal de la madre. Ocurre en 1 de cada 300 partos, y como causas se invocan: prematuridad, multiparidad, tumores uterinos, úteros con alteraciones anatómicas, inserción baja de placenta y fetos con malformaciones o tumores.

El diagnóstico se hace por palpación abdominal con las maniobras de Leopold y el tacto vaginal, siendo fácil la confirmación por ecografía obstétrica, que además aporta otros datos sobre el feto y la placenta. Hecho el diagnóstico y si la paciente se encuentra en trabajo de parto, practicar operación cesárea, debe preferirse incisión longitudinal segmento corporal. Se considera una distocia absoluta ante la imposibilidad del parto normal aun con fetos pequeños y es necesario practicar operación cesárea siempre. La situación transversa con dorso superior y ruptura de membranas debe considerarse una urgencia ante la posibilidad del prolapso del cordón al iniciarse la dilatación del cuello.

- Occipito posteriores y transversas persistentes: Generalmente en el mecanismo de parto de estas variedades de posición el descenso es más lento por encontrarse la presentación ligeramente deflexionada y presentar una circunferencia mayor. El periodo expulsivo se prolonga y la rotación interna requiere un esfuerzo mayor por parte del útero y de la prensa abdominal, por lo tanto es frecuente no contar con estos dos elementos en forma satisfactoria, lo que hace persistente estas presentaciones sin relación con la morfología pélvica que puede contribuir a que se presente este tipo de distocia.

Para determinar persistentes a esta variedad de posición se requiere que haya transcurrido el tiempo aceptado como máximo para un periodo expulsivo con buena contractibilidad (60 min), siempre y cuando no se presenten, antes de este tiempo, signos de sufrimiento fetal; la terminación del parto debe efectuarse conforme a la altura de la presentación.

- Presentación de cara: al ser secundaria a la extensión de la cabeza inicialmente en presentación de vértice, la mentoderecha posterior es la más frecuente siguiéndole la mentoizquierda anterior donde el parto puede ser vaginal, si el progreso es normal.
  - Mento – anteriores: en general se resuelven espontáneamente sin mayor problema en pacientes multíparas, con pelvis muy amplias y si se atienden con los procedimientos habituales de otras presentaciones normales, en otros casos es prudente indicar una operación cesárea.
  - Mento – posteriores: en general es incompatible con la vía vaginal; sin embargo, en casos muy seleccionados puede permitirse el parto.

Los signos clínicos que deben hacer sospechar el diagnóstico de la presentación de cara son: que la fontanela posterior no pueda identificarse y en cambio sí se identifica la fontanela anterior o una de las órbitas, la base de la nariz o el mentón. Se asocian con desproporción cefalopélvica, prematuridad y ruptura prematura de las membranas circulares del cordón y anomalías fetales. Cursa con progresión anormal del trabajo de parto por falta de encajamiento, excepto en fetos muy pequeños. En algunos casos (de bregma y frente) durante el trabajo de parto el feto puede flexionar la cabeza, convirtiéndose en un vértice. El tratamiento es terminar el parto mediante operación cesárea.

- Presentación de frente: en la exploración vaginal no siempre es fácil la identificación de punto toconómico, debido a que éstas presentaciones generalmente se encuentran libres. Es una presentación intermedia y puede evolucionar hacia una de cara o flexionarse hacia una de vértice, en caso de persistir esta actitud deberá realizarse operación cesárea.
- Presentación de pelvis: En estos casos el feto presenta el polo pélvico en vez del polo cefálico para el mecanismo del parto. Se asocia con prematuridad, malformaciones fetales, miomatosis uterina y placenta previa. El diagnóstico se hace mediante la palpación abdominal al identificar el polo cefálico localizado en la parte superior del abdomen, la auscultación de ruidos cardíacos por encima del ombligo, y por el tacto vaginal al precisar el

polo pélvico. El estudio ecográfico o, en su ausencia, el radiológico, confirman el diagnóstico.

Se consideran tres modalidades de presentación de pelvis: Presentación de pelvis completa. Ocurre cuando se conserva la actitud fetal: los muslos están flexionados sobre el abdomen y las piernas sobre los muslos. Al tacto vaginal se palpan el sacro y los dos pies del feto.

Cuando en la presentación de pelvis se pierde la actitud fetal se denomina presentación de pelvis incompleta. Esta presentación puede ser:

- Presentación franca de nalgas. En este caso los muslos se encuentran flexionados sobre el abdomen y las piernas extendidas sobre el tronco. Al examen vaginal solamente se palpan el sacro y los glúteos del feto. También se conoce como pelviana franca.
- Presentación incompleta mixta. En estos casos uno o ambos muslos, o una o ambas piernas, se encuentran extendidas. Al examen vaginal se puede encontrar el sacro y un solo pie o ambos pies descendidos (podálica).

Cuando se presenta deflexión de los miembros inferiores del feto, suele acompañarse de deflexión de la cabeza fetal y por lo tanto existe mayor riesgo de retención de cabeza.

La complicación más grave durante el parto en presentación de pelvis es la retención de la cabeza. Esto ocasiona asfixia perinatal severa, hemorragia intracraneal asociada a lesiones de la tienda del cerebelo y traumatismo de la médula espinal. También puede ocurrir asfixia e hipoxia severas por prolapso o compresión del cordón umbilical entre el tórax o la cabeza fetales y la pelvis materna. Además, durante el desprendimiento de los hombros pueden presentarse fracturas del húmero o la clavícula y lesiones del plexo braquial. El aumento de la morbimortalidad fetal durante el parto en presentación de pelvis hace que se le considere una presentación distócica y la tendencia, en la mayoría de las escuelas, es a practicar cesárea electiva. La cesárea, sin embargo, no garantiza un parto atraumático ya que es necesario conocer el mecanismo de parto de la presentación de pelvis y dominar esa técnica. Durante ésta se recomienda realizar una incisión mediana en la pared abdominal y transversal en el segmento uterino, con prolongación en "J" hacia los lados cuando se considere necesario; la formación de segmento facilita la intervención y debe permitirse el adelanto en el trabajo de parto para lograrlo. En el momento de la extracción del feto siempre se debe llevar el dorso fetal hacia el vientre materno, para facilitar la extracción, la cual debe ser cuidadosa y rápida.

- **INDUCCIÓN FALLIDA DEL TRABAJO DE PARTO :**

Las indicaciones de las inducciones por una causa médica permanecen estables, pero no así las indicaciones por otros motivos no médicos que tienen una tendencia a ir aumentando. Entre las indicaciones médicas como: cuando la continuación del embarazo pueda poner en peligro la vida del madre o el feto, enfermedad hipertensiva del embarazo, crecimiento intrauterino retardado, embarazo prolongado, isoimmunización Rh, Alteraciones patológicas en el registro de la frecuencia cardíaca fetal, alteraciones hemodinámicas graves del feto, etc.; rotura precoz de membranas y edad gestacional superior a las 34 semanas.

Las indicaciones no médicas o programadas por diversos motivos maternos o fetales: distancia al hospital desde el domicilio de la paciente, patología fetal que debe ser tratada en un hospital de tercer nivel.

Contraindicaciones: en casos de desproporción pelvi- fetal, placenta previa, placenta previa, procúbito de cordón, presentación anómala, antecedentes de dos cesáreas anteriores, cesárea clásica o incisión uterina en T, intervenciones ginecológicas previas, sufrimiento fetal agudo, infección herpética activa, condilomatosis importante del canal vaginal. En casos indicados de inducción por riesgo materno- fetal puede haber falta de respuesta, o una vez iniciado el parto inducido, esto no progresa, lo que requerirá la culminación del embarazo por cesárea.

### **EMBARAZO PROLONGADO:**

Conocido como pos término, excede a la duración considerada como límite superior de lo normal y que está establecida en 42 semanas completas, también puede definirse como aquel que dura dos semanas más de la fecha establecida del parto. La morbimortalidad fetal se incrementa con el paso de cada semana. Aumenta sobretodo la mortalidad intraparto.

La morbimortalidad fetal se incrementa con el paso de cada semana. Aumenta sobre todo la mortalidad intraparto, y las causas más comunes incluyen la hipertensión, el parto prolongado, la desproporción pelvi-fetal, las malformaciones, el líquido meconial y la anoxia. Entre las malformaciones que lo provocan son bien conocidas la Anancefalia y la hipoplasia suprarrenal ya que éstos no liberan cortisol suprarrenal "factor madurador". La mortalidad aumenta de tres a cuatro veces más en las semanas 43 y 44 respectivamente.

## **EMBARAZO GEMELAR:**

La incidencia de parto abdominal es muy alta en la gestación gemelar y múltiple, debido a la mala presentación, al prolapso, enredo o cruce de los cordones en los gemelos nomoamnióticos, también a disfunción de la contracción uterina y al sufrimiento de uno o más fetos.

Se practicará cesárea, en las circunstancias siguientes: Gestación Monocorial - Mono amniótica, existencia de tres o más fetos, factores de riesgo sobre añadidos (prematuridad, hipertensión, cirugía uterina previa), en gestaciones inferiores a 32 semanas, si uno de los fetos se encuentra en presentación podálica, en gestaciones mayores de 32 semanas, la indicación de cesárea aplica en el caso de encontrarse el primer gemelo en presentación podálica y se prescribirá con base en: la existencia de pelvis anómala, nalgas incompletas, diámetro biparietal superior a 100 mm, constatación de CIR Tipo II grave en uno o ambos fetos, esterilidad previa, primiparidad añosa, posibilidad de colisión de gemelos. En los casos de cesárea electiva, el momento más adecuado para su realización, es en la semana 37.

## **INDICACIONES PLACENTARIAS O DE LOS ANEXOS <sup>(34,35)</sup>**

- **DISTOCIA FUNICULAR O POR ANOMALÍAS DE LOS ANEXOS OVULARES:**

El cordón umbilical es el principal componente que interviene en el intercambio de nutrientes y el encargado que el feto tenga una oxigenación adecuada, la compresión de este puede ocasionar la disminución de la oxigenación en el feto y por consiguiente una hipoxia.

Las anomalías del cordón umbilical que alteran el flujo sanguíneo placentario – fetal se denomina como distocia funicular. Existe una diversidad de alteraciones que agrupan dentro de esta etiología como son nudo de cordón, torsión de cordón, hematoma, quiste y edema de cordón. Las más comunes están relacionadas a la longitud del cordón umbilical (corto o largo) y a la presencia de circulares de cordón los cuales pueden ser simples, dobles, ajustadas al cuello o al cuerpo.

**Brevedad del cordón:** Un cordón demasiado corto impide el descenso de la presentación o provoca el desprendimiento de la placenta normalmente insertada, puede prolongar el trabajo de parto u ocasionar un Abruption placentae. Es necesario sospecharlo cuando se comprueban signos de anoxia fetal sin causa aparente, falta de encajamiento o dolor uterino localizado, o se produce el desprendimiento prematuro de placenta. El tratamiento es la operación cesárea.

Circulares del cordón: Debe sospecharse cuando hay desaceleraciones variables en la monitoría fetal, durante el trabajo de parto asociadas a signos de sufrimiento fetal sin causa aparente, o falta del descenso de la presentación, y se diagnóstica con la ecografía obstétrica, al observarse el cordón alrededor de la nuca fetal. Cuando no hay encajamiento o existe sufrimiento fetal el tratamiento es la intervención cesárea.

Procúbito, laterocidencia y procidencia del cordón: No es una verdadera distocia, pero ponen en peligro la vida fetal. Conocida también como prolapso de cordón, es cuando éste se convierte en la parte que se presenta en el estrecho superior. Cuando las membranas están intactas se denomina Procúbito de cordón; en estos casos, se puede tratar de rechazar cuidadosamente el cordón y permitir que el polo cefálico o podálico ocupen el estrecho superior. Si se logra, se pueden romper las membranas, en el caso de presentación cefálica, para permitir la entrada de la cabeza en el estrecho superior; si no se logra reducir el cordón, está indicada la cesárea. Cuando las membranas están rotas se denomina procidencia de cordón y constituye una emergencia obstétrica porque se acompaña de alta mortalidad fetal, sobre todo en casos de procidencia de cordón y presentación cefálica. En estos casos la cesárea se debe realizar de inmediato, con un operador manteniendo elevada la presentación con los dedos introducidos por vía vaginal y la paciente en posición de Trendelenburg.

## **HEMORRAGIA DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO** (33, 34,35)

- **PLACENTA PREVIA.**

Es aquella que se inserta en el segmento inferior del útero puede ser marginal, parcial o total. Si la hemorragia es grave, se efectuará una cesárea inmediata sea cual sea la edad de la gestación. Si la gestante tiene más de 37 semanas sin sangrado, pero con diagnóstico confirmado se efectuará una cesárea electiva, después de comprobar madurez fetal.

Si la hemorragia es grave, se efectuará una cesárea inmediata sea cual sea la edad de la gestación, si la gestante tiene más de 37 semanas sin sangrado, pero con diagnóstico confirmado se efectuará una cesárea electiva, después de comprobar madurez fetal. Cuando la placenta está implantada total o parcialmente en el segmento uterino inferior, en la zona de borramiento y dilatación del cérvix, constituye una obstrucción para el descenso de la presentación. Durante el embarazo el principal signo clínico es el sangrado indoloro; actualmente el diagnóstico se comprueba mediante ultrasonografía. La conducta es la intervención cesárea electiva.

- **DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA**

Es el desprendimiento o separación prematura de una placenta normalmente inserta, después de la semana 20 de gestación y antes del tercer estadio del parto.

Es una emergencia obstétrica, definir rápidamente la vía del parto. Si el feto está vivo, se realiza una cesárea inmediata, pues la demora puede significar la muerte fetal. Caracterizada por sangrado proveniente de la cavidad uterina, acompañado de dolor intenso, ocasionado por un desprendimiento de la placenta que no está localizada en el segmento.

### **INSUFICIENCIA PLACENTARIA**

Cuando funcionalmente la placenta no es capaz de aportar la oxigenación y nutrición fetal es necesario evitar el trabajo de parto normal porque durante las contracciones se aumentaría el riesgo de asfixia neonatal.

### **RUPTURA PREMATURA MEMBRANAS (RPM)**

Se define como la ruptura de las membranas amnióticas, con salida de líquido amniótico de más de 1 hora, antes de desencadenarse el trabajo de parto. Al hablar de RPM se debe tener en cuenta el periodo de latencia, el cual es el intervalo entre la ruptura de las membranas y el inicio del trabajo de parto. Existe desacuerdo en la literatura actual sobre la duración del periodo de latencia, para que se hable de ruptura prematura de membranas, pero se ha sugerido que sea entre 1 y 12 horas; igualmente, se propone que se considere ruptura prolongada de membranas cuando el periodo de latencia sea mayor a 24 horas.

Varios factores han sido asociados con RPM, Las cuales son: Causas infecciosas (Amnionitis, cervicitis y otras Vaginosis), Aumento del volumen intrauterino (Polihidramnios y embarazo múltiple), Hemorragia Subcoriónica, Coito, Trauma materno, Abuso de sustancias, incluyendo tabaquismo, Patología del cuello uterino.

Complicaciones de RPM. Son: parto pretérmino, corioamnionitis, muerte fetal y materna.

- **OLIGOHIDRAMNIOS:**

Llamado Oligoamnios, Consiste en la disminución del líquido amniótico por debajo de lo que es "normal" para la edad gestacional. Existencia de <500ml de líquido amniótico a término, la dificultad de concretar clínicamente en la práctica, pues no existe ninguna sintomatología de presunción, hace que el diagnóstico se realice

mediante ecografía. La más frecuente de las causas es la gestación post término, tratamientos farmacológicos como Los IECAS que pueden ocasionar un Oligoamnios transitorio por la exclusión de la circulación; malformaciones urológicas como agenesia renal bilateral, obstrucción de vías urinarias; en caso de insuficiencia placentaria que ante la hipoxia fetal crónica obliga al feto a recurrir a mecanismos compensadores fisiopatológicos como la disminución de la perfusión de los órganos vitales como los riñones, con la consiguiente disminución de la diuresis; disminuyendo las reservas fetales pudiendo indicar sufrimiento fetal.

El Diagnóstico es mediante ecografía: diámetro de la laguna máxima < 2cm (siendo grave si es < 1cm), o un ILA < 8cm. El feto sano a término tolera bien una disminución leve del ILA 5-8 cm), pero no así Oligoamnios marcados (ILA <5cm); Detección de malformaciones renales, de insuficiencia placentaria mediante la Cardiotocografía, estudio vascular fetal en Doppler.

El líquido amniótico meconial: las características normales es transparente, pero en ocasiones se tiñe de verde por la emisión intrauterina del meconio contenido en el interior del tubo digestivo fetal. El meconio debe su coloración verdosa a los pigmentos biliares que contiene. Suele verse ante un estímulo de peristaltismo intestinal previo al nacimiento de un feto  $\geq$  34 semanas mayormente en pos términos. El líquido meconial puede ser fluido o espeso, según la cuantía del meconio, cuanto más espeso sea mayor es el riesgo de aspiración meconial del recién nacido.

**Adolescencia:** etapa del desarrollo que señala el final de la niñez y el inicio de la vida adulta. Es periodo de crecimiento y maduración, de aparición de los caracteres sexuales secundarios y de la adquisición de la capacidad reproductiva. Es la comprendida entre los 10 y 19 años.

**Adolescencia temprana:** Es la comprendida entre los 10- 14 años.

**Adolescencia tardía:** Es la comprendida entre los 15- 19 años.

**Cesárea:** Intervención quirúrgica por la que se realiza la extracción de un feto a través de una incisión en la pared abdominal (laparotomía) y otra en la pared uterina (histerotomía).

**Cesárea primaria:** por primera vez cesárea

**Cesárea Iterativa:** que incluye la Doble Cesárea Anterior

**Cesárea de urgencia:** es la cesárea no programada cuando está en peligro la vida de la madre y el feto.

**Cesárea electiva:** es la que se programa para ser realizada en una fecha determinada por alguna indicación médica y se lleva a cabo antes de que inicie el trabajo de parto.

**Corioamnionitis:** la inflamación aguda de las membranas placentarias (amnios y corion), de origen infeccioso que se acompaña de la infección del contenido amniótico, esto es, feto, cordón y líquido amniótico.

**Distocia:** parto difícil, prolongado, doloroso, debido a factores fetales, maternos y alteraciones de la dinámica uterina.

**Distocia funicular:** Es toda situación anatómica y/o posicional que conlleva a riesgo de trastorno del flujo sanguíneo de los vasos umbilicales, lo cual incluye alteraciones del tamaño (corto o largo), circulares (simple, doble o triple en el cuello o cualquier parte fetal), prolapso, procúbito, laterocidencia, nudos o falsos nudos.

- **Cordón corto:** cordón umbilical con una longitud igual o menor a 35cm
- **Cordón largo:** cordón umbilical con una longitud igual o mayor a 65cm.
- **Cordón oculto:** cordón umbilical situado entre el polo de presentación y la pared uterina. No se tasta ni se ve. Solo se presume por el descenso de la frecuencia cardíaca fetal durante la contracción uterina.
- **Nudos falsos:** se produce por la torsión que experimentan los vasos sanguíneos fetales para adaptarse a su longitud. se producen, generalmente, por el retorcimiento de los vasos para acomodarse.
- **Nudo verdadero de cordón:** son el resultado de movimientos excesivos del feto, producen una disminución del flujo placenta – feto, dependiendo de si están o no ajustados y de su antigüedad.
- **Latero compresión del cordón:** al producirse la contracción uterina por la fuerza mecánica se interrumpe el flujo sanguíneo en el espacio intervelloso, ejerciendo una presión directa sobre el feto y puede obstruir el flujo sanguíneo a través del cordón umbilical en ambas direcciones.

**Edad gestacional:** Es la temporalidad del desarrollo fetal, iniciando a partir del primer día del último ciclo menstrual.

**ENDES:** Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

- **A término:** fluctúa entre la semana 37 a 41, con un promedio de 40 semanas que constituye el tiempo normal de gestación.
- **Pre – término:** se considera a los menores de 37 semanas.
- **Post – término:** se considera a los mayores o igual a 42 semanas.

**Gestante Contralada, Control prenatal:** Es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar la Morbimortalidad materna y perinatal, con el fin de lograr un parto institucional.

**Histerotomía:** el nacimiento, que involucra la incisión quirúrgica de la pared abdominal y las paredes uterinas.

**ILA:** Índice de líquido amniótico.

**Inducción del trabajo de parto:** es la asistencia farmacológica o mecánica para promover el inicio de la primera fase del trabajo de parto.

**Indicaciones absolutas de cesárea:** el parto vaginal es imposible.

**Indicaciones relativas de cesárea:** la etiología aconseja su práctica o no según la situación.

**Líquido amniótico:** líquido producido por el amnios en el periodo más temprano de la gestación y después por los pulmones y los riñones.

- Volumen del líquido amniótico: se considera que a la semana 38 el volumen alcanza unos 1000 ml para descender a 800 ml a la semana 40.
- Oligohidramnios: disminución en la cantidad del líquido amniótico, la cual es inferior a 400ml.
- Polihidramnios: aumento en la cantidad de líquido amniótico, usualmente mayor a 2000ml.
- Líquido amniótico meconial: es la tinción de líquido amniótico con meconio, la cual puede variar desde el verde claro al oscuro.

**Paridad:** estado de una mujer con respecto a los descendientes viables que le han nacido.

- Nulípara: mujer que nunca ha tenido un parto pero puede o no haber gestado.
- Multípara: mujer que ha tenido por lo menos un parto independiente del número de gestaciones.
- Gran multípara: mujer que ha tenido 5 o más partos, esto independientemente del número de gestaciones.

**Polisistolia:** contracciones uterinas >5 en 10 minutos

**SIP:** sistema de información maternoperinatal del Perú, es una herramienta, donde se registran los datos de las gestantes que acuden a un establecimiento de salud desde el inicio de sus atenciones y consecutivamente en cada atención que reciben.

**Técnica:**

- Tipo Kerr o el segmento arciforme: se hace con una incisión transversal del segmento inferior, es la más utilizada por sus múltiples ventajas.
- Tipo Beck o el segmento corporal: Se hace con una incisión baja longitudinal que abarca el segmento y parte del cuerpo uterino

### **3.1.- HIPÓTESIS**

Existen indicaciones maternas, fetales y ovulares para realizar cesárea en pacientes adolescentes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica. Periodo 2012.

### **3.2.- VARIABLES:**

#### **3.2.1 variable dependiente:**

- Pacientes adolescentes

#### **3.2.1. Variable independiente:**

- Indicaciones de cesárea por causas maternas
- Indicaciones de cesárea por causas fetales
- Indicaciones de cesárea por causas ovulares.
- Paridad
- Control prenatal
- Edad gestacional
- Antecedente de cesárea.

#### **3.2.3. Variable interviniente:**

- Edad materna
- Estado civil
- Grado de instrucción
- Ocupación
- Procedencia

### 3.2.4. Definición y operacionalización de variables

VARIABLES		DEFINICIÓN CONCEPTUAL	TIPO VARIABLE	DE	ESCALA DE MEDICIÓN	CRITERIO DE MEDICIÓN	INDICADOR	INSTRUMENTO DE MEDICIÓN
Dependiente	Pacientes adolescentes	Toda paciente con edades que oscilen entre los 10 y 19 años de edad.	Cualitativo		nominal	Paciente gestante entre 10 y 19 años de edad cumplidos	Paciente gestante entre 10y 19 años de edad cumplidos.	
Independiente	Indicación materna	Motivo de la realización de la cesárea	Cualitativo		nominal	Enfermedad hipertensiva del embarazo  Enfermedad médica asociadas	-Eclampsia -Preclampsia -síndrome de Hellp  -Condilomatosis genital -fiebre materna de etiología a determinar -otros	(Historia clínica)
	Indicación fetal	Motivo de la realización de la cesárea	Cualitativa		nominal	Distocia de presentación  Sufrimiento fetal agudo  Macrosomía fetal  -descenso detenido de la presentación -embarazo múltiple -embarazo prolongado -inducción fallida	-desproporción céfalo pélvica -presentación podálica -otras  Sufrimiento fetal agudo  Macrosomía fetal  descenso detenido de la presentación -embarazo múltiple -embarazo prolongado -inducción fallida	
	Indicaciones Placentarias u ovulares	Motivo de la realización de la cesárea	Cualitativo		nominal	Tipo de Distocia funicular  Tipo de Hemorragia de la segunda mitad del embarazo	Doble circular, cordón corto, cordón largo, cordón con nudo  Placenta previa Desprendimiento prematuro de la placenta Insuficiencia placentaria  ruptura prematura de	

					ruptura prematura de membranas (RPM) Oligohidramnios	membranas (RPM) Oligohidramnios
	Edad gestacional	Tiempo de gestación.	cuantitativo discontinuo	razón	edad gestacional en semanas	<37 semanas 37 a 41 semanas > 0 = a 42 semanas
	Paridad	Número de gestas.	Cuantitativo discontinuo	razón	nulípara  Múltipara  Gran múltipara	0 partos anteriores.  >1 y < 5 partos anteriores.  >5 partos anteriores.
	Control prenatal	Conjunto de actividades y procedimientos que permiten una vigilancia adecuada del embarazo y determinación del riesgo obstétrico y perinatal.	Cuantitativo discontinuo	razón	Ninguno  < 6 CPN  >= 6 CPN	Ninguno  < 6 CPN  >= 6 CPN
	Antecedente de cesárea	Antecedente de cesárea	Cualitativa	nominal	Primaria iterativa	Primaria iterativa
Inteviniente	Edad materna de la adolescentes	Número de años cumplidos	Cuantitativo continuo	razón	Adolescente temprana (T) Adolescente tardía (TT)	10- 14  15-19
	Estado civil	Situación conyugal	Cualitativa	nominal	Soltera Conviviente Casada Viuda	Soltera Conviviente casada viuda
	Grado de instrucción	Grado de estudios	Cualitativa	ordinal	Analfabeta Primaria Secundaria Técnica superior superior	Analfabeta Primaria Secundaria Técnica superior superior
	Procedencia	Lugar donde reside la paciente al momento de la toma de datos	Cualitativa	ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ica</li> <li>• Pisco</li> <li>• Palpa</li> <li>• Nazca</li> </ul>	Cercado de Ica, Parcona, Tinguiña, la Venta, Santiago) Pisco Palpa Nazca
	Ocupación	Actividad realizada por la paciente	Cualitativa	nominal	Estudiante Ama de casa No registra	Estudiante Ama de casa No registra

#### 4.- ESTRATEGIA METODOLÓGICA

- Tipo y nivel de investigación:

Es de tipo retrospectiva, descriptiva, longitudinal ya que sin modificar variables, se estudiaron los casos de adolescentes a las que se les indicó cesárea segmentaria atendidas e ingresadas en el "Hospital Santa María del Socorro". Ica .Periodo 2012.

Se obtuvieron datos tal como aparece en las historias médicas que se revisaron por lo que no se manipularon deliberadamente las variables.

- Población y muestra:

El universo de estudio estuvo conformado por todas las mujeres en edad fértil y la población estuvo conformado por 582 pacientes que terminaron en cesárea en el "Hospital Santa María del Socorro". Ica. Periodo 2012. Obteniendo como muestra según la fórmula señalada 151 de las cuales se tomó 129 pacientes adolescentes (lo que representa alrededor de 48 pacientes por mes) que conformaron la muestra para el presente estudio.

Fórmula para obtener la muestra:

$$\frac{k^2 N p q}{e^2 (N - 1) + k^2 p q}$$

Dónde:

N: total de la población de adolescentes que terminaron en cesárea, 582

Z<sup>2</sup>= 1.96<sup>2</sup> (si la seguridad es del 95%)

P = proporción esperada, se asume que puede ser próxima al 5% (0,05)

q = 1- p (en este caso 1- 0.05 = 0.95)

e = precisión (en este caso un 3%)

$$n = \frac{582 \times 1.96^2 \times 0.05 \times 0.95}{0,03^2 (582-1) + 1.96^2 \times 0,05 \times 0,95} = 151$$

- **Criterios de inclusión y exclusión**

**Criterios de inclusión:**

Toda paciente que acudió al servicio de Gineco - Obstetricia del "Hospital Santa María del Socorro". Ica. Periodo 2012 con edad comprendida entre 10 y 19 años con indicación de cesárea segmentaria transversal.

**Criterios de exclusión:**

Se excluyó a todas las pacientes con indicación de cesárea menor de 10 años de edad y mayor de 19 años de edad. Así mismo toda historia clínica con datos incompletos de edad o causa de la cesárea.

- **Técnicas de recolección y procesamiento de datos:**

Se revisó el banco de datos del sistema informático perinatal (SIP) del departamento de Gineco -obstetricia del "Hospital Santa María del Socorro de ICA" comparándose con los registros de los libros de sala de partos y sala de operaciones confeccionando una plantilla de datos de pacientes cesareadas adolescentes, periodo 2012 con su respectivo número de historia clínica, luego de ello se procedió a revisar todas las historias clínicas manualmente en el archivo del hospital de las gestantes adolescentes comprendidas entre los 10- 19 años de edad con la finalidad de obtener información que no puede ser registrada.

Una vez obtenida la información se llenaron los formatos de recolección de datos los mismos que fueron resumidos en el formato SPSS VERSIÓN NUEVA, Se generaron resultados mediante análisis descriptivos de frecuencia y porcentajes de las variables que estaban en estudio (motivo de indicación de cesárea, tipo de cesárea, el estado civil, grado de instrucción, ocupación, paridad, control prenatal, edad gestacional de las adolescentes cesareadas.

- **Instrumentos de recolección de datos:**

Ficha de recolección de datos de las historias clínicas, reporte operatorio del departamento estadística del "Hospital Santa María del Socorro de ICA" y correlación con el SIP (sistema informativo perinatal) de la misma institución.

NO tiene consentimiento informado por ser una recolección de datos directamente de la historia clínica por tanto no se interfirió en la paciente o en el producto.

## VI. RESULTADOS:

### TASA DE CESÁREAS EN ADOLESCENTES CON RESPECTO AL TOTAL DE PARTOS ATENDIDOS - HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO. ICA. PERIODO 2012.

$$\text{Proporción de gestantes adolescentes con cesarea} = \frac{\text{Gestantes adolescentes c/cesárea}}{\text{Total de gestantes}} \times 100$$

$$\text{Proporción de gestantes adolescentes con cesarea} = \frac{129}{1960} \times 100 = 6.6\%$$

En el cuadro, el resultado señala que durante el año 2012 la tasa de cesáreas en pacientes adolescentes representó el 6.6% (129 casos) con respecto al total (1960 casos) de partos que se atendieron en ese mismo año.

### TASA DE CESÁREAS EN ADOLESCENTES CON RESPECTO AL TOTAL DE GESTANTES QUE TERMINARON EN CESÁREA - HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO DE ICA – PERIODO 2012.

$$\text{Prevalencia de gestantes adolescentes con cesárea} = \frac{\text{Gestantes adolescentes c/cesárea}}{\text{Total de gestantes con cesárea}} \times 100$$

$$\text{Prevalencia de gestantes adolescentes con cesárea} = \frac{129}{582} \times 100 = 22.2\%$$

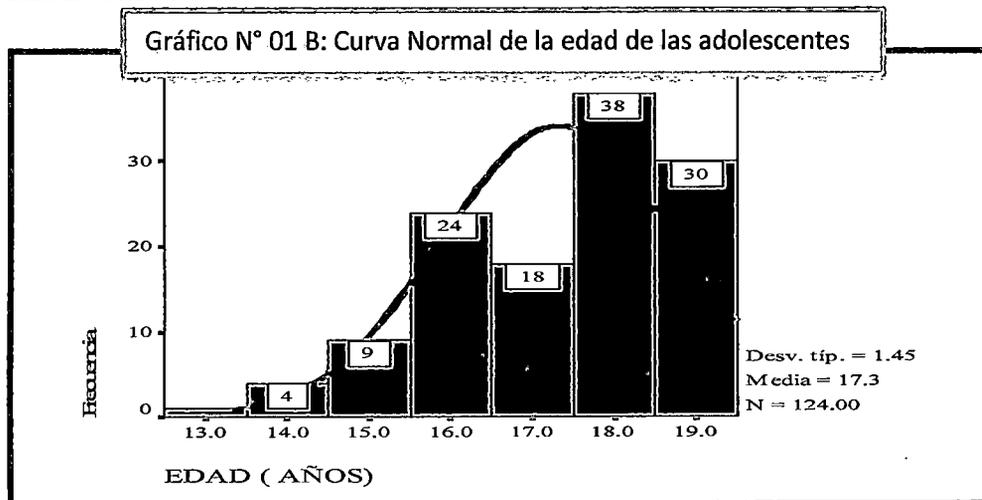
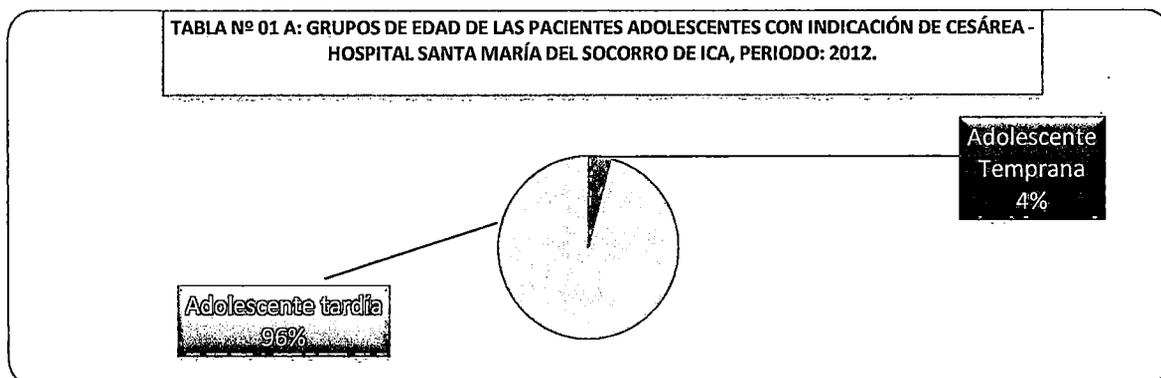
En el cuadro, el resultado señala que durante el año 2012 la tasa de cesáreas en pacientes adolescentes representó el 22.2% (129 casos) del total 100% (582 casos) de gestantes que terminaron en cesárea.

**TABLA N° 01: GRUPOS DE EDAD DE LAS PACIENTES ADOLESCENTES CON INDICACIÓN DE CESÁREA - HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO DE ICA, PERIODO: 2012.**

TIPO DE ADOLESCENTE	N°	%
Adolescente Temprana	5	4.0%
Adolescente tardía	119	96.0%
Total	124	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos MEL

Al analizar los grupos étnicos se puede observar que el 96.0% correspondió a adolescentes tardías (15-19 años) y el 4.0% a las adolescentes tempranas (10-14 años) (GRÁFICA N° 01A); siendo la edad promedio de las adolescentes 17.3 años y una desviación media de 1.4 años (GRÁFICA N° 01B).

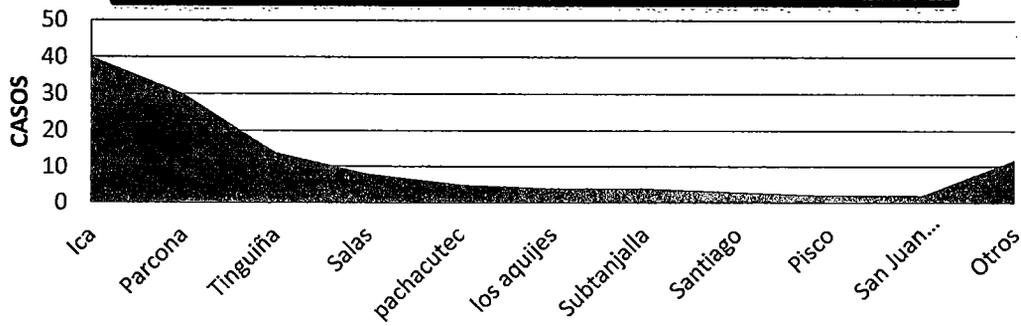


**TABLA N° 02: PROCEDENCIA, ESTADO CIVIL, GRADO DE INSTRUCCIÓN DE PACIENTES ADOLESCENTES CON INDICACIÓN DE CESÁREA - HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO DE ICA, PERIODO: 2012.**

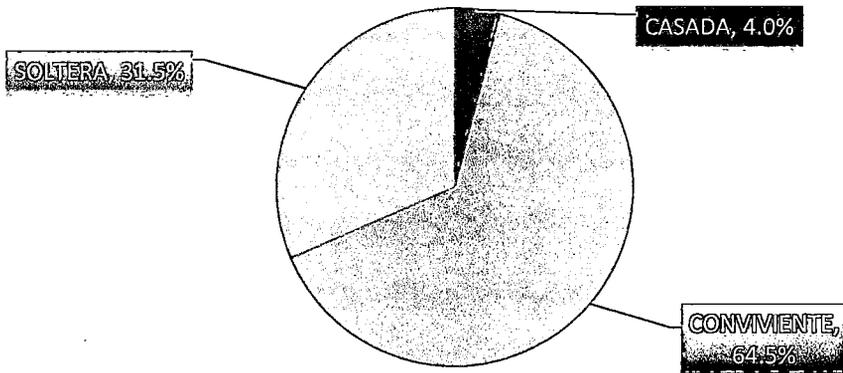
<b>PROCEDENCIA</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
CERCADO DE ICA	40	32.3%
PARCONA	30	24.2%
TINGUIÑA	14	11.3%
SALAS	8	6.5%
PACHACUTEC	5	4.0%
LOS AQUIJES	4	3.2%
SUBTANJALLA	4	3.2%
SANTIAGO	3	2.4%
PISCO	2	1.6%
SAN JUAN BAUTISTA	2	1.6%
OTROS	12	9.7%
<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
CASADA	5	4.0%
CONVIVIENTE	80	64.5%
SOLTERA	39	31.5%
<b>GRADO DE INSTRUCCIÓN</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
PRIMARIA INCOMPLETA	3	2.4%
PRIMARIA COMPLETA	3	2.4%
SECUNDARIA INCOMPLETA	50	40.3%
SECUNDARIA COMPLETA	47	37.9%
TÉCNICA SUPERIOR INCOMPLETA	10	8.1%
SUPERIOR INCOMPLETA	11	8.9%
<b>TOTAL</b>	<b>124</b>	<b>100.0%</b>

Según la procedencia de las pacientes adolescentes cesareadas, en mayor proporción proceden del cercado de Ica (32.3%), el 24.2% de Parcona y el 11.3% de la Tinguíña. El 64.5% de las adolescentes se encuentra en estado de convivencia, el 31.5% solteras y solo el 4% son casadas. Según el grado de instrucción tenemos que la mayoría de las adolescentes solo tienen secundaria incompleta (40.3%), y el 37.9% secundaria completa; y el 2.4% tienen primaria incompleta y completa respectivamente.

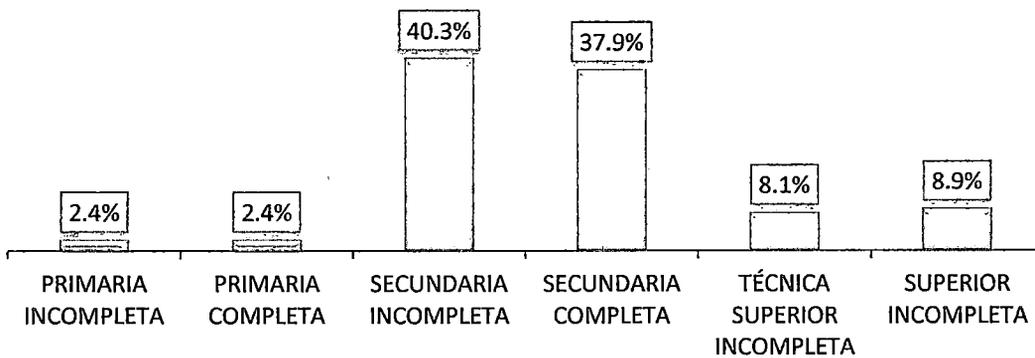
**GRÁFICO N° 02 A: PROCEDENCIA DE PACIENTES ADOLESCENTES CON INDICACIÓN DE CESÁREA - HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO DE ICA, PERIODO: 2012.**



**GRÁFICO 02B: ESTADO CIVIL DE PACIENTES ADOLESCENTES CON INDICACIÓN DE CESÁREA - HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO DE ICA, PERIODO: 2012.**



**GRÁFICO N° 02C :GRADO DE INSTRUCCIÓN DE PACIENTES ADOLESCENTES CON INDICACIÓN DE CESÁREA - HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO DE ICA, PERIODO: 2012.**

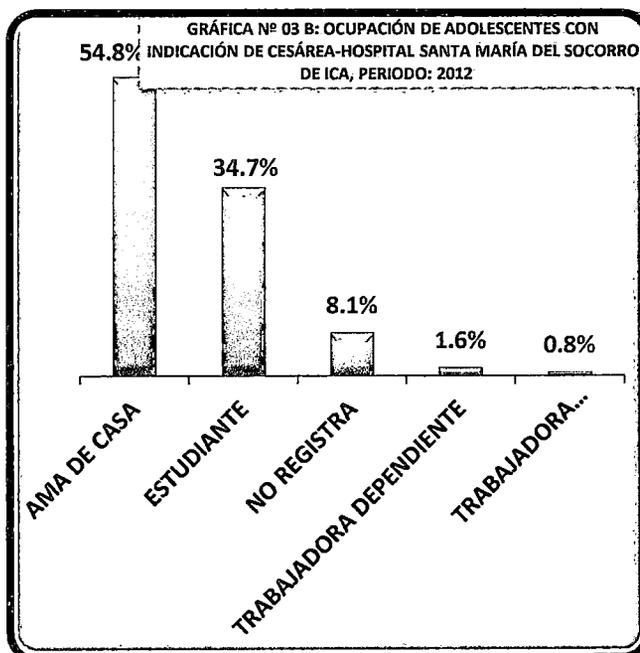
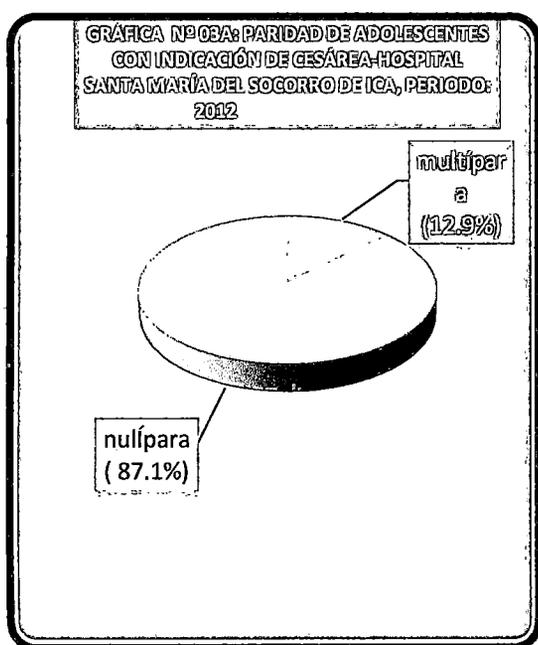


**TABLA N° 03: OCUPACIÓN, PARIDAD DE ADOLESCENTES CON INDICACIÓN DE CESÁREA-HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO DE ICA, PERIODO: 2012**

OCUPACIÓN	N°	%
AMA DE CASA	68	54.8%
ESTUDIANTE	43	34.7%
NO REGISTRA	10	8.1%
TRABAJADORA DEPENDIENTE	2	1.6%
TRABAJADORA INDEPENDIENTE	1	0.8%
PARIDAD		
Múltipara	16	12.9%
Nulípara	108	87.1%
Total	124	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos MEL

Respecto a la ocupación de las adolescentes cesareadas; se identifica que con mayor frecuencia son amas de casa (54.8%), y el 34.7% son estudiantes; según la paridad la mayoría de ellas nunca ha tenido un parto, es decir presenta una paridad nulípara que representan el 87.15 % y solo el 12.9% son múltiparas.

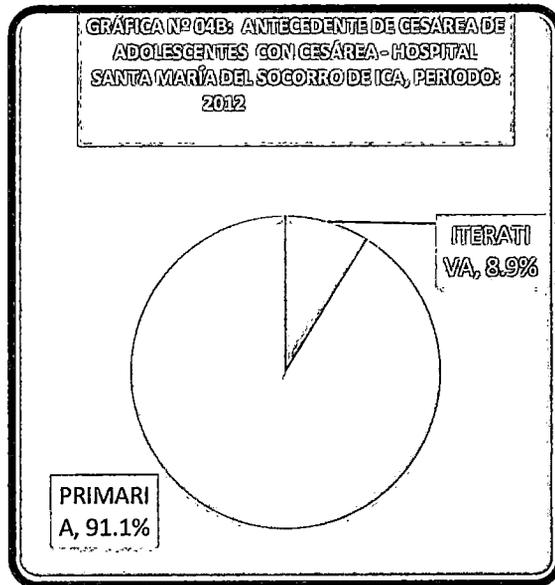
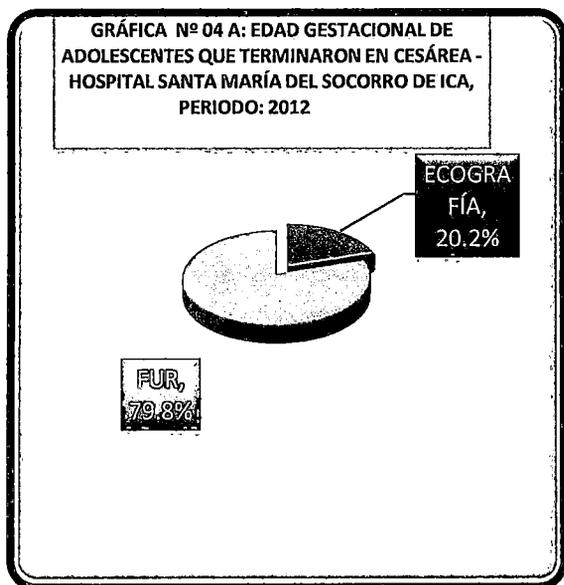


**TABLA N° 04: EDAD GESTACIONAL Y ANTECEDENTE DE CESÁREA DE ADOLESCENTES QUE TERMINARON EN CESÁREA - HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO DE ICA, PERIODO: 2012**

EDAD GESTACIONAL (EG) SEGÚN:	N°	%
ECOGRAFÍA	25	20.2%
FUR	99	79.8%
ANTECEDENTE DE CESÁREA	N°	%
ITERATIVA	11	8.9%
PRIMARIA	113	91.1%
<b>Total</b>	<b>124</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos MEL

Para identificar la edad gestacional el 79.8% de las gestantes fue diagnosticada su edad gestacional según la FUR y el 20.2% fue con ecografía; con antecedente de cesárea se identifica que el 91.1% de las adolescentes era su primera cesárea (primaria), y solo el 8.9% de las adolescentes sería una nueva cesárea.

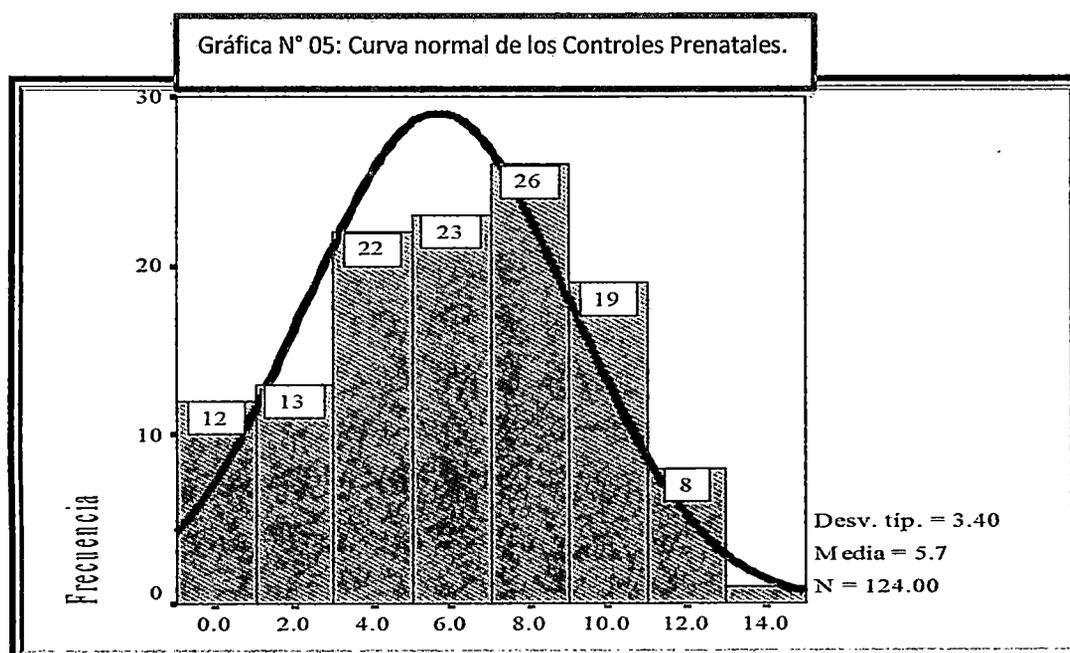


**TABLA N° 05: CONTROLES PRE NATALES DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS CON INDICACIÓN DE CESÁREA-HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO DE ICA, PERIODO: 2012**

CONTROLES PRENATALES (CPN)	N°	%
Ninguno	12	9.7%
< 6 controles	46	37.1%
≥ 6 controles	66	53.2%
Total	124	100.0%

Según los controles prenatales; se identifica que el 9.7% de las adolescentes con indicación de cesárea no se realizó ningún control prenatal; mientras que (46 casos) 53.2% de las gestantes recibieron de 6 controles a más y el 37.1 % menos de 6 controles.

Según la figura del gráfico N° 05, las gestantes adolescentes presentaron un promedio de 5.7 controles y una desviación estándar de 3.4.



**TABLA N° 06: EDAD GESTACIONAL DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS CON INDICACIÓN DE CESÁREA-HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO DE ICA, PERIODO: 2012.**

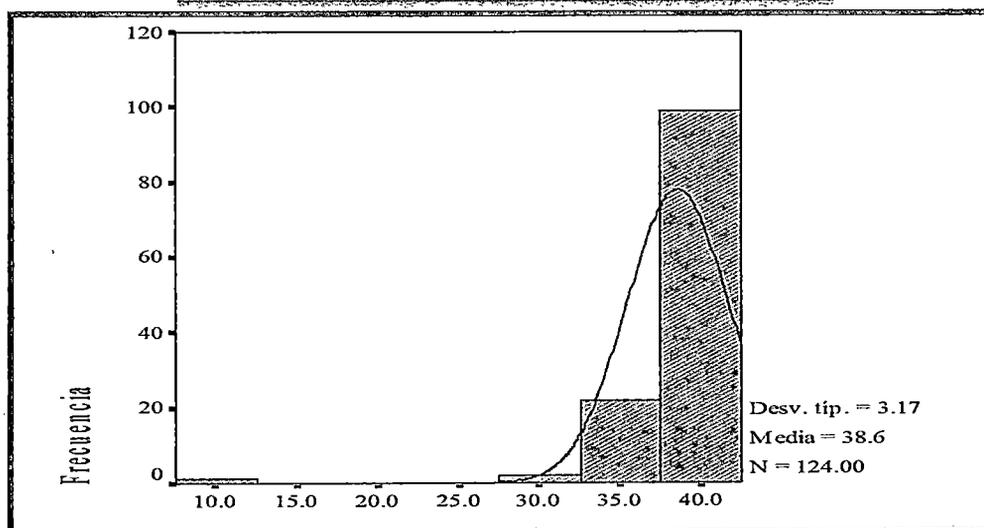
EDAD GESTACIONAL EN SEMANAS	N°	%
<37 semanas	10	8.1%
37-41 semanas	110	88.7%
>=42 semanas	4	3.2%
Total	124	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos MEL

La edad gestacional de las pacientes adolescentes cesareadas, se identifica que 10 pacientes que representan al 8.1% tuvieron de 37 semanas a menos, el 88.7% que representan a 110 pacientes presentaron entre 37 y 41 semanas y solo el 3.2% presentaron de 42 semanas a más.

Las pacientes adolescentes cesareadas presentaron una edad gestacional promedio de 38.6 semanas y una desviación estándar de 3.2 semanas, según el gráfico n° 06.

Gráfico N°06: Curva normal de la Edad Gestacional.



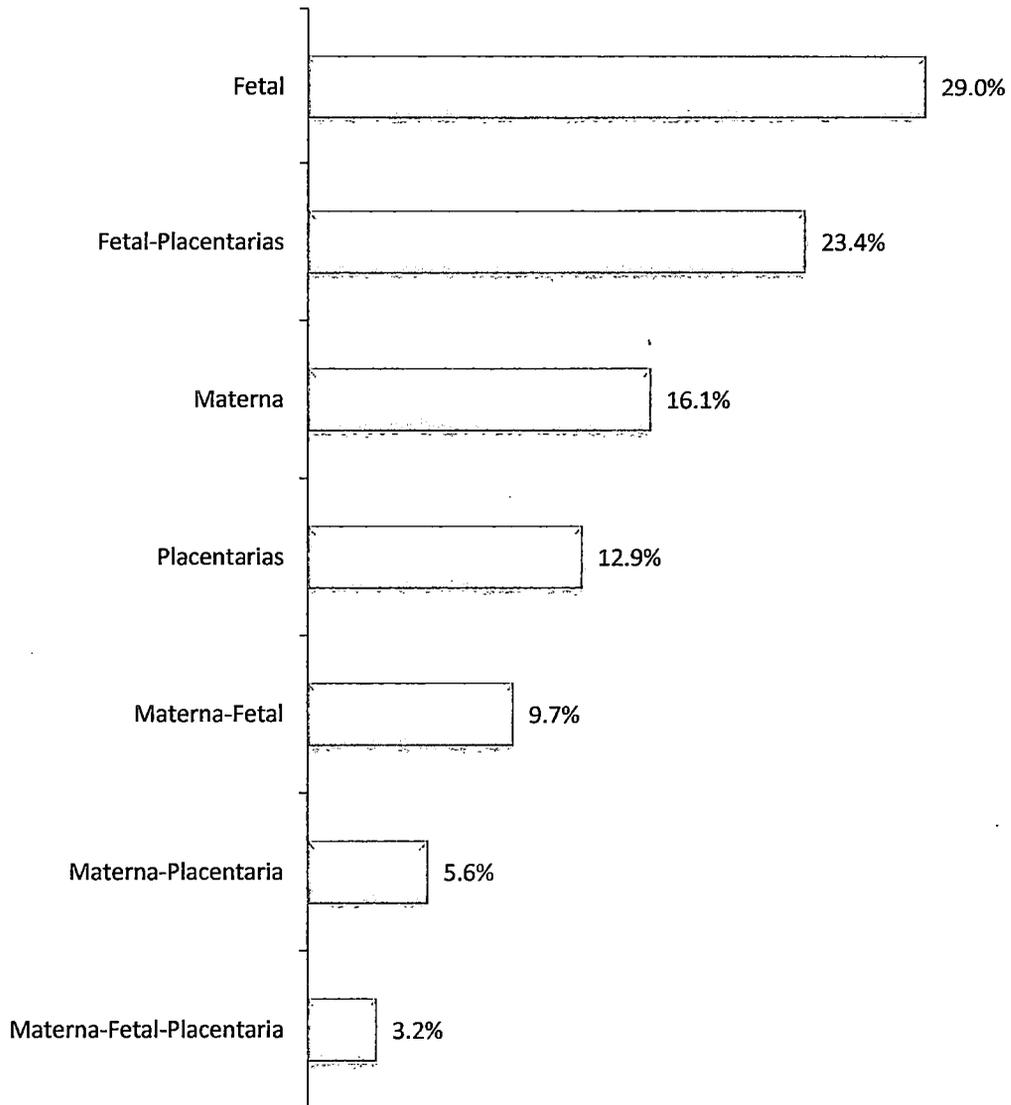
**TABLA N° 07: INDICACIONES DE CESÁREAS SEGÚN SU CAUSA EN PACIENTES ADOLESCENTES- HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO DE ICA, PERIODO: 2012.**

INDICACIONES	Nº	%
Materna	20	16.1%
Fetal	36	29.0%
Placentarias	16	12.9%
Materna-Fetal	12	9.7%
Materna-Placentaria	7	5.6%
Fetal-Placentarias	29	23.4%
Materna-Fetal-Placentaria	4	3.2%
<b>Total</b>	<b>124</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos MEL

Del total de pacientes adolescentes cesareadas, el 29% de pacientes presentaron indicaciones fetales y en menor proporción fueron las indicaciones placentarias (12.9%); así también tenemos que el 23.4% de pacientes adolescentes presentaron de manera simultánea indicaciones Fetales y Placentarias y un 3.2% de pacientes presentaron a su vez las tres indicaciones (Materna-Fetal-Placentaria).

**GRÁFICO Nº 07 : : INDICACIONES DE CESÁREAS SEGÚN SUS CAUSAS EN PACIENTES ADOLESCENTES- HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO DE ICA, PERIODO: 2012**

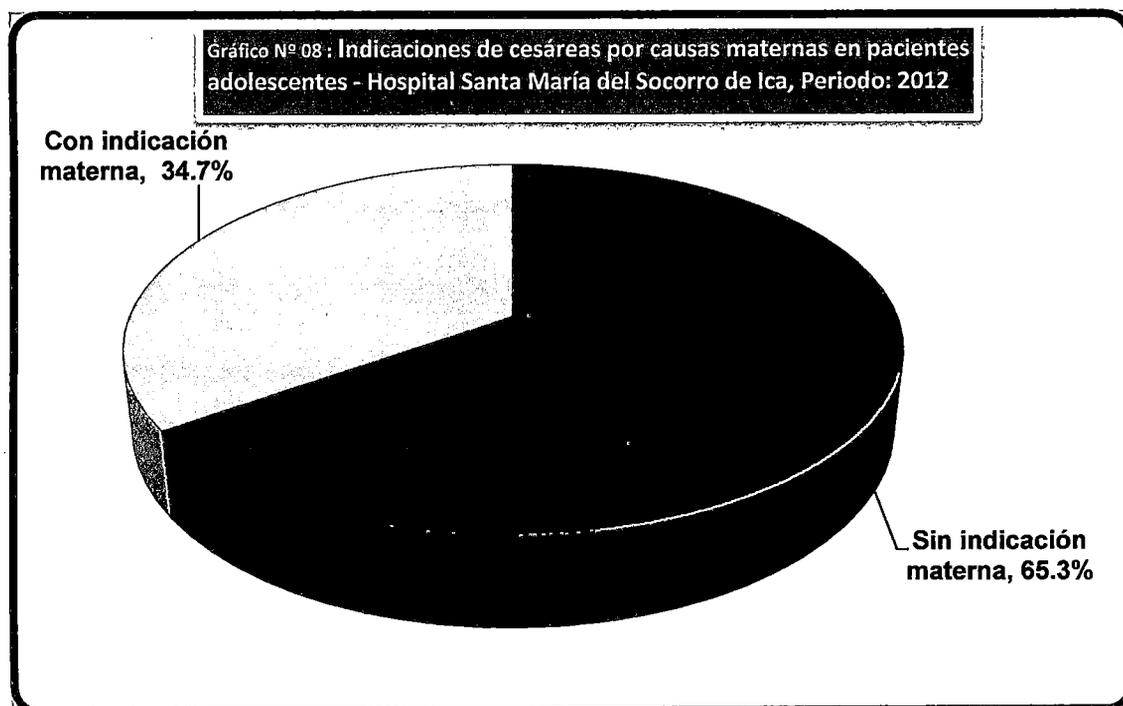


**TABLA N° 08: INDICACIONES DE CESÁREAS POR CAUSAS MATERNAS EN PACIENTES ADOLESCENTES - HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO DE ICA, PERIODO: 2012.**

INDICACIÓN MATERNA	N°	%
Sin indicación materna	81	65.3%
Con indicación materna	43	34.7%
<b>Total</b>	<b>124</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos MEL

Según se puede apreciar en el cuadro, 81 pacientes adolescentes cesareadas que representaron 65.3% de los casos estudiados no presentaron indicaciones maternas y 43 pacientes, representando el 34.7% de los casos si presentaron indicaciones maternas como diagnóstico pre – operatorio.



**TABLA N° 09: INDICACIONES DE CESÁREAS POR CAUSAS MATERNAS EN PACIENTES ADOLESCENTES - HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO DE ICA, PERIODO: 2012.**

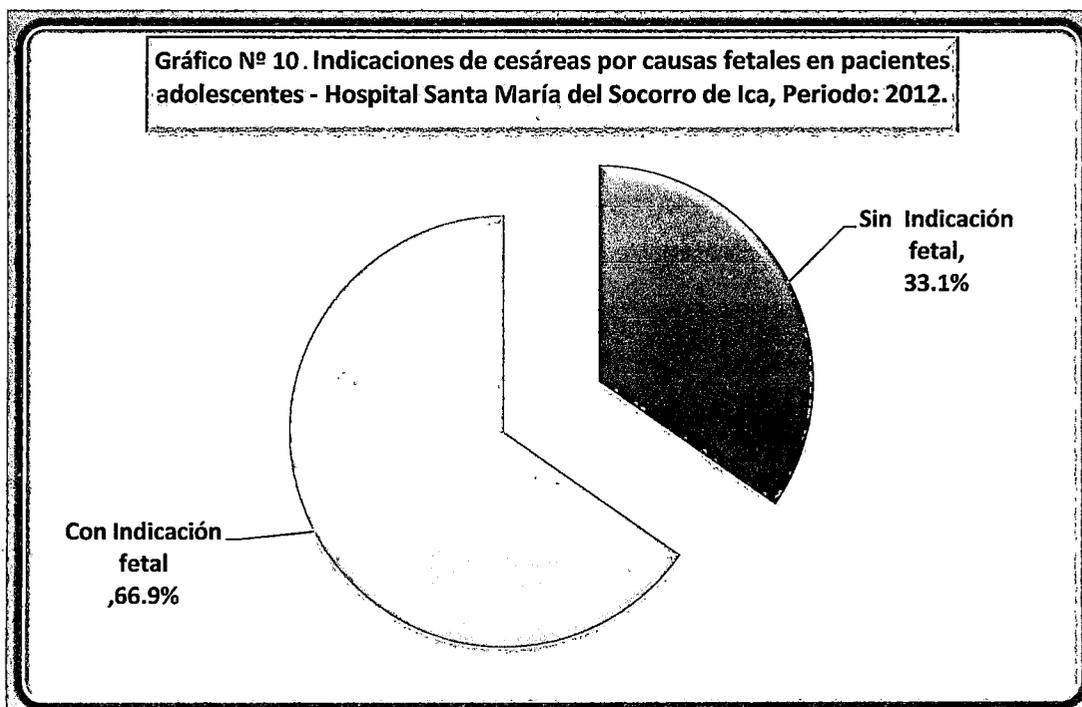
INDICACIÓN MATERNA	N°	%
<b>HIPERTENSIÓN GESTACIONAL</b>	9	7.3%
CESAREADA ANTERIOR + PIG CORTO	8	6.5%
CONDILOMATOSIS GENITAL	6	4.8%
HIPODINAMIA UTERINA	4	3.2%
DISTOCIA DE PARTES ÓSEAS	3	2.4%
ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO: <b>PREECLAMPSIA</b>	2	1.6%
SÍNDROME HIPERTENSIVO INDUCIDO POR EL EMBARAZO (SHIE)	2	1.6%
ESTATURA BAJA (TALLA CORTA)	2	1.6%
INMINENCIA DE RUPTURA UTERINA	2	1.6%
CESAREADA ANTERIOR + PIG CORTO + INMINENCIA DE RUPTURA UTERINA	1	0.8%
<b>ECLAMPSIA</b>	1	0.8%
HIPOTONIA UTERINA	1	0.8%
MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA OBSTRUCTIVA (MHO)	1	0.8%
TABIQUE VAGINAL LONGITUDINAL	1	0.8%
<b>TOTAL</b>	<b>43</b>	<b>34.7%</b>
<b>Fuente: Ficha de recolección de datos MEL</b>		

De los casos estudiados en esta investigación se puede observar que 34.7% (de 124 adolescentes con indicación de cesárea) tuvieron indicaciones maternas, de las cuales 9 pacientes que representan el 7.3% tal como se aprecia en este cuadro presentó hipertensión gestacional, 8 pacientes que representan al 6.5% presentaron CST anterior + PIG corto incluido y 6 pacientes que representan el 4.8% presentaron condilomatosis genital, entre las más importantes, las menos frecuente con (01 caso) 0.8%.

**TABLA N° 10: INDICACIONES DE CESÁREAS POR CAUSAS FETALES EN PACIENTES ADOLESCENTES - HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO DE ICA, PERIODO: 2012.**

FETALES	Nº	%
Sin indicación fetal	41	33.1%
Con indicación fetal	83	66.9%
<b>Total</b>	<b>124</b>	<b>100.0%</b>

Según se puede apreciar en el cuadro, del total de pacientes adolescentes cesareadas, 43 pacientes que representaron 34.7% de los casos estudiados no presentó indicaciones fetales y 81 pacientes, representando el 65.3% de los casos si presentaron indicaciones fetales como diagnóstico pre -operatorio.



**TABLA N° 11: INDICACIONES DE CESÁREAS POR CAUSAS MATERNAS EN PACIENTES ADOLESCENTES - HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO DE ICA, PERIODO: 2012.**

FETAL	N°	%
DESCENSO DETENIDO DE LA PRESENTACIÓN	15	18.5%
SUFRIMIENTO FETAL AGUDO	20	24.7%
DVP: OCCIPITO TRANSVERSA PERSISTENTE	11	13.6%
DILATACIÓN ESTACIONARIA	8	9.9%
DVP: OCCIPITO POSTERIOR	5	6.2%
DISTOCIA DE PRESENTACIÓN PODÁLICA	5	6.2%
MACROSOMÍA FETAL	5	6.2%
DESPROPORCIÓN CÉFALO PÉLVICA	3	3.7%
EXPULSIVO PROLONGADO	2	2.5%
INDUCCIÓN FALLIDA	2	2.5%
RETARDO CRECIMIENTO INTRAUTERINO	1	1.2%
DV: PRESENTACIÓN DE CARA	1	1.2%
EMBARAZO MÚLTIPLE	1	1.2%
EXPULSIVO PROLONGADO + DVP:OBLICUA Y/O TRANSVERSA	1	1.2%
HEMORRAGIA DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO	1	1.2%
EMBARAZO PROLONGADO	1	1.2%
SUFRIMIENTO FETAL CRÓNICO: BRADICARDIA FETAL PERSISTENTE	1	1.2%
<b>Total</b>	<b>83</b>	<b>100.0%</b>
<b>Fuente: Ficha de recolección de datos MEL</b>		

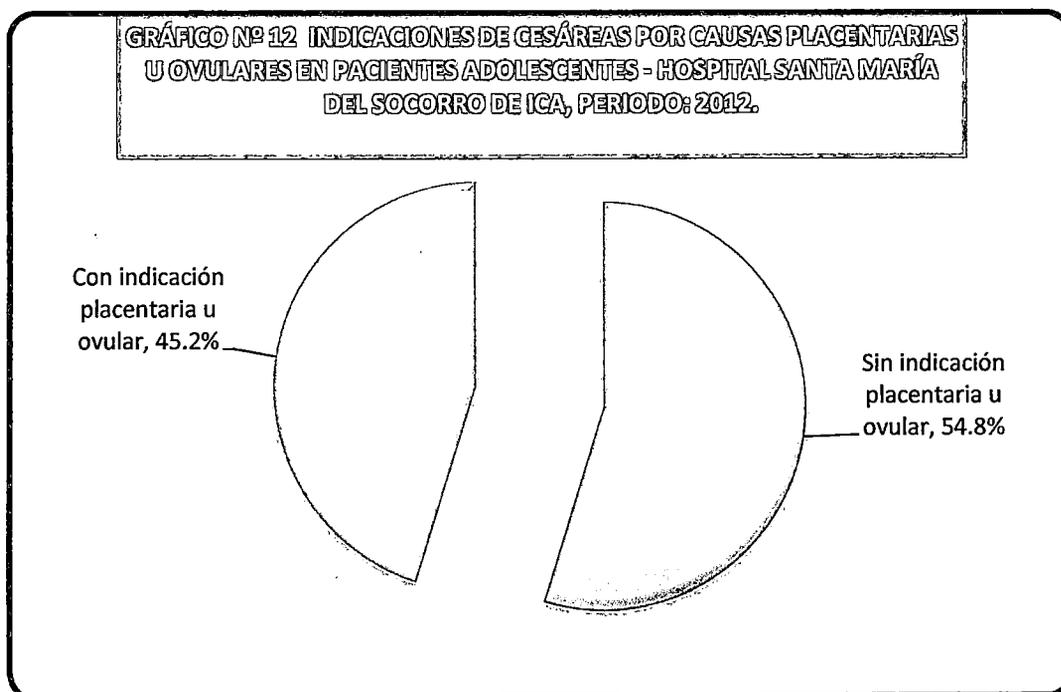
De los casos estudiados, las indicaciones de cesárea por causas fetales en adolescentes fueron (83 casos) predominando el sufrimiento fetal agudo (20 casos) 24.7%, seguido descenso detenido de la presentación (15 casos) 18,5% y distocia de variedad de posición (DVP): Occipito persistente (11 casos) 13.6% como se aprecia en la tabla n° 11.

**TABLA N° 12: INDICACIONES DE CESÁREAS POR CAUSAS PLACENTARIAS U OVULARES EN PACIENTES ADOLESCENTES - HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO DE ICA, PERIODO: 2012.**

INDICACIÓN PLACENTARIA U OVULAR	Nº	%
Sin Indicación placentaria u ovular	68	54.8%
Con Indicación placentaria u ovular	56	45.2%
<b>Total</b>	<b>124</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos MEL

Según se puede apreciar en la Tabla del total de 124 pacientes adolescentes cesareadas, 68 pacientes que representaron el 54.8% de los casos estudiados presentó indicaciones placentarias u ovulares y 56 pacientes, representando el 45.2% de los casos no presentaron indicaciones placentarias u ovulares pre operatorio.



**TABLA N° 13: INDICACIONES DE CESÁREAS POR CAUSAS PLACENTARIAS U OVULARES EN PACIENTES ADOLESCENTES - HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO DE ICA, PERIODO: 2012.**

<b>PLACENTARIAS U OVULARES</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
DISTOCIA FUNICULAR: CIRCULAR DE CORDÓN SIMPLE AL CUELLO X ECOGRAFÍA	21	37.5%
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS (RPM)	15	26.8%
DISTOCIA FUNICULAR: CIRCULAR DOBLE DE CORDÓN AL CUELLO X ECOGRAFÍA	4	7.1%
INSUFICIENCIA PLACENTARIA	5	8.9%
OLIGOHIDRAMNIOS X ECOGRAFÍA	9	16.1%
CORIOAMNIONITIS	1	1.8%
PROCÚBITO DE CORDÓN	1	1.8%
<b>TOTAL</b>	<b>56</b>	<b>100.0%</b>
<b>Fuente: Ficha de recolección de datos MEL</b>		

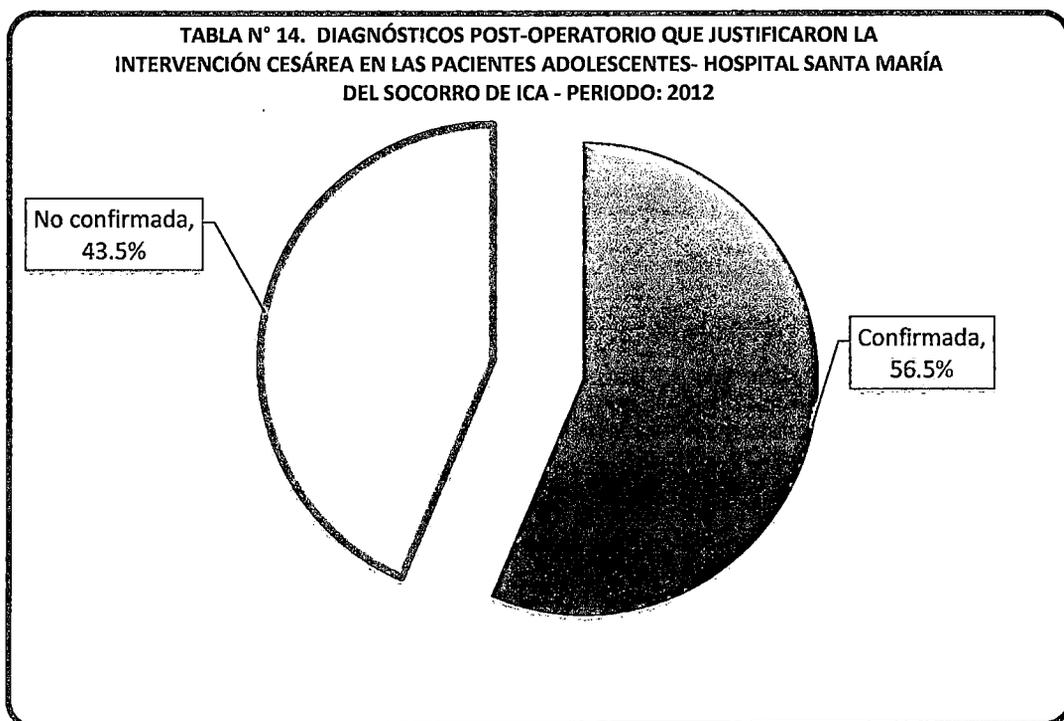
De los casos estudiados en el presente estudio de investigación se puede observar que 21 pacientes que representan el 37.5% tal como se aprecia en esta tabla presentó distocia funicular, 15 pacientes que representan al 26.8% presentaron ruptura prematura de membranas y 9 pacientes que representan el 16.1% presentaron Oligohidramnios, entre las más importantes, la indicación menos frecuente con 1 caso que representan el 1.8%, estando entre ellas Corioamnionitis, Procúbito de cordón.

**TABLA N° 14: DIAGNÓSTICOS POST-OPERATORIO QUE JUSTIFICARON LA INTERVENCIÓN CESÁREA EN LAS PACIENTES ADOLESCENTES- HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO DE ICA - PERIODO: 2012.**

JUSTIFICACIÓN	N°	%
Confirmada	70	56.5%
No confirmada	54	43.5%
<b>Total</b>	<b>124</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos MEL

Según se puede apreciar en la tabla, del total de cesareadas adolescentes, 70 pacientes que representaron al 56.5% de los casos estudiados presentó diagnósticos justificados para realizar la cesárea durante el embarazo y 54 pacientes, representando el 43.5% de los casos no presentaron diagnósticos justificados para realizar una cesárea.



**TABLA N° 15: PRINCIPALES DIAGNÓSTICOS QUE JUSTIFICARON LA INTERVENCIÓN DE CESÁREA EN PACIENTES ADOLESCENTES - HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO DE ICA - PERIODO: 2012.**

INDICACIONES JUSTIFICADAS	N o	%
CST ANTERIOR + PIG CORTO	9	12.9 %
DVP: OCCIPITO TRANSVERSA PERSISTENTE	7	10.0 %
CONDILOMATOSIS GENITAL (VULVAR)	6	8.6%
DESCENSO DETENIDO DE LA PRESENTACIÓN	5	7.1%
DISTOCIA DE PRESENTACIÓN PODÁLICA	5	7.1%
SUFRIMIENTO FETAL AGUDO	4	5.7%
DILATACIÓN ESTACIONARIA	4	5.7%
EXPULSIVO PROLONGADO	3	4.3%
DVP: OCCIPITO POSTERIOR	3	4.3%
DISTOCIA DE PARTES ÓSEAS	2	2.9%
ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO: PREECLAMPSIA	2	2.9%
ESTATURA BAJA (TALLA CORTA)	2	2.9%
INDUCCIÓN FALLIDA	2	2.9%
OLIGOHIDRAMNIOS SEVERO	2	2.9%
DISTOCIA FUNICULAR: CIRCULAR DOBLE DE CORDÓN X ECOGRAFÍA	2	2.9%
INMINENCIA DE RUPTURA UTERINA	1	1.4%
DISTOCIA ÓSEA + CONDILOMATOSIS GENITAL	1	1.4%
ECLAMPSIA	1	1.4%
EMBARAZO MÚLTIPLE	1	1.4%
HEMORRAGIA DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO	1	1.4%
HIPERTENSIÓN GESTACIONAL	1	1.4%
INCOMPATIBILIDAD CÉFALO PÉLVICA	1	1.4%
MACROSOMÍA FETAL	1	1.4%
MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA OBSTRUCTIVA (MHO)	1	1.4%
PROCÚBITO DE CORDÓN	1	1.4%
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS (RPM)	1	1.4%
TABIQUE VAGINAL LONGITUDINAL	1	1.4%
TOTAL	70	100%
<b>Fuente: Ficha de recolección de datos MEL</b>		

## VII. DISCUSIÓN

Es conocido que durante la década de los 80, 90 y año 2000 en adelante, la incidencia de operación cesárea se ha incrementado llegando a tasas altas (2). Así como también, el embarazo adolescente es ahora un problema de salud pública, demostrando que aumenta en frecuencia en diferentes estudios. No obstante, la adolescencia no es un factor indicativo para cesárea. En las adolescentes, aun en menores de 15 años, no es obligatorio realizar cesárea. Es posible que con el inicio de la pubertad se presentan modificaciones en la cintura pélvica, con una preparación temprana para permitir una gestación y un parto precoz. La pelvis de la adolescente en ambas etapas predominantemente la etapa tardía suele tener características parecidas a la de la mujer adulta. (17)

El presente estudio en el HSMSI. periodo 2012 presenta una tasa de 22.2% de cesáreas en adolescentes del total de cesáreas que hubieron, cifra que es alta según lo recomendado por la OMS no superar el 15%; Lo que difiere muy poco a lo reportado a nivel internacional, así tenemos: En Colombia, las cifras bordean a la nuestra SAUCEDO (16) (2003) el Hospital General de Manzanillo presentó una tasa de 20,6%, MONTERROSA Y ARIAS (15) (1993 -2005) evidenció un incremento rápido en el Hospital de Maternidad "Rafael Calvo" reportando una media de 24.5% del total de años estudiados. En Ecuador, cifras bordearon y otras superaron a la nuestra como reporta SALAZAR Y VÉLEZ (14) (2005) el Hospital Maternidad "Enrique C. Sotomayor" 23%, HUACHAMÍN (10) (2009-2010) el Hospital "Provincial General de Latacunga" 17%, ÁVILA Y VALLEJO (9) (2000) el Hospital "Esmeraldas Delfina Torres de Concha" 40%, BUSTAMANTE (8) (2006 – 2011) el Hospital "Pablo Arturo Suarez" reporta una media de 13%. En Venezuela, la cifra fue muy alta a la nuestra como reporta DUERTO Y NUÑEZ (11) (2009) el Complejo Hospitalario Universitario "Ruíz y Páez" 52,48%. En Argentina, la cifra bordeó a la nuestra PARDO ( ) (2006) el Hospital Materno "JULIO C. PARRANDO" 25% y en España, GONZALES (11) (2007) el Hospital Universitario "Dr. Luis Razetti" 22.13% a pesar de ser un país desarrollado por ende contar con mejor ciencia y tecnología bordea a nuestra cifra. En Perú, a nivel de ESSALUD, URBINA. (19) reporta el Hospital Nacional "Rebagliati Martins" (2000- 2004) 41,5%, la cifra es casi el doble de la nuestra y a pesar que es un hospital de mayor nivel de atención, en que se esperaría una menor cifra, CAM (20) el Hospital Materno – Infantil Canto Grande con 29,8% la cifra es alta a la nuestra MINSA, tenemos que en dos hospitales las cifras son inferiores y una es superior a la nuestra ABAD (21) el Hospital Nacional "Hipólito Unánue" (1999) 17,9%, AVILÉS Y FALCONÍ (23) (2001) Hospital "Arzobispo Loayza" 31.97%, BRUNNER Y HUASASQUICHE (22) (2002) Hospital "San José", Callao 11,83%.

A nivel local, GUILLÉN (26) (1999-2001) el Hospital “Santa María del Socorro” – Ica, reportó una tasa de 18,62 % de cesáreas en adolescentes de un total 918 casos. Como vemos la frecuencia de cesáreas en adolescentes muestra una alarmante tendencia a seguir aumentando, lo cual se ve reflejado en lo encontrado en el presente estudio, respecto a los diagnósticos cuando se analizó las historias clínicas muchas de éstas decían como diagnóstico post- operatorio confirmado cuando realmente no lo era, evidenciado solo uno o muy poco el doble diagnóstico que justificó la cesárea como se encontró (54 casos) 43.5% no presentaron diagnósticos justificados para realizar una cesárea y las correctamente indicadas por ende justificadas fueron (70 casos) que representaron al 56.5% de los casos estudiados, cifra que es alarmante. Pudiendo existir una mala evaluación clínica del paciente por parte del personal médico. Esto también se evidenció en otros estudios BARRIGA (5) Y REJAS (23) demuestran el uso de amplias indicaciones de cesáreas, las cuales no son justificadas ni confirmadas con el post- operatorio lo que muchas veces exponen a la madre y al neonato a mayores complicaciones. No se discute la validez de la operación cesárea cuando está de por medio una indicación absoluta como hemos mencionado por ejemplo en la presentación podálica. El absolutismo en la indicación de cesárea como la presentación podálica se ampara fundamentalmente en razones de tipo legal, que han llevado a una medicina defensiva, al considerarla más segura para el feto. El empleo creciente de la cesárea puede deberse a factores que afectan al médico como: menor ganancia y mayor esfuerzo, aplicado en el parto vaginal. El aprendizaje de los futuros obstetras, en la etapa de la residencia; la sobrecarga asistencial de una población creciente cada vez más informada (o pseudoinformada), por solicitud de las embarazadas que eligen la cesárea, y demandante argumentando mayor seguridad para su hijo; por razones de comodidad; por razones de tipo estético; por temor a los prolapsos genitales o a las disfunciones sexuales, por miedo al dolor fundamentalmente. Cifras altas como las mostradas en este estudio deben de ser motivo de reflexión y análisis. Como al encontrar (54 casos) 43.5% de cesáreas innecesarias, le quitáramos este porcentaje al total de la tasa de cesáreas (22.2%) encontrada en el HSMSI, bajaría en un 8%, por consiguiente si se hiciera un mejor diagnóstico sería un porcentaje menor a las estadísticas nacionales e internacionales. Dados los argumentos previamente nombrados, creo que corresponde al médico la responsabilidad de guiarse por su conocimientos, por su criterio profesional y ético, y de aconsejar a la madre, acerca de los pro y contra de las distintas opciones, y pueda contar con la preparación física y psíquica adecuada para llegar a la culminación de su embarazo en la forma más fisiológica posible, redundando esto, en definitiva en un mayor bienestar materno-fetal a corto y largo plazo, con menores costos para el sistema de salud.

Con respecto a las principales indicaciones de cesárea fueron por causas fetales, seguido de causas maternas y luego causas placentarias ovulares. Por causas maternas predominó uno de los trastornos hipertensivos frecuentes la Hipertensión gestacional, que sumado a los otros trastornos encontrados como la Preeclampsia y Eclampsia resulta un mayor porcentaje, seguidos de CST anterior + PIG corto por causas fetales fue el sufrimiento fetal agudo, seguido descenso detenido de la presentación y distocia de variedad de posición (DVP): Occipito persistente por causas placentarias u ovulares predominaron Distocia funicular, Ruptura prematura de membranas y Oligohidramnios. No se pudo comparar con otros estudios, ya que éstos solo reportan indicaciones generales.

El presente estudio se obtuvo (119 casos) 96% perteneciera a la etapa tardía. Al igual que otros estudios reportan: Venezuela, DUERTO(11) 90.55%, ABREO(12) aumenta conforme se acercan a los 20 años .Perú, ESSALUD; URBINA (19) el mayor porcentaje fue entre los 17 y 19 años de edad, En MINSA, AVILÉS(23) y BRUNNER (22) 11,50% y 10,84% del total de cesáreas respectivamente. Lo que difiere GUILLEN (26) (1999-2001) encuentra a la edad temprana 33,4% dominante lo que demuestra que se ha invertido la frecuencia de cesáreas en adolescentes a la etapa tardía en nuestro Hospital.

Con respecto a las características socioculturales: El estudio reporta que eran lugares más cercanos al nosocomio (cercado de Ica, Parcona y Tinguña), lo cual no se pudo comparar con otros estudios. El estado civil, debido a las características socioeconómicas y culturales de las gestantes que acuden a nuestro nosocomio, se esperaba que la mayoría no tuviera un compromiso formal; así, se encontró que el 64,5% era conviviente, 31,5% soltera y 9% casada igual que en el estudio de GUILLEN(26), lo que aumenta el riesgo perinatal y disminuye las condiciones de bienestar de la madre, el feto y el recién nacido. Así también se encontró que muy pocas adolescentes completan su secundaria, lo que es una problemática ya que probablemente permanecerán con este limitante grado de instrucción, además son la gran parte son amas de casa cuando la mayoría debería continuar estudiando, lo cual es preocupante, ya que condicionan a la población adolescente a un menor desarrollo social y económico, que repercutirá seriamente en las generaciones siguientes.

Con relación a las características obstétricas, los controles prenatales que tuvieron las gestantes adolescentes cesareadas, se identifica 53.2% recibieron controles adecuados (6 controles a más), pero aún existe un 9.7% que no se realizó ningún control prenatal, lo cual es preocupante que aún existe madres irresponsables de su embarazo. Lo que difiere CAM (20) y GUILLEN (26) reporta que la mayoría contaba con controles prenatales adecuados. La mayoría eran nulíparas (87.1%)

coincidió con lo encontrado con otros estudios URBINA (19) y GUILLEN (26) hubo 12.9 % de madres adolescentes que ya tenía uno o más hijos. Antecedentes de cesárea se identifica que el 91.1% de las adolescentes era su primera cesárea (primaria), y solo el 8.9% de las adolescentes sería una nueva cesárea y la edad gestacional al momento del parto fue mayor de 37 semanas en 88.7 %, lo que coincide con otros estudios URBINA (19) y GUILLEN (26). La edad gestacional el 79.8% fue por su fecha de última regla (FUR) en los estudios analizados no especifican estos datos en adolescentes.

## VIII. CONCLUSIONES

Durante el año 2012, el Hospital Santa María del Socorro de Ica, la tasa de cesáreas en pacientes adolescentes (10 – 19 años de edad) resultó 22.2% con respecto al total de gestantes que terminaron en cesárea, lo que implica un aumento desde el último estudio en el mismo Hospital y con respecto al ámbito nacional e internacional.

1. Las principales cesáreas en adolescentes que fueron correctamente indicadas por ende justificadas fueron 70 casos que representaron al 56.5% de los casos estudiados.
2. De los diagnósticos injustificados (54 casos) 43.5% no presentaron diagnósticos justificados para realizar una cesárea, por lo que expusieron innecesariamente a un acto quirúrgico a las pacientes.
3. La alarmante cifra cesáreas innecesarias, se puede deber a que existe una mala evaluación clínica del paciente por parte del personal médico al considerar la cesárea “más segura para el feto”. Así como se ve mayormente donde hay embarazadas que eligen la cesárea, argumentando mayor seguridad para su hijo y por miedo al dolor fundamentalmente y no prima el criterio del médico y los riesgos consiguientes.
4. Se obtuvo como principales diagnósticos justificados, en primer lugar con doble diagnóstico a la CST ANTERIOR + PIG corto, seguido de distocia de variedad de posición occipito transversa persistente y Condilomatosis genital entre otros en menos frecuencia.
5. Las indicaciones por causas maternas predominó uno de los trastornos hipertensivos frecuentes la Hipertensión gestacional, que sumado a los otros trastornos encontrados como la Preeclampsia y Eclampsia resulta un mayor porcentaje, seguidos de CST anterior + PIG corto, Condilomatosis genital.
6. Las indicaciones de cesárea por causas fetales predominaron el sufrimiento fetal agudo, seguido descenso detenido de la presentación y distocia de variedad de posición (DVP): Occipito persistente.
7. Las indicaciones de cesárea por causas placentarias u ovulares predominaron Distocia funicular, Ruptura prematura de membranas y Oligohidramnios.

8. Respecto a los grupos étnicos, la cesárea predominó en la etapa tardía de la adolescencia siendo la edad promedio de las adolescentes 17.3, La edad mínima encontrada 13 años.
9. Respecto a las características socioculturales la mayoría eran amas de casa, convivientes, no terminaron la secundaria y otras si contaban con secundaria completa, procedían de lugares cercanos al Hospital como Ica cercado, Parcona y Tinguíña.
10. Respecto a las características obstétricas, la mayoría de ellas era su primer embarazo, la mitad de ellas tuvieron control prenatal adecuado (6 controles a más), llegando a terminar su embarazo con una edad gestacional a término guiadas por la fecha de última regla (FUR).

## IX. RECOMENDACIONES

Frente a los resultados descritos, considero necesario lo siguiente:

- Promoción e implementación de programas de Salud Sexual y Reproductiva en los colegios desde el primer año de educación secundaria debido al inicio temprano de relaciones sexuales que conllevan a los embarazos adolescentes. Así mismo, esto no sería efectivo sin un trabajo conjunto con los padres, lo cual se podría mejorar mediante la comunicación a través de la fomentación de escuelas para padres. Igualmente, la Consejería y Planificación Familiar debe ser diferenciada y enfocada tanto para la población adulta como para la población adolescente.
- Evaluar cuantas de las adolescentes que culminan en cesárea, se les realiza conducción de trabajo de parto antes de tomar la decisión de la vía abdominal es decir realizar una evaluación obstétrica integral y objetiva para determinar la conducta a seguir, todo ello con el fin de disminuir aquellas cesáreas que pueden ser evitables.
- Deben de reevaluarse los protocolos de indicaciones de cesáreas y realizarse discusiones clínicas de los casos de cesáreas dado el alto porcentaje de cesáreas innecesarias que tiene el HSMSI.
- Impulsar una mejora en cuanto a la calidad del registro capacitando al personal asistencial responsable de llenar los libros de sala de partos y centro quirúrgico para que no se pierda ningún dato de algún paciente y así acceder directamente al sistema Informático Perinatal no existiendo dificultades para próximas investigaciones.
- Evaluar a profundidad las estadísticas recientes de partos en adolescentes para tomar medidas preventivas en las posibles complicaciones que implican las intervenciones cesáreas, tomando en cuenta el adecuado llenado de historias clínicas y la determinación de un diagnóstico correcto que facilite las próximas investigaciones y así poder descartar indicaciones no específicas.

## **X. FUENTES DE INFORMACIÓN:**

- 1.- **SALINAS H. (2007)** Estado de la cesárea en Chile. Riesgos y beneficios asociados a esta intervención. Rev med HCUCH. 2007; 18: 168 – 178.
- 2.-**WORLD HEALTH ORGANIZATION.** Appropriate technology for birth. Lancet 1985;2:436-7.
- 3.- **SUÁREZ L. Y COL (2012).** Encuesta nacional de salud y nutrición. Elevada recurrencia a las cesáreas: revertir la tendencia y mejorar la calidad en el parto. Instituto nacional de salud pública de México. (Citado: Julio 2013) Disponible en: <http://ensanut.insp.mx>
- 4.- **INEI (2012).** Estado de la población peruana. Pp.32 páginas. (Citado: Julio 2013) Disponible en: <http://www.inei.gob.pe/>
- 5.- **ARANCIBIA (2002)** Operación Cesárea: Recuento Histórico. Rev. Salud pública. 4 (2): 170 -185.
- 6.- **LUGONES (2001)** La Cesárea en la Historia. Rev Cubana Obstet Ginecol; 27(1):53-6
- 7.- **BARRIGA A. Y COL (2012)** “Indicación de cesárea en el instituto materno infantil Bogotá - Colombia. Serie de casos”. En Revista de la Facultad de Medicina. Vol. 60 No. 2.
- 8.- **BUSTAMANTE Y ZAPATA (2012)** Frecuencia e Indicación cesárea en las adolescentes atendidas en el Hospital “Pablo Arturo Suarez “de la ciudad de Quito, de enero 2006 hasta diciembre 2011. En su tesis de grado. Universidad central del Ecuador.
- 9.- **ÁVILA Y VALLEJO (2011)** Causales de cesáreas en primigestas adolescentes atendidas en Hospital “Delfina Torres de Concha” de la ciudad de Esmeraldas, Ecuador. Estudio prospectivo, transversal. Haciendo revisión de las historias clínicas. En su tesis de grado. Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí.
- 10.- **GUACHAMÍN (2010)** Embarazo en la adolescencia y sus complicaciones clínico quirúrgicas Hospital Provincial general de Latacunga. Ecuador. De setiembre 2009 – marzo 2010. En su tesis de grado. Escuela superior politécnica de Chimborazo.
- 11.- **DUERTO Y NUÑEZ (2009).** Culminación de embarazos: cesárea vs. Parto en adolescentes, complejo Hospitalario universitario “Ruiz Paéz”, Ciudad Bolívar,

EDO de agosto a setiembre del 2009. En su tesis de grado: Universidad de oriente núcleo bolívar. Escuela de ciencias de la salud "DR. FRANCISCO BATTISTINI CASALTA"

**12.- ABREO G. Y OTROS (2009)** "Vías de terminación de embarazo adolescente versus embarazo adulto". En: Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina. N° 12 191 Marzo 2009. Pp. 12-16.

**13.- GONZALES G. Y GONZALES C. (2009)** Indicaciones de cesárea segmentaria en adolescentes; HOSPITAL UNIVERSITARIO "Dr. LUIS RAZETTI", Barcelona. ESTADO ANZOÁTEGUI .AÑO 2007. España. Tesis de grado.

**14.- SALAZAR D. Y VÉLEZ N. (2008).** Incidencia y principales causas de cesárea en pacientes atendidas en la maternidad "ENRIQUE C. SOTOMAYOR", periodo comprendido entre julio 2005 a septiembre 2005. En Revista de "Medicina" Vol. 14 N° 3: 212-216.

**15.- MONTERROSA – CASTRO A. Y ARIAS- MARTÍNEZ M. (2007)** Partos vaginales y cesáreas en adolescentes: comportamiento entre 1993 y 2005 hospital de maternidad "RAFAEL CALVO", Cartagena (Colombia). En revista colombiana de obstetricia y ginecología; vol. 58 N° 2: 108-115.

**16.- SAUCEDO M. (2006)** ¿La adolescencia es un factor de riesgo para cesárea? al hospital general de Manzanillo. En su tesis de post grado en Ginecología y obstétrica. Universidad de Colima.

**17.- PARDO L. Y OTROS (2005)** incidencia y principales indicaciones de cesárea en: revista de posgrado de la Via cátedra de medicina - N° 150 – octubre pp. 9-12.

**18.- AVANZA MJ. Y OTROS (2004)** "Frecuencia e indicaciones de cesárea en la población adolescente de un centro hospitalario". En: Revista Médica del Nordeste –N° 5 – Marzo .Pp. 12-16.

**19.-URBINA C. Y PACHECO. J (2006).** Embarazos en adolescentes. En: Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia; 52(1):118-123.

**20.- CAM G. Y COL (2005).** "Estudio descriptivo, retrospectivo y transversal de las cesáreas en el HOSPITAL MATERNO- INFANTIL CANTO GRANDE". En la revista peruana de ginecología y obstetricia.

**21.- ABAD P. Y COL (2004)** "Cesáreas en adolescentes. Hospital "HIPÓLITO UNÁNUE". LIMA- PERÚ. En Revista peruana de Ginecología de obstetricia; vol. 50 (4): 202-208.

**22.- BRUNNER Y HUASASQUICHE (2003)** Operación cesárea en el Hospital "SAN JOSÉ" MINSA, Callao. Marzo- agosto 2002 (Tesis para obtener el título de médico cirujano) ICA. Facultad de Medicina Humana "DAC" Universidad Nacional San Luis Gonzaga; 2008. Pp 90 Páginas.

**23.- AVILÉS Y FALCONÍ (2001).** Cesárea, incidencia, indicación y morbimortalidad materna en el Hospital Arzobispo Loayza – Lima. Enero a diciembre 2000. (Tesis para obtener el título de médico cirujano) ICA. Facultad de Medicina Humana "DAC" Universidad Nacional San Luis Gonzaga; 2008. Pp 90 Páginas.

**24.- REJAS M. Y COL (2004).** Indicaciones de cesáreas en el hospital de apoyo departamental de salud de Ica (HADSI julio – diciembre 2002") (Tesis para obtener la especialidad de Gineco- obstetricia). ICA: Facultad de Medicina Humana "DAC", Universidad Nacional San Luis Gonzaga; 2004. PP. 57 Páginas.

**25.- GUILLEN F. Y COL (2002)** "Prevalencia de cesáreas en adolescentes en el hospital Santa María del Socorro" ICA enero 1999 – diciembre 2001". (Tesis para obtener el título de médico cirujano) ICA. Facultad de medicina humana "DAC" Universidad Nacional San Luis Gonzaga; 2008. Pp 90 Páginas.

**26.- OMS (2012).** Adolescencia Manual Clínico: Manejo Integral de Adolescentes con Enfoque de Derechos. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Paraguay. Pp. 168 páginas. (Citado: Julio 2013) Disponible en: <http://www.who.int/es/>

**27.- INEI (2012)** "Situación del Embarazo Adolescente. Avances y Desafíos en la Salud Sexual y Reproductiva de las y los Adolescentes". Pp. 30 páginas. (Citado: Julio 2013) Disponible en: <http://www.inei.gob.pe/>

**28.- INEI (2010) PERÚ:** Situación Social de las Madres Adolescentes, 2007. Pp. 359 páginas. (Citado: Julio 2013) Disponible en: <http://www.inei.gob.pe/>

**29.- MINISTERIO DE SALUD (2010).** Atención de la salud sexual y reproductiva en los servicios de salud 2005-2008. Pp. 66 páginas. (Citado: Julio 2013) Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/>

**30.- LAGUADO N. Y OTROS. (2011).** Factores maternos y fetales que inducen a un parto por cesárea. En revista: ciencia y cuidado. Volumen 8, número 1. Pp. 55-60.

**31.- MEDINA A. (2010).** Centro de estudios para el adelanto de las mujeres y la equidad de género. El embarazo en edades tempranas en México. 63 páginas

(citado: Julio 2013) Disponible en: [http://archivos.diputados.gob.mx/centros estudio/ceameg/inv finales 08/ DP2/2 17.pdf](http://archivos.diputados.gob.mx/centros_estudio/ceameg/inv_finales_08/DP2/2_17.pdf).

**32. - WORLD HEALTH ORGANIZATION (OMS) (2012).** Maternal mortality. Fact sheet No.348, May 2012. (Citado: setiembre 2013) Disponible en: <http://www.who.int/es/>

**33.- BONILLA F. (2007)** Obstetricia, Reproducción y Ginecología Básicas Madrid. España, editorial médica panamericana. Pp.1218 páginas.

**34. - CABERO S. (2009)** Operatoria Obstétrica: Una Visión Actual. Editorial médica panamericana. Madrid España. 376 páginas. Pp. 330- 331.

**35.- CABERO L. Y COL (2007).** Obstetricia y medicina materno-fetal: cesárea. Editorial médica panamericana. Madrid. España .1400 páginas. Capítulo 49: la inducción del parto. pp. 389 - 340.

**36.- PACHECO Y COL (2007).** Ginecología obstetricia y reproducción. Lima - Perú. Segunda edición. 1474 páginas .PP.1321- 1325

# **ANEXOS**

<b>MATRIZ DE CONSISTENCIA</b>			
<b>DEFINICIÓN DEL PROBLEMA</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>VARIABLES</b>	<b>METODOLOGÍA</b>
<p>¿Cuáles son los principales diagnósticos que justificaron la intervención de cesárea en las pacientes adolescentes del "HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO DE ICA", periodo 2012?</p>	<p><b>OBJETIVO GENERAL:</b></p> <p>Determinar los principales diagnósticos que justificaron la intervención de cesárea en las pacientes adolescentes del "HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO DE ICA", periodo 2012.</p> <p><b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar la tasa de pacientes adolescentes que terminaron en cesárea.</li> <li>• Determinar las principales indicaciones de cesáreas por causas maternas.</li> <li>• Determinar las principales indicaciones de cesáreas por causas fetales.</li> <li>• Determinar las principales indicaciones de cesáreas por causas ovulares- placentarias.</li> <li>• Señalar la procedencia, el estado civil, grado de instrucción, ocupación, la paridad, control prenatal, la edad gestacional de las pacientes adolescentes.</li> </ul>	<p><b>VARIABLE DEPENDIENTE:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacientes adolescentes</li> </ul> <p><b>VARIABLE INDEPENDIENTE:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indicaciones de cesárea por causas maternas</li> <li>• Indicaciones de cesárea por causas fetales</li> <li>• Indicaciones de cesárea por causas placentarias - ovulares.</li> <li>• Paridad</li> <li>• Control prenatal</li> <li>• Edad gestacional</li> <li>• Antecedente de cesárea</li> </ul> <p><b>VARIABLE INTERVINIENTE:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad materna</li> <li>• Estado civil</li> <li>• Grado de instrucción</li> <li>• Ocupación</li> <li>• Procedencia</li> </ul>	<p><b>DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:</b></p> <p>Es de tipo retrospectiva, descriptiva, longitudinal.</p> <p><b>POBLACIÓN Y MUESTRA:</b></p> <p>La población de estudio está conformada por 582 pacientes que terminaron en cesárea en el "Hospital Santa María del Socorro de Ica", periodo 2012; siendo 129 pacientes adolescentes.</p>

## FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS MEL

1.- PACIENTE: \_\_\_\_\_ N° HC: \_\_\_\_\_

2.- EDAD:

- ADOLESCENTE TEMPRANA: 10-14 AÑOS ( ) \_\_\_\_\_ AÑOS DE EDAD.
- ADOLESCENTE TARDÍA: 15 - 19 AÑOS ( ) \_\_\_\_\_ AÑOS DE EDAD.

3.- ESTADO CIVIL:

SOLTERA ( ) CONVIVIENTE ( ) CASADA ( ) VIUDA ( ) NO REGISTRA ( )

4.- GRADO DE INSTRUCCIÓN:

ANALFABETA ( ) NO REGISTRA ( )

PRIMARIA ( ) SECUNDARIA ( ) TÉCNICA SUPERIOR ( ) SUPERIOR ( )

COMPLETA ( ) INCOMPLETA ( ) \_\_\_\_\_ AÑOS DE ESTUDIOS.

5.- PROCEDENCIA:

ICA ( ): CERCADO DE ICA ( ) PARCONA ( ) TINGUIÑA ( ) LA VENTA ( )

REFERIDO DE: PISCO ( ) CHINCHA ( ) PALPA ( ) NAZCA ( )

6.- OCUPACIÓN:

AMA DE CASA ( ) ESTUDIANTE ( ) NO REGISTRA ( )

7.- PARIDAD:

NULÍPARA ( ) MULTÍPARA ( ) GRAN MULTÍPARA ( )

G\_\_\_ P\_\_\_ A\_\_\_

8.- CONTROL PRENATAL:

NINGUNO ( ) < 6 CPN ( ) > = 6 CPN ( ) \_\_\_\_\_

9.- EDAD GESTACIONAL:

FUR ( ) ECOGRAFÍA ( ) \_\_\_\_\_ SEMANAS

10.- ANTECEDENTE DE CESÁREA:

PRIMARIA ( ) ITERATIVA ( ) \_\_\_\_\_ N° VECES

11.- INDICACIÓN DE CESÁREA:

INDICACIONES	DIAGNÓSTICO PRE- OPERATORIO	DIAGNÓSTICO POST OPERATORIO
MATERNAS	Distocia ósea ( ) Ruptura uterina ( ) Cesareada anterior ( ) Trastornos hipertensivos del Embarazo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipertensión gestacional( )</li> <li>• Preeclampsia ( )</li> <li>• Hipertensión crónica ( )</li> <li>• Eclampsia ( )</li> </ul> Síndrome de Hellp( )  Fiebre materna de etiología a determinar ( ) Condilomatosis genital( ) Comorbilidades: -----	CONFIRMADO ( ) NO CONFIRMADO ( )
FETALES	Sufrimiento fetal agudo ( ) Macrosomía fetal ( ) Distocia: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desproporción céfalo pélvica ( )</li> <li>• Presentación podálica ( )</li> <li>• Otras ( )</li> </ul> Descenso detenido de la presentación ( ) Embarazo múltiple ( ) Embarazo prolongado ( ) Inducción fallida ( )	CONFIRMADO ( ) NO CONFIRMADO ( )
PLACENTARIAS U OVULARES	HEMORRAGIA DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO: ( ) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Placenta previa</li> <li>• Desprendimiento de placenta</li> <li>• Insuficiencia Placentaria</li> </ul> DISTOCIA FUNICULAR: ( ) <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Circular simple del cordón</li> <li>➤ Circular doble de cordón</li> <li>➤ Prócubito de cordón</li> <li>➤ Otros</li> </ul> RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS (RPM) ( )  OLIGOHIDRAMNIOS ( )	CONFIRMADO NO CONFIRMADO ( )

JUSTIFICACIÓN DE LA CESÁREA:

SI ( ) NO ( )

**ESTADÍSTICOS DE LA EDAD, CONTROLES PRENATALES Y EDAD GESTACIONAL DE LAS PACIENTES ADOLESCENTES CESAREADAS - HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO DE ICA, 2012**

ESTADÍSTICOS		EDAD ( AÑOS)	CONTROLES PRENATALES (CPN)	EDAD GESTACIONAL EN SEMANAS
Media		17.3	5.7	38.6
Mediana		18.0	6.0	39.0
Moda		18.0	6.0	39.0
Desv. típ.		1.4	3.4	3.2
Varianza		2.1	11.6	10.0
Asimetría		-0.7	0.0	-6.3
Curtosis		-0.3	-0.9	54.4
Rango		6.0	13.0	32.0
Mínimo		13.0	0.0	10.0
Máximo		19.0	13.0	42.0
Percentiles	5	15.0	0.0	36.0
	15	16.0	1.8	37.0
	25	16.0	3.0	38.0
	50	18.0	6.0	39.0
	75	18.0	8.0	40.0
	95	19.0	11.0	41.0

Fuente: Ficha de recolección de datos MEL