



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO DE ANZOÁTEGUI
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA

INDICACIONES DE CESAREA SEGMENTARIA EN ADOLESCENTES;
HOSPITAL UNIVERSITARIO “Dr. LUIS RAZETTI”, BARCELONA. ESTADO
ANZOÁTEGUI EN EL AÑO 2007

Asesor:
Prof. Humberto Gomez

Realizado por:
Br. González C. José A.
Br. Gonzalez G. Rilke René

Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar al Título de
MÉDICO CIRUJANO

Barcelona, Enero 2009.

AGRADECIMIENTOS

Primeramente a Dios, por darme la vida, la sabiduría y la iluminación para mantenerme por el buen camino y darme la oportunidad de compartir esta vida rodeado de muchas personas queridas.

A mi mama Nohelia, quien siempre me empujo por el camino del conocimiento y desde los cielos ha vigilado y guiado cada paso que he dado, a ti mama que te quiero y te extraño tanto, Gracias!!!

A mi papa José Alberto, por tener la infinita fortaleza para afrontar cada dificultad y saber mantener con gallardía el rumbo de mi familia, a ti papa gracias. A mis hermanos Juan Manuel y Cesar Javier, por crecer con la madurez necesaria y compartir con alegría y las clásicas peleas de hermanos cada día de mi vida, los quiero, a ustedes gracias.

A mi abuela Elba, que siempre fue motivación para llegar al final de mi carrera y junto a mi madre ha sido un ángel guardián; a mi abuelo Juan José, siempre con anécdotas y palabras de apoyo cuando se necesitan, gracias.

A mis tías, Alcira, Enoe, Elba, Carlota, Tibaide y Aracelis y mis tíos Antonio, Juan, Miguel y Jesús que siempre han estado pendiente y brindándome su apoyo a lo largo de mi carrera; a mis primas Alejandra, Anny, Carolina, Zoilangela, Ahimet y Jennifer quienes siempre han sido mis hermanas mayores y mis primos Pedro, José, Valentina, Daniel, Faymit y Ahimara, compañeros y amigos fieles en todo momento, a todos ustedes mil gracias.

A la familia Velásquez Díaz, a ustedes Ana, Arquímedes, Quimito y José Félix, compañeros, amigos y hermanos de toda mi vida, siempre presentes en todos los momentos importantes de mi vida, gracias.

A mis amigos Francisco, Jesus, Eduardo, Angie y Dafne, amigos fieles desde mi infancia con los que crecí, incondicionales, siempre dispuestos a escucharme y ayudarme, los quiero!!

A mis amigos Marai, Miguel, Christian Benjamín, Ana, Amalui, María Fernanda, María Lujana, José David, Salvador, Alma, Héctor y Rubén, quienes empezamos esta carrera como completos extraños y hoy son parte importante de mi vida, fieles compañeros e incansables trabajadores y próximamente colegas.

A mi novia Sofía Claret, persona que llego a mi vida para llenarme de alegría y ser un apoyo importante en esta etapa final, a ti mi cielito que te quiero, Gracias!!

A las familias Cermeño, Cartaya, Acosta y Tineo, vecinos y amigos de toda la vida, a ustedes gracias por su apoyo.

A la Universidad de Oriente, La Casa Mas Alta, mi segundo hogar en todos estos años; A Los profesores Zaida, José Sanquiz, Lander y Sabrina Droz, siempre diligentes y dispuestos a ayudar cuando los he necesitado, muchas gracias.

Al profesor Humberto Gómez, amigo y asesor de este trabajo, gracias por ayudarme a hacer realidad este proyecto.

A mi compañero de tesis Rilke, por tener la paciencia y la diligencia necesaria para poder llevar a cabo este trabajo.

Y a todos aquellos que por no contar con las paginas necesarias pero que han compartido partes importantes de mi vida muchas gracias.

José Alberto González Cañizares

AGRADECIMIENTOS

Especialmente y primeramente a DIOS por haberme dado la dicha y el placer de crecer con tantas personas buena a mi lado.

A mis padres Alberto y Belkis, por tenerme tanta paciencia, hoy en día soy la persona que ustedes formaron, mil gracias, los amo.

A mis hermanos Alberto, Rosybel y Rainier por estar siempre cuando más los necesite y por ser pilares fundamentales en mi vida.

A mi nueva familia, mi esposa Jennifer quien estos años ha sido de gran apoyo para lograr este objetivo tan importante para mí y a mi pequeño hijo Rilke Alejandro gracias por ser la luz y la fuerza q me acompaña el día a día.

A mis abuelos, por existir sin ustedes este sueño no sería posible, gracias por darle vida a tan maravillosas personas las cuales son mis padres.

A mis amigos, las cuales prefiero no mencionar porque dejar de escribir uno de sus nombres seria una ofensa hacia sus personas, pero con estas líneas quiero decirle que sin su apoyo y confianza este objetivo de mi vida no sería posible, gracias a todos. Se les quiere de corazón.

A todas las personas que por no contar con tantas páginas no puedo nombrar una por una, pero que son de gran importancia para mi, son las familias Medina, Morao, García, Acosta, gracias a todos ellos.

Al Prof. Humberto Gómez, por ser nuestro asesor y por dedicarnos su valioso tiempo para emprender este proyecto y para resolver los inconvenientes que se presentaron en la elaboración de este trabajo.

A mi amigo y compañero de tesis, José Alberto González Cañizares gracias por tener tanta paciencia conmigo y por soportarme en todos estos años que compartiéramos en la universidad, al final de este camino lo único que cuenta es contar con personas tan valiosas como tú, mi persona y mi familia te lo agradece.

Al Personal de Historias Médicas del HULR, quienes brindaron su ayuda para que hoy en día esto sea un logro, en especial a la Sra. Narcisa quien fue pieza clave en la elaboración de este proyecto.

A la UDO, por permitirme vivir en ella durante estos largos pero provechosos años.

A todos los que de una u otra forma colaboraron con la realización de este trabajo, mil gracias a todos, de verdad su colaboración no tiene forma de pago.

Rilke René González González.

DEDICATORIA

A Dios por darme la vida, por ser mi compañero y no dejarme solo en los momentos necesarios.

A mi mama Nohelia, este logro es tuyo mami, lo dedico a ti que siempre deseaste lo mejor para mi, aquí esta lo mejor de mí para ti.

A mi papa y a mis hermanos, quienes me han guiado a lo largo de este camino, este logro también es de ustedes.

A toda mi familia, por siempre apoyarme y aconsejarme cuando lo he necesitado, comparto con ustedes este logro.

A todos mis amigos, quienes han sido incondicionales compañeros, mi éxito también es para ustedes.

A mi novia, para ti gordita por ser mi amiga y mi apoyo. Te amo.

A mi abuela Elba, siempre quisiste un nieto medico y aquí esta, este logro también lo dedico a ti.

Jose Alberto Gonzalez Cañizares

DEDICATORIA

A mi Dios, el todopoderoso por guiar mis pasos por el camino correcto hacia el logro de mis metas.

A mis Padres, por darme la bendición de la vida y entregarme todo el amor que se le puede entregar a un hijo.

A mis hermanos, por siempre estar ahí y acompañarme en todo momento bueno o malo, para reír o llorar.

A los padres de todos mis amigos, quienes me acogieron en la humildad de sus hogares y aceptarme como un hijo mas.

A mi compañero de tesis más que esto hermano y amigo José A González C, por siempre brindarme su apoyo incondicional y su lealtad.

A mis profesores, por su preocupación y esfuerzo tenaz por mi formación como persona y como profesional.

A la Universidad de Oriente, por abrirme sus puertas y brindarme la oportunidad de haber crecido en ella y poder formarme como profesional de la correcta.

Rilke René González González.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	II
DEDICATORIA	VII
ÍNDICE	IX
ÍNDICE DE TABLAS.....	XI
RESUMEN.....	XIII
INTRODUCCIÓN	15
CAPITULO I: EL PROBLEMA	19
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	19
1.2 JUSTIFICACIÓN.....	20
1.3 OBJETIVOS.....	21
1.3.1 OBJETIVO GENERAL.....	21
1.3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	21
CAPITULO II: MARCO TEORICO.....	23
CAPITULO III: MARCO METODOLÓGICO	33
3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN	33
3.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:	33
3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA	33
3.3.1 Población	33
3.3.2 Muestra	33
3.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	34
3.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	34
3.6 TECNICAS PARA LA RECOLECCION DE LA INFORMACIÓN	34
CAPITULO IV: PRESENTACIÓN, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	35

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	47
5.1 CONCLUSIONES	47
5.2 RECOMENDACIONES	48
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	49
APENDICE	52
METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO	1

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Cuadro N° 1. Número de cesáreas según grupo Etario de las adolescentes con indicación de cesárea, sala de partos, Hospital Universitario Dr. Luis Razetti, Barcelona enero-diciembre 2007.	17
Cuadro N° 2. Patologías maternas asociadas al embarazo en adolescentes con indicación de cesarea, sala de partos, Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti”, Barcelona enero-diciembre 2007	18
Cuadro N° 3. Patologías maternas mas freceuntes en adolescentes con indicación de cesárea sala de partos, Hospital Universitario Dr. Luis Razetti, Barcelona enero-diciembre 2007.	18
.	
Cuadro N° 4. Control del embarazo en Adolescentes con indicación de cesárea, sala de partos, Hospital Universitario Dr. Luis Razetti, Barcelona enero-diciembre 2007.	19
Cuadro N°5. Antecedente de cesarea en adolescentes con indicación de cesarea, sala de partos, Hospital Universitario Dr. Luis Razetti, Barcelona enero-diciembre 2007.	20
Cuadro N°6. Indicacion de cesarea anterior en adolescentes con indicación de cesarea, sala de partos, Hospital Universitario Dr. Luis Razetti, Barcelona enero-diciembre 2007.	

Cuadro N°7. Distribucion de cesareas según indicacion en 20 adolescentes con indicación de cesarea, sala de partos, Hospital Universitario Dr. Luis Razetti, Barcelona enero-diciembre 2007.

Cuadro N°8. Complicaciones en adolescentes con indicación de cesarea, sala de partos, Hospital Universitario Dr. Luis Razetti, Barcelona enero-diciembre 2007.

21

Cuadro N°9. Complicaciones mas frecuentes en adolescentes con indicación de cesarea, sala de partos, Hospital Universitario Dr. Luis Razetti, Barcelona enero-diciembre 2007.

22

23

RESUMEN

INDICACIONES DE CESAREA SEGMENTAREA EN ADOLESCENTES. SEGÚN CAUSAS, SALA DE PARTOS; HOSPITAL UNIVERSITARIO Dr. LUIS RAZETTI, BARCELONA. ESTADO ANZOÁTEGUI ENERO - DICIEMBRE 2007. González José; González, Rilke.

La alta morbilidad de cesárea en adolescentes, constituye un importante problema de salud pública en los actuales momentos; la cesárea consiste en la extracción por vía abdominal de un feto, vivo o muerto, con la placenta y sus membranas a través de una incisión hecha en abdomen y el útero. La adolescencia por su parte es una etapa de múltiples cambios biopsicosocial y está comprendida entre los 10 y 19 años. El objetivo general de esta investigación fue Determinar las indicaciones de Cesáreas Segmentarías En Adolescentes, Según Causas. Sala De Partos Del Hospital Universitario “Dr. Luís Razetti”, Barcelona. Anzoátegui. Enero - Diciembre 2007. Este se realizo bajo la metodología de un estudio epidemiológico, retrospectivo, transversal, longitudinal y descriptivo, los datos fueron recolectados de las Historias Medicas de las pacientes adolescentes que acudieron a sala de partos del Hospital Universitario “Dr. Luís Razetti” de Barcelona, Estado Anzoátegui durante los meses enero – diciembre 2007, la población estuvo constituida por 2354 pacientes con indicación de cesárea segmentaría y nuestra muestra fue de 521 pacientes que cumplían con los criterios de inclusión. El grupo etáreo con mayor número de cesáreas fue el comprendido entre 18 y 19 años con %; la indicación de cesárea segmentaría más frecuente según su causa fue la desproporción feto pélvica con 32.43%, en cuanto a las complicaciones más frecuente asociada a la cesárea segmentaría fue anemia en sus diferentes estadios clínicos y se presentaron en el

43.18% de los casos estudiados, de las adolescentes con indicación de cesárea segmentaria para este periodo, el 13.42% manifestó antecedente de cesárea.

Palabras claves: adolescentes, morbilidad de cesárea, indicación de cesárea.

INTRODUCCIÓN

Una palabra de origen latino, *caedere* o *scaedere*, que significa cortar, podría ser una de las 4 razones del origen de la denominación. Las otras 3 son: La ley regia de *Numa Pompilius* (siglo VIII A.C.) que impedía inhumar a la mujer embarazada sin haber sacado previamente al niño con una incisión abdomino-uterina (ley de los cesáres); la leyenda cuenta que *Julio Cesar* nació de este modo, y por último, los escritos atribuidos a *Plinio*, historiador de la antigüedad que aseveraba que el primero de los Césares nació por vía abdominal. El *Mischnagoth*, publicado en 140 AC y el Talmud, hacen referencias a nacimientos por cesáreas y los ritos de aquellos nacidos mediante esta operación. Precisamente es en el Talmud donde se relata el nacimiento de *Indra* y se detalla cómo se negó a nacer por vía natural. Ejemplos afines los encontramos en el caso de *Buda*, del cual se afirma una creencia muy antigua, que nació del costado de su madre, o el caso de *Brahma*, de quien se dice que emergió a través del ombligo materno (Tacuri C, y col. 1997).

Es bueno destacar que existieron leyes relacionadas con este proceder. La ley romana “Lex Regia” del año 715 A.C. establecía que cualquier mujer con embarazo avanzado debía ser operada poco después de la muerte si el niño estuviera vivo. Antes de 1500 el Islam se oponía a este procedimiento y señalaba que cualquier niño nacido por este método era descendiente del demonio y debía ser sacrificado. La iglesia católica estaba a favor de la operación, precisa en la salvación de vidas y almas (Tacuri C, y col. 1997).

La historia científica y registrable comienza en lo que algunos autores consideran el segundo periodo de la cesárea y que cae después de 1500. La primera referencia histórica corresponde a la practicada por *Nufer* en el año 1500, empleó una navaja de rasurar y el niño nació vivo. La madre tuvo 5 hijos mas, lo que pudiera

señalarse como uno de los primeros partos vaginales después de una cesárea, aspecto que en la actualidad cobra vigencia y defensores. *Escipio Mercurio* un cirujano de Padua del siglo XVI comento en “Le Commare Riccoglitrice” acerca del uso de esta operación cuando no era posible el parto normal. *Trautmann de Wittenberg* en Nurtemberg, Alemania, en 1610 para unos y 1620 para otros practico una cesárea en una mujer viva en presencia de 2 parteras. Algunos señalan este hecho como el primer documento indiscutiblemente autentico sobre la cesárea en una paciente viva (Fernandez H. 1996).

Durante esta época no había anestesia, la incisión solía hacerse en el abdomen, por fuera de los músculos rectos, en el sitio se hacía rotar el útero con la intención de proteger la vejiga. El niño se extraía por el costado de la madre. Solía hacerse una incisión longitudinal en el útero y se dejaba abierto. *De la Mote* describió en 1721 el primer caso de endometriosis laparotómica después de una cesárea (Tacuri C, y col 1997).

Hay un tercer período de la historia de la cesárea donde ya se toma conciencia de las causas de muerte en esta operación y de las técnicas que se deben realizar, donde se señala que es a partir de 1876 en que se hace énfasis en que la infección como primera causa de muerte, aspecto señalado por *Cavallini* desde 1868. Con la sutura uterina que practica *Wiel* desde 1835 entra esta operación en una nueva era de progreso (Firpo J.L. 1982).

La primera cesárea practicada en una paciente viva y en la que se obtuvo un recién nacido vivo fue realizada por *Giulio Cesari Aranzio* (1530-1589), en 1578, la madre falleció al mes de la operación; antes de este caso todas las cesáreas eran practicadas postmortem. En 1769, *Lebas* (1719-1797), en Francia, sutura por primera vez la herida del útero con la idea de que la recuperación de la paciente fuera mejor,

pero fue muy criticado por los cirujanos de la época. Por eso no fue sino hasta 1882, en que Max Sanger populariza la técnica de suturar la herida uterina (Aller J. 1999).

La cesárea se empieza a usar como una opción segura para el nacimiento luego de los trabajos pioneros de Willian Morton (1819-1868), en 1846, con el uso del dietil éter como anestésico quirúrgico y veinte años después con la introducción del ácido carbólico como antiséptico por Joseph Lister (1827-1912). El mayor cambio en la técnica de cesárea ocurre en 1876, cuando Eduardo Porro (1842-1902) la asocia a una histerectomía subtotal, luego Frank, en 1906, introduce la técnica extraperitoneal con el fin de disminuir las posibilidades de infección y más tarde Krönig, en 1912, y Beck, en 1919, utilizan la técnica segmentaria con incisión longitudinal. La cesárea segmentaria transversal, que es el procedimiento más usado hoy en día, proviene de una modificación de la técnica de Beck implementada en 1921 por John Munro Kerr (1868-1960) y Eardley Holland (1879-1967), profesores del Departamento de Ginecología y Obstetricia de la Universidad de Glasgow, en Escocia (Sewel, 1993).

Sanger, ayudante de *Krede* en *Leipzig* introduce la sutura de la pared uterina a puntos separados en 2 planos paralelos. En 1912, *Kroing* en Alemania postula la incisión vertical uterina, pero advierte sobre la ventaja de practicarla en el segmento inferior, hasta que en 1926 *Kehr* crea su clásica incisión segmentaria transversal que se practica en nuestros días (Gentile G, y col. 1991).

La primera cesárea hecha en la Maternidad “Concepción Palacios” fue el once de febrero de 1939, fue practicada por el profesor Doctor Pedro Antonio Gutierrez Alfaro, ayudado por los doctores Justiniano Graterol Monserrate y Felipe Gonzalez Cabrera (médico residente). Actuó como anestesiólogo el interno Leopoldo Maggi. La indicación fue eclampsia en una segundigesta, nulípara, de 26 años, con embarazo

pretérmino. El recién nacido, con 1750 gramos de peso, murió al tercer día (Agüero O, y col. 1952).

Esta primera cesárea tiene además el interés histórico de que, en el segundo embarazo, presentó dehiscencia de la cicatriz uterina (primer reporte en la literatura venezolana) con salida del feto (muerto) hacia la cavidad abdominal, lo cual requirió histerectomía subtotal y drenaje por peritonitis. En la descripción de la cesárea anterior se menciona que la técnica había sido la referida de Michon; sin embargo, es posible que ello haya sido una información personal de los operadores, porque en la historia original no hay detalles, sólo dice que se practicó cesárea por eclampsia (Agüero O, y col. 1952).

CAPITULO I: EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Varias ciudades que fueron fundadas o embellecidas por emperadores romanos reciben el nombre de Cesárea, lo que permite hacernos una idea de que los romanos tienen mucho que ver con el término. Una de ellas en la costa del mediterráneo, entre Galilea y Samaria, edificada por *Herodes* y que la llamo Cesárea por adoración a Augusto Cesar: Es la Cesárea Palestina, capital de Judea, después de la destrucción de Jerusalén (Salvat, 1954).

Según la mitología clásica el nacimiento de *Esculapio* y de *Baco* fueron por Cesárea. En la mitología griega hay referencia al nacimiento de Dioses o Semidioses por vía abdominal, como el que se refiere a *Hermes* quien saca a *Dionisio* por mandato de *Zeus* del vientre de *Sémele*, y *Apolo*, que abre el vientre de *Corinis*, muerta por *Artemisa* y saca a *Esculapio* (Tacuri C, y col. 1997).

El mayor peligro de prematuridad y de muertes neonatales en los hijos de madres adolescentes fue descrito en 1964 por *Stine*. El mismo año, *Hassan y Falls*, profundizaron sobre esa problemática identificando además la toxemia, partos prolongados y aumento de la incidencia de cesáreas en este grupo de riesgo (Hassan y col, 1964).

Publicaciones especializadas coinciden en resaltar el incremento de la frecuencia de anemias, toxemia y complicaciones del puerperio en adolescentes embarazadas al resumir una serie de artículos sobre adolescencia y embarazo, concluyen afirmando que las gestantes menores de 20 años presentan mayor

incidencia de toxemia, desprendimiento prematuro de la placenta y desproporción feto-pélvica (Zhang B, y col. 1991).

Por lo antes expuesto y considerando el riesgo que representa para nuestras adolescentes ser sometidas a tan temprana edad a esta operación, nos hemos motivado a realizar el presente estudio con el objetivo de conocer ¿Cuántas adolescentes son sometidas a cesárea segmentaria?, ¿Cuáles son las causas de intervención quirúrgica? ¿Predominan los mismos criterios en el procedimiento quirúrgico en el Hospital Universitario “Dr. Luís Razetti” de Barcelona, estado Anzoátegui así como en otras instituciones a nivel nacional e internacional?

1.2 JUSTIFICACIÓN

La importancia de este trabajo se basa en que actualmente sería necesario entender las diferentes variables que se asocian a las indicaciones de cesárea en adolescentes, para conocer cuál es la situación actual en el Estado y de ésta manera poder proponer con mayor certeza planes que permitan a las instituciones responsables en salud y bienestar biopsicosocial relacionada con las adolescentes en el Estado prevenir y asumir esta problemática de manera efectiva.

Desde el punto de vista de salud este trabajo de grado busca aportar un mayor conocimiento que verifique cual es la población más vulnerable, así como la frecuencia con que se presenta esta situación en nuestras adolescentes, para así, tener una noción más cercana a la realidad de lo que significa el abordaje de las involucradas, de igual manera contribuir a realizar un consenso estadístico en lo que se refiere a las indicaciones de cesárea de las adolescentes que acuden a nuestro centro de salud, sitio de referencia de todo el estado, ya que hasta ahora en el país el Ministerio para el Poder Popular de la Salud, no cuenta con un banco de datos

depurados en lo que respecta a estadísticas vigentes de las variables que vamos a estudiar.

La siguiente investigación se realizó en el Estado Anzoátegui a través de datos que fueron recolectados directamente de las historias medicas suministradas por el Servicio de Historias Medicas del Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti” y que además han sido clasificadas por dicho departamento como cesáreas para el periodo comprendido entre enero – diciembre de 2007, el estudio de las variables recopiladas conllevará a la formulación de proyectos y planes preventivos.

Este estudio se justifica, porque actualmente el embarazo en adolescentes es considerado un problema de salud pública, por lo que es importante conocer el número de adolescentes que son sometidas a esta intervención.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar las indicaciones de cesárea segmentaria en adolescentes en el Hospital Universitario “Dr. Luís Razetti”. Barcelona, Anzoátegui. Año 2007.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Cuantificar el número de cesáreas segmentarias en adolescentes según grupo etario en el Hospital Universitario “Dr. Luís Razetti”. Barcelona, Estado Anzoátegui. Año 2007.

- Determinar los antecedentes obstétricos y patologías asociadas en pacientes adolescentes sometidas a cesárea segmentaria en el Hospital Universitario “Dr. Luís Razetti”. Barcelona, Estado Anzoátegui. Año 2007.
- Identificar las causas de cesárea segmentaria en pacientes adolescentes en el Hospital Universitario “Dr. Luís Razetti”. Barcelona, Estado Anzoátegui. Año 2007.
- Conocer las complicaciones más frecuentes en adolescentes sometidas a cesárea segmentaria en el Hospital Universitario “Dr. Luís Razetti”. Barcelona, Estado Anzoátegui. Año 2007.

CAPITULO II: MARCO TEORICO

El parto por cesárea se define como el nacimiento de un feto por medio de una incisión en la pared abdominal (laparotomía) y en la pared uterina (histerotomía). Esta definición no incluye la remoción del feto de la cavidad abdominal en el caso de ruptura del útero o embarazo abdominal (Williams y col. 2004).

Indicaciones:

Hasta hace unos años la operación se realizaba por estrictas razones médicas en las que el feto no podía pasar por el canal de parto o el parto vaginal representaba un riesgo para la madre o el feto. Sin embargo en la actualidad, además de las indicaciones anteriores se suman otras de diagnóstico más preciso de ciertas patologías y la cesárea por participación de la pareja en la toma de decisiones (Aller J. 1999).

Las indicaciones de cesárea pueden ser absolutas y relativas. Debido a que estas indicaciones pueden ser controversiales, a continuación se analizan algunas de ellas:

En caso de desprendimiento prematuro de placenta, si los signos vitales maternos están estables, no hay signos de coagulopatía, el sangrado vaginal es moderado y no hay compromiso fetal o el feto está muerto, se prefiere el parto vaginal (Aller J. 1999).

En caso de cirugía vaginal reconstructiva previa, la cesárea es una indicación debido a una posible distocia de partes blandas, por la estrechez vaginal producto de la operación y por la posibilidad de que reaparezca la patología por la cual se realizó la operación en primer lugar, en especial cuando fue una reparación de una fístula vesicovaginal (Aller J. 1999).

Los fetos podálicos que nacen por vía vaginal tienen un incremento significativo de la mortalidad perinatal y de la morbilidad traumática con daño cerebral permanente en comparación con los nacidos por cesárea. (Notzon et al, 1994; Cheng and Hanna, 1993).

En caso de dos cesáreas anteriores la indicación es controversial porque, a pesar de existir estudios que indican que con un adecuado control obstétrico se puede llevar a cabo un parto vaginal sin aumentar la morbilidad materno-fetal, se necesita de mayor experiencia para ser incluida en la práctica obstétrica diaria (Villoria y col, 1993).

Distocia del trabajo de parto. Esta es la indicación más frecuente para la primera cesárea en los Estados Unidos. Sin embargo es difícil realizar un análisis acerca de la distocia del trabajo de parto debido a la heterogeneidad inherente a esta afección (Notzon y col, 1994).

Técnica quirúrgica

Para abrir la cavidad peritoneal, se puede realizar laparotomía media infraumbilical o transversa infraumbilical tipo Pfannenstiel o tipo Maylard. Para abordar el útero, se puede utilizar la técnica transperitoneal o la extraperitoneal, esta última consiste en abordar el segmento uterino mediante disección roma del peritoneo

vesical y del segmento uterino anterior, permaneciendo en el espacio extraperitoneal (Aller J. 1999).

Existen tres tipos de incisión uterina y que se utilizan para clasificar el tipo de cesárea:

Corporal o clásica.

Es cuando se practica una incisión vertical sobre la cara anterior del cuerpo uterino cerca del fondo. En la actualidad es una técnica poco utilizada por los inconvenientes técnicos que representa y por el peligro de que ocurra ruptura uterina en un futuro embarazo (Aller J. 1999).

Segmentaria longitudinal de Krönig.

Es cuando se practica una incisión longitudinal a nivel del segmento inferior del útero. La ventaja de esta intervención es que se puede agrandar la herida hacia la parte superior del segmento, pero también hay el peligro de que se pueda prolongar la herida hacia abajo y hacer difícil la sutura. Las indicaciones son las mismas que para la técnica corporal o clásica (Aller J. 1999).

Segmentaria transversal de Kerr.

Es cuando se practica una incisión transversal semilunar a nivel del segmento uterino inferior. En la actualidad es la técnica de elección por las ventajas que se enumeran a continuación.

Se practica en la parte más delgada del útero y, por tanto, es más fácil de cortar y de reparar.

La disociación de las fibras uterinas es fácil de realizar en esa zona por haber una menor masa muscular.

El sangrado intraoperatorio es menor.

El peritoneo de la zona es laxo y se disecciona fácilmente.

Hay menos frecuencia de adherencias postquirúrgicas.

La cicatriz uterina tiene menos riesgos de sufrir una dehiscencia en embarazos futuros porque la dinámica uterina es menos intensa a nivel del segmento (Aller J. 1999).

La operación se debe realizar en un ambiente quirúrgico adecuado con todas las medidas de asepsia y antisepsia. Bajo anestesia peridural o bien general, que se usa más en casos de emergencia, se practica cateterismo vesical para evitar la lesión de la vejiga durante la operación (Aller J. 1999).

Una vez colocados los campos estériles, se practica laparotomía media infraumbilical comenzando a un traves de dedo por encima de la sínfisis pubiana o bien una incisión transversal tipo Pfannenstiel, a dos traves de dedo por encima del pubis. Se procede a la diéresis por planos y una vez abierta la cavidad peritoneal se coloca la valva de Gosset, exponiendo así el segmento uterino. Se levanta el peritoneo visceral con una pinza de disección, para seccionarlo de forma transversal y arciforme unos 10 cm., luego se separa el peritoneo visceral de la pared uterina mediante disección roma usando los dedos. Al visualizar el músculo uterino se practica una incisión con bisturí, pinza de Crille curva o con tijera de Mayo curva, para luego prolongarla unos 10 cm. en forma arciforme a nivel del segmento, similar a lo que se hizo en peritoneo (Aller J. 1999).

Se abre el saco amniótico y se orienta la presentación fetal hacia la herida uterina, para proceder a la extracción del feto introduciendo la mano con la palma abarcando la presentación. Se puede utilizar la valva de Sawasaki, que facilita la extracción de la cabeza fetal o en su defecto la rama de algún fórceps, preferiblemente no fenestrado (Aller J. 1999).

Luego que se orienta la cabeza, el ayudante hace presión sobre el fondo uterino y empuja la presentación para facilitar la extracción de la cabeza. Esta debe ser lenta y hasta con cierta dificultad, para que simule las condiciones de un parto vaginal; de esta manera se estimulan los centros respiratorios y se facilita la expulsión de gleras de las vías respiratorias superiores por compresión de la pared torácica (Aller J. 1999).

Una vez que sale la cabeza se realiza la aspiración de gleras de nariz y orofaringe, luego se realiza tracción por debajo de los maxilares para completar la extracción del resto del cuerpo, colocando el recién nacido a un nivel inferior al de la placenta a un lado del abdomen. Luego se entrega el recién nacido al neonatólogo para su atención inmediata (McCurdy et al, 1992).

Luego del alumbramiento, se realiza la revisión uterina y, en caso de que el cuello uterino no sea permeable, algunos los dilatan con la finalidad de facilitar la expulsión de sangre. Para realizar la síntesis se exponen los bordes y ángulos uterinos y se realiza la histerorrafia, cuya técnica varía de acuerdo con el gusto del operador (Hauth et al, 1992).

Luego se procede al cierre del peritoneo visceral, aunque diversos autores no suturan ni el peritoneo visceral ni el parietal por considerar que evita la suspensión exagerada de la vejiga urinaria, el pinzamiento voluntario del epiplón y vísceras al

peritoneo parietal y la formación de adherencias cuando se usa conjuntamente con la irrigación (Hull and Varner, 1991; Pietrantoni et al, 1991; Tulandi et al, 1988)

Se realiza revisión de la cavidad pélvica y lavado exhaustivo con solución fisiológica, lo que favorece la extracción de la sangre libre, líquido amniótico, vernix caseoso, etc. que pueden actuar como pirógenos en el puerperio inmediato. Con una aguja atraumática se realiza el cierre del peritoneo parietal y el afrontamiento muscular, si el cirujano decide hacer estos pasos, para luego suturar la aponeurosis a puntos separados o continuos con aguja atraumática y sutura no absorbible o de absorción tardía. Se verifica la hemostasia y se realiza la síntesis del tejido celular subcutáneo a puntos separados o continuos con sutura de absorción rápida con aguja atraumática. Por último se sutura la piel, se extrae la sonda vesical y se evalúan las características de la orina (Aller J. 1999).

Complicaciones

Con los avances en la ciencia médica, la cesárea se ha convertido en un procedimiento frecuente y casi rutinario a la hora de resolver problemas obstétricos pero, por tratarse de un acto quirúrgico, no está exento de complicaciones que pueden ser inmediatas o tardías (Aller J. 1999).

Inmediatas. Son las que se presentan durante el acto quirúrgico o en el postoperatorio inmediato. Las más frecuentes son las que se enumeran a continuación:

Prolongación de la incisión hacia los ángulos que puede ocasionar lesión de los grandes vasos uterinos con la formación de hematomas (Aller J. 1999).

Las lesiones de vejiga son frecuentes durante la incisión abdominal en pacientes con intervenciones anteriores cuando la vejiga ha quedado suspendida, adherida al peritoneo parietal. También durante la apertura del útero cuando la vejiga ha quedado suspendida y adherida al segmento uterino (Jiménez y col, 1979).

Cuando a nivel pélvico hay dilataciones vasculares en la reflexión vesico-uterina o hacia las porciones laterales del útero pueden ocurrir sangrados profusos (Aller J. 1999).

Complicaciones respiratorias tipo embolismo pulmonar que puede ser de líquido amniótico o de origen vascular.

En el postoperatorio inmediato puede aparecer una distensión vesical por atonía. En estos casos se debe colocar sonda vesical y movilizar precozmente a la paciente (Aller J. 1999).

Tardías. Son las que se presentan en el puerperio tardío o inclusive meses después de la operación. Las más frecuentes se enumeran a continuación:

Puede ocurrir un hematoma de pared abdominal cuando ha quedado un vaso sangrante en cualquiera de los tejidos incididos. Se debe localizar de nuevo el vaso sangrante para ligarlo o electrocoagularlo (agüero O. 1979).

Dehiscencia de herida y/o eventración que es menos frecuente en las incisiones transversales que en las longitudinales (Uzategui O. 1995).

La infección de la herida operatoria es una complicación poco frecuente que depende mucho de factores generales como: deficiencias nutricionales, bajo nivel socioeconómico, falta de control prenatal, obesidad, anemia y diabetes. Factores

preoperatorios como: ruptura prolongada de membranas, número de tactos vaginales, técnica de asepsia y antisepsia y factores intraoperatorios como: tipo de herida, mala técnica quirúrgica, tiempo operatorio prolongado y habilidad del cirujano (Uzcátegui y col, 1995; Daly and Moniff, 1993).

Las fístulas del recto o de la vejiga son también complicaciones poco frecuentes que se manifiestan, generalmente, después del mes de postoperatorio (Daly J. 1993).

La endometritis es una patología infecciosa de la cavidad uterina que aparece entre el cuarto y el quinto día del postoperatorio y se caracteriza por presentar loquios fétidos, subinvolución uterina, fiebre y leucocitosis. Está asociado a los mismos factores de riesgo que se describieron para la infección de la herida operatoria (Gibbs, 1980; Pinto y col, 1990).

Cuidados postoperatorios

Durante el postoperatorio, se recomiendan las siguientes indicaciones para evitar las complicaciones descritas.

Control de signos vitales cada hora por cuatro horas y luego cada seis horas por veinticuatro horas.

Evaluar el tono uterino y, en caso de hipotonía, administrar oxitócicos.

Control de líquidos ingeridos y excretados.

Control de hemoglobina y hematocrito, sobre todo si hubo abundante sangrado intraoperatorio.

Deambulaci3n precoz (Agüero O. 1992).

Incidencia

Antes de la segunda guerra mundial, la incidencia de cesárea oscilaba alrededor del 4% y en las últimas décadas ha experimentado un aumento progresivo. La tasa de cesárea aumentó de 4,5% a 25% en 1988 (Taffel et al, 1991), pero a partir de esa fecha ha disminuido y para 1995 fue de 21,8% (Clark and Taffel, 1996).

En Inglaterra, la incidencia es del 15%, en Canadá del 20% y en Brasil del 30% (Notzon, 1990; Gaio, 1997). En Italia la tasa se elevó de 11,4% en 1980, a 25% en 1994, constituyendo el país europeo con la tasa más alta (Signorelli et al, 1997). En 1992, en Nueva York, alcanzó la cifra de 40% (Dillon, 1992). En Venezuela, en hospitales privados fue de 50% (Agüero, 1985).

Los factores más importantes responsables de esta alta frecuencia son: distocias, presentaciones podálicas, cesáreas anteriores y el riesgo médico legal que se ve muy incrementado en los países desarrollados; así como un mayor conocimiento de la fisiopatología de la embarazada, coincidiendo este incremento en la tasa de cesárea con una disminuci3n dramática de la tasa de mortalidad perinatal (O'Driscoll and Foley, 1983).

Si bien el aumento en el número de cesáreas en países desarrollados no parece incrementar la tasa de mortalidad materna, en países en vías de desarrollo sigue siendo un factor importante a tomar en cuenta cuando se analiza el fenómeno mundial del incremento de la cesárea. En un estudio en Zaire, la mortalidad materna por cesárea es 13 veces mayor que por parto vaginal (Onsrud and Onsrud, 1997).

La OMS define como *adolescencia* al "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.

El reconocimiento del riesgo que representa el embarazo para la adolescente ha dirigido la atención de obstetras, psicólogos y sociólogos de forma espectacular hacia ese sector de la sociedad (Ryan GM. y col. 1978).

CAPITULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación realizada fue de tipo retrospectiva, epidemiológica, descriptiva, longitudinal ya que sin modificar variables, se estudiaron los casos de adolescentes a las que se les indicó cesárea segmentaria en la sala de partos del Hospital Universitario “Dr. Luís Razetti”.

3.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:

Fue de tipo post – facto (no experimental) ya que el fenómeno que se investigo, es descrito y medido tal y como aparece en las historias medicas que se revisaron, por lo que no se manipularon deliberadamente las variables. Y el tipo de diseño no experimental es transversal.

3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1 Población

Integrada por 2354 pacientes con indicación de cesárea segmentaria que acudieron a la sala de partos del Hospital Universitario “Dr. Luís Razetti” en el año 2007.

3.3.2 Muestra

Integrada por 521 con indicación de cesárea que cumplieron los criterios de inclusión, dicha muestra represento el 22.13 % del total de la población.

3.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Toda paciente que acudió a la sala de partos del Hospital Universitario “Dr. Luís Razetti” en el año 2007 con edad comprendida entre 15 y 19 años con indicación de cesárea segmentaria.

3.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Se excluyo toda historia con datos incompletos de edad o causa de la cesárea y a todas las pacientes con indicación de cesárea segmentaria cuya edad fue mayor o igual a 20 años.

3.6 TECNICAS PARA LA RECOLECCION DE LA INFORMACIÓN

Una vez obtenida la información en formatos de recolección de datos los mismos fueron resumidos en hojas de cálculo de Microsoft Excel. Se generaron resultados mediante análisis descriptivos de frecuencia y porcentajes de las variables que estaban en estudio.

CAPITULO IV: PRESENTACIÓN, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Cuadro Numero 1

Número de cesáreas según grupo Etario

Grupos Etarios (años)	Numero	(%)
10 – 11	0	0
12 – 13	19	3.64
14 – 15	68	13.05
16 – 17	209	40.11
18 – 19	225	43.18
Total	521	100

Fuente: Formato de recolección de datos e historias clínicas del HULR, Enero-diciembre 2007.

Análisis Cuadro N° 1. En el cuadro se evidencia que el mayor número de cesáreas se presento en el grupo etario comprendido entre los 18 y 19 años con un total de 225 pacientes que representa el 43.18% de los casos que se registraron para 2007. Así mismo se observa que el menor número de cesáreas se registró en el grupo etario comprendido entre los 12 y 13 años, con un 3.64% del total de abortos de adolescentes.

Discusión Cuadro N° 1. De acuerdo con las bibliografías consultadas podemos constatar que al igual que en nuestra investigación, en un estudio realizado en el Hospital "Dr. Domingo Guzmán Lander", Barcelona. Edo. Anzoátegui de Venezuela, el mayor número de casos de cesáreas coincidió con el grupo etario comprendido entre los 18 y 19 años de edad representado por el 56% de todos los casos estudiados;

en cuanto al menor número de cesáreas al igual que en nuestro estudio se evidencia en el grupo etario comprendido entre los 12 y 13 años con apenas 0,62% de los casos estudiados (Guanchez, A. y col. 1997).

Cuadro Número 2

Patologías maternas asociadas durante el embarazo en adolescentes durante el embarazo

	Numero	%
Sin patologías asociadas	320	61.42
Con patologías asociadas	201	38.58
Total	521	100

Fuente: Formato de recolección de datos e historias clínicas del HULR, Enero-diciembre 2007

Análisis Cuadro N° 2. Según se puede apreciar en el cuadro, 320 pacientes que representaron 61.42% de los casos estudiados no presentaron patologías asociadas maternas durante el embarazo y 201 pacientes, representando el 38.58% de los casos si presentaron patologías maternas durante el embarazo.

Discusión cuadro N° 2. En relación a la bibliografía consultada respecto a las patologías maternas durante el embarazo en adolescentes con indicación de cesárea, no pudimos encontrar resultados en este aspecto por lo cual no se pudo comparar el resultado con alguna otra investigación.

Cuadro Número 3

Patologías maternas más frecuentes durante el embarazo en adolescentes con indicación de cesárea.

Causa	Numero	%
Vaginosis bacteriana	60	29.85
Preeclampsia leve	39	19.40
Condilomatosis vulvoperineal	32	15.92
Pielonefritis aguda	29	14.42
Candidiasis vaginal	15	7.46
Asma	13	6.46
Eclampsia	6	2.98
Hipertensión Arterial Gestacional	3	1.49
Tiña cruris	2	0.99
Obesidad mórbida	1	0.49
Pitiriasis versicolor	1	0.49
Total	201	100

Fuente: Formato de recolección de datos e historias clínicas del HULR, Enero-diciembre 2007

Análisis Cuadro N° 3. De los casos estudiados en esta investigación se puede observar que 38.58% (201 adolescentes con indicación de cesárea) tuvieron patologías asociadas durante el embarazo, de las cuales 60 pacientes que representan el 29.85% tal como se aprecia en este cuadro presento vaginosis bacteriana, la patología menos frecuente durante el embarazo la ocupan la obesidad mórbida y pitiriasis versicolor ambas con 1 caso que representa el 0.49%.

Discusión cuadro N° 3. En relación a la bibliografía consultada respecto a las patologías maternas durante el embarazo en adolescentes con indicación de cesárea, no pudimos encontrar resultados en este aspecto por lo cual no se pudo comparar el resultado con alguna otra investigación.

Cuadro Número 4

Control del embarazo en adolescentes con indicación de cesárea.

	Numero	%
Embarazo controlado	311	59.69
Embarazo no controlado	210	40.31
Total	521	100

Fuente: Formato de recolección de datos e historias clínicas del HULR, Enero-diciembre 2007

Análisis Cuadro N° 4. Según se puede apreciar en el cuadro 311 adolescentes con indicación de cesárea que representa el 59.69% acudió a consulta prenatal de manera adecuada, mientras que 210 que representan el 40.31% no acudió a consulta de control prenatal.

Discusión cuadro N° 4. En relación a la bibliografía consultada respecto al control prenatal en adolescentes con indicación de cesárea, no pudimos encontrar resultados en este aspecto por lo cual no se pudo comparar el resultado con alguna otra investigación.

Cuadro Número 5

Antecedente de cesárea en adolescentes con indicación de cesárea.

	Numero	%
Sin cesárea anterior	399	76.58
Con cesárea anterior	122	13.42
Total	521	100

Fuente: Formato de recolección de datos e historias clínicas del HULR, Enero-diciembre 2007

Análisis Cuadro N° 5. Según se puede apreciar en el cuadro 399 pacientes que representan el 76.58% de las adolescentes con indicación de cesárea no presentaron cesárea anterior como antecedente obstétrico, mientras que 122 que representan el 13.42% si fue intervenida al menos una vez por cesárea.

Discusión cuadro N° 5. En relación a la bibliografía consultada respecto cesárea como antecedente obstétrico en adolescentes con indicación de cesárea, no pudimos encontrar resultados en este aspecto por lo cual no se pudo comparar el resultado con alguna otra investigación.

Cuadro Número 6

Indicación de la cesárea anterior en adolescentes con indicación de cesárea.

Indicación	Numero	%
Desproporción feto-pélvica	86	70.49
Preeclampsia severa	14	11.47
Distocia del móvil	9	7.37
Oligoamnios severo	7	5.73
Ruptura prematura de membranas	4	3.27
Placenta previa	2	1.63
Total	122	100

Fuente: Formato de recolección de datos e historias clínicas del HULR, Enero-diciembre 2007.

Análisis Cuadro N° 6. Según se puede apreciar en el cuadro, las adolescentes con indicación de cesárea anterior como antecedente obstétrico, la indicación de 86 de ellas que representa el 70.49% fue desproporción feto-pélvica mientras que la menor frecuencia la ocupa la indicación por placenta previa en 2 pacientes que representan el 1.63%.

Discusión cuadro N° 6. En relación a la bibliografía consultada respecto indicación de cesárea como antecedente obstétrico en adolescentes con indicación de cesárea, no pudimos encontrar resultados en este aspecto por lo cual no se pudo comparar el resultado con alguna otra investigación.

Cuadro Número 7
Distribución de cesáreas según indicación

Causa	Numero	%
Desproporción feto-pélvica	169	32.43
Preeclampsia severa	72	13.81
Distocia del móvil	68	13.05
Ruptura prematura de membranas	46	8.82
Sufrimiento fetal agudo	29	5.56
Eclampsia	29	5.56
Oligoamnios severo	26	4.99
Embarazo gemelar	21	4.03
Bicesareada	17	3.26
Desprendimiento prematuro de placenta	16	3.07
Cuello no apto para inducción	12	2.3
Condilomatosis vulvoperineal	11	2.11
HIV +	3	0.57
Ca In Situ	2	0.38
Total	521	100

Fuente: Formato de recolección de datos e historias clínicas del HULR, Enero-diciembre 2007

Análisis Cuadro N° 7. De acuerdo a nuestro estudio y tal como se puede apreciar en este cuadro el mayor número de cesáreas según su indicación fueron por desproporción feto-pélvica representado por 169 pacientes que representan el 32.43 % de los casos estudiados. De igual manera se observó que la menor frecuencia de indicación de cesárea la representa el Ca In Situ con solo 2 casos que representa 0.38%.

Discusión Cuadro N° 7. Según las bibliografías revisadas al respecto, las mismas difieren con el resultado de nuestra investigación, siendo la cesárea anterior la indicación más frecuente de cesárea, representada por el 31.1% de los casos estudiados y la menor en frecuencia fue por el rendimiento prematuro de placenta representada por el 2.37% en el Servicio de Ginecología del Hospital Llano, de la ciudad de Corrientes, Argentina 1998-2003 (Avanza, MJ y col. 2004).

Cuadro Número 8

Complicaciones maternas en Adolescentes con indicación de cesárea

	Numero	%
No Complicadas	356	68.33
Complicadas	165	31.66
Total	521	100

Fuente: Formato de recolección de datos e historias clínicas del HULR, Enero-diciembre 2007

Análisis Cuadro N° 8. Según se puede apreciar en el cuadro, 356 pacientes que representan el 68.33% de los casos estudiados no presentaron complicaciones postoperatorias, mientras que 165 pacientes que representan el 31.66% si presentaron complicaciones postoperatorias.

Discusión Cuadro N° 8. En relación a la bibliografía estudiada, las complicaciones en las adolescentes a las que se les indican cesárea suelen manifestarse en aproximadamente un tercio de todas las adolescentes sometidas a esta intervención, eso se evidencia en un estudio realizado en el Hospital Nacional “Guillermo Almenara” en Lima, Perú 1991-1998, donde presentaron complicaciones en el 27.6% de los casos estudiados (García y col. 1999), resultado que coincide con nuestro estudio donde el porcentaje fue un poco más elevado representado por el 31.66% de las adolescentes con indicación de cesárea.

Cuadro Número 9

Complicaciones maternas frecuentes en Adolescentes con indicación de cesárea

Complicaciones	Numero	%
Anemia	123	74.54
Absceso de pared abdominal	14	8.48
Dehiscencia de la sutura	9	5.45
Hipertensión arterial transitoria	7	4.24
Síndrome adherencial	6	3.63
Eclampsia	3	1.81
Trauma vesical	2	1.21
Desgarro de mesosalpinx	1	0.6
Total	165	100

Fuente: Formato de recolección de datos e historias clínicas del HULR, Enero-diciembre 2007.

Análisis Cuadro N° 9. De los casos estudiados en esta investigación se puede observar que 31.66% (165 adolescentes con indicación de cesárea) tuvieron complicaciones, de las cuales el 74.54% tal como se aprecia en este cuadro fueron Anemia en sus diferentes clasificaciones clínicas, mientras que la complicación menos frecuente fue desgarro de mesosalpinx con solo 1 caso que representa el 0.6%.

Discusión Cuadro N° 9. De acuerdo con las bibliografías consultadas, en el estudio realizado en el Hospital Nacional “Guillermo Almenara” en Lima, Perú, durante el periodo comprendido entre 1991 a 1998, se aprecia que a diferencia de nuestro estudio la complicación postoperatoria más frecuente fue el absceso de pared representado por el 6.9% y solo el 3.4% presento la complicación de anemia (García y col. 1999).

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

De los 521 casos de adolescentes con indicación de cesárea estudiados, la mayoría se indicó en el grupo etario comprendido entre 18 y 19 años de edad y el menor número de casos lo represento el grupo erario comprendido entre 12 y 13 años de edad.

La indicación más frecuente de cesárea es la desproporción feto-pélvica.

De los casos revisados las complicaciones post-operatorias no fueron bajas, acercándose a la mitad de la población estudiada. Cabe destacar que la complicación que más se presento fue anemia en sus diferentes estadios clínicos.

La patología materna durante el embarazo asociada más frecuentemente son las vaginosis bacterianas y la menos frecuente fueron ptiriasis versicolor y obesidad.

La mayoría de las adolescentes que se controlaron el embarazo finalizaron en cesárea.

En las adolescentes con cesárea anterior como antecedente obstétrico, la indicación mas frecuente en estas fue la desproporción feto-pélvica.

5.2 RECOMENDACIONES

1. Fomentar la educación sexual a nivel de las escuelas básicas, liceos, comunidad en general e incluso en los primeros semestres de carreras universitarias.
2. Organizar estudios para identificar factores predisponentes para cesáreas en adolescentes de nuestra población.
3. Promover la creación en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario “Dr. Luís Razetti” de Barcelona una consulta destinada a la orientación de madres adolescentes, en la cual los tópicos esenciales a tratar serian planificación familiar y educación sexual.
4. Desarrollar programas sobre sexualidad, anticoncepción y reproducción que ayuden a las adolescentes a desarrollar su capacidad de tomar decisiones responsables.
5. Mejorar los servicios de salud especializada y ampliar la atención a la adolescente.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Diccionario Enciclopédico Salvat. 2ª ed. Barcelona: Salvat; 1954.t-4:151-2.
2. Tacuri Ceballos C, Matorras Weinig R, Nieto Díaz A, Ortega Gálvez A. Historia de la cesárea. Tokoginecol 1997; 56(4):189-93.
3. Fernández Leyva H, Roque Martín Y. La cesárea, ¿mitología o realidad? Rev 16 de Abril 1996.191(2):27-9.
4. Firpo JL. La operación cesárea. Obstet Gynecol Latinoam 1982; 40:206-18, disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v27n1/gin09101.pdf>
5. Gentile G, Fornell G, Renaldi AM, Palam S. Evolution of the indications for cesarean section.Result of a retrospective study. Clin Exp Obstet Gynecol 1991; 18:103-7.
7. Rev Obstet Ginecol Venez 2001; 61(1):67-68, disponible en: [http://www.sogvzla.org/FTPSOGV/online/Revista/2001/N%201/13.Aguero%20\(67-68\).pdf](http://www.sogvzla.org/FTPSOGV/online/Revista/2001/N%201/13.Aguero%20(67-68).pdf)
8. Rev Cubana Obstet Ginecol 2001; 27(1):53-6, disponible en: <http://bvs.insp.mx/articulos/1/15/v6n2a.pdf>
9. Williams y col. Obstetricia. Vigésimo primera edición. 2004. Editorial Panamericana. pp 463.

10. Zhang B, Chan A. Teenage pregnancy in South Australia, 1986-1988. *Aust J Obst Gynecol* 1991; 31(4):291-8.
11. Hassan HM, Falls FH. Teenage pregnancy: *Am J Obst Gynecol* 1964; 88:256.
12. Agüero O. Cesárea anterior y parto vaginal. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1992; 52(3):135-9. 26
13. Villoria E, Jiménez E, Di Flaviano M, Ruisánchez E, Feitas F. Parto vaginal después de dos o más cesáreas. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1993; 53(3):159-63.
14. Daly J, Moniff G. Wound infections. In: *Infectious disease in Obstetrics and Gynecology*. 3ed ed. Omaha: IDI Publications, 1993.
15. Uzcátegui O, Aristoy P, García F. Infección de la herida operatoria en cesáreas. Hospital José Gregorio Hernández. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1995; 55(3):143-7.
16. Agüero O. Útero cicatricial grávido. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1979; 39(1):1820 disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S004877322007000200005&lng=en&nrm=iso&tlng=es
17. Aller J, Pages G. *Obstetricia moderna*. Tercera edicion. 1999. Editorial McGraw Hill. pp 571.
18. Agüero O, Monroy T, Pittaluga JR, Viso Pittaluga R. Cesáreas en la Maternidad Concepción Palacios. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1952; 12:421-480.

19. Aure M, Agüero O. Cesáreas en la Maternidad Concepción Palacios (1953-1962). Ginecol Obstet Méx 1970; 28:641-651, disponible en: [http://www.sogvzla.org/FTPSOGV/online/Revista/2001/N%201/13.Aguero%20\(67-68\).pdf](http://www.sogvzla.org/FTPSOGV/online/Revista/2001/N%201/13.Aguero%20(67-68).pdf)

APENDICE

FORMATO DE RECOLECCION DE DAT TRABAJO DE GRADO

num. de Historia:	Fecha:	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Edad:		
Edad gestacional:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestas:		
Partos:		
Cesáreas anteriores: SI	NO	Causa:
num:		
Embarazo controlado: SI	NO	
Indicación de cesárea:		
Patologías asociadas:		
Complicaciones:		

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

TÍTULO	"INDICACIONES DE CESÁREA SEGMENTARIA EN ADOLESCENTES, SALA DE PARTOS; HOSPITAL UNIVERSITARIO Dr. LUIS RAZETTI. BARCELONA, ANZOÁTEGUI ENERO - DICIEMBRE 2007"
SUBTÍTULO	

AUTOR (ES):

APELLIDOS Y NOMBRES	CÓDIGO CULAC / E MAIL
González Cañizares, Jose Alberto	CVLAC: V-16.490.046 E MAIL: jagc1983@gmail.com
González González, Rilke René	CVLAC: V- 15.882.484 E MAIL: elnegro98281@hotmail.com
	CVLAC: E MAIL:
	CVLAC: E MAIL:

PALÁBRAS O FRASES CLAVES:

Adolescentes, indicación de cesárea, morbilidad de cesárea.

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

ÀREA	SUBÀREA
Escuela de Ciencias de la Salud	Medicina

RESUMEN (ABSTRACT):

INDICACIONES DE CESAREA SEGMENTAREA EN ADOLESCENTES. SEGÚN CAUSAS, SALA DE PARTOS; HOSPITAL UNIVERSITARIO Dr. LUIS RAZETTI, BARCELONA. ESTADO ANZOÁTEGUI ENERO - DICIEMBRE 2007. González José; González, Rilke.

La alta morbilidad de cesárea en adolescentes, constituye un importante problema de salud pública en los actuales momentos; la cesárea consiste en la extracción por vía abdominal de un feto, vivo o muerto, con la placenta y sus membranas a través de una incisión hecha en abdomen y el útero. La adolescencia por su parte es una etapa de múltiples cambios biopsicosocial y está comprendida entre los 10 y 19 años. El objetivo general de esta investigación fue Determinar las indicaciones de Cesáreas Segmentarías En Adolescentes, Según Causas. Sala De Partos Del Hospital Universitario "Dr. Luís Razetti", Barcelona. Anzoátegui. Enero - Diciembre 2007. Este se realizo bajo la metodología de un estudio epidemiológico, retrospectivo, transversal, longitudinal y descriptivo, los datos fueron recolectados de las Historias Medicas de las pacientes adolescentes que acudieron a sala de partos del Hospital Universitario "Dr. Luís Razetti" de Barcelona, Estado Anzoátegui durante los meses enero – diciembre 2007, la población estuvo constituida por 2354 pacientes con indicación de cesárea segmentaría y nuestra muestra fue de 521 pacientes que cumplían con los criterios de inclusión. El grupo etário con mayor número de cesáreas fue el comprendido entre 18 y 19 años con %; la indicación de cesárea segmentaría más frecuente según su causa fue la desproporción feto pélvica con 32.43%, en cuanto a las complicaciones más frecuente asociada a la cesárea segmentaría fue anemia en sus diferentes estadios clínicos y se presentaron en el 43.18% de los casos estudiados, de las adolescentes con indicación de cesárea segmentaría para este periodo, el 13.42% manifestó antecedente de cesárea.

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

APELLIDOS Y NOMBRES	ROL / CÓDIGO CVLAC / E_MAIL				
Prof. Gomez, Humberto	ROL	CA	AS X	TU	JU
	CVLAC:	V-3.851.145			
	E_MAIL				
	E_MAIL				
Prof. Jose Acuña	ROL	CA	AS	TU	JU X
	CVLAC:	3.605.907			
	E_MAIL				
	E_MAIL				
Prof. Cipriano Grego	ROL	CA	AS	TU	JU X
	CVLAC:	3.668.180			
	E_MAIL				
	E_MAIL				
	ROL	CA	AS	TU	JU
	CVLAC:				
	E_MAIL				
	E_MAIL				

FECHA DE DISCUSIÓN Y APROBACIÓN:

2009	01	16
AÑO	MES	DÍA

LENGUAJE. SPA

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

NOMBRE DE ARCHIVO	TIPO MIME
INDICACIONES DE CESAREA SEGMENTARIA EN ADOLESCENTES.doc	APPLICATION/MSWORD

CARACTERES EN LOS NOMBRES DE LOS ARCHIVOS: A B C D E F G H I J K
L M N O P Q R S T U V W X Y Z. a b c d e f g h i j k l m n o p q r s t u v w x y
z. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9.

ALCANCE

ESPACIAL: Departamento de Salud Publica, Escuela de Ciencias de la Salud.

TEMPORAL: _____ (OPCIONAL)

TÍTULO O GRADO ASOCIADO CON EL TRABAJO:

_____ Médico Cirujano _____

NIVEL ASOCIADO CON EL TRABAJO:

_____ Pre-Grado _____

ÁREA DE ESTUDIO:

_____ Departamento Salud Publica _____

INSTITUCIÓN:

Universidad de Oriente – Núcleo de Anzoátegui

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

De acuerdo con el artículo 44 del reglamento de trabajo de grado:

“Los trabajos de grado son de exclusiva propiedad de la Universidad de Oriente y sólo podrán ser utilizados a otros fines con el consentimiento del consejo de núcleo respectivo, quien lo participará al Consejo Universitario”.

Gonzalez C. Jose A.

AUTOR

Gonzalez G. Rilke R.

AUTOR

Gomez, Humberto.

TUTOR

Acuña, Jose

JURADO

Grego, Cipriano

JURADO

Prof. Estefano Bonoli

Coordinador de la Comisión de Trabajo de Grado

POR LA SUBCOMISIÓN DE TESIS