

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN  
CRISTÓBAL DE HUAMANGA**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**



**TESIS**

**“FACTORES ASOCIADOS A PARTO POR CESAREA EN  
ADOLESCENTES Y ADULTAS. HOSPITAL REGIONAL DE  
AYACUCHO. SETIEMBRE - NOVIEMBRE 2016.”**

**Presentado por**

**Bachiller Denis Lizbeth PALOMINO CRESPO**

**ASESOR**

**Mg. Obst. Roaldo PINO ANAYA**

**AYACUCHO – PERÚ**

**2017**

## ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS

RESOLUCION DECANAL N° 242-2017-FCSA-UNSCH-D

Bachiller: Denis Lizbeth Palomino Crespo

A los veintisiete días del mes de octubre del 2017 siendo las diez y veinte de la mañana, los miembros del jurado calificador reunidos en el local del auditorio de la escuela de formación profesional de Obstetricia, Dr. Emilio Ramírez Roca (Decano), Mg. Oriol Chuchón Gómez (Jurado), Dra. Delia Anaya Anaya (Jurado), y como asesor al Mg. Roaldo Pino Anaya, actuando como secretario docente al Mg. Pavel Alarcón Vila; el Decano da inicio al acto de sustentación dando lectura a la R.D. N° 242-2017-FCSA-UNSCH-D, seguidamente invita a la Srta. Sustentante a exponer su trabajo de Investigación titulado “FACTORES ASOCIADOS A PARTO POR CESAREA EN ADOLESCENTES Y ADULTAS. HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO. SETIEMBRE- NOVIEMBRE 2016”.

La Srta. Denis Lizbeth Palomino Crespo, da inicio a su exposición con la introducción, tipo de investigación objetivos, metodología, resultados y discusión, concluida la exposición el Sr. Decano invita a la profesora Delia Anaya Anaya a realizar las preguntas y/o aclaraciones si hubiera, seguidamente invita al profesor Oriol Chuchón Gómez, seguidamente hace las preguntas para dar pase al asesor el profesor Roaldo Pino Anaya, concluida con esta parte del acto académico, el Sr. Decano invita a la Srta. Sustentante y al público presente a abandonar momentáneamente el auditorio para la calificación y deliberación del acto de sustentación, por lo que los miembros proceden a la evaluación.

Luego de la evaluación por parte del jurado calificador la Srta. Sustentante obtiene los siguientes resultados.

Bachiller: Denis Lizbeth Palomino Crespo.

	Texto	Exposición	Rpta Preg.	Promedio
Dr. Emilio Ramírez Roca	17	17	17	17
Mg. Oriol Chuchón Gómez	17	17	17	17
Dra. Delia Anaya Anaya	18	18	18	18

Promedio final:

De los resultados de la evaluación la Srta. Bachiller Denis Lizbeth Palomino Crespo obtiene la nota final de Diecisiete (17) por unanimidad, para lo cual los miembros del jurado calificador firman al pie de la presente.

Siendo las doce del mediodía se da por concluido el presente acto de sustentación.

-----  
Dr. Emilio Ramírez Roca  
Decano

-----  
Mg. Oriol Chuchón Gómez  
Jurado

-----  
Dra. Delia Anaya Anaya  
Jurado

-----  
Mg. Roaldo Pino Anaya  
Asesor

-----  
Pavel Alarcón Vila  
Secretario Docente

## **DEDICATORIA**

### **A mi madre Emilia.**

Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.

### **A mi padre Raúl.**

Por los ejemplos de perseverancia y constancia que lo caracterizan y que me ha infundado siempre, por el valor mostrado para salir adelante y por su amor.

### **A mis familiares.**

A mi hermana Mireya por ser el ejemplo de una hermana de la cual aprendí aciertos y de momentos difíciles; y a todos aquellos que participaron directa o indirectamente en la elaboración de esta tesis.

¡Gracias a ustedes!

## **AGRADECIMIENTO**

Yo agradezco primeramente a Dios por haberme dado fuerza y valor para poder culminar esta etapa de mi vida, a mis padres que han dado todo el esfuerzo para que yo ahora este culminando esta etapa de mi vida y darles las gracias por apoyarme en todos los momentos difíciles de mi vida tales como la felicidad la tristeza pero ellos siempre han estado junto a mí y gracias a ellos soy lo que ahora soy y con el esfuerzo de ellos y mi esfuerzo ahora puedo ser una gran profesional y seré un gran orgullo para ellos y para todos los que confiaron en mí.

## ÍNDICE

**Pág.**

### **INTRODUCCIÓN**

#### **CAPÍTULO I**

<b>1. EL PROBLEMA</b>	9
1.1. Planteamiento del problema	9
1.2. Formulación del problema	13
1.3. Objetivo de la investigación	14
1.3.1. Objetivo general	14
1.3.2. Objetivos específicos	14

#### **CAPITULO II**

<b>2. MARCO TEÓRICO</b>	
2.1. Antecedentes del estudio	15
2.2. Base teórica científica	23
2.2.1. Embarazo en la Adolescencia	23
2.2.2. Cesárea	24
2.2.3. Indicaciones para la Cesárea	26
2.2.4. Factores asociados a parto por cesárea	27
2.2.5. Cesárea en adolescentes	30
2.2.6. Cesárea en adultas	33
2.3. Definición conceptual de términos	35
2.4. hipótesis	37
2.5. Variables e indicadores	37
2.6. Operacionalización de variables	38

## CAPITULO III

### **3. MATERIALES Y MÉTODOS**

3.1. Tipo de investigación	39
3.2. Nivel de investigación	39
3.3. Diseño de investigación	39
3.4. Método de estudio	39
3.5. Población y muestra	39
3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	41
3.7. Procedimiento de recolección de datos	41
3.8. Procesamiento y análisis de datos	42
3.9. Analisis estadístico	42

## CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN	43
CONCLUSIONES	69
RECOMENDACIONES	70
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71

### **ANEXO**

- Ficha de recolección de datos	74
---------------------------------	----

## **INTRODUCCIÓN**

El embarazo adolescente es un problema social, económico y de salud pública de considerable magnitud, tanto para los adolescentes como para sus hijos, pareja, familia, ambiente y comunidad que los rodea. Las adolescentes que asumen la maternidad tienen mayor probabilidad de tener un parto prematuro, amenazas de aborto, infecciones vaginales, sangrados, pre-eclampsia, eclampsia, anemia e incluso presentar otras complicaciones que podrían llevarla a la muerte.<sup>1</sup>

En el Perú 21% de la población total es adolescente, y la edad promedio de la relación sexual es entre los 13 - 14 años en varones y 15 años en mujeres; 13.7% de las adolescentes peruanas están embarazadas o ya son madres en el país. Hay más de 500 mil nacimientos por año, 20% de estos se da en adolescentes. Generalmente 3 de cada 10 sexualmente activas ya son madres o están gestando. Más del 50% de las adolescentes gestantes no deseaban tener a sus hijos. Los departamentos con mayor porcentaje de adolescentes embarazadas son:

Loreto (34,4%), Ucayali (27%), Amazonas (26,5%), Huancavelica (24,9%), Madre de Dios (23,6%), Ayacucho (21,3%), Apurímac (20,4%) y Moquegua (7,1%).<sup>2</sup>

Según la OMS Las adolescentes de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años tienen dos veces más probabilidades de morir durante el embarazo o el parto que las mujeres de 20 a 30 años de edad. Para las menores de 15 años, los riesgos son cinco veces mayores (57%). Por cada adolescente que muere en el parto, hay muchas más que padecen lesiones, infecciones y discapacidades prolongadas, como la fístula obstétrica.<sup>3</sup>

Estudios realizados en Colombia reportaron que la vía de finalización del embarazo más común en la población adolescente y adulta fue el parto vaginal (63,80 vs. 56,86%), seguida de la cesárea (32,8 vs. 36,9%) y menos frecuentemente el parto instrumentado (3,37 vs. 3,95%). Las principales indicaciones para la realización de cesárea, tanto en las adolescentes como en las adultas jóvenes, fueron las siguientes causas: obstétricas (Bishop desfavorable, detención en la dilatación, desproporción cefalopélvica), en un 46%, seguidas por las maternas, en un 30% (trastornos hipertensivos, anemia, condición materna que limite el parto vaginal) y en un menor porcentaje las fetales (malformaciones, macrosomía, restricción del crecimiento intrauterino, estado fetal insatisfactorio, prematuridad) que corresponden a un 24% del total.<sup>4</sup>

La cesárea por desproporción céfalo pélvica es realizada en adolescentes

en mayor frecuencia que en las adultas. Se conoce en general que en cuanto a la indicación el 85% de las causas generales corresponden a: cesáreas previas, distocia de trabajo de parto, sufrimiento fetal agudo o presentación pelviana.<sup>5</sup>

Por lo indicado se planteó la realización del presente trabajo de investigación a fin de conocer los factores asociados a parto por cesárea en gestantes adolescentes y adultas, mediante una investigación aplicada, cuantitativa de corte transversal, comparativa, determinándose los siguientes resultados: La incidencia de cesárea fue de 376 cesáreas (100%) de las cuales 85%(319) fueron en adultas y 15%(57) en adolescentes. Las principales indicaciones de cesárea en gestantes adolescentes es el sufrimiento fetal (34,2%) desproporción céfalo pélvica (18,4%) y la pre eclampsia (13,2%). Asimismo en las gestantes adultas es el sufrimiento fetal y el pre eclampsia (21%) en ambos casos, y el embarazo prolongado (13,2%). Los factores asociados a la cesárea en las adolescentes ( $p < 0,05$ ) son: La paridad, el nivel de instrucción, el estado civil, la condición económica y la desproporción céfalo pélvica. Existe el riesgo ( $OR > 1,0$ ) de culminar el parto por cesárea en las adolescentes primíparas, de baja condición económica, sin atención prenatal, con sufrimiento fetal y desproporción céfalo pélvica.

## **CAPITULO I**

### **EL PROBLEMA**

#### **1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La maternidad adolescente es una condición que genera interés y preocupación a nivel mundial debido fundamentalmente a la situación de alto riesgo en la que se encuentran la madre adolescente y su niño. Las dificultades asociadas a la maternidad afectan a las adolescentes en diferentes aspectos como el biológico, físico, psicológico, el educativo o el social. Estas circunstancias se agravan cuando la madre adolescente y su hijo se encuentran en un medio marcado por la pobreza económica<sup>6</sup>.

El problema a nivel mundial de los adolescentes es el embarazo. Para la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la proporción de adolescentes en Latinoamérica es de 21% y ha continuado incrementándose en términos proporcionales y absolutos.<sup>3</sup>

Además del incremento en el número de adolescentes embarazadas, el siguiente problema que se debe tratar es el aumento en la incidencia de

cesáreas, lo cual también se ha convertido en un problema mayor para la salud pública a nivel mundial. En las últimas tres décadas, los nacimientos por cesárea se han incrementado dramáticamente, en especial en países en vías de desarrollo, como Brasil, con tasas de cesárea hasta del 36,4%, en comparación con otros países desarrollados, con tasas por debajo del 15%. En Colombia el panorama también es preocupante, con tasas que oscilan entre el 25 y el 30%<sup>7</sup>. Respecto a la realización de cesárea en adolescentes, se sabe que ellas están más expuestas a requerir de esta intervención, en especial por presentar fallas en la progresión del segundo estadio del trabajo de parto e inmadurez de la pelvis, con el aumento secundario en la presentación de distocia y desproporción cefalopélvica; sin embargo, la indicación para su realización de rutina aún no está bien estudiada, y existen datos limitados que ponen en duda esta información.<sup>8</sup>

En los últimos 11 años la tasa de madres adolescentes en el Perú se mantiene casi sin variación, en 13%, y los casos más frecuentes suceden en las regiones de la Selva como el VRAEM, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (Endes) realizada el 2012 por el Instituto Nacional de Estadística e Informática(INEI). "El 13,5% de madres es adolescente, es decir trece de cada 100 peruanas de entre 15 y 19 años ya son mamás o están embarazadas por primera vez. Ayacucho tiene 18,9% en el año 2012. Este resultado no ha variado mucho, porque en el 2000, la cifra era de 13%. Las regiones con más casos son Loreto, Madre de Dios, Ucayali y Amazonas, de igual manera el VRAEM".<sup>9</sup>

Una serie de estudios realizados en poblaciones de similares características, demuestran que el riesgo de cesárea es mayor en las pacientes adolescentes embarazadas. El desarrollo de un trabajo de parto prolongado y expulsivos laboriosos podría influir en la culminación del parto por vía abdominal. Sin embargo, los estudios revelan una baja proporción de depresión respiratoria y asfixia al nacer en hijos de madres adolescentes.<sup>10</sup>

Respecto a las patologías del parto, se señala que mientras más joven es la adolescente, mayores son las complicaciones que pueden ocurrir en relación al parto. Esto es debido principalmente a una falta de desarrollo de la pelvis materna, lo que condicionaría una mayor incidencia de desproporción céfalo pélvica, constituyendo esto, una causa importante de trabajos de partos prolongados y partos por cesárea. Además de la desproporción cefalopélvica, las adolescentes embarazadas tienen mayor riesgo de culminar su parto con laceraciones del cuello uterino, vagina, vulva y periné. Estas complicaciones están dadas principalmente por la condición de inmadurez de estas jóvenes, manifestándose en una estrechez de canal blando.<sup>11</sup>

En la actualidad una de cada diez mujeres adultas tiene sus partos por vía abdominal (cesárea), dicha tasa ha aumentado en forma progresiva en los últimos años. Sin dudas, una explicación para este cambio de dirección de la tasa nacional de cesáreas es el incremento de la preocupación acerca de la seguridad fetal durante el trabajo de parto. Aunque no se pueden catalogar en forma exhaustiva todas las indicaciones necesarias

apropiadas, 85% de las causas corresponden a cesáreas previas, distocia de trabajo de parto, sufrimiento fetal agudo o presentación pelviana.<sup>12</sup>

Las estimaciones globales indican una tasa de cesárea en adultas a nivel mundial del 15%, con una variación del 3,5% en África, a un 29,2% en Latinoamérica y el Caribe. Los estudios de Estados Unidos, el Reino Unido y China reportan tasas entre un 20% y un 25%. Un estudio en Latinoamérica descubrió una variación del 1,6% en un hospital Haitiano, al 40% en Chile, y por encima del 50% en la mayoría de los hospitales privados.<sup>13</sup>

Actualmente existe una controversia sobre la vía de parto ideal en la adolescente embarazada, independientemente de la edad de la misma se debe realizar una valoración obstétrica integral, para así, determinar de una manera objetiva la conducta a seguir. Si se realiza una evaluación obstétrica objetiva y sistematizada a la adolescente embarazada tomando en cuenta no sólo la edad de la paciente como indicación de cesárea, se disminuiría la incidencia de esta operación a corto plazo así como también a largo plazo porque indirectamente se afectaría la frecuencia de cesáreas a repetición.<sup>14</sup>

En el Hospital Regional de Ayacucho, durante el año 2013 se atendieron un total de 747 partos en adolescentes; de los cuales el 32,40%(242) de adolescentes culminaron su embarazo a través de la cesárea, de ellas el 26,91%(201) fueron partos por cesárea realizados de emergencia y 5,49%(41) fueron cesáreas electivas<sup>15</sup>.

Según los datos obtenidos del Sistema Informático Perinatal del mismo hospital fueron atendidas en el servicio de gineco –obstetricia en el año 2015 un total de 2760 gestantes; de las cuales 1417(51,35%) tuvieron parto vaginal y 1343 (48,65%) fueron parto por cesárea, de éstas 660(23,91%) fueron gestantes adolescentes, de los cuales 306 concluyeron en parto vaginal espontáneo, 233 en parto por Cesárea y 121 en aborto, mola o embarazo ectópico. Las adultas fueron 2,100 (76,09%) de ellas 1,110 culminaron su embarazo a través de la cesárea.<sup>15</sup>

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

Bajo la situación problemática planteada se formuló el siguiente problema

**¿Cuáles serán los factores asociados a parto por cesárea en gestantes adolescentes y adultas en el Hospital Regional de Ayacucho, durante los meses setiembre a noviembre del 2016?**

### **1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN:**

#### ***GENERAL:***

Conocer los factores asociados a parto por cesárea en gestantes adolescentes y adultas. Hospital Regional de Ayacucho, durante los meses de setiembre a noviembre 2016.

#### ***ESPECÍFICOS:***

1. Comparar la incidencia de cesárea en las gestantes adolescentes en relación a las adultas.
2. Identificar las principales indicaciones maternas, fetales y mixtas para realizar la cesárea en gestantes adolescentes y adultas.
3. Relacionar las cesáreas de las gestantes adolescentes y adultas con factores como: La paridad, atención prenatal, nivel de instrucción, procedencia, estado civil, condición económica, sufrimiento fetal y desproporción céfalo pélvica.

## CAPITULO II

### MARCO TEORICO

#### 2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

**SAUCEDO, Marcelo (Colombia – 2007) *La adolescencia, ¿Es un factor de riesgo para cesárea?* Objetivos:** Determinar si la adolescencia es un factor de riesgo de cesárea. **Material y Métodos:** Estudio transversal analítico. El universo de estudio: se incluyeron 1136 mujeres en trabajo de parto que acudieron al Hospital General de Manzanillo en los meses de marzo a noviembre 2003 con embarazos mayores a 28 semanas de gestación, adolescentes y no adolescentes. **Resultados:** Del total de la muestra, 226 fueron adolescentes, 178 de ellas tuvieron resolución de su parto por vía vaginal (66,92%), mientras que en 88 pacientes adolescentes la vía de resolución de su parto fue por cesárea (33,08%). De las 870 pacientes no adolescentes 61,1% fueron por via vaginal y 38,9% fueron por cesárea. Del total de pacientes atendidas, 427 fueron cesáreas realizadas y de estas, 88 fueron en

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.<sup>11</sup>

**SALINAS, Ramón et al (Argentina – 2008) Vías de terminación de embarazo en adolescentes versus embarazo adulto. Objetivos:**

Determinar la frecuencia de cesárea en adolescentes (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. **Material y Métodos:** Estudio observacional descriptivo. Unidad de análisis: libro de partos, desde el 1º de abril al 1º 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. (Riesgo relativo [RR] CA = 1,20, intervalo de confianza [IC] = 95%, 0,89- 1,63; odds ratio [OR] = 1,29; IC del 95%, 0,86- 1,94. RR PV = 0,81, IC = 95%, 0,72- 0,91; [OR] = 0,51; IC del 95%, 0,34- 0,76). 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.<sup>4</sup>

***ESQUIVEL, Blanca et al (Mexico-2012) Embarazo en adolescentes y***

***no adolescentes: Resultados Obstétricos y perinatales. Objetivo:***

Evaluar si existen diferencias en la vía de resolución del parto y en los resultados perinatales entre adolescentes y no adolescentes. **Material y**

**métodos:** Estudio prospectivo durante el año 2012 con una muestra de

4271 gestantes, de las cuales 1228 fueron adolescentes (grupo I-28,75%)

y 3043 no adolescentes (grupo II-71,25%). **Resultados:** En las pacientes

del grupo I se encontró un 67,56%(827) de resolución del embarazo por

vía vaginal; el 18,46% (226) operación cesarea y un 13,97%(171) para

aborto, contra 60,09%(1818), 21,18%(792) y 13,25%(401) del grupo II,

( $p < 0,05$ ); las pacientes del grupo I presentaron menor riesgo de culminar

su embarazo por cesarea en comparación con las pacientes del grupo II

(RR 0,71; IC 95%: 0,60-084). De acuerdo al tipo de resolución obstétrica

entre primigestas adolescentes y no adolescentes se encontraron

diferencias en la via de resolución del embarazo con una incidencia de la

operación cesárea del 18,79% y 34,23% respectivamente. **Conclusiones:**

El embarazo en adolescentes no incrementa el índice de cesáreas.

***GALLARDO, Henry et al (Colombia – 2015) Adolescencia materna y***

***su asociación con la realización de la cesarea. Objetivo:*** evaluar la

asociación entre adolescencia y la realización de cesárea en mujeres de

10 a 19 años, en comparación con las que se encuentran en edades entre

19 y 25 años, atendidas en un hospital de Bogotá, y determinar su asociación con variables sociodemográficas y neonatales en términos de prematuridad, Apgar y bajo peso al nacer. **Materiales y Métodos:** se realizó un estudio de casos y controles, mediante un muestreo simple aleatorio, teniendo en cuenta el cálculo de una muestra estadística. Se incluyeron un total de 1.304 casos y 2.608 controles. Se incluyeron pacientes primigestas atendidas en una institución x en un período de tres años, para determinar asociaciones de riesgo mediante análisis de contraste de hipótesis. **Resultados:** El riesgo de cesárea en adolescentes es de (OR 1,13, IC 95% 1,10-1,51). Además, se determinó que en las adolescentes existe un riesgo mayor de bajo peso al nacer (OR 9,4, IC 95% 7,59-11,76), sin diferencia en cuanto al riesgo de Apgar bajo al minuto y los 5 minutos. **Conclusión:** Existe un mayor riesgo de presentar bajo peso neonatal y requerir terminación de la gestación por vía cesárea en adolescentes, en comparación con las adultas jóvenes, especialmente si son menores de 14 años. Se requiere promover campañas para evitar el embarazo adolescente, como principal medida de control sobre esta población.

**ABAD, Pedro. (Lima – 2004) Cesarea en Adolescentes. Objetivos:**

Determinar la frecuencia de cesáreas en gestantes adolescentes y la morbilidad materna y perinatal relacionada. Diseño: estudio retrospectivo de casos y controles en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, Lima, Perú de 1 de enero al 31 de diciembre de 1999. Material y métodos: Estudio de 212 adolescentes sometidas a operación cesárea comparadas con 966

gestantes no adolescentes. La información se obtuvo del banco de datos del Sistema Informático Perinatal. Resultados: 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 cefalopélvica (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. Conclusiones: Casi 20% de las gestaciones fue de adolescentes y de ellas 17,9% terminó su gestación por cesárea, siendo causas principales de cesárea la desproporción cefalopélvica y la distocia de presentación.

**ALBORNOZ, Laidy y REATEGUI, Nivania (Lima – 2013). Cesáreas en adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Santa Rosa durante el periodo 2010 – 2012. Objetivo:** Reconocer los factores característicos de las adolescentes sometidas a cesárea. **Material y Métodos:** Se presenta un estudio descriptivo y cuantitativo. Se incluyeron historias clínicas de adolescentes cesareadas que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, durante el período 2010 – 2012. Encontrándose un total de 530 historias clínicas. **Resultados:** Durante el año 2010, la tasa de cesáreas en adolescentes representó el 44,6%, en el 2011 fue de 42,5%, mientras que en el 2012 fue 38,8%. Con respecto a factores

socioculturales; en lo referido al grado de instrucción, el 56,0% tenía secundaria incompleta, un 30,8% secundaria completa, el 5,1% universitario incompleto, el 4,0% técnico incompleto, el 2,1% técnico completo, el 1,7% primaria incompleta y un 0,4% primaria completa. En cuanto al estado civil, el 62,5% eran solteras, el 35,3% convivientes y el 2,3% casadas. En lo referido al número de gestaciones, el 82,1% eran primigestas, el 16,6% segundigestas y el 1,3% multigestas. Con respecto las atenciones prenatales, el 11,7% no presentaba ninguna atención prenatal, el 52,8% tenía menos de seis atenciones prenatales, mientras que el 35,5% presentaban seis o más atenciones prenatales. Así mismo, los principales diagnósticos de cesárea fueron Sufrimiento Fetal Agudo con 9,6%, Distocia Funicular con 7,3%, Pre eclampsia Leve 7,0% y otras indicaciones no especificadas con 8,7%. Finalmente, con respecto al tipo de cesárea según grado de urgencia, el 71,9% fueron de emergencia mientras que el 28,1% fueron electivas.

**CARPIO, Walter (Chiclayo – 2015). Operación Cesárea; incidencia e indicaciones en el Hospital Naylamp de EsSalud de Chiclayo durante el periodo enero a diciembre 2015.** El trabajo de investigación tuvo como objetivo general: Saber cuál es la incidencia de la operación cesárea y las indicaciones más frecuentes para su ejecución. Además fue una investigación cuantitativa con enfoque descriptivo transversal y analítico en el Hospital Hospital Naylamp de EsSalud-Chiclayo. La muestra estuvo conformada por 154 casos de cesárea en dicho hospital. Se empleó una hoja de recolección de datos. Los resultados se analizaron

en el programa estadístico SPSS versión 21 encontrándose una incidencia de la operación cesárea de 27.70%, entre las principales indicaciones: Cesárea segmentaria previa con 23,4%; presentación Podálica con 22,7%; Desproporción cefalo-pelvica 21,4%; Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta (DPP) con 8,4%, Macrosomia Fetal Mayor de 4.500 gr 6,5% y cesárea a término 90,0%. Por lo que se concluye que la incidencia se encuentra en porcentaje superior al recomendado por la OMS, constituyendo las indicaciones absolutas en un 50.6% y las relativas en un 49.4%, haciendo presente que estas cifras podrían no corresponder exactamente ya que como se informó hay un buen número de pacientes que fueron transferidos para la operación cesárea a un centro de mayor resolución.

**PAUCAR, Lisbeth y GUTIERREZ, Erika (Ayacucho-2015) Frecuencia e indicaciones de parto por cesárea en adolescentes. Hospital Regional de Ayacucho. Septiembre a diciembre 2014. *Objetivos*;** establecer la frecuencia e indicaciones de parto por cesárea en gestantes adolescentes durante los meses de septiembre a diciembre del 2014, en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho. ***Materiales y métodos*;** investigación aplicada, cuantitativa descriptiva de corte transversal, teniendo como población 148 gestantes adolescentes ***Resultados*;** La frecuencia de parto por cesárea de gestantes adolescentes es de 36% (53) cuyas indicaciones más frecuentes para la cesárea fueron: la desproporción céfalo pélvica (20,6%) sufrimiento fetal agudo (11,3%) y la distocia de contracción (9,4%) con un predominio de

cesáreas de urgencia 89% (47). Las características maternas como la edad gestacional, atención prenatal, APGAR neonatal, nivel de instrucción, procedencia, estado civil y condición económica no tienen relación estadísticamente significativa ( $p>0,05$ ) con la incidencia de cesáreas en las adolescentes<sup>24</sup>.

## **2.2. BASE TEORICA CIENTÍFICA**

### **2.2.1 EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA:**

El embarazo en adolescentes es aquella condición de gestación que ocurre en la edad de la adolescencia, que comprende mujeres de 12 hasta 19 años de edad.

Es una condición que mundialmente se encuentra en aumento principalmente en edades más precoces, debido a que cada vez con más frecuencia, la proporción de adolescentes sexualmente activas es mayor, dado fundamentalmente por el inicio precoz de la actividad sexual.

El embarazo en adolescente se ha convertido en un problema de salud pública importante, debido a que básicamente son las condiciones socioculturales las que han determinado un aumento considerable en su prevalencia, aconteciendo con mayor frecuencia en sectores de condición socioeconómicos más disminuidos, aunque se presenta en todos los estratos económicos de la sociedad.<sup>16</sup>

El embarazo en mujeres adolescentes implica alto riesgo obstétrico para el binomio madre-niño, cabe resaltar que los efectos adversos no son sólo consecuencia de la edad materna, sino de la interacción de distintos factores biológicos y sociales, en consecuencia sufren posteriormente problemas de tipo socioeconómicos y psicológicos, como la ansiedad, depresión, deserción escolar, mayor dificultad para conseguir empleo, abandono familiar y de su pareja y finalmente mayor pobreza en la población.<sup>3</sup>

El embarazo en la adolescencia es una de las problemáticas en salud reproductiva más impactante en la sociedad a nivel mundial. 15 millones de adolescentes dan a luz cada año, correspondiendo una quinta parte de todos los nacimientos del mundo. La gran mayoría viven en países en desarrollo. En América Latina y el Caribe, a pesar de que el número de nacimientos entre mujeres de todas las edades ha descendido, entre las adolescentes ha aumentado. Las adolescentes del Caribe y América Latina son responsables por un millón y medio de nacimientos cada año. En zonas rurales de los países andinos, casi la mitad de las mujeres tienen un hijo antes de cumplir 20 años de edad. En Latinoamérica las adolescentes menores de 15 años tienen 70.000 niños por año. Se considera que las adolescentes no están preparadas fisiológica y psicológica para enfrentar la maternidad. Existe una necesidad imperiosa de incorporar a los adolescentes como un grupo especial en las políticas de salud y planificación familiar.<sup>18</sup>

### **2.2.2. CESÁREA**

La cesárea es un procedimiento quirúrgico obstétrico mediante el cual se extrae el producto de la concepción realizando una incisión a través de la pared abdominal y el útero.<sup>6</sup>

La operación cesárea, inicialmente reservada sólo para algunos casos excepcionales, es hoy en día, por mucho, la cirugía abierta más frecuentemente realizada en las mujeres. De hecho, en las últimas dos

décadas, su uso se ha incrementado, tanto que lo que inicialmente surgió como una solución, ahora se vislumbra como un problema.

La cesárea, definida como el nacimiento del feto a través de incisiones en las paredes abdominal (laparotomía) y uterina (histerotomía) (5), ha representado a inicios de la década de 1970 a lo mucho el 5% de los partos en los países desarrollados; sin embargo, para mediados de la década de 1990 ésta ya incluso había superado el 50% en algunos países. La causa de este fenómeno es multifactorial. Entre las principales condiciones que han determinado el incremento de las cesáreas en todo el mundo tenemos: el incremento del embarazo adolescente, la mejora de las técnicas quirúrgicas y anestésicas, los cambios demográficos y socioculturales, una mejor percepción de seguridad de este procedimiento, el incremento de las “prácticas defensivas” por parte de los médicos gineco-obstetras, la relativa mejora de los sistemas de salud, y el aumento de la solicitud directa de las pacientes.<sup>17</sup>

La frecuencia de realización de cesáreas se presenta, tanto en el ámbito público como en el privado, aunque es más marcado en estos últimos. Sardiñas dice que es la era de la moda de la cesárea. La Organización Mundial de la Salud señala que en una institución el porcentaje de cesáreas debe ser de un 15 %, mientras que el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) lo fija en 15,5 %. En el mundo desarrollado desde la década del 70, las tasas de parto por cesárea se han elevado en forma sostenida, evidenciándose que en algunas poblaciones los partos por cesárea representan la cuarta parte o más de

todos los nacimientos. Los índices más altos de cesárea están en América Latina, con un rango entre 16 % y 40 reportan, que en Puerto Rico la frecuencia es de 45 %. En nuestro país, la frecuencia de cesáreas es variable, dependiendo de si se trata de un hospital del Ministerio de Salud, de la Seguridad Social, de un hospital universitario o de la práctica privada.<sup>15</sup>

### **2.2.3. INDICACIONES PARA EL PROCEDIMIENTO DE CESÁREA**

Con respecto a las indicaciones de cesárea, estas se clasifican en: absolutas y relativas. Entre las indicaciones absolutas se encuentran: Situación transversa (ST), Sufrimiento fetal agudo (SFA), Desproporción fetopélvica (DFP), Desprendimiento prematuro de placenta severo (DPP), Placenta previa sangrando (PPS), prolapso del cordón (PC). Entre las relativas: Trastornos hipertensivos del embarazo (THE), Distocias de rotación (DR), Detención de la dilatación y del descenso de la cabeza, Fracaso de inducción, Cesárea previa y Presentación podálica.

Cuando la indicación es absoluta y los beneficios son incuestionables para la madre y/o el feto, no hay ninguna duda de que se está procediendo acorde con los lineamientos éticos. Pero cuando las indicaciones son relativas, puede haber controversias desde el punto de vista ético, pues en muchos de casos, a la paciente se le podría atender el parto por vía vaginal. Consideramos, que en los casos de indicación opcional, definitivamente la conducta no es ética y es a expensas de este tipo de indicación que podríamos descender los índices<sup>16</sup>.

**A. Maternas:**

- Distocia de partes óseas (desproporción cefalopélvica)
- Distocia de partes blandas
- Distocia de la contracción
- Placenta Previa
- Desprendimiento Prematuro de Placenta

**B. Fetales :**

- Macrosomia fetal que condiciona desproporción cefalopélvica
- Alteraciones de la situación, presentación o actitud fetal
- Prolapso del cordón umbilical
- Sufrimiento fetal
- Malformaciones fetales incompatibles con el parto
- Embarazo prolongado con contra indicación para parto vaginal
- Cesárea postmortem

**C. Mixtas :**

- Preeclampsia-eclampsia
- Embarazo múltiple
- Infección amniótica
- Isoinmunización materno-fetal

#### **2.2.4. FACTORES ASOCIADOS A PARTO POR CESAREA**

Los índices de cesáreas pueden ser influenciados por factores distintos a los médicos. Estos pueden ser: filosofía individual y entrenamiento, conveniencia para el doctor y el paciente, nivel socioeconómico del paciente, problemas de pareja, miedo al trabajo de parto entre otros factores y lucro económico de los médicos.

El dilema ético en torno a la operación cesárea deriva de la existencia de dos vías por las cuales se puede resolver un parto, y el obstetra debe juzgar en cada caso particular cuál de estas dos vías representa lo mejor para sus dos pacientes, la madre y el feto.

Se han argumentado como factores que contribuyen a elevar la práctica

de la cesárea, la comodidad del médico, evitando las largas horas de vigilancia del trabajo de parto, mediante un procedimiento más rápido, más controlable y en horarios hábiles; el aprendizaje de los futuros Gineco-obstetras, en la época de la residencia; y por solicitud de la paciente: por temor al dolor o al eventual daño para su hijo; por razones de comodidad, al poder programar su parto; por razones de tipo estético; por temor a los prolapsos genitales o a las disfunciones sexuales<sup>17</sup>.

Además, en la decisión médica participa la autonomía de la madre, que no es sino la decisión de la mujer a favor o en contra de la decisión médica, de acuerdo al bien que ella ve para sí y para su hijo en una determinada vía de nacimiento. Esto ha llevado a diversos grupos a promover ya no tanto el “consentimiento informado” como lo que se ha denominado “elección informada”: una elección basada en la comprensión integral de todas las opciones y de sus posibles riesgos y beneficios. Sin embargo, cuando el cálculo riesgo-beneficio se encuentra en un estado de equilibrio dinámico, surgen los dilemas éticos relativos a la promoción rutinaria de la cesárea electiva como parte del proceso de consentimiento informado para el manejo intraparto, y del peso específico de la solicitud de una cesárea electiva por la madre en la decisión final de la vía de nacimiento.<sup>8</sup>

La cesárea es un tratamiento, tiene indicaciones precisas, y su único objeto es asegurar la salud de la madre y de su hijo, por lo que sólo se debe indicar cuando un parto vaginal sea riesgoso para ellos. Por otra

parte, si bien es cierto que la cesárea representa un riesgo mayor que el parto vaginal, no parece aplicar esta consideración en el contexto de subgrupos de pacientes con algún factor de riesgo, o en los cuales la evolución del parto ya no es fluida.

El antecedente de cesárea también se ha asociado con una mayor probabilidad de placenta previa y placenta acreta, y este riesgo se incrementa con el número de cesáreas. En un estudio del Instituto Nacional de Perinatología se reportó que en mujeres sin antecedente de cesárea, la incidencia de placenta accreta fue de 9.4%; de 21.1% con el antecedente de una cesárea; y de 50% con dos o más cesáreas<sup>18</sup>.

Esta asociación resulta particularmente preocupante debido a que se trata de condiciones que incrementan de manera notable el riesgo de hemorragia peri-parto y de histerectomía obstétrica.

Para proteger a ambos pacientes, el médico debe asegurarse que la paciente comprende los riesgos de la cesárea para sí misma y para su hijo, aprecia que estos riesgos pueden ocurrir y está capacitada para tomar una decisión voluntaria. Una solicitud espontánea, no informada o irreflexiva no alcanza los criterios éticos de un juicio basado en la autonomía. Por otra parte, cuando un médico considera que la cesárea electiva no cae dentro de los límites de una práctica médica aceptable es libre de invocar a la objeción de conciencia individual e informar a la paciente que es incapaz de aceptar su solicitud, así como concertar transferirla con otro médico.

Si por políticas de salud se persigue disminuir la tasa de cesáreas, debe crearse en la madre y en sus familiares, así como en los médicos en ejercicio profesional o en formación, un ambiente favorable hacia un parto vaginal, lo que sólo podrá alcanzarse de manera real cuando se dispongan y se difundan ampliamente, las evidencias científicas que de manera clara y contundente indiquen en qué condiciones la cesárea es más riesgosa para la madre y su hijo, y se reestablezca un clima de confianza entre el médico y sus pacientes.<sup>12</sup>

Las diferentes tasas registradas en los sectores público y privado indican la importante participación de intereses no médicos en los gineco-obstetras al momento de la decisión de realizar una cesárea. Se debe reprobado el abuso de la cesárea, lo que ocurre cuando participan factores distintos al bienestar materno-fetal. En los Estados Unidos de América se ha calculado que aproximadamente la mitad de las cesáreas son innecesarias, en un escenario donde los honorarios médicos por cesárea corresponden al doble de los cobrados por nacimientos normales. En América Latina se estima que cada año ocurren 850,000 cesáreas no justificadas<sup>6</sup>.

#### **2.2.5. CESAREA EN ADOLESCENTES**

La alta morbilidad de cesárea en adolescentes, constituye un importante problema de salud pública en los actuales momentos.

En lo que respecta a las patologías del parto, se señala que mientras más joven es la adolescente, mayores son las alteraciones que pueden ocurrir

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

Sin embargo, a pesar de los grandes avances en materiales quirúrgicos y la modernización de las técnicas operatorias y anestésicas, la morbimortalidad materna asociada a la cesárea sigue siendo tres veces superior a la de un parto vaginal. Una cesárea no deja de ser una cirugía abdominal importante, y por eso presenta más riesgos que el parto vaginal<sup>19</sup>.

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

La cesárea, juega un papel muy importante dentro de las técnicas quirúrgicas obstétricas, debido a que su uso disminuye la mortalidad y morbilidad feto-materna, no estando tampoco exenta de peligros, por lo que su indicación debe obedecer a motivos estrictos, y tener una técnica y condiciones adecuadas.

La adolescencia no es un factor indicativo para la cesárea. Toda paciente requiere una juiciosa y adecuada valoración obstétrica para establecer la relación pelvis-presentación fetal. 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.

Un diagnóstico incorrecto de la indicación de cesárea conduce a estados de morbilidad materna y perinatal y a intervenciones médicas innecesarias.<sup>13</sup>

Sin embargo; la práctica de cesárea en adolescentes, además de los factores que la caracterizan, se torna más preocupante debido a que es considerado un grupo vulnerable. Se considera población adolescente a la que se encuentra entre los 10 a los 19 años de edad. En términos simples y convencionales se trata de un período de desarrollo de los individuos entre la niñez y la edad adulta. De igual forma, el embarazo en la adolescente es considerado de alto riesgo, aunado a que la mayoría de ellas son primigestas, lo cual tiende a estar asociado a una mayor incidencia de resolución del embarazo por vía abdominal en comparación con embarazadas no adolescentes; asimismo la resolución del embarazo por cesárea, trae consigo mayores costos para las unidades de salud y los pacientes, además que la recuperación tiene una mayor duración y se asocia a un mayor riesgo de complicaciones maternas y neonatales. Sin embargo; no debería entenderse a la adolescencia como un factor indicativo o predisponente para la cesárea, ya que toda paciente requiere una juiciosa y adecuada valoración obstétrica, puesto que son las normas obstétricas y no la edad de la paciente, los que determinan la conducta a seguir en la atención de parto.

Cabe resaltar además que, el embarazo en la adolescencia es un problema con profundas implicaciones psíquicas, sociales y médicas. El incremento del embarazo adolescente, su contribución al crecimiento acelerado de la población, sus efectos adversos en la salud de la madre y el recién nacido y su contribución a la persistencia de la pobreza son temas de vital importancia ya que no sólo es un problema de salud pública sino también social que implica a todos. La incidencia del parto por vía abdominal continúa incrementándose en diversos establecimientos de salud a lo largo del país, esto acarrea problemática no solamente desde el punto de vista médico, sino también psico-social y asistencial.<sup>17</sup>

#### **2.2.6. CESAREA EN ADULTAS**

La cesárea es una de las principales operaciones abdominales realizadas con mayor frecuencia en mujeres adultas tanto de países prósperos como de bajos recursos. Las tasas varían considerablemente entre los países y los servicios de salud.

La tasa de partos por cesárea en las adultas ha aumentado consistentemente en todo el mundo durante los últimos 50 años, alcanzando en la actualidad cifras del 30% de los nacimientos en comparación con un 5% en los años 60. Esta tasa es extremadamente variable entre distintos países e incluso entre distintas regiones así como, entre diferentes centros médicos en una determinada región o ciudad. Esto sugiere algún nivel de responsabilidad ante la ausencia de

normativas definidas en los sistemas de salud de la mayoría de los países. En efecto, su aumento no ha sido relacionado con una clara disminución de la morbimortalidad materna o neonatal. Chile no es la excepción y aún más, se posiciona entre los países con mayor tasa de cesáreas del mundo. Las causas del aumento en la tasa de cesáreas en las adultas es multifactorial pero existe una clara tendencia al incremento de primeras cesáreas junto a una disminución de partos vaginales post cesáreas y un notorio decrecimiento en la tasa de partos instrumentales. El aumento en la tasa de inducciones o ingreso a la maternidad en etapas precoces del trabajo de parto, también han sido asociadas a mayor tasa de cesáreas. En efecto, el diagnóstico “Falta de Progreso del Trabajo de Parto” ha pasado a ser la primera causa de esta intervención en las mujeres adultas.

Entre las distocias tanto maternas como fetales se circunscriben todas las categorías del llamado parto disfuncional. Este último término es relativamente nuevo e incluye muchas veces todas las indicaciones imprecisas para respaldar, injustificadamente, la práctica de la cesárea<sup>22</sup>

### 2.3. DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE TERMINOS

**Adolescencia.-** Según la OMS, es la etapa comprendida entre los 10 a 19 años de edad. Es una etapa puente entre la infancia y la edad adulta que constituye grandes cambios fisiológicos.

**Adultez.-** Es la etapa comprendida entre los 20 y los 40 años aproximadamente. En esta etapa de la vida el individuo normalmente alcanza la plenitud de su desarrollo biológico y psíquico.

**Cesárea.-** Operación, terminación quirúrgica del embarazo o del parto mediante apertura operatoria del útero en caso de peligro para la madre o el niño.

**Factor.** Condición que influye favorable o desfavorablemente en el riesgo del embarazo en adolescente.

**Factor Asociado.** Causas que incrementan la posibilidad de padecer alguna complicación en el embarazo, parto o puerperio y culminar el embarazo en cesárea.

**Riesgo.** Es la probabilidad de enfermar o morir, como medida epidemiológica de asociación mide la probabilidad de exposición a un evento mórbido.

**Frecuencia.** Es una magnitud que mide el número de repeticiones por unidad de tiempo de cualquier fenómeno o suceso periódico. En este caso es el número de cesáreas en las adolescentes.

**Complicaciones.** Suceso patológico que sobreviene en el transcurso de la gestación y/o parto, que afecta a la madre y al feto.

**Sufrimiento fetal.**- Alteración de la frecuencia cardiaca fetal con hipoxia y acidosis fetal

**Paridad.**- Clasificación de una mujer por el número de hijos nacidos vivos y fetos muertos.

**Atención prenatal.** Es la vigilancia y evaluación de la gestante y el feto que realiza el profesional de salud para lograr el nacimiento de un niño sano, sin deterioro de la salud de la madre.

**Apgar neonatal.** Es una prueba para evaluar la salud de un bebé al primer minuto y luego a los cinco minutos de su nacimiento.

**Tipo de Cesárea.** Según el momento de la decisión, la intervención cesárea puede ser; electiva o programada y de urgencia.

**Nivel de instrucción.** Es el grado de educación escolarizada que ha alcanzado una persona. Se distingue las siguientes categorías: analfabeta, primaria, secundaria y superior.

**Procedencia.** Origen, principio de donde nace o procede la gestante. Lugar habitual donde vive actualmente la gestante adolescente y adulta.

**Estado civil.** Es la condición marital de la persona ante la ley. Sus indicadores son soltera, casada, conviviente, otros.

**Condición económica.** Está referida al grado de satisfacción de necesidades básicas como alimentación, vestido, educación y salud. Sus indicadores son: alta media y baja.

**Ocupación.**- Trabajo, empleo, dedicación u oficio a la cual se dedica habitualmente la gestante.

## **2.4. HIPOTESIS**

La adolescencia es un factor que está más asociado al parto por cesárea en relación a la adulta y está influenciado con los factores: Paridad, atención prenatal, el nivel de instrucción, procedencia, estado civil, condición económica, sufrimiento fetal y la desproporción céfalo pélvica.

## **2.5. VARIABLES E INDICADORES**

### **VARIABLE INDEPENDIENTE**

#### **Factores asociados:**

- Paridad
- Atención prenatal
- Sufrimiento fetal
- Nivel de Instrucción
- Procedencia
- Estado Civil
- Condición económica
- Desproporción céfalo pélvica

### **VARIABLE DEPENDIENTE**

- Gestante adolescente con parto por cesarea
- Gestante adultas con parto por cesárea

## 2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADOR	INSTRUMENTO
<b>INDEPENDIENTE</b>				
Gestante adolescente	Embarazo que se da en la etapa de la adolescencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Temprana</li> <li>• Tardia</li> </ul>	12-15 años 16-19 años	Guía de Entrevista Estructurada
Gestante adulta	Embarazo que se da en la etapa de la adultez	Ordinal	20 a 40 años	
<b>DEPENDIENTE</b>				
Cesárea	Terminación quirúrgica del embarazo o del parto mediante apertura operatoria del útero por vía abdominal.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Parto por Cesárea</li> <li>- Parto vaginal</li> </ul>	Guía de Entrevista Estructurada
<b>INTERVINIENTES</b>				
Grado de Instrucción	Es el nivel de escolaridad a la fecha, expresado en años aprobados	Ordinal	Analfabeta Primaria Secundaria Superior	Guía de Entrevista estructurada
Procedencia	Lugar de origen de donde procede una persona	Nominal	Urbana Urbano-marginal Rural	
Condición Económica	Nivel de ingreso En soles	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ≤850 Soles</li> <li>• 900 – 1800 Soles</li> <li>• &gt;1800 soles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Baja</li> <li>• Media</li> <li>• Alta</li> </ul>	
Estado Civil	Situación Conyugal	Nominal	Casada Soltera Conviviente	
Tipo de Cesárea	Según el momento de la decisión o la intervención quirúrgica.	Dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Electiva</li> <li>• Urgencia</li> </ul>	
Atención Prenatal	vigilancia y evaluación de la gestante y el feto	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ≥6 veces</li> <li>- &lt;6 veces</li> </ul>	

## **CAPITULO III**

### **MATERIALES Y MÉTODO**

#### **3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN**

Aplicada

#### **3.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN**

Cuantitativa – Clínico

#### **3.3. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

No experimental - analítico

#### **3.4. MÉTODO DE ESTUDIO**

Transversal, prospectivo y comparativo

#### **3.5. POBLACIÓN Y MUESTRA**

##### **POBLACIÓN**

Constituida por 90 gestantes adolescentes y adultas atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho en los meses de setiembre a noviembre del 2016.

## MUESTRA

La muestra estuvo constituida por 38 gestantes adolescentes y 38 gestantes adultas post cesareadas en el Hospital Regional de Ayacucho en los meses de septiembre a noviembre del 2016.

## TAMAÑO DE MUESTRA

Para determinar el tamaño de la muestra se utilizó la siguiente fórmula estadística.

$$n = \frac{4 \times N \times p \times q}{E^2(N-1) + 4 \times p \times q}$$

$$n = \frac{4 \times 90 \times 0.5 \times 0.5}{0.05^2(90 - 1) + 4 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = \frac{90}{1.1975}$$

$$n = 75,15$$

$$n \geq 76$$

Donde:

n = Tamaño de muestra.

N = Población (Registro SIP julio-septiembre 2015)

p = 50% Probabilidad de adolescentes con cesárea

q = 50% Probabilidad de adultas con cesárea

E = 0,05 = 5% error permitido, 95% nivel de confianza.

4 = Constante

### ***Tipo de Muestreo***

El tipo de muestreo fue no probabilístico intencional por conveniencia

#### **CRITERIO DE INCLUSIÓN:**

Gestantes adolescentes y adultas que culminaron su parto por cesárea, sensibilizados para la entrevista, y con consentimiento informado para participar en la investigación.

#### **CRITERIO DE EXCLUSIÓN:**

Gestantes adolescentes y adultas que no deseen participar en la investigación.

Gestantes adolescentes y adultas con parto por vía vaginal

### **3.6. TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS**

#### **TÉCNICA:**

- Entrevista
- Revisión de Historias Clínicas

#### **INSTRUMENTOS:**

- Cuestionario de recolección de datos
- Historias Clínicas.

### **3.7. PROCEDIMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN**

Mediante el Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud, se solicitó al Director del Hospital Regional de Ayacucho la autorización correspondiente para la recolección de los datos; luego se procedió a la identificación y sensibilización de las puérperas adolescentes y adultas post cesareadas, para facilitar la entrevista y lograr el consentimiento

informado con la finalidad de recolectar los datos necesarios, realizádo en el servicio de puerperio inmediato, a través de una entrevista personal y luego se procedió con la revisión de las Historias Clínicas maternas, que fueron corroborados en el SIP del servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho.

### **3.8. PLAN DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS**

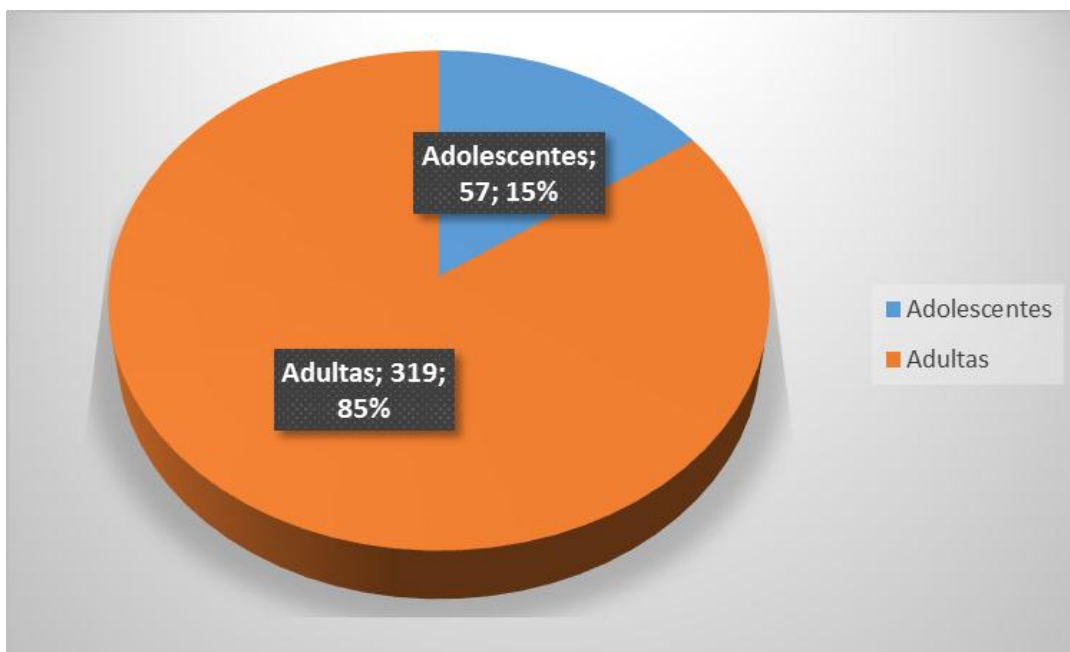
Una vez recolectado los datos se procedió a crear una base de datos con el software estadístico SPSS 22.00 IBM. (*Statistical Package for Social Science*) con los cuales se construyeron las tablas de contingencia.

### **3.9. ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

Se realizó el cálculo de medidas de riesgo o razón de riesgo OR (Odds ratio), entre los casos y controles y luego a cada tabla de contingencia y de 2x2 para establecer el riesgo del factor expuesto y no expuesto, se les aplicó la prueba estadística de Chi Cuadrado con la finalidad de determinar la dependencia o no de las principales variables de estudio.

## **CAPITULO IV**

### **RESULTADOS Y DISCUSIÓN**



**Fuente:** Sistema Informático Perinatal del HRA.

**Grafico 01. Incidencia de cesárea en gestantes adolescentes y adultas. Hospital regional de Ayacucho. Setiembre – noviembre 2016.**

El grafico 01 representa la incidencia de cesáreas, en la cual se muestra que en el periodo en estudio se realizó un total de 376 cesáreas (100%) de las cuales 85%(319) fueron en adultas y 15%(57) se realizaron en adolescentes.

Del gráfico se concluye que el mayor porcentaje de cesáreas fueron en adultas (85%) durante los meses de setiembre a noviembre del 2016.

Según el sistema informático perinatal durante estos 3 meses se dio un total de 688 partos, de los cuales 376 (54,7%) fueron partos por cesárea y 312 (45,3%) fueron partos vaginales. Como se observa hay un incremento de los partos por cesárea en más del 50% superando a los partos vaginales, con predominio de cesáreas en las gestantes adultas en relación a las adolescentes.

Los índices de cesáreas pueden ser influenciados por factores distintos a los médicos. Estos pueden ser: filosofía individual y entrenamiento, tal es el caso en el Hospital Regional de Ayacucho, se vienen formando especialistas en Ginecología y Obstetricia (Residentado Médico). También se da la conveniencia para el médico y el paciente, nivel socioeconómico del paciente, problemas de pareja, miedo a demandas y ganancias financieras.

En Ayacucho según los informes obtenidos en el Hospital Regional de Ayacucho (SIP), se tiene un elevado porcentaje de cesáreas atendidas dentro de este nosocomio; el promedio de nacimientos por cesárea en los últimos 5 años es de 36.78%; muy por encima de lo recomendado por la OMS que estipula un máximo de 15% de partos por cesárea; y tal como se ha podido observar, muchas de éstas se debieron a complicaciones durante el trabajo de parto y algunas fueron sin justificación médica alguna.

Mientras más joven es la adolescente, son más frecuentes las complicaciones del parto. Esto sería debido principalmente a la falta de desarrollo de la pelvis materna, lo que condicionaría mayor incidencia de desproporción cefalopélvica y de distocias de posición (si el embarazo se produce en los primeros cinco años posmenarquía esto adquiere mayor significación), constituyendo una causa importante de trabajos de parto prolongados y cesáreas.

Estos resultados son similares a lo encontrado por **SAUCEDO, Marcelo (Colombia – 2007)** en su investigación ***La adolescencia, ¿Es un factor de riesgo para cesárea?***, realizó un estudio transversal analítico, hallando los siguientes resultados: Del total de la muestra, 226 fueron adolescentes, 178 de ellas tuvieron resolución de su parto por vía vaginal (66,92%), mientras que en 88 pacientes adolescentes la vía de resolución de su parto fue por cesárea (33,08%). De las 870 pacientes no adolescentes 61,1% fueron por vía vaginal y 38,9% fueron por cesárea. Del total de pacientes atendidas, 427 fueron cesáreas realizadas y de estas, 88 fueron en adolescentes (20,6%) y 338 fueron en no adolescentes (79,15%).

Asimismo **ESQUIVEL, Blanca et al (Mexico-2012)** en su investigación ***Embarazo en adolescentes y no adolescentes***: Realizó un estudio prospectivo durante el año 2012 con una muestra de 4271 gestantes, de las cuales 1228 fueron adolescentes (grupo I-28,75%) y 3043 no adolescentes (grupo II-71,25%). Encontrando los siguientes resultados; en las pacientes del grupo I se encontró un 67,56%(827) de resolución del embarazo por vía vaginal; el 18,46% (226) operación cesárea y un 13,97%(171) para aborto, contra 60,09%(1818), 21,18%(792) y 13,25%(401) del grupo II, ( $p < 0,05$ ); las pacientes del grupo I presentaron menor riesgo de culminar su embarazo por cesárea en comparación con las pacientes del grupo II (RR 0,71; IC 95%: 0,60-084). De acuerdo al tipo de resolución obstétrica entre primigestas adolescentes y no adolescentes se encontraron diferencias en la vía de resolución del embarazo con una

incidencia de la operación cesárea del 18,79% y 34,23% respectivamente. Por lo que concluye que el embarazo en adolescentes no incrementa el índice de cesáreas.

De igual manera reporta **MONTERROSA, Alvaro y ARIAS Merizalde** en Colombia – 2007, en su investigación Partos vaginales y cesáreas en adolescentes en el Hospital de Maternidad “Rafael Calvo”, Cartagena, refiere que 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.

**TABLA 01**

**INDICACIONES DE CESAREA EN GESTANTES ADOLESCENTES Y ADULTAS. HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO. SETIEMBRE – NOVIEMBRE 2016.**

Indicaciones	CESAREA(Electiva +Urgencia)			
	Adolescente		Adultas	
	N°	%	N°	%
<b>Maternas</b>				
Desproporción Céfalo Pélvica	07	18,4	01	2,6
Distocia de partes blandas	00	00	03	7,8
Placenta previa	00	00	01	2,6
Desprendimiento prematuro de placenta	01	2,6	00	00
<b>Fetales</b>				
Macrosomia Fetal	04	10,6	03	7,8
Distocia de presentación	05	13,2	04	10,6
Prolapso de cordón umbilical	00	00	01	2,6
Sufrimiento fetal	13	34,2	08	21,0
Malformaciones fetales	00	00	01	2,6
Embarazo prolongado	01	2,6	05	13,2
<b>Mixtas (Maternas+Fetales)</b>				
Preeclampsia-Eclampsia	05	13,2	08	21,0
Embarazo múltiple	01	2,6	02	5,2
Infección amniótica	01	2,6	01	2,6
<b>TOTAL</b>	<b>38</b>	<b>100</b>	<b>38</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Ficha de recolección de datos

La tabla 01 nos muestra las indicaciones de cesárea, donde se observa que del grupo de adolescentes 100%(38), destaca el sufrimiento fetal como una indicación principal de cesárea en 34,2%(13), seguido de la desproporción céfalo pélvica con 18,4%(07), luego la distocia de presentación y la pre eclampsia-eclampsia representa 13,2%(05) en

ambos casos, asimismo el 10,6%(04) de adolescentes culminaron su parto por cesárea por tener macrosomía fetal. Por otro lado en el grupo de adultas del 100%(38) también representa el sufrimiento fetal y la preeclampsia – eclampsia como indicación principal con 21%(08), seguido del embarazo prolongado con 13,2% (05), luego la distocia de presentación con 10,6%(04).

Con los resultados concluyo que existe predominio del sufrimiento fetal como indicación principal para la culminación del parto por cesárea con 34,2% en las adolescentes y 21% en las adultas.

La cesárea es un tratamiento, tiene indicaciones precisas, y su único objeto es asegurar la salud de la madre y de su hijo. El sufrimiento fetal produce hipoxemia y la acidosis fetal durante el trabajo de parto que pueden producir muerte fetal intraparto o neonatal, así como morbilidad neonatal respiratoria y lesión neurológica posterior. El diagnóstico de sufrimiento fetal agudo es indicación para terminar la gestación en forma inmediata, lo que supone un parto por cesárea en los casos en que no hay condiciones para parto vaginal, no se ha completado la dilatación o se espera un expulsivo prolongado.

La desproporción que existe entre el tamaño del feto y la pelvis materna de la adolescente es una razón importante implicada en los partos por cesárea, ya que los fetos al no poder salir normalmente por el canal del parto ocasionan sufrimiento fetal y una serie de complicaciones que para preservar la salud del feto y la madre tienen que optar por el parto por cesárea. Esto es debido principalmente a una falta de desarrollo de la

pelvis materna, lo que condicionaría una mayor incidencia de desproporción cefalopélvica, constituyendo esto, una causa importante de partos operatorios.

La distocia de presentación se define como parto anormal en el que al analizar las características de la gestante, no se presupone un parto vaginal seguro. Los casos con feto en situación transversa en el parto o con presentación de cara mentoposterior o de frente son indicaciones de cesárea. También lo son las presentaciones cefálicas deflexionadas, cuando el progreso del parto es dificultoso, comportándose como desproporciones fetopelvicas relativas. La presentación podálica es indicación de cesárea en el parto pretérmino, principalmente si se estima un peso fetal muy bajo, por la fragilidad fetal y por el riesgo de atrapamiento de la cabeza en un cuello insuficientemente dilatado, también en los casos de presentación podálica incompleta, por el riesgo de prolapso de cordón<sup>23</sup>.

Resultados similares reporta **ALBORNOZ, Laidy y REATEGUI, Nivania (Lima – 2013)**. En su tesis *Cesáreas en adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Santa Rosa durante el periodo 2010 – 2012*. Realizó un estudio descriptivo y cuantitativo, con una muestra de un total de 530 historias clínicas encontrando los siguientes resultados; durante el año 2010, la tasa de cesáreas en adolescentes representó el 44,6%, en el 2011 fue de 42,5%, mientras que en el 2012 fue 38,8%. Así mismo, los principales diagnósticos de cesárea fueron Sufrimiento Fetal Agudo con

9,6%, Distocia Funicular con 7,3%, Preeclampsia Leve 7,0% y otras indicaciones no especificadas con 8,7%.

También, **BENDEZU, Guido y col**, en su investigación *Características y riesgos de gestantes adolescentes* refieren acerca de las indicaciones de cesárea, en las adolescentes fueron incompatibilidad cefalopélvica (25,6%) y sufrimiento fetal agudo (20,5%), mientras que en el grupo control de las adultas fueron trabajo de parto disfuncional, macrosomía fetal y cesárea previa. La condilomatosis fue indicación de cesárea en 4 (5%) casos en las adolescentes. No se encontró diferencia estadística en el análisis bivariado entre ambos grupos ( $p > 0,05$ ).

**TABLA 02**

**CESAREA EN GESTANTES ADOLESCENTES Y ADULTAS EN RELACIÓN A LA PARIDAD. HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO. SETIEMBRE – NOVIEMBRE 2016.**

Paridad	CESAREA			
	Adolescente (Casos)		Adultas (Controles)	
	Nº	%	Nº	%
Primípara	36	94,8	15	39,4
Múltipara	02	5,2	23	60,6
<b>TOTAL</b>	<b>38</b>	<b>100</b>	<b>38</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Ficha de recolección de datos

$$X_c^2 = 26,287$$

$$X_t^2 = 3,841$$

g.l.=1

p<0.05

OR: 27,600

La tabla 02 nos muestra la paridad de las gestantes con cesárea, donde se observa en el grupo de adolescentes, del 100%(38), fueron las primíparas que culminaron en cesárea en 94,8%(36) y las múltiparas solo el 5,2%(02). Mientras que en el grupo de adultas, del 100%(38) fueron las múltiparas con 60,6%(23) que terminaron su parto por cesarea y las primíparas en 39,4%(15).

Del análisis de la tabla concluyo que el 94,8% fueron primíparas adolescentes que culminaron su embarazo por cesárea.

Al realizar la prueba estadística de Chi Cuadrado se halló evidencia estadística significativa (p<0.05) lo cual indica que la paridad está asociado con la cesárea de las adolescentes y adultas.

Luego de aplicar las medidas de regresión logística odds ratio se encontró un OR de 27,6 lo que significa que existe la probabilidad de culminar su

parto por cesarea de 27 veces más en las primíparas adolescentes que las adultas.

En general son las primíparas con mayor riesgo de culminar su embarazo a través de una cesárea porque aún no experimentan una labor de trabajo de parto. Se incrementa de forma importante el riesgo de desproporción cefalopélvica, obstrucción del trabajo de parto, detención del descenso, mayor presencia de desgarros o fístulas perineales, y por lo tanto, la necesidad de realización de cesárea en mayor proporción en esta población.

Estos hallazgos se han asociado con la función miometrial inadecuada en las pacientes jóvenes, en quienes se cree que aún no cuentan con una mayor elasticidad del tejido conectivo, lo cual genera una mayor tendencia a tener partos por cesárea.

Resultados similares reporta **ALBORNOZ, Laidy y REATEGUI, Nivania (Lima – 2013)**. En su tesis *Cesáreas en adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Santa Rosa durante el periodo 2010 – 2012*. Se incluyeron historias clínicas de adolescentes cesareadas que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, durante el período 2010 – 2012. Encontrándose un total de 530 historias clínicas con los siguientes resultados en lo referido al número de gestaciones, el 82,1% eran primigestas, el 16,6% segundigestas y el 1,3% multigestas.

**TABLA 03**

**CESAREA EN GESTANTES ADOLESCENTES Y ADULTAS EN RELACIÓN A LA ATENCIÓN PRENATAL. HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO. SETIEMBRE – NOVIEMBRE 2016.**

Atención Prenatal	CESAREA			
	Adolescente (Casos)		Adultas (Controles)	
	Nº	%	Nº	%
Menor a 6 veces	11	29,0	05	13,2
Igual o mayor a 6 veces	27	71,0	33	86,8
<b>TOTAL</b>	<b>38</b>	<b>100</b>	<b>38</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Ficha de recolección de datos

$$X_c^2 = 2,850$$

$$X_r^2 = 3,841$$

$$g.l.=1$$

$$p>0.05$$

$$OR:2,688$$

La tabla 03 nos presenta la atención prenatal de las gestantes con cesárea, donde se observa que del 100%(38) adolescentes con cesárea el 71%(27) tuvieron atención prenatal igual o mayor a 6 veces y 29%(11) tuvieron atención prenatal menor a 6 veces. Mientras que en el grupo de adultas, del 100%(38) tuvieron atención prenatal igual o mayor a 6 veces 86,8%(33) y con atención prenatal menor a 6 veces 13,2%(05).

Del análisis de la tabla se concluye que el 86,8% fueron adultas que culminaron su embarazo por cesárea con atención prenatal igual o mayor a 6 veces.

Al realizar la prueba estadística de Chi Cuadrado no se halló evidencia estadística significativa ( $p>0.05$ ) lo cual indica que la atención prenatal no está asociado con la cesárea de las adolescentes y adultas.

Luego de aplicar las medidas de regresión logística odds ratio se encontró un OR de 2,6 lo que significa que existe la probabilidad de culminar el

parto por cesárea de 2 veces más en las adolescentes que las adultas con atención prenatal menor a 6 veces.

La atención prenatal (vigilancia prenatal, asistencia prenatal, cuidado prenatal, consulta prenatal o control prenatal) son todas aquellas actividades asistenciales y preventivas promocionales que se realizan en la embarazada, con la finalidad de proteger la salud de la madre y de su niño. La atención prenatal adecuada en cantidad, calidad, contenidos y oportunidad, diferenciada, acorde al riesgo, tiene un enorme potencial de contribución a la salud familiar materno perinatal. Es utilizado en la disminución de la morbilidad materna y perinatal, valorando el riesgo obstétrico, detectando y tratando enfermedades que agravan la gestación, previniendo las complicaciones obstétricas; por todo lo descrito anteriormente se observa en los resultados que existe un predominio de cesárea tanto en adolescentes y adultas (71 y 86,7%) respectivamente en gestantes que tuvieron atención prenatal completa igual o mayor a 6 veces, en la cual se pudo detectar alguna complicación del embarazo y motivo por lo cual la gestante tuvo que terminar en cesárea.

Resultados similares refieren **Salinas Ramón et al. (Argentina: 2008)**, quienes reportaron el 70.6% de gestantes con cesárea tuvieron atención prenatal completa y el 20.5% atención prenatal incompleta. Igualmente, se asemejan a los de **Monterrosa A y Arias M (Colombia: 2007)**, quien refiere que el 58.2% de gestantes adolescentes con cesárea tuvo mayor de 6 controles prenatales; 25.7% de 3 a 5 controles prenatales y solo 1.4% sin atención prenatal.

**TABLA 04**

**CESAREA EN GESTANTES ADOLESCENTES Y ADULTAS EN RELACIÓN AL NIVEL DE INSTRUCCIÓN. HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO. SETIEMBRE – NOVIEMBRE 2016.**

Nivel de Instrucción	CESAREA			
	Adolescente (Casos)		Adultas (Controles)	
	Nº	%	Nº	%
Primaria	01	2,6	04	10,6
Secundaria	32	84,2	15	39,4
Superior	05	13,2	19	50,0
<b>TOTAL</b>	<b>38</b>	<b>100</b>	<b>38</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Ficha de recolección de datos

$$X_c^2 = 16,116$$

$$X_t^2 = 5,991$$

g.l.=2

p<0.05

La tabla 04 nos muestra el nivel de instrucción de las gestantes con cesárea, donde se observa que del 100%(38) adolescentes con cesárea el 84,2%(32) tuvieron nivel de instrucción secundaria y 13,2%(05) instrucción superior. Por otro lado, del 100%(38) adultas con cesárea, el 39,4%(15) tuvieron nivel de instrucción secundaria y 50%(19) instrucción superior.

Del análisis de la tabla concluyo que el 84,2% fueron adolescentes con nivel de instrucción secundaria, que culminaron su embarazo por cesárea.

Al realizar la prueba estadística de Chi Cuadrado se halló evidencia estadística significativa (p<0.05) lo cual indica que el nivel de instrucción está asociado con la cesárea de las adolescentes y adultas.

Las adolescentes estudiadas, en su mayoría, cuentan con educación secundaria (84,2%) o se encuentran en nivel superior como en el caso de

las adultas (50%); esto demuestra que las gestantes atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho tiene un nivel educativo satisfactorio y un adecuado acceso a diferentes recursos del sistema de salud, lo que permite disminuir los eventos adversos y las complicaciones, y aumenta sus oportunidades de prevención de complicaciones durante el embarazo y parto conllevando a concluir su gestación a través de la cesárea.

Resultados similares reporta **ALBORNOZ, Laidy y REATEGUI, Nivania (Lima – 2013)**. En su tesis *Cesáreas en adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Santa Rosa durante el periodo 2010 – 2012*. Se presenta un estudio descriptivo y cuantitativo. Se incluyeron historias clínicas de adolescentes cesareadas que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, durante el período 2010 – 2012. Encontrándose en lo referido al grado de instrucción, el 56,0% tenía secundaria incompleta, un 30,8% secundaria completa, el 5,1% universitario incompleto, el 4,0% técnico incompleto, el 2,1% técnico completo, el 1,7% primaria incompleta y un 0,4% primaria completa.

**TABLA 05**

**CESAREA EN GESTANTES ADOLESCENTES Y ADULTAS EN RELACIÓN A LA PROCEDENCIA. HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO. SETIEMBRE – NOVIEMBRE 2016.**

Procedencia	CESAREA			
	Adolescente (Casos)		Adultas (Controles)	
	Nº	%	Nº	%
Urbano	01	2,6	02	5,3
Urbano-marginal	34	89,5	28	73,6
Rural	03	7,9	08	21,1
<b>TOTAL</b>	<b>38</b>	<b>100</b>	<b>38</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Ficha de recolección de datos

$$X_c^2 = 3,187$$

$$X_t^2 = 5,991$$

$$g.l.=2$$

$$p>0.05$$

La tabla 05 nos muestra la procedencia de las gestantes con cesárea, donde se observa que del 100%(38) adolescentes con cesárea el 89,5%(34) fueron procedentes de la zona urbano marginal y 7,9%(03) de la zona rural. Asimismo, del 100%(38) adultas con cesárea, el 73,6%(28) procedieron de la zona urbano marginal y 21,1%(08) de la zona rural.

Del análisis de la tabla se concluye que el 89,5% fueron adolescentes procedentes de la zona urbano marginal que culminaron su embarazo por cesárea.

Al realizar la prueba estadística de Chi Cuadrado no se halló evidencia estadística significativa ( $p>0.05$ ) lo cual indica que la procedencia no está asociado con la cesárea de las adolescentes y adultas.

Estos hallazgos son similares a lo descrito por **PAUCAR, Lisbeth y GUTIERREZ, Ericka** en su tesis *Frecuencia e indicaciones de parto por cesárea en el hospital regional de Ayacucho, octubre a diciembre del*

2014, encontraron que del 100% (53) gestantes adolescentes, el 41,5% (22) proceden de la zona urbano marginal, de las cuales 37,7%(20) tuvieron parto por cesárea de urgencia y 3,8%(02) cesárea electiva. Luego el 34%(18) de adolescentes procedieron de la zona urbana, de ellas 28,3%(15) culminaron su parto por cesárea de urgencia y 5,7%(03) fueron cesárea electiva. Asimismo 24,5%(13) son de la zona rural, de ellas el 22,6%(12) fueron partos por cesárea de urgencia y 1,9%(01) cesárea electiva.

**TABLA 06**

**CESAREA EN GESTANTES ADOLESCENTES Y ADULTAS EN  
RELACIÓN AL ESTADO CIVIL. HOSPITAL REGIONAL DE  
AYACUCHO. SETIEMBRE – NOVIEMBRE 2016.**

Estado Civil	CESAREA			
	Adolescente (Casos)		Adultas (Controles)	
	Nº	%	Nº	%
Soltera	38	100,0	05	13,1
Casada	00	00	10	26,3
Conviviente	00	00	23	60,6
<b>TOTAL</b>	<b>38</b>	<b>100</b>	<b>38</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Ficha de recolección de datos

$$X_c^2 = 58,326$$

$$X_t^2 = 5,991$$

$$g.l.=2$$

$$p<0.05$$

La tabla 06 nos presenta el estado civil de las gestantes con cesárea, donde se observa que el 100%(38) adolescentes con cesárea fueron solteras. Asimismo, del 100%(38) adultas con cesárea, el 60,6%(23) fueron convivientes, luego el 26,3%(10) fueron casadas y sólo el 13,1%(05) fueron solteras.

Del análisis de la tabla se concluye que el 100% fueron adolescentes solteras que culminaron su embarazo por cesárea.

Al realizar la prueba estadística de Chi Cuadrado se halló evidencia estadística significativa ( $p<0.05$ ) lo cual indica que el estado civil está asociado con la cesárea de las adolescentes y adultas.

Las adolescentes por su condición de tener un embarazo no planificado son en su totalidad solteras sin una relación formal o planificada; por ello en nuestra casuística no encontramos ninguna con estado civil de casada

o convivientes; sólo en caso de las adultas se muestra que el 60,6% fueron convivientes.

Algo coincidente refiere **GALLARDO Henry et al** en su investigación *Adolescencia materna y su asociación con la realización de la cesárea* realizó un estudio de casos (1304) y controles (2608) de manera retrospectiva y encontró con respecto al estado civil, que el 49,5% de las adolescentes eran solteras y 49,31% vivían en unión libre; de estas, un 33,3% llevaban menos de dos años de convivencia con su pareja. En el caso de las adultas, solo el 8,6% estaban casadas, y el 65,1% de ellas vivían en unión libre.

De la misma forma **Saucedo, Marcelo** quien refiere en su trabajo *La adolescencia, ¿Es un factor de riesgo para cesárea?* en Colombia en el año 2007, de 88 adolescentes con cesárea, en cuanto al estado civil de las mismas, el 62,8% viven en unión libre (Convivientes), un 24,4% son solteras.

**TABLA 07**

**CESAREA EN GESTANTES ADOLESCENTES Y ADULTAS EN RELACIÓN A LA CONDICIÓN ECONÓMICA. HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO. SETIEMBRE – NOVIEMBRE 2016.**

Condición Económica	CESAREA			
	Adolescente (Casos)		Adultas (Controles)	
	Nº	%	Nº	%
Baja	38	100,0	26	68,4
Media	00	00	12	31,6
<b>TOTAL</b>	<b>38</b>	<b>100</b>	<b>38</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Ficha de recolección de datos

$$X_c^2 = 14,250$$

$$X_t^2 = 3,841$$

$$g.l.=1$$

$$p<0.05$$

$$OR:17,538$$

La tabla 07 nos muestra la condición económica de las gestantes con cesárea, donde se observa en el grupo de adolescentes, el 100%(38), fueron de condición económica baja que culminaron en cesárea. Mientras que del 100%(38) adultas cesareadas, el 68,4%(26) fueron de baja condición económica y 31,6%(12) de condición económica media.

Del análisis de la tabla se concluye que el 100% fueron adolescentes de baja condición económica que culminaron su embarazo por cesárea.

Al realizar la prueba estadística de Chi Cuadrado se halló evidencia estadística significativa ( $p<0.05$ ) lo cual indica que la baja condición económica está asociado con la cesárea de las adolescentes y adultas.

Luego de aplicar las medidas de regresión logística odds ratio se encontró un OR de 17,5 lo cual significa que existe la probabilidad de culminar su parto por cesárea de 17 veces más en las adolescentes de baja condición económica que las adultas.

Estos resultados nos informa que existe predominio de gestantes adolescentes y adultas de baja condición económica, las cuales no tienen posibilidades de tener una cultura de autocuidado de la salud, acceso a los medios de información, servicios de salud de manera integral para el cuidado de su embarazo, por lo cual culminan en cesárea en ambos grupos de estudio. La culminación en cesárea de las adolescentes debe ser considerado como un problema de salud pública, que impacta negativamente en la salud del binomio madre-hijo, así como en el ámbito psicosocial de la mujer adolescente, ya que implica limitaciones a nivel económico, laboral y académico, exponiendo a las madres y a sus hijos a mayores complicaciones.

Estos resultados coinciden con lo descrito por **PAUCAR, Lisbeth y GUTIERREZ, Ericka** en su tesis *Frecuencia e indicaciones de parto por cesárea en el hospital regional de Ayacucho, octubre a diciembre del 2014*, encontraron que del 100% (53) adolescentes cesareadas, el 79,2% (42) fueron de baja condición económica, de las cuales 67,9%(36) tuvieron parto por cesárea de urgencia y 11,3%(06) cesárea electiva. Asimismo el 18,9%(10) fueron de condición económica media, y todas fueron partos por cesárea de urgencia. Finalmente solo el 1,9%(01) tuvo alta condición económica el cual culmino su parto por cesárea de urgencia<sup>24</sup>.

**TABLA 08**

**CESAREA EN GESTANTES ADOLESCENTES Y ADULTAS EN RELACIÓN AL SUFRIMIENTO FETAL. HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO. SETIEMBRE – NOVIEMBRE 2016.**

Sufrimiento Fetal	CESAREA			
	Adolescente (Casos)		Adultas (Controles)	
	Nº	%	Nº	%
Si	13	34,2	08	21,0
No	25	65,8	30	79,0
<b>TOTAL</b>	<b>38</b>	<b>100</b>	<b>38</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Ficha de recolección de datos

$$X_c^2 = 2,443$$

$$X_r^2 = 3,841$$

g.l.=1

p>0.05

OR:2,303

La tabla 08 nos presenta el sufrimiento fetal de las gestantes con cesárea, donde se aprecia del 100%(38) adolescentes, el 65,8%(25) no presentaron sufrimiento fetal y el 34,2%(13) si tuvieron sufrimiento fetal. Mientras que del 100%(38) adultas cesareadas, el 79%(30) no presentaron sufrimiento fetal y el 21%(08) si tuvieron sufrimiento fetal.

Del análisis de la tabla se concluye que el mayor porcentaje de sufrimiento fetal (34,2%) fue en adolescentes que culminó su embarazo por cesárea.

Al realizar la prueba estadística de Chi Cuadrado no se halló evidencia estadística significativa (p>0.05) lo cual indica que el sufrimiento fetal no está asociado con la cesárea de las adolescentes y adultas.

Luego de aplicar las medidas de regresión logística odds ratio se encontró un OR de 2,3 lo cual significa que existe la probabilidad de culminar su

parto por cesárea de 2 veces más en las adolescentes que las adultas por sufrimiento fetal.

El término sufrimiento fetal expresa un concepto de orden clínico que comprende algunas alteraciones funcionales del feto, asequibles a diversos recursos propedéuticos durante el embarazo y que son interpretadas habitualmente como traductoras de un estado en el cual hay peligro más o menos próximo de muerte para el feto.

Durante el trabajo de parto la anoxia fetal puede estar originada por perturbaciones maternas u ovulares que impidan la correcta oxigenación del feto y traumatismo encefálico<sup>23</sup>.

La hipoxemia y la acidosis fetal durante el trabajo de parto pueden producir muerte fetal intraparto o neonatal, así como morbilidad neonatal respiratoria y lesión neurológica posterior. El diagnóstico de sufrimiento fetal agudo es indicación para terminar la gestación en forma inmediata, lo que supone un parto por cesárea en los casos en que no hay condiciones para parto vaginal, no se ha completado la dilatación o se espera un expulsivo prolongado<sup>23</sup>.

Al respecto **AVANZA, MJ et al (Argentina – 2004)** en su investigación *Frecuencia e indicaciones de cesárea en la población adolescente de un centro hospitalario*. Realizó un análisis retrospectivo de 9479 pacientes 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; donde determinó que el total de cesáreas fue 2063, de las cuales 199 se efectuaron en adolescentes. La tasa de uso de

parto operatorio fue 12.02% en menores de 20 años, comparada con 21.2% en mujeres mayores y tuvo como principal indicación de cesárea al sufrimiento fetal agudo en un 20,1%(40 casos).

**TABLA 09**

**CESAREA EN GESTANTES ADOLESCENTES Y ADULTAS EN RELACIÓN A LA DESPROPORCIÓN CEFALO PELVICA. HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO. SETIEMBRE – NOVIEMBRE 2016.**

Desproporción Céfalo Pélvica	CESAREA			
	Adolescente (Casos)		Adultas (Controles)	
	Nº	%	Nº	%
Si	11	29,0	04	10,6
No	27	71,0	34	89,4
<b>TOTAL</b>	<b>38</b>	<b>100</b>	<b>38</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Ficha de recolección de datos

$$X_c^2 = 4,070$$

$$X_t^2 = 3,841$$

g.l.=1

p<0.05

OR:3,463

La tabla 09 nos muestra la desproporción céfalo pélvica de las gestantes con cesárea, donde se aprecia del 100%(38) adolescentes, el 71,0%(27) no presentaron desproporción céfalo pélvica y el 29,0%(11) si tuvieron desproporción céfalo pélvica. Mientras que del 100%(38) adultas cesareadas, el 89,4%(34) no presentaron desproporción céfalo pélvica y el 10,6%(04) si tuvieron desproporción céfalo pélvica.

Del análisis de la tabla se concluye que el mayor porcentaje de desproporción céfalo pélvica (29,0%) fue en adolescentes que culminó su embarazo por cesárea.

Al realizar la prueba estadística de Chi Cuadrado se halló evidencia estadística significativa (p<0.05) lo cual indica que la desproporción céfalo pélvica está asociado con la cesárea de las adolescentes y adultas.

Luego de aplicar las medidas de regresión logística odds ratio se encontró un OR de 3,4 lo cual significa que existe la probabilidad de culminar su

parto por cesárea de 3 veces más en las adolescentes que las adultas por desproporción céfalo pélvico.

La desproporción que existe entre el tamaño del feto y la pelvis materna de la adolescente es una razón importante implicada en los partos por cesárea, ya que los fetos al no poder salir normalmente por el canal del parto ocasionan sufrimiento fetal y una serie de complicaciones que para preservar la salud del feto y la madre tienen que optar por el parto por cesárea. Esto es debido principalmente a una falta de desarrollo de la pelvis materna, lo que condicionaría una mayor incidencia de desproporción cefalopélvica, constituyendo esto, una causa importante de partos operatorios<sup>23</sup>.

Al respecto **BUSTAMANTE, Alexandra y ZAPATA, Olivia** en Ecuador – 2012 en su investigación Frecuencia e indicación de cesárea en las adolescentes atendidas en el Hospital “Pablo Arturo Suárez” de la ciudad de Quito, en el periodo enero 2006 hasta diciembre del 2011, evaluaron a 408 adolescentes entre 13 y 19 años de edad que terminaron su gestación por medio de cesárea, donde la principal indicación de cesárea en adolescentes fue por desproporción céfalo pélvica 21.8%, distocias de presentación 9.1%, compromiso de bienestar fetal 8.5%, preeclampsia 4.7%, y macrosomía fetal 3.9%.

## CONCLUSIONES

1. La incidencia de cesárea en el hospital regional de Ayacucho durante los meses de setiembre a noviembre del 2016 fue de 376 cesáreas (100%) de las cuales 85%(319) fueron en adultas y 15%(57) se realizaron en adolescentes.
2. Las principales indicaciones de cesárea del grupo de adolescentes 100%(38), destaca el sufrimiento fetal como una indicación principal de cesárea en 34,2%(13), seguido de la desproporción céfalo pélvica con 18,4%(07), luego la distocia de presentación y la pre eclampsia-eclampsia representa 13,2%(05) en ambos casos, asimismo el. Por otro lado en el grupo de adultas del 100%(38) también representa el sufrimiento fetal y la preeclampsia – eclampsia como indicación principal con 21%(08), seguido del embarazo prolongado con 13,2% (05), luego la distocia de presentación con 10,6%(04).
3. Los factores asociados a la cesárea en las adolescentes ( $p < 0,05$ ) son: La paridad, el nivel de instrucción, el estado civil, la condición económica y la desproporción céfalo pélvica.
4. Los factores no asociados a la cesárea en las adolescentes ( $p > 0,05$ ) son: La falta de atención prenatal, la procedencia y el sufrimiento fetal.
5. Existe el riesgo ( $OR > 1,0$ ) de culminar el parto por cesárea en las adolescentes primíparas, de baja condición económica, sin atención prenatal, con sufrimiento fetal y desproporción céfalo pélvica.

## RECOMENDACIONES

1. Al personal de salud (obstetra). Tener mayor cuidado y realizar seguimiento continuo a las gestantes adolescentes primíparas, de baja condición económica, sin atención prenatal, con sufrimiento fetal y desproporción céfalo pélvica; por ser ellas con mayor riesgo de tener un parto por cesárea; con talleres para identificar el riesgo de madre e hijo.
2. Promover la docencia en las instituciones educativas sobre Salud Sexual y Reproductiva para prevenir embarazos en las adolescentes y evitar las cesáreas.
3. Es necesario seguir realizando más trabajos de investigación; primordialmente, sobre morbilidad asociadas a las cesáreas en la población adolescente.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Salinas A, Ramón et al.** Vías de terminación del embarazo adolescente versus embarazo adulta. Hospital "Dr. José R. Vidal", Maternidad, Sector Obstetricia. Argentina, 2008. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina. N° 12 191 – Marzo 2009
2. **Mendoza W, Subiría G.** El embarazo adolescente en el Perú: situación actual e implicancias para las políticas públicas. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2013; 30(3):471-9.
3. **OMS-OPS.** Descubriendo las voces de los adolescentes. Noviembre de 2006, 36 p [en línea]. Disponible en Internet: <http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/ca-empoderamiento.pdf>
4. **Gallardo L, Henry R. et al** Adolescencia materna y su asociación con la realización de la cesarea. Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS), en la página <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm> de la Biblioteca virtual en salud del proyecto BIREME, Colombia – 2015.
5. **Campero, L. y Col.** Tendencias de cesáreas en relación con factores no clínicos en un centro de educación para el parto en la Ciudad de México. Salud Pública de México / vol.49, no.2, marzo-abril de 2007.
6. **Díaz, Angelica y col.** Riesgos Obstétricos en el embarazo adolescente: estudio comparativo de resultados obstétricos y perinatales con pacientes embarazadas adultas. REV CHIL OBSTET GINECOL 2002; 67(6): 481-487
7. **Esquivel L, Blanca Inés et al.** Embarazo en adolescentes y no adolescentes. Resultados Obstétricos y perinatales. Rev Med UAS. Nueva Epoca; Vol 1: No.1. Enero-marzo 2010.
8. **Avanza, MJ et al** Frecuencia e indicaciones de cesárea en la población adolescente de un centro hospitalario. Revista Médica del Nordeste – N° 5 – Marzo 2004. Argentina.
9. **Encuesta Demográfica en Salud (ENDES 2014)**
10. **Hatemm, Yonny et al.** Cesárea en adolescentes en el Hospital "J.M. Casal Ramos", estado portuguesa.1990-1993. Venezuela – 2004.
11. **Saucedo, Marcelo** La adolescencia, ¿Es un factor de riesgo para cesárea?. Tesis Universidad de Colima. Facultad de Medicina. Colombia – 2007
12. **Casagrandi C. y Col,** Tendencias de algunos indicadores relacionados con la cesárea. Hospital Gineco obstétrico "Ramón González Coro". Revista Cubana Obstetricia y Ginecología, 33(3).2007
13. **Salinas P. y Col. (2004),** Factores predictores de cesárea. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología, 2004; 69(5): 357-360.
14. **Monterrosa, Alvaro y Arias Merizalde.** Partos vaginales y cesáreas en adolescentes: comportamiento entre 1993 y 2005.Hospital de Maternidad "Rafael Calvo", Cartagena. Revista

15. **Sistema Informático Perinatal (SIP-2015)** Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho. 2015.
16. **Bustamante, Alexandra y Zapata, Olivia.** Frecuencia e indicación de cesárea en las adolescentes atendidas en el Hospital “Pablo Arturo Suárez” de la ciudad de Quito. Enero 2006 hasta diciembre del 2011. Tesis Universidad Central de Ecuador. Facultad de Ciencias Médicas. Carrera de Obstetricia.” Juana Miranda”.2012
17. **Abad, Pedro.** Cesárea en adolescentes. Hospital Hipólito Unanue. Lima, Perú. **Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia**, [S.l.], v. 50, n. 4, p. 202-208, may. 2015. ISSN 2304-5132. Disponible en: <<http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/417>>. Fecha de acceso: 14 Jun. 2016
18. **Amaya J, Borrero C, Ucrós S.** Estudio analítico del resultado del embarazo en adolescentes y mujeres de 20 a 29 años en Bogotá. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* 2005;56 (3):216-224.
19. **Bendezú, Guido et al.** Características y riesgos de gestantes adolescentes. *Rev. peru. ginecol. obstet.* [online]. 2016, vol.62, n.1 [citado 2017-07-17], pp. 13-18. Disponible en: <[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2304-51322016000100002&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322016000100002&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 2304-5132.
20. **Rodríguez Tello, Alexia et al.** Factores de riesgo y nivel de conocimiento sobre embarazo en adolescentes gestantes. Tesis UNAP. Iquitos Perú 2014.
21. **Albornoz, Lady y Reátegui, Nivania.** Cesáreas en adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Santa Rosa. 2010-2012. Tesis UNMSM.
22. **Carpio, Walter.** Operación Cesárea; incidencia e indicaciones en el Hospital Naylamp de EsSalud de Chiclayo durante el periodo enero a diciembre 2015. Tesis USMP Chiclayo-Perú.
23. Danfoth. “Tratado de obstetricia y ginecología”. 9ª edición. Pag 403-435.
24. **PAUCAR, Lisbeth y GUTIERREZ, Erika** (Ayacucho-2015) Frecuencia e indicaciones de parto por cesárea en adolescentes. Hospital Regional de Ayacucho. Septiembre a diciembre 2014. Teis UNSCH Ayacucho-Peru

# **ANEXOS**



# UNSCH

## FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

### FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

#### 1. DATOS GENERALES:

Nº de ficha:..... Nombres y Apellidos:.....

Edad:..... Adolescente ( ) Adulta ( )

#### a. Nivel de Instrucción:

- |                    |                  |
|--------------------|------------------|
| 1. Ilustrada ( )   | 2. Primaria: ( ) |
| 3. Secundaria: ( ) | 4. Superior: ( ) |

#### b. Procedencia:

- |               |                        |              |
|---------------|------------------------|--------------|
| 1. Urbano ( ) | 2. Urbano Marginal ( ) | 3. Rural ( ) |
|---------------|------------------------|--------------|

#### c. Estado Civil:

- |                    |               |
|--------------------|---------------|
| 1. Soltera ( )     | 2. Casada ( ) |
| 3. Conviviente ( ) | 4. Otros ( )  |

#### d. Condición Económica de la gestante:

- |                                 |     |
|---------------------------------|-----|
| 1. Baja Ingreso < 850 soles     | ( ) |
| 2. Media Ingreso 851-1700 soles | ( ) |
| 3. Alta Ingreso > 1700 soles    | ( ) |

f. Atención prenatal. 1. Si ( ) 2. No ( )

¿Cuántas veces? 1. Menor a 6 veces 2. Igual o mayor a 6 veces

## 2. ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS:

**FUM:**

**G:**

**Pg:**

Primípara ( )

Multipara ( )

Gran multipara ( )

**Edad gestacional:**

Pretérmino ( )

A término ( )

Prolongado ( )

**Tipo de Cesarea:**

Electiva ( )

Urgencia ( )

**Indicación de la Cesárea:**

D. Maternas :

- Distocia de partes óseas (desproporción cefalopélvica)
- Distocia de partes blandas
- Distocia de la contracción
- Placenta Previa
- Desprendimiento Prematuro de Placenta

E. Fetales :

- Macrosomía fetal que condiciona desproporción cefalopelvica
- Alteraciones de la situación, presentación o actitud fetal
- Prolapso del cordón umbilical
- Sufrimiento fetal
- Malformaciones fetales incompatibles con el parto
- Embarazo prolongado con contra indicación para parto vaginal
- Cesárea postmortem

F. Mixtas :

- Pre eclampsia-eclampsia
- Embarazo múltiple
- Infección amniótica
- Isoinmunización materno-fetal

Dx. Preoperatorio : .....

Dx. Posoperatorio : .....