

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONÍA PERUANA**



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**“Rafael Donayre Rojas”**



**TITULO**

**CARACTERISTICAS DE LAS CESAREAS DE LAS ADOLESCENTE EN EL  
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO  
Enero a Setiembre del 2015**

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE MEDICO CIRUJANO**

**Presentado por el Bachiller de Medicina Humana**

**ANDY RICHARD TEJEDO LOPEZ**

**ASESOR**

**DR. JAVIER VASQUEZ VASQUEZ**

**Punchana – Iquitos**

**Perú**

**2015**

## INDICE DE CONTENIDO

Dedicatoria	iii
Reconocimiento	iv
Índice de tablas	v
Resumen	vi
Capitulo I	
1. Introducción	2
2. Planteamiento del Problema	5
3. Objetivos	6
Capitulo II	
4. Marco Teórico	8
5. Hipótesis	18
6. Variables	19
7. Operacionalización de variables	20
Capitulo III	
8. Metodología	24
8.1 Tipo y Diseño de investigación	24
8.2 Población y Muestra	24
8.3 Técnicas e Instrumentos	25
8.4 Procedimiento de Recolección de Datos	25
8.5 Análisis e Interpretación	26
8.6 Protección de los Derechos humanos	26
Capitulo IV	
9. Resultados	28
10. Discusión	38
11. Conclusiones	40
12. Recomendaciones	41
Capítulo V	
13. Referencias Bibliográficas	43
14. Anexos	46

## **Dedicatoria**

### ***A Dios***

Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

### ***A mi madre Anani***

Por haberme apoyado en todo momento, inculcándome los buenos valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su inmenso amor y cariño.

### ***A mi padre Angel***

Por qué siempre me apoyo desde el inicio de la carrera dándome los ejemplos de perseverancia y constancia que lo caracterizan y que me ha infundado siempre, por el valor mostrado para salir adelante.

## Reconocimiento

Doy gracias a Dios por permitirme tener tan buena experiencia dentro de mi universidad, gracias por convertirme en un profesional en lo que tanto me apasiona, gracias a cada maestro que con enseñanzas invaluablees ha contribuido en mi proceso integral de formación.

A la vez doy un agradecimiento especial al Dr. Javier Vásquez Vásquez que con su gran conocimiento y amabilidad que lo caracteriza; me asesorò en la realización de mi tesis.

A los miembros del jurado el Dr. Edwin Zevallos, Dr. Beder Camacho, Dr. Zaid Ríos, que tuvieron la amabilidad siempre de recibirme para continuar con el proceso de la tesis. Estoy eternamente agradecidos.

Finalmente agradezco a quien lee este apartado y más de mi tesis, por permitir a mis experiencias, investigación y conocimiento, incurrir dentro de su repertorio de información.

*Andy Richard Tejedo López*

## Índice de Tablas

TABLA N°1 Distribución de las gestantes adolescentes cesareadas según Edad	29
TABLA N°2 Distribución de las gestantes adolescentes cesareadas según Estado civil	28
TABLA N°3 Distribución de las gestantes adolescentes cesareadas según Procedencia	29
TABLA N°4 Distribución de las gestantes adolescentes cesareadas según Nivel de instrucción	29
TABLA N°5 Distribución de las gestantes adolescentes cesareadas según aborto	30
TABLA N°6 Distribución de las gestantes adolescentes cesareadas según Paridad	30
TABLA N°7 Distribución de las gestantes adolescentes cesareadas según Edad Gestacional	31
TABLA N°8 Distribución de las gestantes adolescentes cesareadas según Control Prenatal	31
TABLA N°9 Distribución de las gestantes adolescentes cesareadas según cesareadas	32
TABLA N° 10 Indicaciones de la Cesárea en las gestantes adolescentes	33
TABLA N°11 Morbilidad Perinatal del recién nacido de gestantes adolescentes cesareadas	34
TABLA N°12 Relación entre la morbilidad y Edad de las gestantes adolescentes cesareada	35
TABLA N°13 Relación entre la morbilidad y Edad de las gestantes adolescentes cesareada	35
TABLA N°14 Relación entre la morbilidad y Nivel de Instrucción de las gestantes adolescentes cesareada	36
TABLA N°15 Relación entre la morbilidad y Paridad de las adolescentes cesareada	36
TABLA N°16 Relación entre la morbilidad y Control prenatal de las adolescentes cesareada	37

## **Resumen**

### **CARACTERISTICAS DE LAS CESAREAS DE LAS ADOLESCENTE EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO, Enero a Setiembre del 2015** **Bach. ANDY RICHARD TEJEDO LOPEZ**

#### **Introducción**

Las adolescentes gestantes es un problema de salud pública en nuestra región por su alta incidencia en comparación al resto del país, por su frecuencia de complicaciones obstétricas y perinatales, que aumentan la tasa de cesárea en los hospitales.

#### **Objetivo**

Determinar las características de las cesáreas de las adolescentes en el Hospital Regional de Loreto, entre enero a setiembre 2015.

#### **Metodología**

Se realizó un estudio de tipo cuantitativo, con diseño del presente estudio fue descriptivo, transversal retrospectivo evaluando a 84 de 108 cesáreas en gestantes adolescentes que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión.

#### **Resultados**

Se evaluaron 84 gestantes adolescentes cesareadas, el 69.0% presentan entre 17 a 19 años; el 72.6% son solteras; el 58.3% proceden de la zona urbana, el 61.9% tienen un nivel de instrucción secundaria, el 22.6% tienen antecedente de aborto; el 88.1% son nulíparas.

El 60.0% de las gestante adolescentes cesareadas menores de 14 años y el 20.7% de las de 17 a 19 años tuvieron recién nacidos menores de 37 semanas.

El 40.5% de las gestantes adolescentes cesareadas tuvieron menos de 6 controles prenatales.

El 58.3% presentaron morbilidad asociada durante el embarazo; siendo las principales: anemia (52.4%), infección del tracto urinario (33.3%), amenaza de parto prematuro (13.1%), e hipertensión inducida en el embarazo (10.7%),

Las principales indicaciones de la cesárea fueron: desproporción cefalopélvica (23.8%), sufrimiento fetal agudo (21.4%), prematuridad (11.9%), cesárea anterior (9.5%) y preeclampsia leve/severa (8.3%)

El 40.5% de los recién nacidos de gestantes adolescentes cesareadas presentaron morbilidad perinatal, siendo las principales: sufrimiento fetal agudo (11.9%), prematuridad (11.9%), recién nacido de bajo peso (10.7%), y retardo de crecimiento intrauterino (4.8%).

Hubo mayor tendencia en las gestantes adolescentes cesareadas menor de 14 años, procedencia rural, bajo nivel de instrucción, multiparidad y control prenatal inadecuado a presentar prevalencias mayor de morbilidad durante el embarazo y morbilidad perinatal.

#### **Conclusiones**

Las gestantes adolescentes cesareadas presentan una mayor tasa de morbilidad asociada durante su embarazo y morbilidad perinatal.

**Palabras claves:** Adolescentes, Cesárea, Iquitos

## CAPITULO I

## 1. INTRODUCCION

El embarazo en la adolescencia implica alto riesgo para la salud de la madre, del feto y del recién nacido, que puede incluso llevarlos hasta la muerte. Los riesgos son tipo biológico y psicosociales. En lo biológico, los peligros están determinados por la inmadurez de las estructuras pélvicas y del sistema reproductor en general. La maternidad en adolescentes constituye un riesgo potencial de alteraciones biológicas, ya que existe inexperiencia en el cuidado de los niños, modelos parenterales inadecuados y la existencia de disfunción familiar que determinan un contexto que se asocia con alteraciones tanto maternas como perinatales; en lo psicosocial deriva a la frustraciones y limitaciones en lo económico, familiar y social que debe asumir la mujer a temprana edad <sup>1</sup>.

El Perú tiene a nivel de Sudamérica una de las mayores tasas de embarazo adolescente, desde hace 20 años el alto porcentaje de embarazos en adolescentes en el Perú no ha variado. Para muchas, el embarazo no planeado es una experiencia negativa para nuestra salud y nuestra vida emocional y social, que nos marca para siempre <sup>2</sup>, pues el 13% de las adolescentes entre 15 y 19 años ya es madre (11%) o está gestando por primera vez (2%) <sup>3,4</sup>.

El embarazo en adolescentes aumenta la morbilidad y mortalidad materna, dentro de los antecedentes obstétricos, el bajo peso, mayor desnutrición por defecto, amenaza de parto pretérmino y enfermedad hipertensiva gravídica; además partos distócicos, cesáreas, cuyas primeras causas fueron la desproporción céfalo pélvica, el sufrimiento fetal agudo y la inducción fallida. Las complicaciones neonatales más frecuentes encontradas fueron bajo peso al nacer, distrés transitorio e hipoxia; en las madres hubo la mayor morbilidad puerperal y las tasas de mortalidad fetal tardía y neonatal precoz aumentaron en este grupo <sup>1</sup>.

El término de operación cesárea denota el parto del feto, placenta y membranas a través de una incisión de las paredes abdominal y uterina. El término excluye el nacimiento de un producto que sea un embarazo abdominal <sup>5,6</sup>.

No se discute la validez de la operación cesárea cuando está de por medio una indicación absoluta. Sin embargo, éstas, según todas las publicaciones, no superan el 20% de las que se observan en la práctica. Es por ello que actualmente se busca revertir esta tendencia en alza, y se tiende a reducir los índices de incidencia de cesáreas, realizándolas sólo bajo



indicaciones médicas indispensables, entendiéndose esto como una mejor atención del embarazo y trabajo de parto que conlleva a menores índices quirúrgicos con mayor beneficio materno y neonatal <sup>7</sup>.

La operación cesárea expone a mayor peligro de morbimortalidad materno fetal que el parto vaginal no complicado, además del estado de alarma fisiológico por la cesárea hay aumento de morbimortalidad de la madre y del niño en el período de recuperación, por complicaciones infecciosas, hemorrágicas y pulmonares. La paciente sometida a cesárea de urgencia corre el riesgo adicional de la complicación que motivó la intervención, la anestesia de urgencia y la reducida preparación preoperatoria <sup>8</sup>

En el Perú, de acuerdo a la última Encuesta de Demografía y Salud (DHS) reveló que las cesáreas en todo el país han aumentado de 21,4% a 25,3% entre los periodos 2009 y 2012. Las cesáreas se realizaron en el 48,6% de las mujeres en el quinto superior de riqueza y en el 44,1% de las mujeres con educación superior. Las tasas también varían según el área geográfica, en el noroeste de Perú la tasa de cesáreas fue del 48,7%, seguido de Lima Metropolitana a 41%; la tasa más baja, 8,6%, fue encontrada en la región andina de Huancavelica <sup>9</sup>.

La situación de salud materna y perinatal es un problema de salud pública en todos los países, más en aquellos que se encuentran en vías de desarrollo, ya que son ellos los que presentan una alta tasa de fecundidad, de embarazo en poblaciones de mujeres jóvenes como son las adolescentes que según su madurez biológica y psicológica no se encuentran preparadas para el embarazo, teniendo una mayor tasa de complicaciones materna y perinatales que las gestantes con mayor edad.

Por otro lado, las tasas de cesáreas a nivel mundial han recibido un incremento por muchas razones que se han tratado de explicar este exceso de cesáreas, como ser considerado un procedimiento más seguro que el parto vaginal; la destreza obstétrica del personal encargado de la atención de los partos; la creciente edad de las madres; la mayor capacidad tecnológica para detectar sufrimiento fetal; la preferencia por este procedimiento que manifiestan ciertos sectores de la sociedad, y diversos incentivos económicos relacionados con los seguros privados; son los que generan una mayor tasa de cesáreas.

El Hospital Regional de Loreto está inmerso en los dos problemas de salud planteados, el primero en que tienen la segunda demanda de atención de embarazos en adolescentes después del Hospital Apoyo Iquitos, el segundo es el aumento de la tasa de cesáreas; siendo ambos el motivo de conocer cuáles son las características sociodemográficas, obstétricas y clínicas de las adolescentes cesareadas con la finalidad de conocer el perfil y poder establecer estrategias para su mejor atención.

## **2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

¿Cuáles son las características de las cesáreas de las adolescentes en el Hospital Regional de Loreto, Enero a Setiembre del 2015?

### **3. OBJETIVOS**

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

- Identificar las características de las cesáreas de las adolescentes en el Hospital Regional de Loreto, Enero a Setiembre del 2015.

#### **3.2. Objetivos Específicos:**

- Conocer las características sociodemográficas de las adolescentes cesareadas en el Hospital Regional de Loreto; como: Edad, estado civil, procedencia, nivel de instrucción.
- Conocer las características obstétricas de las adolescentes cesareadas en el Hospital Regional de Loreto; como: antecedente de aborto, paridad, edad gestacional, control prenatal.
- Determinar la morbilidad asociada (anemia, infección urinaria, hipertensión inducida en el embarazo, pre eclampsia, eclampsia, distocia de presentación, amenaza de parto pre termino, trabajo de parto prolongado, hemorragias, atonía uterina, etc.) durante el embarazo de las adolescentes cesareadas en el Hospital Regional de Loreto.
- Identificar las indicaciones de cesárea en las gestantes adolescentes atendidas en el en el Hospital Regional de Loreto.
- Determinar la morbilidad perinatales (prematuridad, sufrimiento fetal, bajo peso, RCIU, sepsis, etc.) del recién nacido de la adolescentes cesareadas en el Hospital Regional de Loreto.

## **CAPITULO II**

## 4. MARCO TEÓRICO

### a. Adolescencia

La adolescencia es el período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio – económica y fija sus límites entre los 10 y 19 años <sup>10, 11</sup>.

A la adolescencia se la puede dividir en tres etapas con características diferentes a su vez con formas distintas de enfrentar un embarazo:

- Adolescencia temprana (10 a 13 años): Ligada a su madre, negación del embarazo, la maternidad provoca depresión y aislamiento, no hay lugar para el padre. El varón está ausente en sus planes.
- Adolescencia media (14 a 16 años): Dramatización de la experiencia corporal y emocional, se siente posesiva en relación al feto, que a su vez es experimentado como un instrumento de la afirmación de independencia de los padres. Su actitud es ambivalente: de culpa y orgullo. El padre tiene un lugar: El varón es considerado importante como una esperanza en el futuro.
- Adolescencia tardía (17 a 19 años): Adaptación al impacto de la realidad, sentimientos maternales. Búsqueda de afecto y compromiso de parte del varón y establecimiento como un futuro compañero.

### b. Definición de Embarazo en adolescente

Embarazo adolescente o embarazo precoz es aquel embarazo que se produce en una mujer adolescente; entre la adolescencia inicial o pubertad (comienzo de la edad fértil) y el final de la adolescencia. La OMS establece la adolescencia entre los 10 y los 19 años <sup>12</sup>.

### **c. Cesárea**

La Cesárea es la intervención quirúrgica que tiene como objetivo extraer el producto de la concepción y sus anexos a través de la vía abdominal incidiendo en el útero. También se puede definir como el nacimiento de un feto a través de una incisión en la pared abdominal (laparotomía) y en la pared uterina (histerotomía), ante una situación de peligro de la madre o del feto, o ante la imposibilidad del feto de nacer por vía vaginal <sup>5,6</sup>.

### **d. Desproporción Céfalo pélvica**

Alteración obstétrica en la que la cabeza del feto es demasiado grande o el canal del parto materno demasiado pequeño para permitir un parto o nacimiento por la vía normal. En la DCP absoluta la cabeza del niño es característicamente mayor o el canal del parto materno es anormalmente pequeño, lo que hace imposible el parto vaginal

### **e. Indicaciones de la cesárea**

Las indicaciones de cesáreas se han agrupado en <sup>13-15</sup>:

#### **a. Causas maternas**

- **Patologías locales**
  - Distocias: ósea, dinámicas, de partes blandas.
  - Tumores previos.
  - Rotura uterina.
  - Cesárea anterior.
  - Cicatriz uterina.
  - Plastías vaginales.
  - Herpes genital.
  - Carcinoma genital.
- **Patologías sistémicas:**
  - Pre-eclampsia, eclampsia.
  - Hipertensión crónica grave.
  - Nefropatía crónica.
  - TBC pulmonar y LCFA.
- **Fracaso de inducción.**

**b. Causa fetales.**

- Distocias de presentación y posición: tronco, podálica, frente, cara.
- Macrosomía fetal.
- Vitalidad fetal comprometida: SFA, RCIU, hemólisis fetal grave, muerte habitual del feto.
- Malformaciones congénitas.
- Hidrocefalia.
- Siameses.
- Mielomeningocele.

**c. Causas materno materno-fetales.**

- Desproporción céfalo-pélvica.
- Hemorragia grave del embarazo y parto.
- Parto detenido.

**d. Causas Ovulares**

- Placenta previa.
- DPPNI.
- Prolapso de cordón.
- Infección ovular.
- Vasa previa.

**f. Morbilidad del Embarazo en adolescente**

De forma global se describe mayor morbilidad en la gestación adolescente, en la literatura se describen <sup>16,17</sup>:

- Abortos
- Anemia
- Infecciones urinarias
- Bacteriuria asintomática
- Hipertensión gestacional
- Preeclampsia – Eclampsia



- Escasa ganancia de peso
- Malnutrición materna
- Hemorragias asociadas con afecciones placentarias
- Parto prematuro
- Rotura prematura de membrana
- Desproporción cefalopélvica
- Cesárea

#### **g. Morbilidad Perinatales en Embarazo Adolescentes**

Las morbilidad neonatal es mayor en hijos de madres adolescentes; se señala que tienen el doble de posibilidad de presentar alguna patología; predomina los casos de recién nacidos de peso bajo al nacer; el peso bajo está dado tanto por la condición de prematuro como por el nacimiento de recién nacidos pequeños para la edad gestacional <sup>18</sup>.

Adolescentes sin cuidado prenatal presentaron significativo mayor riesgo de muerte fetal, rotura prematura de membranas, parto prematuro, retardo de crecimiento intrauterino, endometritis puerperal, hemorragia puerperal, recién nacido pequeño para la edad de gestación, morbilidad neonatal, síndrome hipóxico-isquémico (asfixia) neonatal, neonato con Apgar bajo en minuto 1, dificultad respiratoria, sepsis neonatal, muerte neonatal y muerte perinatal <sup>19,20</sup>.

#### **h. Antecedentes**

LICONA (2009) <sup>21</sup> determino las causas de cesárea más frecuentes en el hospital santa bárbara integrado (HSBI), para mejorar la atención que se brinda a las embarazadas durante los controles de embarazo y poder detectar tempranamente si ameritará intervención quirúrgica. Evaluaron 159 historias clínicas de pacientes que dieron a luz en el HSBI durante los meses de enero a marzo del año 2008, el 30% de las pacientes tenían edades comprendidas entre 16 y 20 años, 44% eran primigestas, 25% tenían cesárea previa, de las cuales en el 74% la causa fue desproporción céfalo pélvica (DCP), la causa de la cesárea actual fue DCP en el 51% de los casos,

se encontró que la prevalencia de cesárea es 170 por 1000. Las causas más frecuentes de cesáreas fueron; DCP, sufrimiento fetal agudo (SFA) y presentaciones anormales (pélvico y transverso) respectivamente.

CHE LEON (2009) <sup>22</sup> en su estudio analítico y correlacional que tuvo por finalidad identificar los indicadores de alto riesgo obstétrico y su relación con la decisión de la cesárea en el Hospital La Caleta de Chimbote, para lo cual se tomó una muestra representativa de 93 partos normales y 95 cesáreas. Del total de mujeres cesareadas 6% presentaron problemas de incompatibilidad cervical en embarazos pasados; todas las mujeres cesareadas en este estudio fueron primíparas; 3% presentaron antecedentes de infección de las vías urinarias; 14 % tenían edad menor de 19 o mayor de 35 años, 23% tenían hemoglobina menor de 11gr%; 8% no se realizó controles prenatales; 11% tuvieron edad gestacional <37 semanas; 2% presentaron feto grande para la edad gestacional; 8% de los casos fue por presentación de cara o pelviana; 4% mostraron casos de prolapso de cordón; 17% presentaron signos de sufrimiento fetal; 21% presentó desprendimiento prematuro de la placenta; 4% fue por estimulación o inducción fallida.

DUERTO y col. (2010) <sup>23</sup> su estudio tuvo como objetivo Identificar la incidencia del tipo de parto en adolescentes, servicio de Obstetricia del Complejo Hospitalario Universitario Ruíz y Páez, durante los meses de Agosto y Septiembre del 2009. Tipo de Estudio: de campo, descriptivo, de corte transversal. La muestra estuvo representada por 242 pacientes embarazadas menores o iguales a 19 años de edad que fueron atendidas en el servicio de Obstetricia, durante la culminación de su embarazo. Los datos se recolectaron mediante la técnica de la entrevista en un formulario creado por los autores, se aplicó a todas las pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión en el momento de ser atendidas. Resultados: Se atendieron 242 adolescentes embarazadas. El 94,21% (n=228) pertenecían al grupo etario de 15-19 años, el 5,79% (n=14) pertenecían al grupo de 10-14 años. La edad promedio fue 17 años. El 52,48% (n=127) terminaron su parto por vía de cesárea mientras que el 47,52% (n=115) fue por vía vaginal. La incidencia de Partos en adolescentes fue de 31,97%, La incidencia de Cesáreas entre adolescentes fue de 52,48%, Las tres principales indicaciones de cesáreas en orden decreciente fueron cesárea anterior, desproporción feto-pélvica y oligohidramnios.

ACEVEDO y col. (2010) <sup>24</sup> las gestantes embarazadas presentaron sepsis y la anemia con 30% y 20% respectivamente; durante el parto se presentó: hemorragia (20.0%), desgarro del canal del parto (30.0%), atonía uterina (10.0%); los recién nacidos de las madres adolescentes fueron la dificultad respiratoria y el apgar bajo al minuto de nacer, con 20,0 % cada una, mientras que en el grupo control prevalecieron las malformaciones congénitas y el crecimiento intrauterino retardado para 10,0 y 20,0 %, respectivamente.

FURZAN y col. (2010) <sup>25</sup> con el objetivo de identificar los factores asociados con un resultado perinatal adverso y evaluar su capacidad de predicción del pronóstico en madres adolescentes, se diseñó un estudio tipo casos-controles. La población seleccionada incluyó 600 madres y sus hijos, distribuidos en dos grupos: casos (120, resultado perinatal adverso) y controles (480, resultado perinatal no adverso). Las variables con la mayor asociación con un pronóstico perinatal desfavorable fueron edad ginecológica menor de 3 años (RP 3,69), falta de control prenatal (RP 3,11), presentación no cefálica (RP 2,74), complicaciones médicas en el embarazo (RP 2,26), complicaciones en embarazos previos (RP 2,15), soltería (RP 1,81) y parto vaginal (RP 1,72).

MEDINA y col. (2011) <sup>26</sup> en su estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, en gestantes de enero de 2009 al 30 de abril de 2010. Se registraron 4016 nacimientos, con incidencia de cesáreas de 32% (n=1299). Indicaciones obstétricas de cesáreas: 30.94% por cesárea anterior, 16 % sufrimiento fetal agudo, 9.76% falta de progresión del trabajo de parto, 9.04% distocia de presentación, 9.04% negativa al parto, 5.45% ginecorragia de la segunda mitad del embarazo, 3.80% desproporción feto pélvica, 3.30% embarazo gemelar, 13.13% otras en un total de 1393 pacientes. Indicaciones por patologías maternas asociadas: 46% hipertensión arterial, 21.60% diabetes, 8.40% coreoanmionitis, 7.60% cáncer de cérvix, 5.20% ruptura prematura de membrana, 4% cardiopatías, 2.40% Lúes, 2.40% colestasis, 1.20% condilomatosis, 0.80% código 76 y otras 0.40% en un total de 250 pacientes. La conclusión fue que las cesáreas han aumentado significativamente, respecto de años anteriores, principalmente a expensas de la cesárea anterior e iterativa. Y las patologías maternas asociadas hipertensión arterial y diabetes fueron las de mayor incidencia.

PEÑA y col. (2011) <sup>27</sup> determinaron la asociación entre el embarazo en la adolescencia y sus repercusiones adversas en la madre y su recién nacido comparando 313 gestantes de 10 a 19 años de edad y 944 gestante de 20 a 34 años de edad del Hospital Regional de Huacho, Perú. Las adolescentes tuvieron una edad media de  $17,5 \pm 1,5$  años y las demás gestantes,  $25,5 \pm 4$  años. La mayoría de las gestantes fue conviviente (65,5% y 67,1%, respectivamente) y con estudios secundarios concluidos (82,4% y 70,7%, respectivamente). Las patologías del embarazo más frecuentes fueron la infección del tracto urinario ( $p=0,443$ ;  $RR=1,07[0,90-1,27]$ ) y la anemia ( $p=0,281$ ;  $RR=0,89[0,72-1,10]$ ). Las entidades neonatales más frecuentes fueron el peso bajo al nacer ( $p=0,011$ ;  $RR=1,85 [1,15-2,98]$ ) y el puntaje Ápgar bajo al primer minuto ( $p=0,009$ ;  $RR=1,81 [1,16-2,83]$ ).

MUÑOZ y col. (2011) <sup>28</sup> en su estudio descriptivo y transversal realizado en los cuatro principales hospitales de segundo nivel: ISSSTE, ISEA, IMSS1, IMSS2 (81% de la atención obstétrica) desde 1° de septiembre al 31 de octubre de 2008. Estas son las indicaciones de operación cesárea en orden de frecuencia para cada uno de los hospitales mencionados: ISSSTE: Desproporción cefalopélvica 20%, Baja reserva fetal 13.4%, Alteración médica materna 13.4%, preclampsia 8.8%, Sufrimiento fetal 6.6%, Cesárea iterativa 6.6%, etc. ISEA: Desproporción cefalopélvica 19.2%, Cesárea iterativa 14%, Alteración médica materna 9%, Baja reserva fetal 8.6%, Rotura prematura de membranas 7.4%, Cesárea previa 5.8%, etc. IMSS1: Desproporción cefalopélvica 16.4%, Cesárea iterativa 13.8%, Oligoamnios 8%, Presentación pélvica 8%, Cesárea previa 5.2%, Preclampsia 5.2%, etc. IMSS2: Cesárea previa 24.2%, Cesárea iterativa 16%, Desproporción cefalopélvica 12%, Sufrimiento fetal 11.8%, Baja reserva fetal 5.6%, Rotura prematura de membranas 5.2%, etc. En el estudio se encontraron 45 indicaciones de cesárea diferentes lo que indudablemente refleja gran diversidad de criterios en el personal médico institucional para programar la operación cesárea.

BUSTAMANTE y col. (2012) <sup>29</sup> determinaron la frecuencia e indicación de cesárea en pacientes adolescentes embarazadas entre 13 y 19 años, atendidas en el Hospital "PABLO ARTURO SUÁREZ" desde Enero del año 2006 hasta Diciembre del año 2011. La investigación fue realizada en el Hospital "PABLO ARTURO SUÁREZ" en donde se evaluaron a 408 adolescentes entre 13 y 19 años de edad que terminaron su gestación por medio de cesárea. La recolección de datos se realizó con la revisión

de historias clínicas registradas en el Sistema Informático Perinatal. La principal indicación de cesárea en adolescentes fue por desproporción cefalopélvica 21.8%, distocias de presentación 9.1%, compromiso de bienestar fetal 8.5%, preeclampsia 4.7%, macrosomía fetal 3.9%, placenta previa 1.9%, malformaciones fetales 0.7% y 49.3% no tiene registro de indicación operatoria. Entre las características personales de las adolescentes el 51.8% tiene entre 17-19 años, el 69.7% son mestizas, instrucción secundaria 82.4%, residencia urbana 91.2%, nivel social medio 58.8%. De 535 adolescentes embarazadas, 408 terminaron su gestación por cesárea y 127 por parto normal, la principal indicación para la realización de la cirugía fue por desproporción cefalopélvica 21.8% y 49.3% no tiene registro de indicación operatoria.

PANDURO y col. (2012) <sup>30</sup> determinaron las repercusiones familiares, sociales y las complicaciones materno-perinatales del embarazo en adolescentes. Su estudio de casos y controles efectuado en el Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca, del 1 de julio de 2010 al 31 de diciembre de 2011. El grupo de casos lo conformaron 550 puérperas adolescentes  $\leq 18$  años que tuvieron un embarazo mayor de 27 semanas; el grupo control lo conformaron 550 puérperas de 20 a 30 años. En las adolescentes hubo menos casadas, falta de apoyo de su pareja, menor utilización de anticonceptivos, más adicciones, mayor frecuencia de rotura prematura de membranas, amenazas de parto pretérmino y síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido. No hubo diferencias en el número de consultas prenatales, vía de nacimiento, tipo de líquido amniótico y molestias habituales durante el embarazo. El embarazo en la adolescente, además de tener repercusiones materno perinatales es un problema sociocultural y económico, porque afecta a mujeres aún estudiantes, dependientes de sus padres, sin apoyo de su pareja, que no utilizan anticonceptivos, lo cual propicia nuevos embarazos e incremento de sus complicaciones

ZAMORA y col. (2013) <sup>31</sup> realizaron un estudio transversal con grupo control en el Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca con 330 puérperas adolescentes y un grupo control (20 a 30 años); se analizaron datos sociodemográficos, atención prenatal, información sobre la evolución y terminación del embarazo, somatometría y valoración del recién nacido, así como las complicaciones presentadas en las madres o sus neonatos con el objetivo de comparar la morbilidad materno y perinatal entre estos grupos. Se utilizó la prueba estadística de Chi cuadrada para variables cualitativas para conocer la significancia estadística, considerándose significativa una

$p \leq 0.05$ . El estado civil más frecuente fue la unión libre, así como en las adolescentes la mayoría eran primigestas y se dedicaban al hogar. En las complicaciones maternas la más frecuente encontrada en las adolescentes fue la ruptura prematura de membranas (48 vs 19 casos), mientras en los neonatos de las adolescentes la complicación más frecuente fue el síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido (32 vs 18 neonatos), ambas con una  $p < 0.05$  teniendo diferencia estadística significativa. Se concluye que el embarazo en adolescentes incrementa la morbilidad materna y perinatal, representando además un problema sociocultural.

MALATESTA (2013) <sup>32</sup> determino las características demográficas y obstétricas de las cesáreas en el Hospital Regional de Loreto, entre Mayo a Junio del 2013; realizando un estudio de diseño descriptivo transversal retrospectivo, se evaluaron 189 gestantes cesareadas en el Hospital Regional de Loreto entre Enero a Mayo del 2013. Las gestantes cesareadas eran de edad fértil (59.8%), proceden de la zona urbana (75.1%), el 25.4% con antecedente de cesárea previa, con edad gestacional a término (76.2%), nulíparas (49.2%), con adecuado control pre natal (68.3%), de las 116 gestantes con antecedente de una gestación previa el 60.3% tuvieron un intervalo intergenésico de 2 a 5 años y el 15.5% menor de 2 años. El 59.3% de las cesáreas realizadas fueron de emergencia y el 40.7% programadas. Las principales indicación de las cesáreas programadas fueron cesárea anterior (37.7%), DCP (14.3%), pre eclampsia leve (14.3%). Las principales indicaciones de la cesárea de emergencia fueron los casos de enfermedad hipertensiva (19.6%), SFA (18.8%), cesárea anterior (9.8%), y DCP (9.8%). Concluye que las cesáreas de emergencia predominan en el Hospital Regional de Loreto, principalmente producto a enfermedad hipertensiva en el embarazo y sufrimiento fetal agudo.

REATEGUI (2014) <sup>33</sup> determino características sociodemográficas, obstétricas y clínicas de la cesárea en el Hospital III Iquitos de EsSALUD; evaluando a 200 gestantes cesareadas de las 420 realizadas en el Hospital III Iquitos de EsSALUD entre Enero a Julio del 2013, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, revisando la historia clínica, reporte operatorio e historia perinatológica. Las cesáreas son en gestantes de 20 a 34 años de edad (60,5%); que proceden de la zona urbana (60.5%); convivientes (56.0%), de educación secundaria (62.5%); ama de casa (61.5%). Con antecedente de cesárea anterior (34.0%); pre termino (18.5%);

múltiparas (34.0%); con intervalo intergenésico de 2 a 5 años (71.5%); con control prenatal adecuado (66.0%). Presentan morbilidad durante el embarazo (44.0%); principalmente anemia (65.9%), ITU (55.7%), y vulvovaginitis (25.0%). El 22.0% de los recién nacidos tienen morbilidad perinatal, siendo prematuridad (84.1%), SFA (43.2%), RNBP (34.1%) y RCIU (31.8%). Las principales indicaciones de cesáreas fueron: cesárea anterior (34.0%), DCP (18.0%), SFA (17.5%) y pre término (15.0%). El 43.0% de las cesáreas fueron electivas y el 57.0% de emergencia. Las principales indicaciones de cesárea en las gestantes adolescentes fueron DCP (50.0%) y SFA (16.7%); en las gestante en edad fértil su indicación fue por cesárea anterior (37.2%), pre término (19.8%), DCP (14.9%) y SFA (14.0%); en las añosas fue por cesárea anterior (53.5%) y SFA (27.9%). Las cesáreas de emergencia fueron más frecuente en gestantes adolescentes (66.7%), gestantes añosas (65.1%), nulíparas (62.0%), primíparas (61.9%), periodo intergenésico < 2 años (59.0%) y control prenatal < 6 (60.3%). Concluye que las edades extremas, paridad e intervalo intergenésico factores que deben ser consideradas para detectar a gestantes con alto riesgo de cesárea y concentrar en éstas, una mayor vigilancia durante el control prenatal.

BUSTAMANTE y col. (2014) <sup>34</sup> determinaron la frecuencia e indicaciones más frecuentes de cesáreas en el Hospital Provincial Docente Belén Lambayeque (HPDBL), durante el periodo 2010- 2011, utilizaron una ficha de recolección de datos, en una muestra de 273 historias clínicas de gestantes cesareadas. La edad promedio fue 25,71 ±6,629 años, la edad materna más frecuente estuvo entre los 20 - 30 años (57,6%), el lugar de procedencia departamento de Lambayeque con 93,4%, siendo el 63,4% del área rural, el estado civil conviviente alcanzo el 70,3%, grado de instrucción secundaria completa (34,4%), edad gestacional a término (85%), ningún control prenatal (59,3%). La frecuencia de cesáreas practicadas en el HPDBL fue 33.6%; la indicación más frecuente fue cesárea segmentaria previa (25,6%); seguidas por sufrimiento fetal agudo (13,9%), pre eclampsia-eclampsia (12,1%), presentación podálico (10,6%), macrosomía fetal mayor de 4.500 gr. (10,3%); oligohidramnios severo (9,2%); dos o más cesáreas previas (8%); desproporción céfalo-pélvica (7,4%); expulsivo prolongado (6,2%); y otras indicaciones (31,8%). La frecuencia de operación cesárea es alta en el HPDBL. La indicación más frecuente de cesárea fue cesárea segmentaria previa; siendo más frecuente en jóvenes que en adolescentes.

## 5. HIPOTESIS

El presente estudio es de diseño descriptivo, por el cual no requiere hipótesis; pero pensamos:

- Las gestantes adolescentes tempranas cesareadas tienen mayor frecuencia de morbilidad durante el embarazo y morbilidad perinatal que las gestantes adolescentes tardías cesareadas
- Las principales indicación de cesárea en las adolescentes fueron la desproporción cefalo-pélvica y el sufrimiento fetal.
- Existe con más frecuencia complicaciones perinatales en la gestante adolescentes temprana cesareada que en las gestantes adolescentes tardías cesareadas.



## 6. VARIABLES

### Variable Dependiente

- Adolescente cesareada
  - Indicaciones de cesárea

### Variables Independientes

- Características sociodemográficas
  - Edad
  - Estado Civil
  - Procedencia
  - Nivel de Instrucción
- Características obstétricas
  - Antecedente de Aborto
  - Paridad
  - Edad gestacional
  - Control pre natal
- Morbilidad asociada al embarazo
- Morbilidad perinatal

## 7. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLES	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA
<b>ADOLESCENTE CESAREADA</b>	Cesárea registrada en las historia clínica con presencia del informe operatorio	Adolescente cesareada: Adolescente que presenta condiciones clínicas y/o obstétricas que deciden que el producto sea extraído por vía abdominal Indicación de cesárea: condición clínica-obstétrica que condiciona la extracción del feto por vía abdominal	Nominal
<b>FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS</b>	Edad registrada en la historia clínica	Edad: Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento del ocurrir el parto, se forma 3 grupos menores de 14 años, 14 a 6 años y los de 17 a 19 años de edad	Nominal
	Estado civil registrado en el SIS	Estado civil: Estado en la persona con respecto a sus deberes y derechos con niveles sociales, económicos y legales Soltera: vive sola con sus hijos y no tiene vínculo con el padre. Casada: tiene vinculo legal (civil) con el padre Conviviente: No tiene vinculo legal pero vive con el padre	Nominal
	Dirección de la paciente registrada en la historia clínica y en el SIS	Urbano: la gestante reside en la zona céntrica o dentro del perímetro urbano de la ciudad. Urbanomarginal: La gestante reside en áreas alejadas del perímetro urbano. Rural: la gestante reside en pueblos, caseríos aledaños de la ciudad.	Nominal
	Nivel de instrucción registrado en la Historia Clínica o en el SIS	Nivel de instrucción: último año cursado por la adolescente. Sin estudios: no curso estudios en un centro educativo Primaria: solo tuvo estudios en centro educativo primario pudo ser completa o incompleta. Secundaria solo tuvo estudios en centro educativo secundario pudo ser completa o incompleta. Técnica o superior: tiene estudios en centro educativo técnico o superior, pudo ser completa o incompleta.	Ordinal

VARIABLES	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA
<b>CARACTERISTICAS OBSTETRICAS</b>	Fórmula obstétrica G: Grávida P: Partos de embarazos a término A: Abortos P: Prematuros V: Vivos actuales.	Antecedente de aborto: Dícese a la declaración en la historia clínica del número de gestaciones que ha presentado la adolescente Paridad: Se dice que una mujer ha parido cuando ha dado a luz por cualquier vía (vaginal o cesárea) uno o más productos(vivos o muertos), y que pesaron 500g o más, o que poseen más de 20 semanas de edad gestacional, Nulípara: no tuvo ningún parto Primípara: solo tuvo 1 parto. Multíparas: Mujer que ha presentado 2 a 4 partos Gran Multípara: mujer con 5 partos a más.	Nominal
	FUR	Edad Gestacional: fecha de última regla a la fecha que acude al establecimiento de salud Pre término: Embarazo menor a 37 semanas y mayor o igual a 28 semanas. A término: Embarazo entre las 37 semanas 42 semanas. Post término: Embarazo mayor a 42 semanas	Nominal
	Número de controles registrado en la Historia clínica	Control Prenatal controlada: Tiene 6 a más atenciones en el programa de control prenatal Control Prenatal no controlada: Tiene menos de 6 controles en el programa de control prenatal, o no tiene ningún control	Nominal
<b>MORBILIDAD ASOCIADA AL EMBARAZO</b>	Registro en la historia clínica de alguna enfermedad diagnóstica durante su embarazo actual.	Amenaza de aborto: Es un padecimiento del embarazo que ocurre antes de la vigésima semana de gestación y que sugiere la probabilidad de que se presente Un aborto espontáneo.  ITU: presenta molestias urinarias bajas y/o fiebre, PRU y/o PPL positivos, leucocituria, nitritos, con urocultivo positivo de más de 100,000 colonias Anemia: hemoglobina por debajo de 10 g/ml. durante la gestación. Pre eclampsia: Gestante > 20 semanas con PAD≥90 mmHg y/o PAS≥140 una proteinuria igual o > de 300 mg en orina de 24 horas. Eclampsia: Gestante >20 sem presente cuadro convulsivo o coma, con registros de PAD >90 o PAS>140 mmHg y proteinuria igual o mayor de 300 mg en orina de 24 horas	Nominal

VARIABLES	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA
<b>MORBILIDAD PERINATAL</b>	<p>Registro de la morbilidad perinatal presentada por el recién nacido y registrada en su historia clínica</p> <p>Registro de la morbilidad perinatal presentada por el recién nacido y registrada en su historia clínica</p>	<p>Prematuridad: es definido como de menos de 37 semanas completas de gestación</p> <p>Asfixia: Definida por la presencia De los siguientes factores: taquipnea con quejido respiratorio, retracciones respiratorias, cianosis, hipoxia y hallazgos típicos en la radiografía.</p> <p>Óbito fetal: Es el feto que fallece habiendo cumplido 20 semanas o más de edad gestacional o con un peso superior a 500 gramos.</p> <p>Sufrimiento fetal agudo: es una alteración del intercambio metabólico entre la madre y el feto que trae como consecuencia la hipoxemia, acidosis e hipercapnia al igual que otros estudios homeostáticos fetales. Se determina mediante las alteraciones características en los patrones de monitoreo fetal electrónico.</p> <p>Retardo del crecimiento intraútero: aquél recién nacido cuyo peso al nacer se encuentra por debajo del percentil 10 según la curva preestablecida que relaciona peso y edad gestacional del Lubchenco</p> <p>Bajo peso al nacer: Recién nacido con peso menor de 2500 gramos</p> <p>Muerte fetal: Son las defunciones fetales tardías (muerte de feto de 28 semanas de gestación con 1000 gr. ó más.</p>	Nominal

### **CAPITULO III**

## **8. METODOLOGIA**

### **8.1 Tipo y Diseño de Investigación**

El presente estudio es de tipo cuantitativo de diseño no experimental descriptivo transversal retrospectivo

- Descriptivo: Porque identifica y describe las características de la adolescente cesareada.
- Transversal: Porque evalúa las variables una sola vez durante el período que ocurre el estudio.
- Retrospectivo: Porque el evento ocurrió antes del inicio de estudio.

### **8.2 Población y Muestra:**

#### a) Población

La población estuvo constituida por 108 gestantes adolescentes que tuvieron su parto por cesáreas en el Hospital Regional de Loreto, entre enero a setiembre del 2015.

#### b) Muestra

La muestra estuvo constituida por las 84 gestantes adolescentes cesareadas que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión.

#### c) Tamaño muestral

Por el tamaño de la población de estudio no se calculó tamaño muestral.

Los criterios de inclusión fueron:

- Adolescente con parto por cesáreas en el Hospital Regional de Loreto, entre enero a setiembre del 2015.
- Historia clínica completa.
- Reporte operatorio

Los criterios de exclusión al estudio fueron:

- Historia clínica y/o reporte operatorio con letra ilegible

El muestreo no fue probabilístico, fue por conveniencia, ya que los casos se escogen si cumplen con los criterios de inclusión y exclusión.

### **8.3 Técnicas e Instrumentos:**

La técnica que se usó para el presente estudio de investigación es la de recolección de información de fuente secundaria a través de la revisión de la historia clínica y el reporte operatorio; la ficha de recolección de datos consta de cinco ítems, en el primero se recoge información de la adolescente cesareada como edad, estado civil, procedencia y nivel e instrucción; en el segundo ítem características obstétricas como: antecedente de aborto, paridad, edad gestacional, control prenatal; en el tercer ítem la morbilidad asociada durante el embarazo, en el cuarto ítem, las indicaciones de la cesárea; y en el quinto ítem la morbilidad perinatal del recién nacido.

### **8.4 Procedimiento de recolección de datos:**

Previamente a la aprobación del proyecto de tesis se realizó la revisión del libro de hospitalización del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Loreto, para obtener los números de historia clínica de las de las gestantes adolescentes que fueron cesareadas, se revisaron si cumplen con los criterios de inclusión y exclusión al estudio, obteniendo 84 historias clínicas de gestantes adolescentes cesareadas.

### **8.5 Análisis e interpretación de datos:**

La información recogida fue ingresada en una base de datos creada con el software SPSS 21.0, luego se procedió a realizar los análisis, los resultados se presentan a través de estadística descriptiva (chi-cuadrado) mediante tablas univariadas de frecuencias relativas, gráficos y tablas de contingencia.

### **8.6 Protección de los Derechos Humanos:**

Se ha revisado la declaración de Helsinki médica mundial sobre los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, nuestro estudio no es experimental, por lo cual no se experimenta y se mantiene la confidencialidad de la información.



## **CAPITULO IV**

## 9. RESULTADOS

### a. Características sociodemográficas de la gestante adolescente cesareada

Se evaluaron 84 gestantes adolescentes cesareadas, el 69.0% presentan entre 17 a 19 años, el 25.0% entre los 14 a 16 años y el 6.0 % menores de 14 años (Tabla N° 1).

**Tabla N° 1**  
**Distribución de las gestantes adolescentes cesareadas según Edad**  
**Hospital Regional de Loreto**  
**Enero a Setiembre del 2015**

Edad	Nº	%
< 14 años	5	6.0%
14 a 16 años	21	25.0%
17 a 19 años	58	69.0%
Total	84	100.0%

El 72.6% de las gestantes adolescentes cesareadas son solteras, y el 25.0% son convivientes, solo el 2.4% están casadas (Tabla N° 2).

**Tabla N° 2**  
**Distribución de las gestantes adolescentes cesareadas según Estado civil**  
**Hospital Regional de Loreto**  
**Enero a Setiembre del 2015**

Estado Civil	Nº	%
Soltera	61	72.6%
Conviviente	21	25.0%
Casada	2	2.4%
Total	84	100.0%

El 58.3% de las gestantes adolescentes cesareadas proceden de la zona urbana, el 29.8% de la zona urbanomarginal y el 11.9% de la zona rural (Tabla N° 3).

**Tabla N° 3**  
**Distribución de las gestantes adolescentes cesareadas según Procedencia**  
**Hospital Regional de Loreto**  
**Enero a Setiembre del 2015**

Procedencia	Nº	%
Urbana	49	58.3%
Urbanomarginal	25	29.8%
Rural	10	11.9%
Total	84	100.0%

El 61.9% de las gestantes adolescentes tienen un nivel de instrucción secundaria, el 27.4% primaria, el 8.3% técnica/superior, el 2.4% de las gestantes adolescentes cesareadas no tienen estudio (Tabla N° 4).

**Tabla N° 4**  
**Distribución de las gestantes adolescentes cesareadas según Nivel de Instrucción**  
**Hospital Regional de Loreto**  
**Enero a Setiembre del 2015**

Nivel de instrucción	Nº	%
Sin estudios	2	2.4%
Primaria	23	27.4%
Secundaria	52	61.9%
Técnica/Superior	7	8.3%
Total	84	100.0%

**b. Características obstétricas de la gestante adolescente cesareada**

El 22.6% de las gestantes adolescentes cesareadas tienen antecedente de aborto (Tabla N° 5).

**Tabla N° 5**  
**Distribución de las gestantes adolescentes cesareadas según Antecedente de Aborto**  
**Hospital Regional de Loreto**  
**Enero a Setiembre del 2015**

<b>Antecedente de Aborto</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
SI	19	22.6%
NO	65	77.4%
Total	84	100.0%

El 88.1% de las gestantes adolescentes cesareadas son nulíparas, el 10.7% primíparas y el 1.2% múltiparas (Tabla N° 6).

**Tabla N° 6**  
**Distribución de las gestantes adolescentes cesareadas según Paridad**  
**Hospital Regional de Loreto**  
**Enero a Setiembre del 2015**

<b>Paridad</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Nulípara	74	88.1%
Primípara	9	10.7%
Múltipara	1	1.2%
Total	84	100.0%

El 28.6% de las gestantes adolescentes cesareadas tuvieron menos de 37 semanas de gestación, el 60.0% de las gestante adolescentes cesareadas menores de 14 años tuvieron recién nacidos menores de 37 semanas (Tabla N° 7).

**Tabla N° 7**  
**Distribución de las gestantes adolescentes cesareadas según Edad Gestacional**  
**Hospital Regional de Loreto**  
**Enero a Setiembre del 2015**

Edad	Edad gestacional				Total
	< 37 semanas		37 a 42 semanas		
<b>&lt; 14 años</b>	3	60.0%	2	40.0%	5
<b>14 a 16 años</b>	9	42.9%	12	57.1%	21
<b>17 a 19 años</b>	12	20.7%	46	79.3%	58
<b>Total</b>	24	28.6%	60	71.4%	84

El 40.5% de las gestantes adolescentes cesareadas tuvieron menos de 6 controles prenatales (Tabla N° 8).

**Tabla N° 8**  
**Distribución de las gestantes adolescentes cesareadas según Control Prenatal**  
**Hospital Regional de Loreto**  
**Enero a Setiembre del 2015**

Control prenatal	N°	%
0 a 5 controles	34	40.5%
6 a más controles	50	59.5%
<b>Total</b>	<b>84</b>	<b>100.0%</b>

**c. Morbilidad de la gestante adolescente cesareadas.**

El 58.3% de las gestantes adolescentes cesareadas presentaron morbilidad asociada durante el embarazo; siendo las principales: anemia (52.4%), infección del tracto urinario (33.3%), amenaza de parto prematuro (13.1%), e hipertensión inducida en el embarazo (10.7%) (Tabla N° 9).

**Tabla N° 9**  
**Morbilidad asociada en las gestantes adolescentes cesareadas**  
**Hospital Regional de Loreto**  
**Enero a Setiembre del 2015**

<b>Morbilidad</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>Morbilidad asociada</b>	<b>49</b>	<b>58.3%</b>
Anemia	44	52.4%
ITU	28	33.3%
Amenaza de Parto Pretérmino	11	13.1%
Hipertensión inducida en el embarazo	9	10.7%
Preeclampsia leve/severa	7	8.3%
Eclampsia	4	4.8%
Ruptura prematura de membrana	2	2.4%
Insuficiencia uteroplacentaria	2	2.4%
Placenta previa	2	2.4%
Distocia funicular	1	1.2%
Desprendimiento prematuro de placenta	1	1.2%
<b>Ninguna</b>	<b>35</b>	<b>41.7%</b>

#### d. Indicaciones de la cesárea en la gestante adolescente

Las principales indicaciones de la cesárea fueron: desproporción cefalopélvica (23.8%), sufrimiento fetal agudo (21.4%), prematuridad (11.9%), cesárea anterior (9.5%) y preeclampsia leve/severa (8.3%) (Tabla N° 10).

**Tabla N° 10**  
**Indicaciones de la Cesárea en las gestantes adolescentes**  
**Hospital Regional de Loreto**  
**Enero a Setiembre del 2015**

<b>Indicaciones de Cesárea</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Desproporción cefalopélvica	20	23.8%
Sufrimiento fetal agudo	18	21.4%
Prematuridad	10	11.9%
Cesárea anterior	8	9.5%
Preeclampsia leve/severa	7	8.3%
Distocia de presentación	7	8.3%
Expulsivo prolongado	6	7.1%
Placenta previa	2	2.4%
Eclampsia	4	4.8%
Distocia funicular	1	1.2%
Desprendimiento prematuro de placenta	1	1.2%
Total	84	100.0%

**e. Morbilidad perinatal del recién nacido de la gestante adolescente cesareada**

El 40.5% de los recién nacidos de gestantes adolescentes cesareadas presentaron morbilidad perinatal, siendo las principales: sufrimiento fetal agudo (11.9%), prematuridad (11.9%), recién nacido de bajo peso (10.7%), y retardo de crecimiento intrauterino (4.8%) (Tabla N° 11).

**Tabla N° 11**  
**Morbilidad Perinatal del recién nacido de gestantes adolescentes cesareadas**  
**Hospital Regional de Loreto**  
**Enero a Setiembre del 2015**

<b>Morbilidad Perinatal</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>Morbilidad Perinatal</b>	<b>34</b>	<b>40.5%</b>
Sufrimiento fetal agudo	10	11.9%
Prematuridad	10	11.9%
Recién nacido de bajo peso	9	10.7%
Retardo de crecimiento intrauterino	4	4.8%
Hiperbilirrubinemia	2	2.4%
Sepsis neonatal	2	2.4%
Distres respiratorio	2	2.4%
Depresión neonatal	1	1.2%
Natimuerto	1	1.2%
Cefalohematoma	1	1.2%
Taquicardia fetal	1	1.2%
<b>Ninguna</b>	<b>50</b>	<b>59.5%</b>



**e. Relación entre la morbilidad asociada y perinatales del recién nacido con algunas de las características de la gestante adolescente cesareadas**

El 60.0% de las gestantes adolescentes cesareadas menores de 14 presentaron morbilidad asociada durante el embarazo pero esa tendencia no fue estadísticamente significativa ( $p=0.655$ ) (Tabla N° 12).

El 40.0% de los recién nacidos de gestantes adolescentes cesareadas menores de 14 presentaron morbilidad perinatal, esta tendencia no fue estadísticamente significativa ( $p=0.193$ ) (Tabla N° 12).

**Tabla N° 12**  
**Relación entre la morbilidad y Edad de las gestantes adolescentes cesareada**  
**Hospital Regional de Loreto**  
**Enero a Setiembre del 2015**

Edad	Morbilidad Asociada		Morbilidad Perinatal		Total
< 14 años	3	60.0%	2	40.0%	5
14 a 16 años	14	33.3%	12	28.6%	21
17 a 19 años	32	32.7%	20	20.4%	58
Total	49	33.8%	34	23.4%	84
p	p=0.655		p=0.193		

Las gestantes adolescentes cesareadas que proceden de la zona rural presentan con mayor frecuencia de morbilidad asociada ( $p=0.188$ ) y morbilidad perinatal ( $p=0.392$ ), (Tabla N° 13).

**Tabla N° 13**  
**Relación entre la morbilidad y Edad de las gestantes adolescentes cesareada**  
**Hospital Regional de Loreto**  
**Enero a Setiembre del 2015**

Procedencia	Morbilidad Asociada		Morbilidad Perinatal		Total
Urbana	25	51.0%	18	36.7%	49
Urbanomarginal	16	64.0%	10	40.0%	25
Rural	8	80.0%	6	60.0%	10
Total	49	58.3%	34	40.5%	84
p	p=0.188		p=0.392		

Las gestantes adolescentes cesareadas presentan mayor morbilidad asociada y morbilidad perinatal con mayor frecuencia con niveles bajo de instrucción educativa, esta tendencia no fue estadísticamente significativa (Tabla N° 13).

**Tabla N° 14**  
**Relación entre la morbilidad y Nivel de Instrucción de las gestantes**  
**adolescentes cesareada**  
**Hospital Regional de Loreto**  
**Enero a Setiembre del 2015**

<b>Nivel de instrucción</b>	<b>Morbilidad Asociada</b>		<b>Morbilidad Perinatal</b>	
Sin estudios	2	100.0%	1	50.0%
Primaria	17	73.9%	12	52.2%
Secundaria	27	51.9%	19	36.5%
Técnica/Superior	3	42.9%	2	28.6%
Total	49	58.3%	34	40.5%
p	0.151		0.546	

Las gestantes adolescentes cesareadas primigesta y tercigesta presentaron mayor frecuencia morbilidad asociada, esta diferencia no fue estadísticamente significativa (p=0.480) (Tabla N° 14).

Las gestantes adolescentes cesareadas primigesta presentaron mayor frecuencia morbilidad perinatal, esta diferencia no fue estadísticamente significativa (p=0.480) (Tabla N° 14).

**Tabla N° 15**  
**Relación entre la morbilidad y Paridad de las adolescentes cesareada**  
**Hospital Regional de Loreto**  
**Enero a Setiembre del 2015**

<b>Paridad</b>	<b>Morbilidad Asociada</b>		<b>Morbilidad Perinatal</b>	
Nulípara	44	59.5%	31	41.9%
Primípara	4	44.4%	3	33.3%
Múltipara	1	100.0%	0	0.0%
Total	49	58.3%	34	40.5%
p	p=0.480		p=0.627	

Las gestantes adolescentes cesareadas que no tuvieron un control prenatal adecuado (6 a más controles) presentaron mayor frecuencia morbilidad asociada ( $p=0.005$ ) y morbilidad perinatal ( $p=0.054$ ) (Tabla N° 15).

**Tabla N° 16**  
**Relación entre la morbilidad y Control prenatal de las adolescentes cesareada**  
**Hospital Regional de Loreto**  
**Enero a Setiembre del 2015**

<b>Control Prenatal</b>	<b>Morbilidad Asociada</b>		<b>Morbilidad Perinatal</b>	
SI	23	46.0%	16	32.0%
NO	26	76.5%	18	52.9%
Total	49	58.3%	34	40.5%
p	p=0.005		p=0.054	

## 10. DISCUSION

La tendencia de los embarazo en adolescentes en su grupo es el que la mayor tasa se encuentra en las adolescentes tardías (17 a 19 años) como lo muestra el estudio; esto también está en relación a la edad promedio de inicio de relaciones sexuales del grupo de adolescentes, la mayoría son entre convivientes y adolescentes, por otro lado no se espera que por el embarazo al mujer abandone sus estudios y no logren continuar avanzando de nivel debido a que deben asumir los que hacer de un hogar. PEÑA <sup>27</sup> encuentra que la mayoría de las gestantes en su estudio eran conviviente. BUSTAMANTE <sup>29</sup> encuentre que la mayor frecuencia de las características personales de las adolescentes embarazada esta la edad de 17-19 años, instrucción secundaria, residencia urbana y nivel social medio.

Una de cada gestantes adolescente cesareada anota que tuvo un caso de aborto, mostrando una alta tasa de aborto, algunos de ellos probablemente por la edad, las condiciones de pareja y socioeconómico son embarazo no deseados y por ende opción a abortar.

La mayoría de los casos son nulíparas a diferencia de los estudios de LICONA <sup>21</sup> en su estudio observó que el 44% eran primigestas, CHE LEON <sup>22</sup> en su estudio todas las mujeres cesareadas fueron primíparas.

El 60.0% de las gestante adolescentes cesareadas menores de 14 años y el 20.7% de las de 17 a 19 años tuvieron recién nacidos menores de 37 semanas. CHE LEON <sup>22</sup> en su estudio el 11% tuvieron edad gestacional <37 semanas;

El 40.5% de las gestantes adolescentes cesareadas tuvieron menos de 6 controles prenatales.

Cerca del 60% presentaron morbilidad asociada durante el embarazo; siendo las principales: anemia, infección del tracto urinario, amenaza de parto prematuro, e hipertensión inducida en el embarazo (10.7%); CHE LEON <sup>22</sup> en su estudio describe casos de infección de las vías urinarias; anemia, feto grande para la edad gestacional; presentación de cara o pelviana; PEÑA <sup>27</sup> reporto que las patologías del embarazo más frecuentes fueron la infección del tracto urinario y la anemia.

Las principales indicaciones de la cesárea fueron: desproporción cefalopélvica, sufrimiento fetal agudo, prematuridad, cesárea anterior y preeclampsia leve/severa (8.3%). LICONA <sup>21</sup> reporta en su estudio que las principales causa de cesárea fueron desproporción céfalo pélvica seguida de sufrimiento fetal agudo y presentaciones anormales. CHE LEON <sup>22</sup> encuentra como indicación de cesáreas prolapso de cordón; sufrimiento fetal; desprendimiento prematuro de la placenta. DUERTO <sup>23</sup> reporta que las tres principales indicaciones de cesáreas en orden decreciente fueron cesárea anterior, desproporción fetopélvica y oligohidramnios. MEDINA <sup>26</sup> encuentra principalmente a la cesárea anterior, sufrimiento fetal agudo, falta de progresión del trabajo de parto y distocia de presentación; en el estudio de BUSTAMANTE <sup>29</sup> predominó la desproporción cefalopélvica, distocias de presentación y preeclampsia.

Más del 40% de los recién nacidos de gestantes adolescentes cesareadas presentaron morbilidad perinatal, como: sufrimiento fetal agudo, prematuridad, recién nacido de bajo peso, y retardo de crecimiento intrauterino. ACEVEDO <sup>24</sup> encuentra que la morbilidad perinatal fueron los casos de dificultad respiratoria y el apgar bajo al minuto de nacer.

Hubo mayor tendencia en las gestantes adolescentes cesareadas menor de 14 años, procedencia rural, bajo nivel de instrucción, multíparidad y control prenatal inadecuado a presentar prevalencias mayor de movilidad durante el embarazo y morbilidad perinatal, estas características se han descrito como factores de riesgo para la presencia de complicaciones obstétricas pero en el presente estudio no se logró demostrarlo, salvo en aquellas adolescentes cesareadas que no tuvieron un adecuado control prenatal presentaron significativamente más casos de morbilidad asociada durante el embarazo.

## 11. CONCLUSIONES

- Se evaluaron 84 gestantes adolescentes cesareadas, el 69.0% presentan entre 17 a 19 años; el 72.6% son solteras; el 58.3% proceden de la zona urbana, el 61.9% tienen un nivel de instrucción secundaria, el 22.6% tienen antecedente de aborto; el 88.1% son nulíparas.
- El 60.0% de las gestante adolescentes cesareadas menores de 14 años y el 20.7% de las de 17 a 19 años tuvieron recién nacidos menores de 37 semanas.
- El 40.5% de las gestantes adolescentes cesareadas tuvieron menos de 6 controles prenatales.
- El 58.3% presentaron morbilidad asociada durante el embarazo; siendo las principales: anemia (52.4%), infección del tracto urinario (33.3%), amenaza de parto prematuro (13.1%), e hipertensión inducida en el embarazo (10.7%),
- Las principales indicaciones de la cesárea fueron: desproporción cefalopélvica (23.8%), sufrimiento fetal agudo (21.4%), prematuridad (11.9%), cesárea anterior (9.5%) y preeclampsia leve/severa (8.3%)
- El 40.5% de los recién nacidos de gestantes adolescentes cesareadas presentaron morbilidad perinatal, siendo las principales: sufrimiento fetal agudo (11.9%), prematuridad (11.9%), recién nacido de bajo peso (10.7%), y retardo de crecimiento intrauterino (4.8%).
- Hubo mayor tendencia en las gestantes adolescentes cesareadas menor de 14 años, procedencia rural, bajo nivel de instrucción, multíparidad y control prenatal inadecuado a presentar prevalencias mayor de movilidad durante el embarazo y morbilidad perinatal.

## 12. RECOMENDACIONES

Los hallazgos nos permiten recomendar:

- Realizar charlas en los colegios para prevenir el embarazo a temprana edad y los riesgos que este conlleva.
- Evaluar nutricionalmente de forma constante a las adolescentes en los colegios para prevenir la anemia.
- Se recomienda la realización de letra legible en las historias clínicas del Hospital Regional de Loreto para que en posteriores trabajos puedan tomarse datos 100% confiables.
- Se recomienda que las adolescentes con antecedentes de aborto sean orientadas psicológicamente.

## CAPITULO V



### 13. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICA

1. Vázquez Márquez Á., Guerra Verdecia C., Herrera Vicente V., de la Cruz Chávez F., Almirall Chávez Á. Embarazo y adolescencia: Factores biológicos materno y perinatal más frecuentes. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2001, 27(2): 158-164.
2. Embarazo adolescente en el Perú.2013. <http://www.unfpa.org.pe/eaperu>
3. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2000
4. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2001
5. Mankoff H, Chervenak FA. Elective Primary Cesarean Delivery. N Eng J Med 2003; 348: 1- 5.
6. Landon MB, et al. Maternal and Perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior cesarean delivery. N Eng J Med 2004; 352: 1- 9.
7. Lepore G., Sampor C., Storni M., Pardo P. Incidencia y principales indicaciones de cesárea. Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina 2005, 150: 9-12
8. Investigación sobre la práctica de cesáreas en el hospital zonal de Oliva desde un enfoque bioético. [www.cba.gov.ar/imagenes/fotos/cesareas.pdf](http://www.cba.gov.ar/imagenes/fotos/cesareas.pdf)
9. Wynn A, Cabeza J, Adachi K, Needleman J, Garcia PJ, Klausner JD Frequency of Maternal and Newborn Birth Outcomes, Lima, Peru, 2013. PLoS ONE 2015, 10(3): e0116102. doi:10.1371/journal.pone.0116102
10. Molina R, Sandoval J, Luengo X. Salud sexual y reproductiva del adolescente. 2° ed. Asunción, Paraguay: EFACIM-EDUNA; 2.000: 158-163.
11. Issler JR. Embarazo en la adolescencia. Revista de Posgrado de la Cátedra Vía Medicina 2001; 107: 11-23.
12. Ramírez G. Juárez C., Pérez J. Embarazo en adolescentes complicaciones obstétricas, prenatales y perinatales. Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas. 2008
13. Indicaciones de cesáreas. <http://www.hca.es/huca/web/contenidos/servicios/dirmedica/almacen/documentos/clinica/obstetricia/Partos%20%20cesarea%20indicaciones.pdf>.
14. Cesárea segura. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7101.pdf>.
15. Cesárea. <http://www.maternidadrafaelcalvo.gov.co/protocolos/CST.pdf>.
16. Távara L. Contribución de las adolescentes a la muerte materna en el Perú. Ginecol. obstet. 2004; 50 (2) : 111 – 122

17. Pereira LS, Plascencia JL, Ahued A y col. Morbilidad materna en la adolescente embarazada. *Ginecol obstet México*. 2002;70(6):270-274.
18. Sandoval J.; Mondragón F.; Ortiz M. Complicaciones materno-perinatales del embarazo en primigestas adolescentes. Estudio caso control. *Rev. Per Ginecol Obste*. 2007;53(1):28-34
19. Orozco Hechavarría N, Vaillant Orozco S, Cumbá Tamayo O. Algunos factores de riesgo del embarazo en la adolescencia [artículo en línea]. *MEDISAN* 2005; 9 (2).
20. Salazar Cutido B, Álvarez Franco E, Maestre Salazar LC, León Duharte D, Pérez Garí O. Aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales del embarazo precoz y su influencia en la vida de la adolescente. *MEDISAN* 2006; 10(3).
21. Licona T. Causas de Cesárea en el Hospital Santa Bárbara Integrado. Honduras *Rev. Fac. Cienc. Méd.* 2009:35-39
22. Che León V. Indicadores de Alto Riesgo Obstétrico y su Relación con la Decisión de la Cesárea en el Hospital La Caleta De Chimbote. *Revista Salud, Sexualidad y Sociedad* 2009; 1(4):1.
23. Duerto D., Carlos A.; Núñez R., José A. Culminación de Embarazos: Cesárea Vs. Parto en Adolescentes, Complejo Hospitalario Universitario Ruíz y Páez, Ciudad Bolívar-Venezuela, Edo. Bolívar, Agosto- Septiembre 2009. Trabajo de grado para optar el título de Médico Cirujano. Universidad de Oriente. 2010.
24. Acevedo M., Gómez D., Arbelo D., Rodríguez Iván. Morbilidad por embarazo en la adolescencia en el Hogar Materno Municipal "Tamara Bunke". *MEDISAN* [revista en la Internet]. 2010 [citado 2015 Mar 18]; 14(7): 976-981.
25. Furzán J., Yuburí A., Eizaga S., García- Benavides J. Venezuela. Embarazo en adolescentes y resultado perinatal adverso: un análisis multivariado de factores predictivos de riesgo. *Gac Méd Caracas* 2010;118(2):119-126.
26. Medina Pinto, S.; Ortiz Gavilán, A.; Miño, L.. Incidencia e Indicaciones de Cesáreas. Servicio de Tocoginecología del Hospital "Dr. José R. Vidal". *Corrientes – República Argentina. Revista de Posgrado de la VIª Cátedra de Medicina*. N° 207 – Junio 2011; 12-14.
27. Peña A. Peña W. Impacto materno y neonatal del embarazo en la adolescencia *Rev Per Ginecol Obstet*. 2011; 57: 43-48
28. Muñoz Enciso, J.; Rosales Aujang, E.; Domínguez Ponce, G.; Serrano Díaz, C. Operación Cesárea: ¿Indicación Justificante o Preocupación Justificada? Artículo original. Nivel de evidencia: II-2. *Ginecología Obstétrica*. México. 2011; 79(2): 67-74

29. Bustamante A.; Zapata O. frecuencia e indicación de cesárea en las adolescentes entre 13 y 19 años de edad atendidas en el hospital "Pablo Arturo Suárez" de la ciudad de Quito, en el período enero del 2006 hasta diciembre del 2011. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Central de Ecuador.
30. Panduro J., Jiménez P., Pérez J., Panduro E., Peraza D., Quezada N. Embarazo en adolescentes y sus repercusiones maternas perinatales. *Ginecol Obstet Mex* 2012;80(11):694-704
31. Zamora-Lares AN, Panduro-Barón JG, Pérez-Molina JJ, Quezada-Figueroa NA, González-Moreno J, Fajardo-Deñás S. Embarazo en adolescentes y sus complicaciones materno perinatales. *Revista Médica MD*. 2013.4(4):233-238
32. Malatesta Zumaeta B... Características demográficas y obstétricas de las cesáreas en el Hospital Regional de Loreto, Mayo a Junio del 2013. Tesis para optar el título de Obstetra. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Científica del Perú 2013.
33. Reategui Alván S. Características sociodemográficas, obstétricas y clínicas de la cesárea en el Hospital III Iquitos de EsSALUD, Enero a Julio del 2013. Tesis para optar el título de Obstetra. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Científica del Perú 2014.
34. Bustamante-Núñez J.; Vera-Romero O.; Limo-Peredo J.; Patazca-Ulfe J. *Rev. cuerpo méd. HNAAA* 2014, 7(1):6-12
35. <http://diccionario.medciclopedia.com/d/desproporcion-cefalopelvica-dcp/>



- Fase latente prolongada del trabajo de parto ( )
- Desproporción cefalopélvica: ( )
- Presentación podálica: ( )
- Presentación transversa: ( )
- HIE: ( )
- Pre eclampsia: ( )
- Eclampsia: ( )
- SFA: ( )
- Pre término: ( )
- Placenta previa: ( )
- DPP: ( )
- Gemelar: ( )
- Otros:.....

**5. Morbilidad perinatal**

- Ninguna ( )
- Prematuridad ( )
- Sufrimiento fetal agudo ( )
- RNBP ( )
- RNMBP ( )
- RCIU ( )
- Hipoglicemia ( )
- Sepsis neonatal ( )
- Óbito fetal ( )
- Natimuerto ( )
- Otros: .....