



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO BOLÍVAR
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
“DR. FRANCISCO BATTISTINI CASALTA”
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

**CULMINACIÓN DE EMBARAZOS: CESÁREA VS. PARTO EN
ADOLESCENTES, COMPLEJO HOSPITALARIO
UNIVERSITARIO RUÍZ Y PÁEZ, CIUDAD BOLÍVAR, EDO.
BOLÍVAR, AGOSTO-SEPTIEMBRE 2009.**

Profesor asesor:

Dr. Serris Kaid Bay

Trabajo de Grado presentado por:

Br. Duerto Diaz, Carlos Alberto

C. I. 17.885.735

Br. Núñez Romero, José Alejandro

C.I. 17.010.912

Como requisito parcial para optar al
título de Médico Cirujano

Ciudad Bolívar, Abril de 2010

ÍNDICE

| | |
|---|-----------|
| ÍNDICE | II |
| AGRADECIMIENTOS | V |
| DEDICATORIA | VI |
| RESUMEN | IX |
| INTRODUCCIÓN | 1 |
| JUSTIFICACIÓN | 10 |
| OBJETIVOS | 11 |
| OBJETIVO GENERAL | 11 |
| OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 11 |
| METODOLOGÍA | 12 |
| DISEÑO DE ESTUDIO: | 12 |
| <i>Universo:</i> | 12 |
| <i>Muestra:</i> | 12 |
| CRITERIO DE INCLUSIÓN: | 13 |
| CRITERIOS DE EXCLUSIÓN: | 13 |
| MÉTODO: | 13 |
| <i>Recolección de Datos</i> | 13 |
| <i>Instrumento de Recolección</i> | 14 |
| <i>Análisis y presentación de Datos</i> | 14 |
| RESULTADOS | 16 |
| CUADRO 1 | 20 |
| CUADRO 2 | 21 |
| CUADRO 3 | 22 |

| | |
|-----------------------------------|-----------|
| CUADRO 4 | 23 |
| CUADRO 5 | 24 |
| CUADRO 6 | 25 |
| CUADRO 7 | 26 |
| CUADRO 8 | 27 |
| DISCUSIÓN | 28 |
| CONCLUSIONES | 31 |
| RECOMENDACIONES | 33 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 35 |

LISTA DE CUADROS

| | |
|---|----|
| CUADRO 1 ADOLESCENTES EMBARAZADAS SEGÚN GRUPO ETARIO, SERVICIO DE OBSTETRICIA, COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO RUÍZ Y PÁEZ, CIUDAD BOLÍVAR, AGOSTO-SEPTIEMBRE 2009 _____ | 20 |
| CUADRO 2 ADOLESCENTES EMBARAZADAS SEGÚN PROCEDENCIA POR ESTADO, SERVICIO DE OBSTETRICIA, COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO RUÍZ Y PÁEZ, CIUDAD BOLÍVAR, AGOSTO-SEPTIEMBRE 2009 _____ | 21 |
| CUADRO 3 ADOLESCENTES EMBARAZADAS SEGÚN PROCEDENCIA POR MUNICIPIOS Y PARROQUIAS DEL ESTADO BOLÍVAR, COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO RUÍZ Y PÁEZ, CIUDAD BOLÍVAR, AGOSTO-SEPTIEMBRE 2009 _____ | 22 |
| CUADRO 4 ADOLESCENTES EMBARAZADAS SEGÚN ANTECEDENTES PERSONALES, SERVICIO DE OBSTETRICIA, COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO RUÍZ Y PÁEZ, CIUDAD BOLÍVAR, AGOSTO-SEPTIEMBRE 2009 _____ | 23 |
| CUADRO 5 ADOLESCENTES EMBARAZADAS SEGÚN NÚMERO DE GESTAS, SERVICIO DE OBSTETRICIA, COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO RUÍZ Y PÁEZ, CIUDAD BOLÍVAR, AGOSTO-SEPTIEMBRE 2009 _____ | 24 |
| CUADRO 6 ADOLESCENTES EMBARAZADAS SEGÚN EDAD GESTACIONAL, SERVICIO DE OBSTETRICIA, COMPLEJO HOSPITALARIO RUÍZ Y PÁEZ, CIUDAD BOLÍVAR, EDO. BOLÍVAR, AGOSTO-SEPTIEMBRE 2009 _____ | 25 |
| CUADRO 7 ADOLESCENTES EMBARAZADAS SEGÚN TIPO DE PARTO Y GRUPO ETARIO, SERVICIO DE OBSTETRICIA, COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO RUÍZ Y PÁEZ, CIUDAD BOLÍVAR, AGOSTO-SEPTIEMBRE 2009 _____ | 26 |
| CUADRO 8 ADOLESCENTE EMBARAZADAS SEGÚN INDICACIONES DE CESÁREA, SERVICIO DE OBSTETRICIA COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO RUÍZ Y PÁEZ, CIUDAD BOLÍVAR, AGOSTO-SEPTIEMBRE 2009 _____ | 27 |

AGRADECIMIENTOS

Ante todo les agradecemos a todas las pacientes que permitieron la realización de este estudio.

Especial agradecimiento a nuestro tutor, el Doctor Serris Kaid Bay, quien con su paciencia, entusiasmo y conocimientos, nos guió durante el largo trayecto de esta investigación.

A la doctora Rita Pérez, quien de una manera didáctica aportó innumerables ideas valiosas.

A nuestros padres y familiares, por ayudarnos durante los difíciles obstáculos que se nos presentaron durante la culminación de esta investigación.

DEDICATORIA

Br. José A. Núñez R.:

A Dios Todo poderoso, quien me ha dado la bendición y la oportunidad de culminar esta feliz etapa de mi vida.

A mis padres: Yazmín y José Manuel, con todo mi amor y admiración, han sido pilar fundamental en todos los aspectos de mi vida, gracias por estar siempre a mi lado, apoyándome, protegiéndome y aconsejándome; regreso a casa con este invaluable regalo que me dieron, la educación. Los amo.

A mi abuela Luz, no tengo palabras para expresar el inmenso amor que te tengo, eres una de las personas que más quiero en este mundo, desde pequeño supiste darme todo el cariño que alguien puede recibir, te adoro.

A mi abuela Carmen, quien desde el cielo cuida mis pasos.

A mi Tía lila, quien a pesar de la distancia, siempre estuvo allí, dándome todas las bendiciones del mundo. Te quiero mucho.

A mis hermanos Luzmín y Ranier: pueden contar con mi apoyo y protección toda la vida, espero siempre que nos mantengamos unidos como hasta ahora lo hemos hecho, los quiero mucho.

A mi amigo y compañero de tesis, Carlos Duerto, con quien compartí durante toda la carrera, espero sigamos siendo buenos amigos.

Br. Carlos A. Duerto Diaz:

A Diosito Santo por permitir que pudiera estudiar esta profesión, espero me dé la iluminación, destrezas y fuerzas necesarias para poder atender a mis pacientes, ayudarlos a resolver sus problemas y sanarlos.

A mi madre **Ana Beatriz**, gracias por estar a mi lado siempre, apoyarme y protegerme de forma incondicional, espero algún día retribuirte todo lo que me has enseñado y dado, no creo poder alcanzar a retribuirte todo, me faltarán muchas vidas para lograrlo pero siempre estaré haciendo todo mi esfuerzo. Espero llegar a ser el hijo que siempre has querido. ¡¡Te amo con toda mi alma!!

A mi padre **Domingo**, te amo, gracias por todo el amor que me has dado, por ayudarme y apoyarme en todo momento. Siempre podrás contar conmigo.

A mi hermanita **Karla**, eres nuestro sol, siempre me has apoyado y me has ayudado cuando te he necesitado, deseo hacer lo mismo y mucho más por ti, te amo, Besos.

A mi **abuelita Flor**, que desde el cielo me estás cuidando, siempre te recordamos, estás con nosotros en nuestra mente, permite que sea una mejor persona siempre, ilumina mis pasos.

A mi amorcito **Inés Rocío**, desde que te conocí fuiste muy importante para mí, te amo, eres el gran amor de mi vida. Espero que siempre estemos juntos y que mi futuro sea estar a tu lado.

A **Irca**, por ser como mi segunda madre durante muchos años, muchas gracias.

A mi **abuela Sara y abuelo Tarsicio**, que son los sabios de la familia Duerto, siempre me enseñaron cosas buenas desde niño, ayudaron a crear en mí buenos valores y costumbres.

A todos mis tíos y primos de Ciudad Guayana, muchas veces dejé de asistir a tantas reuniones y compartir con ustedes por los estudios, gracias por su apoyo y comprensión. Así mismo a toda mi familia de Maracaibo, tantas tías y tíos que me quieren y me adoran, siempre pendientes de mí. A mis primos porque siempre los extraño, a pesar de las distancias, siempre hemos sido como hermanos.

A tía **Yraida** y tío **José**, que en muchas oportunidades me ayudaron durante mi carrera, sin sus libros no podría haber estudiado.

A la **Sra. Ever, Evelyn** y toda su familia, siempre me ayudaron cuando más los necesité sin pedir nada a cambio.

A Tía **Suleima, Mili, Yohana** y mis niñas **Sohany, Yotxiris, Camila** y **Sofía**, siempre me han brindado su cariño incondicional, siempre han sido parte de mi familia.

A mi pana del alma, **José Alejandro**, por todos esos momentos buenos que vivimos en la Universidad, espero que el camino que nos queda aún por recorrer sea mutuo. Amigo, estaré ahí para cuando me necesites.

A nuestros amigos y compañeros, por los bellos momentos que vivimos durante todos estos años. Se les quiere y se les recordará siempre.

RESUMEN

Culminación de Embarazos: Cesárea Vs. Parto en Adolescentes, Complejo Hospitalario Universitario Ruíz y Páez, Ciudad Bolívar, Edo. Bolívar, Agosto-Septiembre 2009.

Duerto D., Carlos A.; Núñez R., José A.

La adolescencia es la etapa del desarrollo que señala el final de la niñez y el inicio de la vida adulta. El Embarazo en adolescencia se define como la gestación en una mujer con 19 y menos años de edad y constituye una problemática social. Su incidencia varía dependiendo de la región y del grado de desarrollo del país. Existe una controversia sobre la vía de parto ideal en la adolescente embarazada. El presente 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. 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. Recomendación: Realizar una evaluación obstétrica integral y objetiva para determinar la conducta a seguir, todo ello con el fin de disminuir aquellas cesáreas que pueden ser evitables.

Palabras clave: indicaciones de cesárea, adolescencia, embarazo

INTRODUCCIÓN

El dilema que más comúnmente tiene que enfrentar el obstetra en su práctica diaria es tener que decidir si realiza o no una operación cesárea, que se define como la cirugía que tiene como objetivo extraer el producto de la concepción, vivo o muerto, a través de una laparotomía y una incisión en la pared uterina en embarazos que superan las 27 semanas de gestación (Rosales y Felguérez, 2009) (Lepore et al, 2005).

Etimológicamente, el nacimiento de una criatura por corte de las paredes abdominales viene del verbo latino caedere (cortar). A los recién nacidos por esa vía se les llamaba cesones o caesares en la Roma Imperial, precisamente debido a la indicación de la operación (Arencibia, 2002).

La leyenda cuenta que Julio César nació de este modo y por último, los escritos atribuidos a Plinius, historiador de la antigüedad aseveraba que el primero de los Césares nació por vía abdominal (Lugones, 2001).

Otro posible origen de su nombre derivaba de la llamada Lex Regia de Numa Pompilio, soberano de Roma entre los años 715 y 773 a.n.e.; ley que bajo los Césares habría tenido el apelativo de cesárea, y que imponía la extracción abdominal post-mortem para salvar al feto (Arencibia, 2002).

Antes de 1500, el Islam se oponía a este tipo de procedimiento y señalaba que cualquier niño nacido por este método era descendiente del demonio y debía ser sacrificado. La iglesia cristiana estaba a favor de la operación, preocupada en la salvación de vidas y almas (Lugones, 2001).

La primera cesárea en mujer viva aparece citada por los españoles E. Recaséns y J.M. Uzandizaga, quienes la dan por practicada en España por el obispo Pablo de

Mérida, en el año 250 d.n.e. La cita, aunque dudosa, reporta la extracción de un feto muerto, salvándose la madre, y según Recaséns podría haberse tratado de un caso de gestación ectópica (Arencibia, 2002).

La primera referencia histórica a la realización de una cesárea en una mujer viva corresponde a la practicada por Nufer en 1500. Empleó una navaja de rasurar y el niño nació vivo. La madre tuvo 5 hijos más, lo que pudiera señalarse como uno de los primeros partos vaginales después de una cesárea, aspecto que en la actualidad cobra vigencia y defensores (Lugones, 2001).

La cesárea pasó, en un lapso de aproximadamente cien años, de una intervención temible, casi una condena a muerte y por ende el fracaso del conocimiento y del arte de la obstetricia, a ser una operación bien reglada, con un tiempo operatorio entre 45 a 60 minutos, sin embargo, la morbimortalidad es 3-6 veces mayor que por la ruta vaginal (Zighelboim y Sánchez, 2007).

Las indicaciones de cesáreas se pueden clasificar en absolutas y relativas, entendiéndose como absolutas aquellos casos en los cuales la cesárea es la única técnica a tener en cuenta como forma de terminación del parto; mientras que las relativas, son aquellas en que se elige la cesárea como la mejor alternativa en circunstancias en que se plantea también alguna otra opción. Se entiende por cesárea electiva aquella donde puede preverse con anticipación, mientras que la cesárea de urgencia se realiza cuando de forma súbita, por accidente en el embarazo o en el parto surgen las indicaciones (Salazar, 2007).

Entre las indicaciones absolutas están: 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), fracaso de inducción, cesárea previa, presentación pelviana. Sin embargo, para algunos médicos cuando hay presentación pelviana o la paciente tiene cesárea

anterior, éstas se han convertido en indicaciones absolutas (Uzcátegui y Cabrera, 2010).

Últimamente, se han agregado las opcionales en las cuales el médico elige antes de que la paciente entre en trabajo de parto o al comienzo del mismo la conducta a seguir. Entre las principales tenemos, para esterilización, por solicitud de la madre (complacencia), comodidad del médico, honorarios más altos. Las indicaciones de las cesáreas son prácticamente las mismas en todos los lugares, lo que varía es el orden en que se utilizan en los diversos hospitales y países (Uzcátegui, 2008). Aquellas mujeres que solicitan operación cesárea (electiva), aunque existe la autonomía hoy día en boga, el médico debe aconsejar detalladamente los riesgos y beneficios, y habitualmente la petición de las pacientes son consecuencia de la ansiedad y apropiadamente guiadas, desisten de sus propósitos (Minkoff y Emerwenk, 2003).

La tasa de cesárea recomendada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) es de un 15% y para el colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) es de un 15,5% (Uzcátegui, 2008). La incidencia de esta operación en países desarrollados supera en algunos casos, por mucho, este objetivo, tal es el caso de China con un 45,6%, Taiwán con 31,2%, Grecia con 29,9%, EE.UU. con 27,1%, Canadá con 22,1%, Italia con 20,82%, España con 18,57%, Irlanda con 17,8% (Zighelboim y Sánchez, 2007).

Un estudio realizado en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile, donde se aplicó una auditoría médica para tratar de disminuir la incidencia de cesáreas consideradas por el equipo clínico como “Evitables”, se observó que el porcentaje global de cesáreas disminuyó de 44,9% a 37,1%, en nulíparas de 39% a 29,5% y en multíparas de 48,1% a 42,2%. Se ha sugerido que en parte, estos resultados se deben al efecto Hawthorne, el cual establece que si una persona o un grupo de ellas están al tanto de ser observadas, su conducta es propensa a cambiar (Salinas et al, 2004).

La frecuencia de cesáreas en el Hospital Clínico Universitario, Maternidad “Concepción Palacios” y el Hospital General del Oeste, todos pertenecientes a la ciudad de Caracas, es de: 36,8%, 35% y 18% respectivamente. Las tres principales indicaciones de esta operación en dichos hospitales fueron Desproporción feto pélvica, presentación pelviana y cesárea anterior (Zighelboim y Sánchez, 2007).

En un estudio realizado en el hospital rural tipo I “Dr. José Antonio Urrestarazu” de la ciudad de Caripe, Edo. Monagas, durante el período Enero-Diciembre 2006, se demostró que la causa principal para la realización de cesárea, fue el antecedente de haber realizado dicha cirugía (Salazar, 2007).

En general, la razón de que en muchos casos se repita la cesárea no es el antecedente de ésta, sino la repetición de la causa que la motivó o la aparición de una nueva indicación (Lepore et al, 2005).

La frecuencia de rotura uterina luego de una cesárea, definida como un defecto que involucra el grosor completo de la pared uterina, incluyendo el peritoneo suprayacente, con extrusión del contenido uterino hacia la cavidad peritoneal, ha sido estimada entre 0,3 % y 3,8 %. La dehiscencia uterina, que se define como la separación sub-peritoneal de la cicatriz uterina, y que puede ser parcial o total con respecto a su longitud, se ha estimado entre 0,6 % y 6,27 % (Diaz et al, 2007).

Actualmente el riesgo de rotura uterina, que se argumentaba como posible complicación de los partos vaginales con antecedentes de cesáreas, ha sido prácticamente refutado debido a su baja incidencia, por tal razón, no hay contraindicación para el parto vaginal en estas pacientes. Aplicando este principio, el Hospital “Julio C. Perrando” de Resistencia, Chaco, Argentina, ha logrado disminuir la tasa de cesáreas en un 2% en el período comprendido abril 2004/marzo 2005, respecto a años anteriores (Lepore et al, 2005)

La adolescencia es la etapa del desarrollo que señala el final de la niñez y el inicio de la vida adulta. Es un período de crecimiento y maduración, de aparición de los caracteres sexuales secundarios y de la adquisición de la capacidad reproductiva. Se adquiere madurez en el desarrollo cognoscitivo, la personalidad, los valores ético-morales y se produce adaptación al grupo sociocultural de su tiempo y entorno (Monterrosa y Arias, 2007).

La Organización Mundial de la Salud estableció que la adolescencia transcurre entre los 10 y 19 años de edad, subdividida en temprana: 10-14 años y tardía: 15-19 años (Monterrosa y Arias, 2007) (Nolazco y Rodríguez, 2006) (Rodríguez, 2003).

Se designa como embarazo precoz, aquel que se presenta antes de que la madre haya alcanzado la suficiente madurez emocional para asumir la compleja tarea de la maternidad (Molina, 2006).

Los adolescentes conforman una parte importante dentro de la población mundial, representan entre el 20 y 25 % del número poblacional global. De acuerdo con cifras informadas por el Fondo de las Naciones Unidas (UNFPA), el embarazo en adolescente representa poco más del 10% de todos los nacimientos en el mundo (Cruz et al, 2006).

En Latinoamérica se observa un incremento en las cifras de adolescentes embarazadas representando un 20% de todos los embarazos. El Embarazo en adolescencia se define como la gestación en una mujer con 19 y menos años de edad (De Gracia et al, 2007)

La incidencia de embarazos en adolescentes varía dependiendo de la región y del grado de desarrollo del país. En Estados Unidos, anualmente cerca de un millón de embarazos corresponden a madres adolescentes, constituyendo un 12,8% del total de embarazos. En países como Chile la proporción de embarazos adolescentes es de aproximadamente 15,2% y 25% en el caso de El Salvador, pudiendo llegar a cifras

tan elevadas como del 45% del total de embarazos en algunos países africanos (Díaz et al, 2002).

Según el MSDS en el año 2000, el 21,4% de nacimientos ocurrió en el grupo de adolescentes de 15 a 19 años (Ministerio de Salud y Desarrollo Social, 2003).

En un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo, de corte transversal durante el período 2003-2007 realizado en el Hospital Dr. Raúl Leoni Otero de San Félix, Edo. Bolívar, se registraron 28.060 partos, de los cuales, 1856 (32,2%) correspondía a adolescentes embarazadas (Serrano y Rodríguez, 2008).

El embarazo y el parto durante la adolescencia acarrear importantes riesgos. Niñas de 15 a 19 años de edad paren alrededor de 15 millones de niños cada año en el mundo y por causas relacionadas con el embarazo, mueren en este grupo de edad más que por ninguna otra causa (Cabezas, 2002).

La adolescente embarazada, constituye una problemática social dado que existen diferentes factores como lo son: inmadurez de esta madre para la educación de su hijo, la probable interrupción de su educación, el aumento de los costos económicos en su núcleo familiar, que influyen de una u otra manera en el bienestar tanto de la futura madre como del niño. Aunado a esto, se plantea si en el organismo de la adolescente se presentan cambios fisiológicos y anatómicos que permiten aceptar un embarazo, mantenerlo a término culminando en parto vaginal (De Gracia et al, 2007). Sin embargo, existen casos en los que dichos cambios ocurren de una manera precoz y satisfactoria (Monterrosa y Arias, 2007)

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 trabajos de partos prolongados y partos

operatorios, tanto fórceps como cesáreas. 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 (Díaz et al, 2002).

Las adolescentes que se embarazan antes de alcanzar la madurez fisiológica, es decir, en los cuatro años siguientes a la menarquia, están en situación de alto riesgo nutricional, ya que deben satisfacer las necesidades de energía y nutrientes de su crecimiento y además, cubrir las demandas propias del embarazo. Adicionalmente una edad ginecológica menor de dos años las ubica en muy alto riesgo para problemas asociados con el embarazo (Peña et al, 2003).

Las adolescentes que comúnmente quedan embarazadas son aquellas que tienen un estado nutricional inadecuado y condiciones socioeconómicas desfavorables, por lo que sus hijos son más susceptibles de tener bajo peso al nacer, prematuridad y morbilidad neonatal aumentada (Bojanini y Gómez, 2004).

La frecuencia global de nacimientos pretérmino es de 7 a 11% y en las mujeres embarazadas menores de 20 años es de 7,0 a 21,3% (Oviedo et al, 2007). Se entiende como parto pretérmino a la expulsión del producto de la concepción del organismo materno, de 28 semanas a menos de 37 semanas de gestación; parto a término a la expulsión del producto de la concepción del organismo materno de 37 semanas a 41 semanas de gestación; parto postérmino a la expulsión del producto de la concepción del organismo materno de 42 o más semanas de gestación (Norma Oficial Mexicana, 2007).

En un estudio realizado en la república de Panamá, en los 10 hospitales donde se registra mayor número de nacimientos, que abarcó a pacientes con 20 y menos años de edad, se concluyó que las adolescentes embarazadas se asocian con un mayor

riesgo para los trastornos hipertensivos del embarazo (preeclampsia/eclampsia) y esta patología se relaciona con un mayor porcentaje de cesárea (De Gracia et al, 2007).

La preeclampsia es un síndrome multisistémico variable, específico del embarazo, puede ocurrir después de las 20 semanas de gestación, durante el parto o en los primeros días del puerperio. El cuadro clínico se caracteriza por tensión arterial de 140/90 mmHg o más, acompañada de proteinuria, cefalea, acúfenos, edema, dolor abdominal y alteración de los exámenes complementarios. Las pacientes con preeclampsia pueden evolucionar hacia las formas graves (eclampsia) y provocar convulsiones y estado de coma. Algunas embarazadas desarrollan a su vez el síndrome de HELLP, que se caracteriza por alteraciones bioquímicas que evidencian hemólisis, elevación de enzimas hepáticas y trombocitopenia (Amarán et al, 2009).

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 (Monterrosa y Arias, 2007)

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 (Lepore et al, 2005).

En un estudio de corte transversal por períodos anuales realizado por Monterrosa y Arias (2007) en el Hospital de Maternidad "Rafael Calvo", ubicado en Cartagena-Colombia, durante el período de evaluación, se realizaron 1.436 atenciones obstétricas a jóvenes menores de 15 años de edad, finalizando 1.050 por vía vaginal y 386 por cesárea, para una frecuencia de cesárea del 26,8%. Al considerar el grupo etario 15 a 19 años, se atendieron 36.547 partos, siendo 27.601 vía vaginal y 8.946 por cesárea, para una incidencia de cesárea en este grupo del 24,4%.

En un estudio realizado en el Hospital Provincial docente “Carlos Manuel de Céspedes” de Bayamo, Provincia Granma, en Cuba, se observó que de las madres menores de 20 años que fueron atendidas, 35,7 % finalizaron su embarazo por cesáreas, siendo las primeras causas: desproporción céfalo pélvica, sufrimiento fetal agudo y la inducción fallida (Vázquez et al, 2001).

El presente estudio tendrá como objetivo determinar la incidencia del tipo de parto en adolescentes atendidas en el servicio de Obstetricia del Complejo Hospitalario Universitario Ruíz y Páez de ciudad Bolívar, Edo. Bolívar, Agosto-Septiembre del 2009.

JUSTIFICACIÓN

Los embarazos en las adolescentes y las altas incidencias de cesáreas son considerados problemas de salud pública tanto a nivel internacional como nacional y estatal. Un embarazo en la adolescente debe ser considerado como un embarazo de alto Riesgo Obstétrico simplemente por su edad, aunado a la asociación de múltiples factores físicos, socioeconómicos y psicosociales que puedan influir en el embarazo. Sin embargo, no debe considerarse la edad de la paciente como único criterio de cesárea, por lo que se debe realizar una valoración obstétrica integral, para así determinar de una manera objetiva la conducta a seguir.

Se observa un notable incremento del número de cesáreas realizadas en relación a los partos vaginales a nivel mundial, identificándose en muchos casos la cesárea anterior como uno de los principales criterios para realizar esta cirugía.

Por lo anteriormente descrito, surgió la inquietud de conocer el número de adolescentes que actualmente se atienden en el Complejo Hospitalario Universitario Ruíz y Páez y cuáles de ellas culminan su embarazo por la vía de cesárea. Así mismo, conocer las principales indicaciones de esta operación.

OBJETIVOS

Objetivo General

Identificar la incidencia del tipo de parto en adolescentes, servicio de Obstetricia del Complejo Hospitalario Universitario Ruíz y Páez, ciudad Bolívar, Edo. Bolívar, Agosto-Septiembre 2009.

Objetivos Específicos

- 1) Distribuir por grupos etarios, las adolescentes atendidas durante la culminación de su embarazo.
- 2) Señalar la procedencia de las adolescentes atendidas.
- 3) Mencionar los principales antecedentes personales.
- 4) Determinar el número de gestas al momento de la culminación del embarazo.
- 5) Clasificar según edad gestacional las adolescentes atendidas.
- 6) Categorizar las adolescentes según tipo de parto y grupo etario.
- 7) Identificar las principales indicaciones de cesáreas en las adolescentes menores o iguales a 19 años de edad.

METODOLOGÍA

Diseño de Estudio:

El diseño de la investigación fue de Campo, tipo descriptivo, de corte transversal.

Universo:

Estuvo representado por todas las adolescentes embarazadas que fueron atendidas en el servicio de Obstetricia del Complejo Hospitalario Universitario Ruíz y Páez durante el período Agosto-Septiembre 2009.

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, en el Complejo Hospitalario Universitario Ruíz y Páez, período Agosto-Septiembre 2009, que cumplieron con los criterios de inclusión.

Criterio de Inclusión:

Pacientes menores ó iguales a 19 años de edad.

Embarazo mayor de 28 semanas.

Criterios de Exclusión:

Pacientes embarazadas menores o iguales de 19 años de edad, cuya edad gestacional fue menor a 28 semanas.

Método:**Recolección de Datos**

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 en el servicio de Obstetricia del Complejo Hospitalario Universitario Ruíz y Páez. Los datos pertinentes a la indicación de vía de parto y los criterios considerados se obtuvieron de la historia clínica de la paciente al momento de ser establecidos.

La información necesaria para realizar los cálculos de incidencia de Partos y cesáreas en adolescentes, se obtuvo a través del departamento de Estadísticas del Hospital Universitario Ruíz y Páez (H.U.R.P.) en el mes de diciembre de 2009. Se

dio a conocer el número total de partos atendidos y el número total de cesáreas realizadas durante los meses de Agosto y Septiembre de ese año.

Instrumento de Recolección

El formulario de encuesta (ver Apéndice A), estuvo formado por 4 partes, que contiene: 1) datos de identificación de la paciente; 2) antecedentes personales y familiares relacionados con el embarazo que pudieron influir en la conducta a tomar en la terminación de parto; 3) antecedentes gineco-obstétricos, 4) embarazo actual, que contiene información sobre el control prenatal, y por último, indicación final de vía de parto, es decir, vía vaginal ó cesárea con el(los) criterio(s) considerado(s).

Análisis y presentación de Datos

Los datos fueron ingresados en una base de datos creada en Microsoft Office Access 2007 y analizados a través de estadística descriptiva, representada por tablas de frecuencias absolutas, relativas y de asociación, realizadas en hojas de cálculo en Microsoft Office Excel 2007.

Para el cálculo de la Incidencia de Partos en Adolescentes se utilizó la siguiente fórmula (Secretaría de Salud México, 2006):

$$\frac{\text{Partos totales registrados en menores o iguales a 19 años de edad, H.U.R.P., durante el período Agosto – Septiembre 2009}}{\text{Nacidas vivas registradas en el H.II. R. P. durante el período Agosto – Septiembre 2009}} \times 100$$

Para el cálculo de la Incidencia de Cesáreas entre Adolescentes se utilizó la siguiente fórmula:

$$\frac{\text{Cesáreas realizadas en menores o iguales a 19 años de edad, sala de parto del H.H. R.P. durante el período Agosto - Septiembre 2009}}{\text{adolescentes menores o iguales a 19 años de edad, atendidas en sala de parto del H.U.R.P. durante el período Agosto - Septiembre 2009}} \times 100$$

RESULTADOS

Se atendieron 242 adolescentes embarazadas menores o iguales a 19 años de edad en el servicio de Obstetricia del Complejo Hospitalario Universitario Ruíz y Páez, desde el 01 de agosto de 2009 hasta el 30 de septiembre del mismo año. Del total de pacientes, el 94,21% (n=228) pertenecían al grupo etario de 15-19 años, ó adolescencia tardía, mientras que el 5,79% (n=14) pertenecían al grupo de 10-14 años, ó adolescencia temprana (Ver Cuadro 1). La edad promedio fue 17 años, mientras que la edad más predominante fue de 19 años con 59 casos.

Al estudiar la procedencia de las pacientes por Estados, el 95,45% (n=231) corresponden al estado Bolívar, el 4,13% (n=10) del estado Anzoátegui y sólo 1 paciente (0,41%) procedía del estado Guárico (ver CUADRO 2

Cuadro 2). Al desglosar la procedencia del estado Bolívar por municipios y parroquias, se observó que el 84,42% (n=195) proceden del municipio Heres, el 9,09% (n=21) del municipio Bolivariano Angostura (antiguo municipio Raúl Leoni), el 4,33% (n=10) del municipio Sucre, el 1,73% (n=4) del municipio Cedeño y el 0,43% (n=1) del municipio Piar. De las procedentes del municipio Heres, el 19,48% (n=45) pertenecían a la parroquia La Sabanita, el 18,12% (n=42) a la parroquia Agua Salada, el 16,02% (n=37) a la parroquia José Antonio Páez, el 11,69% (n=27) a la parroquia Catedral, el 9,09% (n=21) a la parroquia Marhuanta, el 6,06% (n=14) a la parroquia Vista Hermosa, el 3,03% (n=7) a la parroquia Panapana y por último el 0,87%(n=2) a la parroquia Zea (ver CUADRO 3

Cuadro 3).

De acuerdo a los principales antecedentes personales registrados, en orden decreciente: el 4,55% (n=11) representó asma, el 3,31% (n=8) fue preeclampsia leve y el 1,24% (n=3) fueron antecedentes quirúrgicos. Alergia a medicamentos y malformaciones congénitas suman 1,66% (2 registros para cada antecedente). El 0,41% (n=1) presentó retardo Mental Moderado y el 2,07% (n=5) se agrupó en la categoría de otros antecedentes que incluye infección por VPH, tumoración pélvica, convulsión en la infancia, varicela y neumonía. Por último, el 86,78% (n=210) no presentaron antecedentes (ver CUADRO 4

Cuadro 4).

Según el número de paridad al momento de la culminación del parto en la población en estudio, el 69,42% eran primigestas (n=168) y el 23,55% eran II gesta (n=57). Las que pertenecían a los grupos de III y IV gestas, representaron El 5,79% (n=14) y 1,24% (n=3) respectivamente (ver CUADRO 5

Cuadro 5).

En cuanto a la edad gestacional al momento del parto, del total de las pacientes atendidas, el 88,43% de los partos estaban a Término (n=214), seguido de un 9,50% de partos pretérmino (n=23) y por último el 2,07% fueron partos postérminos (n=5) (ver CUADRO 6

Cuadro 6).

Al categorizar la incidencia de adolescentes embarazadas según tipo de parto y grupo etario, se observó que del total de pacientes atendidas, el 52,48% (n=127) terminaron su parto por vía de cesárea mientras que el 47,52% (n=115) fue por vía vaginal. Del total de adolescentes tempranas atendidas, el 85,71% (n=12) se les realizó cesárea, mientras que sólo el 14,29% (n=2) terminaron su parto por vía vaginal. Respecto al grupo de adolescentes tardías, el 50,44% (n=115) terminaron su parto por la vía de cesárea y el 49,56% terminó en vía vaginal (n=113) (ver CUADRO 7

Cuadro 7).

Según el Departamento de Estadísticas del Hospital Universitario Ruíz y Páez, se atendieron un total de 757 Partos durante los meses Agosto-Septiembre del 2009. De ellos, el 51,39% (n=389) fueron por la vía abdominal y el 48,61% (n=368) por vía vaginal. La Incidencia de Partos totales en adolescentes fue de 31,97% para el período Agosto-Septiembre del 2009; La incidencia de Cesáreas entre adolescentes fue de 52,48% para ese mismo período.

En el CUADRO 8

Cuadro 8 se puede observar las principales indicaciones de cesáreas en el grupo de estudio en orden decreciente. Del total de criterios de cesáreas registrados (n=127), el 23,62% representó cesáreas anteriores (n=30), seguido de 20,47% por desproporción Feto Pélvica (DFP) (n=26); el 19,69% fueron por oligohidramnios (n=25); el 12,60% de estas cesáreas fueron por preeclampsia severa (n=16), el 5,51% por ruptura prematura de membranas (RPM) (n=7); el 4,72% representó el diagnóstico de presentación pelviana (n=6); Sufrimiento fetal agudo (SFA) igualmente con 4,72% (n=6); Circular de Cordón con 3,15% (n=4) y por último el 5,51% fueron otras indicaciones (n=7) que incluyeron Embarazo gemelar, distocia de

motor, comunicación interventricular, variedad derecha posterior persistente y desprendimiento prematuro de placenta normo inserta (DPPNNI).

CUADRO 1

Cuadro 1 Adolescentes embarazadas según grupo etario, servicio de Obstetricia, Complejo Hospitalario Universitario Ruíz y Páez, Ciudad Bolívar, Agosto-Septiembre 2009

| Edad | n | % |
|----------------------|------------|----------------|
| 10-14 | 14 | 5,79% |
| 15-19 | 228 | 94,21% |
| Total general | 242 | 100,00% |

Fuente: Instrumento de recolección de datos. 2009

CUADRO 2

Cuadro 2 Adolescentes embarazadas según procedencia por Estado, servicio de Obstetricia, Complejo Hospitalario Universitario Ruíz y Páez, Ciudad Bolívar, Agosto-Septiembre 2009

| Procedencia | n | % |
|----------------------|------------|----------------|
| Bolívar | 231 | 95,45% |
| Anzoátegui | 10 | 4,13% |
| Guárico | 1 | 0,41% |
| Total general | 242 | 100,00% |

Fuente: Instrumento de recolección de datos. 2009

CUADRO 3

Cuadro 3 Adolescentes embarazadas según procedencia por municipios y parroquias del Estado Bolívar, Complejo Hospitalario Universitario Ruíz y Páez, Ciudad Bolívar, Agosto-Septiembre 2009

| Municipios y Parroquias | n | % |
|--------------------------------|------------|----------------|
| Heres | 195 | 84,42% |
| La Sabanita | 45 | 19,48% |
| Agua Salada | 42 | 18,18% |
| José Antonio Páez | 37 | 16,02% |
| Catedral | 27 | 11,69% |
| Marhuanta | 21 | 9,09% |
| Vista Hermosa | 14 | 6,06% |
| Panapana | 7 | 3,03% |
| Zea | 2 | 0,87% |
| Raúl Leoni | 21 | 9,09% |
| Sucre | 10 | 4,33% |
| Cedeño | 4 | 1,73% |
| Piar | 1 | 0,43% |
| Total general | 231 | 100,00% |

Fuente: Instrumento de recolección de datos. 2009

CUADRO 4

Cuadro 4 Adolescentes embarazadas según antecedentes personales, servicio de Obstetricia, Complejo Hospitalario Universitario Ruíz y Páez, Ciudad Bolívar, Agosto-Septiembre 2009

| Antecedentes personales | n | % |
|--------------------------------|------------|----------------|
| Asma | 11 | 4,55% |
| Preeclampsia Leve | 8 | 3,31% |
| Quirúrgicos | 3 | 1,24% |
| Alergia a medicamentos | 2 | 0,83% |
| Malformación congénita | 2 | 0,83% |
| Retardo mental | 1 | 0,41% |
| Otros* | 5 | 2,07% |
| Sin antecedentes | 210 | 86,78% |
| Total general | 242 | 100,00% |

Fuente: Instrumento de recolección de datos. 2009

(*) Otros incluye infección por VPH, tumoración pélvica, convulsión en la infancia, varicela y neumonía.

CUADRO 5

Cuadro 5 Adolescentes embarazadas según número de gestas, servicio de Obstetricia, Complejo Hospitalario Universitario Ruíz y Páez, Ciudad Bolívar, Agosto-Septiembre 2009

| Paridad | n | % |
|----------------------|------------|----------------|
| I gesta | 168 | 69,42% |
| II gesta | 57 | 23,55% |
| III gesta | 14 | 5,79% |
| IV gesta | 3 | 1,24% |
| Total general | 242 | 100,00% |

Fuente: Instrumento de recolección de datos. 2009

CUADRO 6

Cuadro 6 Adolescentes embarazadas según edad gestacional, Servicio de Obstetricia, Complejo Hospitalario Ruíz y Páez, Ciudad Bolívar, Edo. bolívar, Agosto-Septiembre 2009

| Edad Gestacional | n | % |
|-------------------------|------------|----------------|
| Pretérmino | 23 | 9,50% |
| A Término | 214 | 88,43% |
| Postérmino | 5 | 2,07% |
| Total general | 242 | 100,00% |

Fuente: Instrumento de recolección de datos. 2009

CUADRO 7

Cuadro 7 Adolescentes embarazadas según tipo de parto y grupo etario, servicio de Obstetricia, Complejo Hospitalario Universitario Ruíz y Páez, Ciudad Bolívar, Agosto-Septiembre 2009

| Tipo de Parto | Grupo Etario | | | |
|----------------------|---------------------|----------------|--------------|----------------|
| | 10-14 | | 15-19 | |
| | n | % | n | % |
| Abdominal | 12 | 85,71% | 115 | 50,44% |
| Vaginal | 2 | 14,29% | 113 | 49,56% |
| Total general | 14 | 100,00% | 228 | 100,00% |

Fuente: Instrumento de recolección de datos. 2009

CUADRO 8

Cuadro 8 Adolescente embarazadas según indicaciones de cesárea, servicio de Obstetricia Complejo Hospitalario Universitario Ruíz y Páez, Ciudad Bolívar, Agosto-Septiembre 2009

| Criterios de Cesárea | n | % |
|-----------------------------|------------|----------------|
| Cesárea Anterior | 30 | 23,62% |
| DFP* | 26 | 20,47% |
| Oligohidramnios | 25 | 19,69% |
| Preeclampsia Severa | 16 | 12,60% |
| RPM** | 7 | 5,51% |
| Presentación Pelviana | 6 | 4,72% |
| Sufrimiento Fetal Agudo | 6 | 4,72% |
| Circular de Cordón | 4 | 3,15% |
| Otros*** | 7 | 5,51% |
| Total general | 127 | 100,00% |

Fuente: Instrumento de recolección de datos. 2009

(*) DFP: desproporción feto-pélvica

(**) RPM: ruptura prematura de membrana

(***) Otros incluye embarazo gemelar, distocia de motor, comunicación interventricular, variedad derecha posterior persistente y desprendimiento prematuro de placenta normo inserta.

DISCUSIÓN

En un estudio realizado en la clínica Francisco Bolaños de Costa Rica, durante el período comprendido entre enero 2004 y diciembre del 2005, se concluyó que el embarazo adolescente predomina entre los 15 y 19 años de edad con un 98,6% (Espinoza et al, 2009). Este estudio se correlaciona con esa investigación, pues se encontró que el mayor porcentaje de adolescentes embarazadas estaban en el grupo etario de 15-19 años.

El Complejo Hospital Universitario Ruíz y Páez se caracteriza por ser el hospital de referencia en el estado Bolívar. En este estudio se evidencia que la mayoría de las pacientes atendidas pertenecen a este estado y a su vez al municipio Heres, donde las pacientes proceden principalmente de la parroquia La Sabanita, seguido de las parroquias Agua Salada y José Antonio Páez. No se encontró bibliografía relacionada con este objetivo.

En una revisión bibliográfica realizada por Rosenberg (2007), sobre asma y embarazadas, concluyó que en Estados Unidos, entre 1997 y 2001, el 8% de las embarazadas habían tenido asma, Un estudio australiano encontró que el 12% de las embarazadas había padecido asma y el 9% había sufrido exacerbaciones o usado medicación para el asma durante el embarazo. El asma de la embarazada está relacionada con la posibilidad de partos prematuros, retardo de crecimiento intrauterino, preeclampsia, etc. En esta investigación se observó que el 4,55% (n=11) de las pacientes presentaron el antecedente de Asma, lo que difiere de los resultados de esa revisión.

En el mismo estudio realizado por Espinoza et al, (2009). Se concluyó que el 83,7% de las adolescentes eran primigestas, un 13,3% presentaban un segundo

embarazo y el 3% restante presentaba entre el tercer y cuarto embarazo. Esos resultados se asemejan a los obtenidos en el presente trabajo, en el cual se observó que el 69,42% de las pacientes atendidas eran primigestas. Sin embargo, los embarazos con III y IV gestas duplicaron el valor obtenido en el estudio de Espinoza con 7,03%.

Se realizó un estudio en la Maternidad del Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara” de Puerto Cabello durante el año 2005, donde se concluyó que la prevalencia de parto pretérmino en adolescentes fue de 10,51% (Manrique et al, 2008), lo que concuerda con el presente estudio, pues la incidencia de partos pretérminos estuvo entre 9 a 10% del total de pacientes.

De acuerdo a un estudio realizado en el servicio de Obstetricia del Hospital “Dr. José R. Vidal”, en Argentina, 2008, de 134 adolescentes embarazadas atendidas, 75,7% culminaron en parto vaginal y 24,3% por cesárea abdominal (Itati et al, 2009). Estos resultados contrastan con los obtenidos en el presente trabajo, ya que se evidenció que las cesáreas en adolescentes representaron más de 50% del total, respecto a los partos vaginales.

Fochesatto y cols. en un estudio concluyeron, que en cuanto a la forma de terminación cesárea, se encontró que el 7,69% de gestantes de entre 10 a 14 años finalizaron por esta vía, a diferencia del segundo grupo etario al que correspondió un 13,69% (Fochesatto et al, 2006). En este trabajo de investigación se puede observar que los resultados difieren de la cita anterior, ya que del total de adolescentes embarazadas dentro del grupo de 10 a 14 años, al 85,71% se les realizó cesárea; respecto al grupo de 15 a 19 años, en el cual representó el 50,44%.

Se realizó un estudio de casos y controles sobre la incidencia del embarazo y parto en la adolescencia, así como sus riesgos y complicaciones, en el hospital ginecoobstétrico docente provincial “Ana Betancourt de Mora”, en Camagüey, Cuba, donde se observó una incidencia de parto en adolescentes de 22,2% (Valdés et al,

2002). A diferencia de este estudio, donde se observó que en el Hospital Universitario Ruíz y Páez para el período Agosto-Septiembre del 2009, la incidencia de partos en adolescentes menores o iguales a 19 años de edad fue de 31,97%.

En un estudio realizado en el hospital de Maternidad “Rafael Calvo” de Cartagena-Colombia, de corte transversal por períodos anuales, donde se incluyeron los registros de las mujeres que presentaron parto vaginal o parto por cesárea, entre 1993 y 2005, la incidencia de cesárea en adolescentes, en edades entre los 10 y los 19 años, presentó un incremento rápido desde 1993, cuando era del 11,5%, hasta el año 2005 que llegó a ser del 57,9% (Monterrosa y Arias, 2007). Los datos obtenidos para el 2005 se asemejan al obtenido en este estudio, donde la incidencia de cesáreas entre adolescentes fue de 52,48%.

Según estudios realizados por Itati et al, (2009), las indicaciones más frecuentes de cesáreas en adolescentes fueron en orden decreciente: distocia de la presentación, falta de descenso de la presentación, sufrimiento fetal agudo, preeclampsia/eclampsia, corioamnionitis, doble cesárea anterior, ginecorragias del tercer trimestre y desproporción feto-pelviana. Estos datos difieren de los obtenidos en esta investigación ya que la causa más frecuente de cesárea fue cesárea anterior, seguida de desproporción feto-pélvica, oligohidramnios, preeclampsia severa, ruptura prematura de membrana, presentación pelviana, sufrimiento fetal agudo, circular de cordón y por último otras indicaciones.

CONCLUSIONES

El Mayor porcentaje de las adolescentes pertenecían al grupo de adolescentes tardías. La edad promedio fue de 17 años. La edad predominante fue de 19 años.

Las adolescentes que fueron atendidas, pertenecían en su mayoría a las parroquias La Sabanita (19,48%), Agua Salada (18,18%) y José Antonio Páez (16,02%) del municipio Heres.

Dentro de los antecedentes personales que se presentaron con mayor frecuencia fueron Asma bronquial y preeclampsia leve.

La mayoría de las adolescentes atendidas eran primigestas (69,42%), sin embargo, el 30,58% de las pacientes ya habían presentado otro embarazo.

Los embarazos A Término se presentaron con mayor frecuencia (88,43%). Se presentó solo 9,50% para los embarazos Pretérminos y un 2,07% para los Postérminos.

La incidencia de Partos en adolescentes durante el período Agosto-Septiembre del 2009, fue de 31,97%,

La incidencia de Cesáreas entre adolescentes para el período Agosto-Septiembre del 2009 fue de 52,48%, esto indica que un poco más de la mitad de las adolescentes que fueron atendidas, culminaron su embarazo por la vía abdominal.

Dentro del grupo de adolescentes tempranas predominó el parto por la vía abdominal (85,71%) sobre la vía vaginal, a diferencia del grupo de adolescentes tardías donde se presentaron en igual proporción.

Las tres principales indicaciones de cesáreas en orden decreciente fueron cesárea anterior, desproporción feto-pélvica y oligohidramnios.

RECOMENDACIONES

Los embarazos en adolescentes constituyen un problema de salud pública, son muchos los factores que influyen en la futura madre y en el niño. Nuestra labor debe enfocarse en disminuir la incidencia y en lo posible evitar los embarazos en este grupo, por lo que se debe:

- Implementar programas de planificación familiar destinados a la prevención de embarazos no deseados en adolescentes.
- Crear programas permanentes de educación sexual dirigidos a los jóvenes con el fin de orientarlos sobre los distintos métodos anticonceptivos; sus ventajas y desventajas y asistirlos sobre el método más adecuado para cada pareja.
- Promover el sexo seguro ya que en la cultura actual es difícil que los adolescentes no inicien la actividad sexual tempranamente.
- Desarrollar programas de asistencia a la madre adolescente, brindarles apoyo médico integral, educacional y socio-económico.
- Fomentar la importancia del adecuado control prenatal desde el inicio del embarazo, de esta forma hacer captación temprana de los factores de riesgo que puedan influir en la forma de culminación del embarazo.

Actualmente la OMS busca reducir la tasa de cesáreas a menos de 15%, todo ello por las innumerables ventajas que presenta el parto vaginal sobre la cesárea. Por lo que en la adolescente embarazada se debe:

- Realizar una evaluación obstétrica integral y objetiva para determinar la conducta a seguir, todo ello con el fin de disminuir aquellas cesáreas que pueden ser evitables.

- Hoy en día existen muchos estudios que concluyen que la frecuencia de presentarse alguna complicación es muy baja al dejar evolucionar un trabajo de parto por vía vaginal en una mujer que previamente fue cesareada. Sin embargo, hay que tomar en cuenta el criterio de haber realizado la cesárea anterior y no el hecho de que exista la misma.

Fomentar la utilización del partograma para detectar alteraciones del curso anormal del trabajo de parto; para darles tratamiento adecuado y evitar en lo posible llegar a la cesárea.

Hacer una revisión periódica de la estadística para poder identificar los cambios que se podrían producir en el desarrollo de las actividades de los centros hospitalarios.

Extender el período de estudio a 5 ó 10 años para evaluar como ha sido el comportamiento de la incidencia de partos y la incidencia de cesáreas en adolescentes, atendidas en el hospital Universitario Ruíz y Páez.

Identificar los factores que presentan las parroquias la Sabanita, Agua Salada y José Antonio Páez que condicionan que el mayor número de adolescentes atendidas provenga de las mismas.

Evaluar cuantas de las adolescentes que culminan en cesárea, se les realiza conducción de trabajo de parto antes de tomar la decisión de la vía abdominal.

Trasladar este estudio a grupos adolescentes indígenas, puesto que se ha observado en ellas mayor incidencia de partos que cesáreas, y tratar de identificar las diferencias existentes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amarán, J., Sosa, M., Pérez, M., Arias, D., y Valverde, I. 2009. Principales características de la preeclampsia grave en gestantes ingresadas en un hospital de Zimbabwe. *MEDISAN*. [Serie en línea] 13 (3). Disponible: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_3_09/san01309.htm. [Marzo, 2010]
- Arencibia, J. 2002. Operación Cesárea: Recuento histórico. *Rev. Salud Pública*. 4 (2): 170-185.
- Bojanini, J., y Gómez, J. 2004. Resultados Obstétricos y Perinatales en Adolescentes. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 55 (2): 114-121.
- Cabezas, E. 2002. Mortalidad Materna y Perinatal en Adolescentes. *Rev Cubana Obstet Ginecol*. 28 (1): 5-10.
- Cruz, G., Urribasterra, A., y González, A. 2006. Morbilidad Perinatal en la Gestante Adolescente. *Correo Científico Médico de Holguín*. [Serie en línea] 10 (1). Disponible: <http://www.cocmed.sld.cu/no101/n101ori3.htm>. [Marzo, 2010].
- De Gracia, P., Arias, T., Lezcano, G., Caballero, L., Chong, J., De Mendieta, A., et al. 2007. Embarazo en adolescentes en la República de Panamá. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 67 (2): 73-78.
- Díaz, H., Cusati, R., Carrillo, H., y Lara, A. 2007. Parto Instrumental en cesárea anterior: Importancia del intervalo interparto. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 67 (2): 79-86.
- Díaz, A., Sanhueza, P., y Yaksic, N. 2002. Riesgos Obstétricos en el Embarazo Adolescente: estudio comparativo de resultados obstétricos y perinatales con pacientes embarazadas adultas. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 67 (6): 481-487.

- Espinoza, M., Rodríguez, M., y Trejos, M. 2009. Caracterización de la Adolescente Embarazada atendida en la "Clínica Francisco Bolaños". *Rev Med Costa Rica y Centroamérica*. LXVI (587): 21-25.
- Fochesatto, N., Mayer, M., Barboza, S., y Benitez, S. 2006. Nacimientos en Pacientes menores de 20 años, en el Hospital "Dr. Ramón Madariaga". Posadas, Misiones. *Revista de Posgrado de la Via Cátedra de Medicina*. (161): 1-4.
- Itati, G., Salinas, R., Zunino, F., y Locatelli, V. 2009. Vías de Terminación de Embarazo Adolescente versus Embarazo Adulto. *Revista de Posgrado de la Via Cátedra de Medicina*. (191): 12-16.
- Lepore, G., Sampor, C., Storni, M., y Pardo, P. 2005. Incidencia y Principales Indicaciones de Cesárea. *Revista de Posgrado de la Via Cátedra de Medicina*. (150): 9-12.
- Lugones, M. 2001. La Cesárea en la Historia. *Rev Cubana Obstet Ginecol*. 27 (1): 53-6.
- Manrique, R., Rivero, A., Ortunio, M., Rivas, M., Cardozo, R., y Guevara, H. 2008. Parto Pretérmino en Adolescentes. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 68 (3): 144-149.
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social. 2003. Lineamientos estratégicos para la promoción y el desarrollo de la salud integral de las y los adolescentes en Venezuela Tomo 1. [Serie en línea] Disponible en:
http://ops-oms.org.ve/bvs/tex-electronicos/adolesc/libro_adole_OPSI.pdf [Marzo, 2010]
- Minkoff, H., y Emerwenk, F. 2003. Parto por cesárea primera electiva. *New Engl J Med*. 848 (10): 0946-0947.
- Molina, L. 2006. Embarazo en adolescentes. [Serien en línea] Disponible: <http://fegs.msinfo/fegs/archivos/pdf/EEA.pdf> [Marzo, 2010]

- Monterrosa, A. y Arias, M. 2007. Partos Vaginales y Cesáreas en adolescentes: Comportamiento ente 1993 y 2005 Hospital de Maternidad "Rafael Calvo", Cartagena (Colombia). *Rev Colomb Obstet Ginecol*. [Serie en línea] 58 (2). Disponible: <http://www.scielo.org.co> [Agosto, 2008].
- Nolazco, M., y Rodríguez, L. 2006. morbilidad Materna en Gestantes Adolescentes. *Revista de Posgrado de la Via Cátedra de Medicina* (156): 13-18.
- Norma Oficial Mexicana. 2007. Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. *Anestesia en México*. 19 (1): 59-73.
- Oviedo, H., Lira, J., Ito, A., y Grosso, J. 2007. Causas de nacimientos pretérmino entre madres adolescentes. *Ginecol Obstet Mex*. 75 (1): 17-23.
- Peña, E., Sánchez, A. y Solano, L. 2003. Perfil de riesgo Nutricional en la Adolescente Embarazada. *ALAN*. 53 (2): 141-149.
- Rodríguez, M. 2003. Necesidad de Creación de Unidades de Adolescencia. *An Pediatr*. 58 (2): 104-106.
- Rosales, E., y Felguérez, J. 2009. Influencia de la operación cesárea en la Planificación Familiar. *Ginecol Obstet Mex*. 77 (12): 562-566.
- Rosenberg, G. 2007. Asma y Embarazo. *Archivos de Alergia e Inmunología Clínica*. 38 (2): 50-57
- Salazar, C. 2007. Causas de Cesáreas en el Hospital Rural tipo I "Dr. José Antonio Urrestarazu" de Caripe durante el período enero-diciembre 2006. *Trabajo de Grado. Dpto. de Ginecología y Obstetricia. Escuela de Ciencias de la Salud, Bolívar. UDO*, pp. 36 (Multígrafo).

- Salinas, H., Carmona, S., Albornoz, J., Veloz, P., Terra, R., Marchant, R., et al. 2004. ¿Se puede reducir el índice de Cesárea? Experiencia del Hospital Clínico de la Universidad de Chile. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 69 (1): 8-13.
- Secretaría de Salud México. 2006. *Indicadores Obstétricos y perinatales.*[Serie en línea]. Disponible: www.salud.gob.mx/unidades/evaluación/indsss.pdf [Diciembre, 2009].
- Serrano, D. y Rodríguez, N. 2008. Embarazo en adolescentes, Hospital "Dr. Raúl Leoni Otero" San Félix, Edo. Bolívar 2003-2007. *Trabajo de Grado. Departamento de Ginecología y Obstetricia. Escuela de Ciencias de la Salud, Bolívar, UDO*, pp. 49 (Multígrafo).
- Uzcátegui, O., y Cabrera, C. 2010. Aspectos Bioéticos de la Cesárea y Consentimiento Informado. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 70 (1): 47-52.
- Uzcátegui, O. 2008. Estado Actual de la Cesárea. *Gac Méd Caracas.* 116 (4): 280-286.
- Valdés, S., Essien, J., Bardales, J., Saavedra, D., y Bardales, E. 2002. Embarazo en la adolescencia, incidencia, riesgos y complicaciones. *Rev Cubana Obstet Ginecol.* 28 (2): 84-88.
- Vázquez, A., Guerra, C., Herrera, V., Cruz, F., y Almirall, A. 2001. Embarazo y Adolescencia: Factores biológicos materno y Perinatal más frecuentes. *Rev Cubana Obstet Ginecol.* 27 (2): 158-164.
- Zigelboim, I., y Sánchez, W. 2007. ¿Cesárea una panacea? *Rev Obstet Ginecol Venez.* 67 (4): 217-221.

APÉNDICES

APÉNDICE A



Universidad de Oriente Núcleo Bolívar
Escuela Ciencias de la Salud "Dr. Francisco Battistini"
Departamento de Ginecología y Obstetricia

Culminación de embarazos: Cesárea Vs. Parto en adolescentes, Hospital Universitario Ruíz y Páez, Ciudad Bolívar, Edo. Bolívar, Agosto-Septiembre 2009

Código Fecha
Hospital N° Historia

Datos de Identificación

Nombre:
Apellido: Edad:
Lugar de Nacimiento: Fecha de Nac:
Procedencia: Nivel Educativo:
Teléfono: profesión/Ocupación:
Dirección:

Antecedentes Personales

- Hipertensión Arterial/Preeclampsia/Eclampsia
- Diabetes Mellitus
- Embarazos Múltiples
- Otro

Antecedentes Familiares

- Hipertensión Arterial/Preeclampsia/Eclampsia
- Diabetes Mellitus
- Embarazos Múltiples
- Otro

Antecedentes Gineco/Obstétricos

Menarquia Ciclo: FUR:
Gestas: Partos: Cesáreas: Abortos:

N° de Embarazo

Primero:
Segundo:
Otro:

Patología Asociada

Embarazo Actual

Semanas Gestación: FPP: Factor RH:
VIH: VDRL: Sensibilizada

Impresión Diagnóstica:

Indicación: Parto Vaginal Emergencia
 Cesárea Electiva

Criterio considerado:

Paciente: "He sido informada del uso de este cuestionario y acepto formar parte de esta tesis"

Firma: _____

Responsables:
Br. Duerto, Carlos
Br. Núñez, José

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

| | |
|------------------|---|
| TÍTULO | CULMINACIÓN DE EMBARAZOS: CESÁREA VS. PARTO EN ADOLESCENTES, COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO RUÍZ Y PÁEZ, CIUDAD BOLÍVAR, EDO. BOLÍVAR, AGOSTO-SEPTIEMBRE 2009 |
| SUBTÍTULO | |

AUTOR (ES):

| APELLIDOS Y NOMBRES | CÓDIGO CULAC / E MAIL |
|----------------------------|---|
| Duerto D, Carlos A. | CVLAC: 17.885.735 E MAIL: c_a_d_dz@yahoo.com |
| Núñez R., José A. | CVLAC: 17.010.912 E MAIL: joseo215@hotmail.com |
| | CVLAC: E MAIL: |
| | CVLAC: E MAIL: |

PALÁBRAS O FRASES CLAVES:Incidencia de cesáreaAdolescenciaEmbarazoHospital Ruíz y Páez

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

| ÁREA | SUBÁREA |
|----------------------------------|--------------------|
| <u>Ginecología y Obstetricia</u> | <u>Obstetricia</u> |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

RESUMEN (ABSTRACT):

La adolescencia es la etapa del desarrollo que señala el final de la niñez y el inicio de la vida adulta. El Embarazo en adolescencia se define como la gestación en una mujer con 19 y menos años de edad y constituye una problemática social. Su incidencia varía dependiendo de la región y del grado de desarrollo del país. Existe una controversia sobre la vía de parto ideal en la adolescente embarazada. El presente 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. 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. Recomendación: Realizar una evaluación obstétrica integral y objetiva para determinar la conducta a seguir, todo ello con el fin de disminuir aquellas cesáreas que pueden ser evitables.

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:**CONTRIBUIDORES:**

| APELLIDOS Y NOMBRES | ROL / CÓDIGO CVLAC / E_MAIL | | | | | |
|------------------------|-----------------------------|-------------------------|----|------|------|--|
| Kaid B., Serris | ROL | CA | AS | TU X | JU | |
| | CVLAC: | 5.395.445 | | | | |
| | E_MAIL | serriskaidbay@gmail.com | | | | |
| | E_MAIL | | | | | |
| Madriz, Luis | ROL | CA | AS | TU | JU X | |
| | CVLAC: | 5.341.452 | | | | |
| | E_MAIL | Ldm1960@hotmail.com | | | | |
| | E_MAIL | | | | | |
| Abifaker, Elham | ROL | CA | AS | TU | JU X | |
| | CVLAC: | 4.708.795 | | | | |
| | E_MAIL | wanakel@hotmail.com | | | | |
| | E_MAIL | | | | | |
| | ROL | CA | AS | TU | JU | |
| | CVLAC: | | | | | |
| | E_MAIL | | | | | |
| | E_MAIL | | | | | |

FECHA DE DISCUSIÓN Y APROBACIÓN:

| | | |
|-------------|-----------|-----------|
| 2010 AÑO | 04 MES | 08 DÍA |
|-------------|-----------|-----------|

LENGUAJE. SPA

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:**ARCHIVO (S):**

| NOMBRE DE ARCHIVO | TIPO MIME |
|--|-------------------|
| TESIS.Culminacion de embarazos en adolescentes.doc | Aplication/msword |
| | |
| | |

ALCANCE

ESPACIAL: Hospital Universitario Ruíz y Páez, Departamento de Gineco-Obstetricia

TEMPORAL: 10 años

TÍTULO O GRADO ASOCIADO CON EL TRABAJO:

Médico Cirujano

NIVEL ASOCIADO CON EL TRABAJO:

Pregrado

ÁREA DE ESTUDIO:

Gineco-Obstetricia

INSTITUCIÓN:

Universidad de Oriente

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:**DERECHOS**

De acuerdo al artículo 44 del reglamento de trabajos de grados.

“Los trabajos de grados son exclusiva propiedad de la Universidad de Oriente y solo podrán ser utilizados a otros fines con el consentimiento del consejo de núcleo respectivo, quien lo participara al consejo universitario”.



Br. Carlos A. Duerto Diaz
AUTOR



Br. José A. Núñez Romero
AUTOR



Dr. Serris Kald bay
TUTOR



Dr. Luis Madriz
JURADO



Dra. Elham Abifaker
JURADO

POR LA SUBCOMISION DE TESIS