



**UNIVERSIDAD “ALAS PERUANAS” – FILIAL ICA  
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**TÍTULO**

**“FACTORES DE RIESGO QUE CONDICIONAN PARTO POR CESÁREA EN  
NULÍPARAS ADOLESCENTES. HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO  
ICA. MAYO-OCTUBRE 2015.”**

**TESIS PARA OBTENER EL TITULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN  
OBSTETRICIA.**

**AUTORA: BACHILLER SUAREZ QUISPE ROCIO**

**ICA – PERU**

**2016**

## **DEDICATORIA**

Este trabajo lo dedico a mis padres y hermanos, quienes han realizado el mayor esfuerzo en educarme que con sus ejemplos, consejos y guías, han hecho de mí la profesional que siempre anhelé ser.

## **AGRADECIMIENTO**

- Agradecer en primer lugar a Dios, ser supremo que decidió que estuviera en el mundo para cumplir uno de sus propósitos, que es el de servir a la población.
- A mis padres, quienes con mucho amor y sacrificio han logrado que culmine mis estudios y sea una profesional de bien.
- A mi alma mater, la Facultad de Obstetricia de la Universidad Privada Alas Peruanas, que me albergó durante el tiempo que duró mi formación profesional.
- A las(os) docentes de la facultad, quienes volcaron sobre nosotras todos sus conocimientos para acrecentar los nuestros.
- A mi asesora de tesis, quien con sus consejos, paciencia y sabiduría ha guiado mis pasos y contribuido en la realización y culminación de la investigación.
- Al Hospital Santa María del Socorro, que me brindó la oportunidad de acceder a los registros, para obtener de ellos la información valiosa para el desarrollo de la investigación.
- A todas aquellas personas que de alguna manera han contribuido en la realización de mi trabajo.

Mi eterno agradecimiento.

## RESUMEN

Se realizó una investigación con el objetivo de determinar los factores de riesgo que condicionan un parto por cesárea en nulíparas adolescentes, Hospital Santa María del Socorro Ica, mayo – octubre 2015, una investigación tipo observacional, de corte trasversal, retrospectivo y diseño no experimental; la muestra estuvo constituida por 60 adolescentes (revisión de las historias clínicas), seleccionadas a través del muestreo no probabilístico censal; la técnica empleada en la recolección de datos fue el análisis documental.

Las conclusiones a las que se llegó fueron que los factores de riesgo que condicionan el parto por cesárea en el 63.3% fueron los factores relacionados al feto en el 36.7% fueron los factores maternos; los factores de riesgo maternos en igual porcentaje 27.3% fueron la hipertensión inducida por el embarazo, la estrechez pélvica y el embarazo pre término, en el 13.6% fue el parto prolongado y en el 4.5% fue la infección de transmisión sexual; los factores de riesgo relacionados al feto, fueron el sufrimiento fetal 39.5%, el 21.1% fue por incompatibilidad feto pélvica y oligohidramnios; el 15.7% fue por macrosomía y el 2.6% fue por presentación podálica; los factores de riesgo según tipo de adolescencia, en la adolescencia temprana el 1.6% fue el factor relacionado al feto; en la adolescencia tardía el 36.7% fueron los factores maternos; según el tipo de adolescencia y factores de riesgo materno, en la adolescencia temprana no se evidenciaron factores de riesgo maternos, mientras que en la adolescencia tardía se observa que el 27.3% presentó hipertensión, estrechez pélvica y embarazo pre término respectivamente; según el tipo de adolescencia y factores de riesgo relacionados al feto, en la adolescencia temprana el 2.6% presentó incompatibilidad feto pélvica, mientras que en la adolescencia tardía el 39.5% presentó sufrimiento fetal, el 18.5% incompatibilidad feto pélvica, el 21.1% oligohidramnios; el 15.7% macrosomía y el 2.6% presentación podálica.

**Palabras clave:** Adolescencia, factores de riesgo, parto por cesárea.

## **ABSTRACT**

An investigation was conducted to determine the risk factors that determine a cesarean delivery in nulliparous adolescents, Hospital Santa María del Socorro Ica, May-October 2015, one observational research, transversal, retrospective cohort and non-experimental design; the sample consisted of 60 adolescents (review of medical records), selected through non-probability sampling census; the technique used in data collection was the documentary analysis.

The conclusions reached were that the risk factors that determine the cesarean section in 63.3% were the factors related to the fetus 36.7% were maternal factors; maternal risk factors in equal proportion 27.3% were pregnancy-induced hypertension, pelvic narrowness and preterm pregnancy, 13.6% was the prolonged labor and was 4.5% of sexually transmitted infection; risk factors related to the fetus, fetal distress were 39.5%, 21.1% was for pelvic and oligohydramnios fetal incompatibility; 15.7% was for macrosomia and 2.6% was for breech presentation; risk factors such as adolescence, early adolescence 1.6% was the factor related to the fetus; in late adolescence were 36.7% maternal factors; depending on adolescence and maternal risk factors in early adolescence were not maternal risk factors were evident, while in late adolescence shows that 27.3% had hypertension, narrow pelvis and preterm pregnancy respectively; depending on adolescence and risk factors related to the fetus in early adolescence 2.6% had pelvic fetus incompatibility, whereas in late adolescence 39.5% presented fetal suffering, pelvic fetus incompatibility 18.5%, 21.1% oligohydramnios; macrosomia 15.7% and 2.6% breech presentation.

**Keywords: Adolescence, risk factors, cesarean delivery.**

## INDICE

### CAPÍTULO I

<b>PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO</b>	9
1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA	9
1.2. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	10
1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	11
1.3.1. PROBLEMA PRINCIPAL	11
1.3.2. PROBLEMA SECUNDARIO	11
1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	11
1.4.1 OBJETIVO GENERAL	11
1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	11
1.5. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN	12

### CAPÍTULO II

<b>MARCO TEÓRICO</b>	13
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	13
2.2. BASES TEÓRICAS	19
2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS	41

### CAPÍTULO III

<b>HIPÓTESIS Y VARIABLES</b>	43
3.1. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN	43
3.2. VARIABLE	43
3.2.1. VARIABLE UNICA	43

### CAPÍTULO IV

<b>METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN</b>	44
4.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	44
4.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	44

4.1.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN	44
4.1.3. MÉTODO	44
4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN	45
4.2.1. POBLACIÓN	45
4.2.2. MUESTRA	45
4.2.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN	45
4.2.4. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	45
4.3. TECNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	45
4.3.1. TÉCNICA	45
4.3.2. INSTRUMENTO	45
4.4. ETICA DE LA INVESTIGACIÓN	46

## **CAPÍTULO V**

<b>PRESENTACIÓN ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS</b>	<b>47</b>
CONCLUSIONES	61
RECOMENDACIONES	62
FUENTES DE INFORMACIÓN	63
ANEXOS	68
- MATRIZ DE CONSISTENCIA	69
- MODELO DE FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	71

## INTRODUCCIÓN

Los embarazos en adolescentes constituyen un problema de salud pública, son muchos los factores que influyen en la futura madre y en el niño, las adolescentes embarazadas tienen alto riesgo de complicaciones médicas, asociándose con altos porcentajes de enfermedad y muerte.

El objetivo primordial de la investigación es determinar los factores de riesgo que condicionan un parto por cesárea en nulíparas adolescentes, Hospital Santa María del Socorro Ica, mayo – octubre 2015.

Los resultados serán útiles en el campo de la obstetricia y permitirán adoptar medidas que coadyuven a identificar los factores de riesgo para intervenir y evitar complicaciones en la salud del binomio madre y recién nacido.

La investigación cobra importancia, en vista de que el embarazo en adolescentes es un problema en crecimiento con implicancias personales y sociales. La incidencia de cesáreas se ha incrementado tanto en adultos como adolescentes, pero la magnitud de incremento ha sido significativamente mayor en menores de 20 años. Por lo que se considera de gran relevancia, pues al identificar los factores de riesgo en la población adolescente, se estará interviniendo oportunamente y evitando complicaciones en la salud de la madre y del niño, disminuyendo el índice de morbimortalidad materna perinatal.

El trabajo de investigación está esquematizado en cinco capítulos: Capítulo I, Planteamiento metodológico, que considera descripción de la realidad problemática, delimitación de la investigación, formulación del problema, objetivos de la investigación, justificación e importancia; Capítulo II que contiene antecedentes, bases teóricas y definición de términos básicos; Capítulo III conteniendo hipótesis y variable; Capítulo IV, metodología de la investigación que contiene diseño de la investigación, población y muestra, técnica e instrumento de recolección de datos y ética en la investigación; Capítulo V presentación, análisis e interpretación de los resultados, conclusiones y recomendaciones.

Concluyendo con las fuentes de información y anexos.



## **CAPÍTULO I**

### **PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO**

#### **1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA**

La organización mundial de la salud estableció que la adolescencia transcurre entre los 10 y 19 años. La adolescencia es la etapa del desarrollo que señala el final de la niñez y el inicio de la vida adulta. Es periodo de crecimiento y maduración, de aparición de los caracteres sexuales secundarios y de la adquisición de la capacidad reproductiva. Se adquiere madurez en el desarrollo cognoscitivo, personalidad y valores ético-morales y se produce adaptación al grupo socio-cultural de su tiempo y entorno.<sup>1</sup>

El embarazo adolescente contribuye al crecimiento de la población y que, puede constituirse en un factor negativo para el bienestar presente o futuro de la sociedad y, por lo tanto, definirse como un problema público legítimo. De acuerdo con lo reportado en la literatura, su incidencia varía; siendo en países en vías de desarrollo de más del 80% de los casos. Más del 20% de las mujeres latinas, se embarazan antes de los 20 años, terminando más de la tercera parte en cesárea.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014 - ENDES 2014. Edic. INEI, Lima - Perú 2014.

<sup>2</sup> Sterling S, Sadler L. Uso de métodos anticonceptivos entre las latinas adolescentes que viven en los Estados Unidos: el impacto de la cultura y la aculturación. J Pediatr Health Care 2009; 23 (1): 19-28.

El embarazo en la adolescente se asocia con el riesgo alto de enfermedad y muerte para ambos: madre y el bebé. Las adolescentes embarazadas tienen riesgo más alto de complicaciones médicas seriedad como la toxemia, hipertensión, anemia parto prematuro, y/o placenta previa. Según la Guía de Práctica Clínica para la Atención de Emergencias Obstétricas según nivel de capacidad resolutive, documento redactado por el Ministerio de Salud en el año 2007, la frecuencia de cesáreas en el Perú es de 15 %.<sup>3</sup>

En el Perú, el embarazo en adolescentes es considerado como embarazo de alto riesgo. Gran parte de las gestantes adolescentes ante la mínima presunción de riesgo, son sometidas a un parto por cesárea.<sup>4</sup>

Los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2012, muestran que del total de adolescentes de 15 a 19 años de edad, el 13,2% estuvo alguna vez embarazada, de estas el 10,8% eran madres y el 2,4% estaban gestando por primera vez.

Algunos estudios, dan cuenta que el parto de una adolescente, independientemente de su entorno socio-económico, incrementa el riesgo de complicaciones y otros, reportan todo lo contrario: que el embarazo en adolescentes, salvo contadas excepciones, no se diferencia del embarazo de la mujer adulta.<sup>5</sup>

## **1.2. DELIMITACION DE LA INVESTIGACIÓN**

**1.2.1. Delimitación social:** El estudio se realizó en las pacientes adolescentes nulíparas que hayan tenido un parto por cesárea.

**1.2.2. Delimitación espacial:** Se realizó en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, en el área de Gineco-obstetricia.

---

<sup>3</sup> Oshiro E. Cesárea, tasa, indicaciones y factores de morbimortalidad materno perinatal asociados en el Hospital San Juan Bautista de Huaral en el período 2003-2005. Lima, Perú. Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2007.

<sup>4</sup> Zeteroglu S, Sahin I, Gol K. Tasas de parto por cesárea en el embarazo adolescente. Eur J Reprod anticoncepción Health Care 2005; 10 (2): 119-122.

<sup>5</sup> Torres C. Factores de riesgo en adolescentes embarazadas: un estudio epidemiológico en dos hospitales de Lima, Perú. La Ventana 2002;(16):96-129.

**1.2.3. Delimitación temporal:** La investigación se realizó entre mayo y octubre del año 2015.

**1.2.4. Delimitación conceptual:** Se realizó la investigación tratando de explicar los factores de riesgo que condicionan un parto por cesárea en nulíparas adolescentes.

### **1.3. FORMULACION DEL PROBLEMA**

#### **1.3.1. PROBLEMA PRINCIPAL**

¿Cuáles son los factores de riesgo que condicionan un parto por cesárea en nulíparas adolescentes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro Ica, mayo – octubre 2015?

#### **1.3.2. PROBLEMAS SECUNDARIOS**

**1.3.2.1.** ¿Cuáles son los factores de riesgo materno, que condicionan un parto por cesárea en nulíparas adolescentes, Hospital Santa María del Socorro Ica, mayo – octubre 2015?

**1.3.2.2.** ¿Cuáles son los factores de riesgo relacionados al feto, que condicionan un parto por cesárea en nulíparas adolescentes, Hospital Santa María del Socorro Ica, mayo – octubre 2015?

### **1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **1.4.1. OBJETIVO GENERAL**

Determinar los factores de riesgo que condicionan un parto por cesárea en nulíparas adolescentes, Hospital Santa María del Socorro Ica, mayo – octubre 2015.

#### **1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

**1.4.2.1.** Identificar los factores de riesgo materno, que condicionan un parto por cesárea en nulíparas adolescentes, Hospital Santa María del Socorro Ica, mayo – octubre 2015.

**1.4.2.2.** Identificar los factores de riesgo relacionados al feto, que condicionan un parto por cesárea en nulíparas adolescentes, Hospital Santa María del Socorro Ica, mayo – octubre 2015.

## **1.5. JUSTIFICACION E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.5.1. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**

**1.5.1.1. Justificación teórica:** Con la investigación se estará incrementando el conocimiento respecto a los factores que conllevan a las cesáreas en adolescentes nulíparas, resultados que podrán ser extrapolados en otras instituciones similares que ayudarán a explicar el fenómeno estudiado.

**1.5.1.2. Justificación práctica:** El trabajo de investigación, contribuirá en la solución del problema estudiado en la población adolescente, quienes se beneficiarán con los resultados, los cuales serán útiles en el campo de la obstetricia y permitirán adoptar medidas que coadyuven a identificar temprano los factores de riesgo para intervenir oportunamente y evitar complicaciones en la salud del binomio madre adolescente y recién nacido.

### **1.5.2. IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN**

La investigación cobra importancia, en vista de que el embarazo en adolescentes es un problema en crecimiento con implicancias personales y sociales.

La incidencia de cesáreas se ha incrementado tanto en adultos como adolescentes, pero la magnitud de incremento ha sido significativamente mayor en menores de 20 años.

Por lo que se considera de gran relevancia, pues al identificar los factores de riesgo en la población adolescente, se estará interviniendo oportunamente y evitando complicaciones en la salud de la madre y del niño, disminuyendo el índice de morbimortalidad materna perinatal.

## **CAPITULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION**

##### **Antecedentes internacionales**

Olaya Guzmán R.: **FACTORES DE RIESGOS DESENCADENANTES DEL TRABAJO DE PARTO PRETÉRMINO EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS PRIMIGESTAS EN EL HOSPITAL GINECOOBSTÉTRICO “ENRIQUE C. SOTOMAYOR” EN EL PERÍODO DE SEPTIEMBRE DEL 2012 A FEBRERO DEL 2013 GUAYAQUIL – ECUADOR AÑO 2012 – 2013.**

El 73 % de las pacientes corresponden a las edades entre 18 y 19 años; el 93% es de instrucción secundaria; el 65% tienen más de 6 controles prenatales, el 54 % han tenido entre 3 a 4 parejas sexuales, el 62 % terminaron su embarazo entre 33 – 34 semanas, el 61 % presentaron Infecciones de vías urinarias, el 73 % finalizó el embarazo en cesárea, el 83 % de los neonatos fueron adecuados para la edad gestacional.<sup>6</sup>

Ramírez K, Medina L, Arias N, Jiménez W.: **CARACTERÍSTICAS GINECOBSTÉTRICAS DE ADOLESCENTES QUE TUVIERON SU PARTO EN EL PERIODO JULIO-DICIEMBRE DEL 2012 EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD. BOGOTÁ COLOMBIA.**

---

<sup>6</sup> Olaya Guzmán R. Factores de riesgos desencadenantes del trabajo de parto pretérmino en adolescentes embarazadas primigestas en el hospital ginecoobstétrico “Enrique C. Sotomayor” en el período de septiembre del 2012 a febrero del 2013 Guayaquil – Ecuador 2012 – 2013. Disponible en: [repositorio.ug.edu.ec/.../tesis%20factores%20de%20riesgo%2](http://repositorio.ug.edu.ec/.../tesis%20factores%20de%20riesgo%2).

Se evidenció que el 78% de las mujeres embarazadas están en un rango de edad entre 16 y 20 años, y el 52,4% viven en estrato 2; se presenta que un 95,2% han tenido al menos una gestación; y en el momento de los controles prenatales solo un 3% no se realizó ningún control, en tanto 15,5% realizaron 5 controles; del total de pacientes, 121 presentaron parto eutócico, y 47 presentaron parto por cesárea. También se presenta igualdad en el porcentaje de trastornos hipertensivos del embarazo y preeclampsia, con un 26%; luego se encuentra la eclampsia, con un 19%, y la ruptura prematura de membranas, con un 6,0%. Durante el estudio se presentó que en el momento del parto, las pautas que más se tienen en cuenta son la inducción y la conducción. Conclusiones: el embarazo en adolescentes continúa siendo de alto riesgo por el poco control que hay en las complicaciones presentadas durante el embarazo y, en algunos casos, por la deficiencia que se presenta en el registro de historias clínicas.<sup>7</sup>

Laguado N. Jeimy A, Colobon J, Salazar Y.: **FACTORES MATERNOS Y FETALES QUE INDUCEN A UN PARTO POR CESÁREA 2011. COLOMBIA.**

Las edades en la que las mujeres más se realizan una cesárea es entre los 20 y 22 años, el nivel socioeconómico más frecuente es el estrato 2, el factor materno más encontrado es el de cesárea electiva y la evidencia de infección intrauterina (Toxoplasmosis) es el factor fetal más encontrado.<sup>8</sup>

Domínguez-Anaya R, Herazo-Beltrán M.: **EDAD DE LA GESTANTE ADOLESCENTE COMO FACTOR DE RIESGO PARA COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO. CARTAGENA (COLOMBIA) 2009. ESTUDIO DE CORTE TRANSVERSAL.**

---

<sup>7</sup> Ramírez K, Medina L, Arias N, Jiménez W. Características ginecobstétricas de adolescentes que tuvieron su parto en el periodo julio-diciembre del 2012 en una institución de salud. Bogotá Colombia. Disponible en: [revistas.lasalle.edu.co/index.php/sv/article/viewFile/3294/2621](http://revistas.lasalle.edu.co/index.php/sv/article/viewFile/3294/2621).

<sup>8</sup> Laguado N. Jeimy A, Colobon J, Salazar Y. Factores maternos y fetales que inducen a un parto por cesárea 2011. Colombia. Disponible en: [dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3853516.pdf](http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3853516.pdf).

Las adolescentes de 13 a 15 años tienen más riesgo que las adolescentes de 16 a 18 años de presentar parto pretérmino [OR 5,0 (IC 95%: 1,86 -13,7)] y parto vía cesárea [OR 3,57 (IC 95%: 1,25 – 10,5)]. Conclusiones: se concluye que el embarazo a edad temprana conlleva a complicaciones durante la gestación en el grupo de adolescentes de 13 a 18 años.<sup>9</sup>

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

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.<sup>10</sup>

**Dignani S.: FACTORES ASOCIADOS A LAS COMPLICACIONES INFECCIOSAS DEL PUERPERIO EN EL HOSPITAL ZONAL SAN FELIPE DE SAN NICOLÁS DEL 1° DE MARZO AL 31 DE OCTUBRE DEL 2009. ARGENTINA**

El estudio demostró que solo 16 (2%) presentaron complicaciones infecciosas del puerperio (CIP). Del total un 33,5% corresponden a parto

---

<sup>9</sup> Domínguez-Anaya R, Herazo-Beltrán M. edad de la gestante adolescente como factor de riesgo para complicaciones en el embarazo. cartagena (colombia) 2009. estudio de corte transversal. revista colombiana de obstetricia y ginecología. disponible en: [www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s0034...](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0034...)

<sup>10</sup> Duerto C, Nuñez J. culminación de embarazos: cesárea vs. parto en adolescentes, complejo hospitalario universitario ruíz y páez, ciudad bolívar, edo. bolívar, agosto-septiembre 2009. Universidad de oriente núcleo bolívar escuela de ciencias de la salud "Dr. Francisco Battistini Casalta" departamento de ginecología y obstetricia. DISPONIBLE EN: [ri.bib.udo.edu.ve/.../01-TESES.Culminacion%20de%20embarazos%20en...](http://ri.bib.udo.edu.ve/.../01-TESES.Culminacion%20de%20embarazos%20en...)

por cesárea y un 66,5% accedieron al parto vaginal. Las causas mas frecuentes de cesárea fueron la cesárea iterativa, falta de progresión del trabajo de parto y desproporción céfalo pélvica.<sup>11</sup>

### **Antecedentes nacionales**

#### **Gálvez Liñan E.: TASA DE INCIDENCIA DE CESÁREA EN EL HOSPITAL “SAN JOSÉ” DEL CALLAO, PERIODO ENERO-DICIEMBRE 2013.**

Al analizar las 160 historias clínicas, se encontró que 32% de las pacientes tenían entre 20 y 24 años. El 52 % han sido nulíparas, el 69% de las pacientes no había sido intervenido quirúrgicamente para cesárea. El 81%,se encuentra entre las 37 y 40 semanas de gestación. El 95% de los recién nacidos tuvieron un peso mayor de 2 500 g. El 56% tuvo cesárea de tipo electiva. Las Indicaciones principales fueron: Desproporción feto-pélvica y macrosomía fetal 12%, preeclampsia 9% , sufrimiento fetal agudo y distocia funicular 7%, insuficiencia útero placentaria, expulsivo prolongado y oligohidramnios 6%, feto podálico, feto transverso, embarazo prolongado y fase latente de trabajo de parto 4%, pelvis estrecha , periodo intergenésico corto, no trabajo de parto, adolescente y fase activa de trabajo de parto 2% y por embarazo gemelar, corioamnionitis, condilomatosis vaginal e hipertensión inducida por la gestación 1% Conclusiones: La tasa de incidencia de cesárea en el Hospital San José del Callao en el periodo Enero-Diciembre 2013 fue de 42 % respecto al total de nacimientos registrados durante ese año, encontrándose un leve aumento respecto al 40 % registrado en el año 2012. De este porcentaje de cesáreas el 18 % son cesáreas emergencia y el 24 % son de tipo electivas. Adicionalmente (a pesar que no fue el objetivo de esta investigación) se encontró que las 5 principales indicaciones de cesárea en el Hospital San José durante ese año fueron:

---

<sup>11</sup> Dignani S. Factores asociados a las complicaciones infecciosas del puerperio en el hospital zonal san Felipe de San Nicolás del 1° de marzo al 31 de octubre del 2009 Universidad Abierta Interamericana-facultad de medicina y ciencias de la salud. Disponible en: [imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC106831.pdf](http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC106831.pdf)



Desproporción céfalo- pélvica y macrosomía fetal (12 %), preeclampsia (9%), sufrimiento fetal agudo y distocia funicular (7%).<sup>12</sup>

La Rosa A.: **COMPLICACIONES EN RECIÉN NACIDOS DE MADRES ADOLESCENTES TEMPRANAS EN EL HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA DE MAYO DEL 2008 A MAYO DEL 2012.**

Del total (16,601) de nacidos, 62 (0.37%) fueron hijos de madres adolescentes tempranas. Sobre el peso al nacer, la mayoría tuvo un peso adecuado (87.1% y 80.6% respectivamente). Sobre el peso para la edad gestacional, 85.5% y 72.6% fueron adecuados. En edad gestacional, 90.3% de ambos grupos, fueron a término. Parto vaginal se dio 82.3% y 69.4% en cada grupo. 32.3% y 19.4% no tuvieron adecuado control prenatal. Ictericia no presentó en 95.2% y 96.8% respectivamente. Sepsis en 93.5% y 96.8%. No Complicación respiratoria en 96.8% en ambos grupos. Complicaciones mecánicas 90.3% y 95.2%. **Conclusiones:** La frecuencia de recién nacidos de madres adolescentes tempranas es menor a la estadística nacional. No existió diferencia entre las complicaciones de los recién nacidos de madres adolescentes tempranas en relación a los de madres entre 20 a 35 años.<sup>13</sup>

kumura J, Maticorena D, Tejada J, Mayta-Tristan P.: **EMBARAZO ADOLESCENTE COMO FACTOR DE RIESGO PARA COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS Y PERINATALES EN UN HOSPITAL DE LIMA, PERÚ.**

Se encontró mayor riesgo de cesárea (OR=1,28; IC95%=1,07-1,53) e infección puerperal (OR=1,72; IC95%=1,17-2,53) en las adolescentes menores de 15 años, así como mayor riesgo (OR=1,34; IC95%=1,29-1,40) de episiotomía en las adolescentes tardías. Asimismo, se identificó

---

<sup>12</sup> Gálvez Liñan E. Tasa de incidencia de cesárea en el hospital "San José" del Callao, periodo enero-diciembre 2013 Disponible en: [cybertesis.unmsm.edu.pe/xmlui/handle/cybertesis/3512](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/xmlui/handle/cybertesis/3512).

<sup>13</sup> La Rosa A. complicaciones en recién nacidos de madres adolescentes tempranas en el hospital nacional arzobispo loayza de mayo del 2008 a mayo del 2012. Horiz. Med. vol.15 no.1 Lima ene./mar. 2015. Disponible en: [www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1727-558X2015000100003...](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1727-558X2015000100003...)

un menor riesgo del embarazo adolescente para preeclampsia (OR=0,90; IC95%=0,85-0,97), hemorragia de la 2da mitad del embarazo (OR=0,80; IC95%=0,71-0,92), ruptura prematura de membranas (OR=0,83; IC95%=0,79-0,87), amenaza de parto pretérmino (OR=0,87; IC95%=0,80-0,94) y desgarro vaginal (OR= 0,86; IC95%=0,79-0,93). Conclusión: el embarazo se comporta como factor de riesgo para ciertas complicaciones obstétricas en la población adolescente, especialmente en las adolescentes tempranas. Existen además otros factores, que sumados a la edad materna, constituyen la necesidad de formar equipos multidis-ciplinarios para reducir complicaciones obstétricas en esta población.<sup>14</sup>

**Manzano Espejo G.: INCIDENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A CESÁREA ITERATIVA EN ADOLESCENTES: HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES, 2005 - 2009. LIMA PERÚ.**

Se registró 584 partos de adolescentes multigestas. 264 correspondieron a cesáreas iterativas, lo que significó una incidencia de 45 cesáreas iterativas por cada 100 gestaciones (45%). El promedio de edad fue de  $18.2 \pm 1.1$  años (14 a 19 años). Por modelo de regresión logística multivariante, se identificó como factor de riesgo la desproporción céfalopélvica (ORa, 166.39; IC95%: 60.25 – 459.53;  $p < 0.001$ ), y como factores protectores el número de hijos vivos (ORa, 0.18; IC95%: 0.01 – 0.04;  $p < 0.001$ ) y abortos (ORa, 0.08; IC95%: 0.04 – 0.16;  $p < 0.001$ ). Conclusiones: la incidencia de cesáreas iterativas en adolescentes multiigestas, fue de 45%. Asociado a desproporción céfalopélvica y con menor indicación por el mayor número de hijos vivos y abortos previos. (Rev Horiz Med 2011; 11(2):75).<sup>15</sup>

---

<sup>14</sup> Kumura J, Maticorena D, Tejada J, Mayta-Tristan P. embarazo adolescente como factor de riesgo para complicaciones obstétricas y perinatales en un hospital de lima, Perú. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. vol.14 no.4 Recife Oct./Dec. 2014. Disponible en: [scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138...](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138...)

<sup>15</sup> Manzano Espejo G. Incidencia y factores asociados a cesárea iterativa en adolescentes: Hospital Nacional Sergio E. Bernales, 2005 - 2009. Disponible en: [www.medicina.usmp.edu.pe/horizonte/2011\\_II/Art3\\_Vol11\\_N2.pdf](http://www.medicina.usmp.edu.pe/horizonte/2011_II/Art3_Vol11_N2.pdf).

## **Antecedentes locales**

No se han encontrado.

## **2.2. BASES TEÓRICAS**

### **2.2.1. FACTORES DE RIESGO QUE CONLLEVAN A CESÁREA EN ADOLESCENTES**

Hoy en día, la cesárea se considera el procedimiento más seguro para resolver las complicaciones del parto vaginal y mantener el bienestar fetal.

Hay muchos motivos posibles para que el parto por cesárea sea la mejor opción o la única viable. En ocasiones, los motivos son inexorables, es decir, es imposible llevar a cabo el parto por vía vaginal; pero también hay algunos motivos que son relativos y que, por tanto, solo son factores de riesgo que hacen recomendable realizar una cesárea. Se tiene que valorar los peligros que tiene el parto vaginal, y las consecuencias de realizar una cesárea.

Para poder señalar algunos de los motivos más importantes y frecuentes que indican la conveniencia de una cesárea, se van a dividir según afectan a la madre, al bebé y, finalmente, desde un punto de vista mixto.<sup>16</sup>

### **2.2.2. FACTORES MATERNOS**

**a) Hipertensión inducida por el embarazo:** De los trastornos hipertensivos del embarazo, la preeclampsia es la forma más común. La tasa de preeclampsia varía entre un 5% y un 10% en los países desarrollados, pero esta cifra podría elevarse hasta alcanzar un 18% en algunos países en vías de desarrollo. La preeclampsia

---

<sup>16</sup> Pérez Medina T. Hospital Universitario Puerta de Hierro de Madrid Disponible en: [www.webconsultas.com/embarazo/el-parto/tipos.../cesarea/causas-2081](http://www.webconsultas.com/embarazo/el-parto/tipos.../cesarea/causas-2081).

persiste como una causa principal de morbilidad materna y perinatal en todo el mundo.<sup>17</sup>

En algunos países en vías de desarrollo, la preeclampsia representa entre un 40% y un 80% de las muertes maternas. Además, la mortalidad perinatal se quintuplica en las mujeres con preeclampsia con frecuencia debido a la restricción del crecimiento intrauterino y a los partos pretérminos. En algunos países en vías de desarrollo, la preeclampsia representa entre un 40% y un 80% de las muertes maternas. Además, la mortalidad perinatal se quintuplica en las mujeres con preeclampsia con frecuencia debido a la restricción del crecimiento intrauterino y a los partos pretérminos.<sup>18</sup>

Alrededor de la mitad de las mujeres con preeclampsia severa se presentan en el centro de salud antes de las 34 semanas de gestación, con un peso fetal estimado de menos de 2000 g. Aproximadamente la mitad de las que se presentan antes de las 34 semanas de gestación requieren que se determine la finalización de su embarazo por razones fetales o maternas dentro de las 24 horas del ingreso al hospital. La mitad restante contará con un promedio de nueve días más antes de que reciban indicación de nacimiento.<sup>19</sup>

Los trastornos hipertensivos del embarazo son una importante causa de morbilidad severa, discapacidad a largo plazo y muerte entre madres embarazadas y sus bebés; aún sigue siendo responsable de 200.000 muertes maternas por año en el mundo, y se asocia con un aumento de 20 veces en la mortalidad perinatal.<sup>20</sup>

---

<sup>17</sup> Lombaard H y Pattinson B. Conducta activa versus conducta expectante para la preeclampsia severa antes de término: Comentario de la BSR. La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

<sup>18</sup> Duckitt K, Harrington D. Risk Factores para la preeclampsia en la reserva prenatal: revisión sistemática de estudios controlados. BMJ. 2005 12 de marzo; 330 (7491): 565.

<sup>19</sup> Myers JE, Baker PN. Enfermedades y eclampsia hipertensas. Curr Opin Obstet Gynecol. 2002 Apr; 14 (2): 119-25.

<sup>20</sup> Khan KS. Sulfato de magnesio y otros anticonvulsivos en mujeres con preeclampsia: Comentario de la Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

La preeclampsia es frecuente con una prevalencia estimada en un 2,3% de todos los embarazos en los países en vías de desarrollo.<sup>21</sup>

**b) Infección de transmisión sexual:** La transmisión de la infección de la madre a su hijo puede ocurrir in útero (congénita), en el momento o alrededor del momento del parto (perinatal) o posteriormente (posnatal) como puede ocurrir en la transmisión de microorganismos mediante lactancia materna.

Las infecciones maternas se transmiten al embrión y feto por:

- Infección ascendente de la vagina superior por el cuello uterino al líquido amniótico o por
- La propagación hematógena como resultado de la viremia materna, la bacteriemia o la parasitemia.
- Cuando las infecciones se contraen por la vía ascendente, los microorganismos, pueden causar con mayor frecuencia, funisitis y cambios inflamatorios en el amnios y corion (corioamnionitis) y pueden conducir a rotura prematura de las membranas y parto de pre término.

A menudo, la neumonía fetal ocurrirá como resultado de la entrada del líquido amniótico infectado en los pulmones.

En las infecciones difundidas vía hematógena, generalmente infecciones vírales, la placenta está a menudo infectada resultando en deciduitis y villitis.

- Las infecciones durante el embarazo son una de las causas principales de morbilidad y mortalidad fetal y neonatal.
- Aunque los defectos congénitos son raros, las infecciones in-útero pueden provocar abortos o muertes fetales.

---

<sup>21</sup> Magee LA, Helewa M, Moutquin JM, von Dadelszen P. Comité Directriz hipertensión; Iniciativa para la Formación Estratégica de Investigación en Ciencias de la Salud Reproductiva (STIRRH) Scholars. Diagnóstico, evaluación y gestión de los trastornos hipertensivos del embarazo. J Obstet Gynaecol Can. 2008 Mar; 30 (3 Suppl): S1-48.

- Las infecciones asintomáticas al nacer pueden tener manifestaciones clínicas tardías que se hacen evidentes sólo en etapas posteriores de la vida, principalmente en los primeros años de niñez.
- El feto puede ser afectado no solo mediante la transmisión directa del agente, sino también indirectamente por las consecuencias de infección materna, tales como nacimiento de pre término o retraso del crecimiento intrauterino (IUGR). La transmisión in útero varía según el agente infeccioso, la edad gestacional en el momento de transmisión y el estado inmune de la madre. En general, las infecciones primarias durante el embarazo son sustancialmente más perjudiciales que las reinfecciones o reactivaciones de infección. Asimismo, las infecciones contraídas a una edad gestacional menor tienden a conducir a infecciones más graves.<sup>22</sup>

**c) Trastornos Hemorrágicos:** Son un grupo de afecciones en las cuales hay un problema con el proceso de coagulación sanguínea del cuerpo. Estos trastornos pueden llevar a que se presente sangrado intenso y prolongado después de una lesión. El sangrado también puede iniciarse de manera espontánea. La coagulación normal de la sangre involucra hasta 20 proteínas plasmáticas diferentes, conocidas como factores de la coagulación o factores de la coagulación sanguínea. Estos factores interactúan con otros químicos para formar una sustancia llamada fibrina que detiene el sangrado.

Se pueden presentar problemas cuando faltan ciertos factores de la coagulación o éstos están muy bajos. Los problemas de sangrado pueden ir desde leves hasta severos.

---

<sup>22</sup> Infecciones perinatales transmitidas por la madre a su hijo material educativo para personal de salud CLAP/SMR - Publicación Científica N°1567ISBN: 978-92-75-32942-9Centro Latinoamericano de Perinatología / Salud de la Mujer y Reproductiva - March of Dimes Disponible en: [whqlibdoc.who.int/publications/2005/9243592653\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9243592653_spa.pdf).

Algunos trastornos hemorrágicos están presentes desde el nacimiento y se transmiten de padres a hijos (hereditarios). Otros se desarrollan por:

- Enfermedades como deficiencia de vitamina K y enfermedad hepática severa.
- Tratamientos como el uso de medicamentos para detener los coágulos de sangre (anticoagulantes) o el uso prolongado de antibióticos
- Los trastornos hemorrágicos también pueden resultar del hecho de tener células sanguíneas que promueven la coagulación de la sangre (plaquetas) en muy baja cantidad o funcionando en forma deficiente. Estos trastornos también pueden ser hereditarios o adquiridos. Los efectos secundarios de ciertos medicamentos con frecuencia llevan a las formas adquiridas.<sup>23</sup>

La desproporción puede ser absoluta o relativa.

El hecho de que el feto pueda nacer por vía vaginal depende en muchos casos de la eficiencia de las contracciones uterinas, la elasticidad de tejidos blandos y la capacidad de moldeamiento de la cabeza fetal.

Los grados extremos de estrechez pélvica o los problemas que puede sufrir el feto suelen detectarse durante la consulta previa al parto.

En casos dudosos la paciente puede recibir una prueba de parto, trabajo de parto de 4 a 6 horas para determinar si la cabeza puede pasar a través de la pelvis con contracciones adecuadas.

**d) Estrechez pélvica:** Entre los efectos en el feto de una estrechez pélvica se encuentra la imposibilidad de encajamiento de la presentación.

---

<sup>23</sup> Gailani D, Neff AT. Deficiencias de la coagulación poco comunes. En: Hoffman R, Benz EJ Jr, Silberstein LE, SE Heslop, JI Weitz, eds. Hematology: Principios Básicos and Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/40.pdf>.

La estrechez pélvica, puede presentarse en el segmento superior, medio e inferior.

La presentación no encaja bien en el estrecho superior, el cordón umbilical prolapsado es más probable.

La forma de la pelvis, tiene igual o más importancia que el tamaño aunque ambos aspectos son complementarios.

La pelvis normal femenina o ginecoide exhibe las mejores dimensiones en todos los aspectos para el paso del feto.

**e) Adolescencia temprana (menos de 15 años):** La adolescencia abarca entre los 10 y los 19 años. Se considera adolescencia temprana al periodo de 10 a 13 años; adolescencia media, de 14 a 16; y tardía, de 17 a 19.

Actualmente hay 1.300 millones de adolescentes en el mundo, la mayor generación adolescente registrada en la historia. En los últimos 200 años la edad de inicio de la pubertad descendió cerca de tres años. Si bien para la mayoría se da entre los 10 y los 14, actualmente puede ocurrir a los 8 años en las niñas y a los 9 en los niños. Las y los adolescentes cada vez comparten más tiempo con sus pares, se preocupan por ser aceptados e insertarse en la cultura juvenil popular y se sienten atraídos física y emocionalmente hacia otros. Por otro lado, situaciones de pobreza y abandono, con frecuencia, fuerzan a los y las adolescentes a adoptar precozmente roles adultos debido a la ausencia de padres y la necesidad de trabajar para subsistir.

CEPAL reporta que la tasa de fecundidad adolescente del quintil más pobre cuadruplica la del quintil más rico. Para muchas adolescentes pobres un/a hijo/a, representa: el objeto de su afecto, pasaje a la adultez, posición social más respetable y mayor tolerancia social y familiar. En otras oportunidades el embarazo es un intento para escapar de situaciones conflictivas en el hogar. La maternidad en la adolescencia obstaculiza la continuidad escolar y reduce las oportunidades de inserción laboral, provocando la



reproducción intergeneracional de la pobreza y la construcción de proyectos de vida distintos a la maternidad.

En América Latina se observa una tendencia creciente de la fecundidad en menores de 15 años. Es un tema muy preocupante, pero no se tiene registros que permitan dar cuenta de su magnitud en todos los países de la región.

Entre las condicionantes sociales del embarazo en menores de 15 años cabe destacar el inicio temprano de las relaciones sexuales, la creciente “erotización” y liberación sexual de los medios de comunicación y los entornos sociales, la insuficiente educación sexual, la falta de políticas de salud sexual y reproductiva dirigidas a este grupo de edad, que se traduce en deficiencias en la entrega de anticonceptivos; el abuso sexual y las agresiones sexuales.

Durante el embarazo de las menores de 15 años, las patologías más frecuentes son la anemia, la infección urinaria que contribuye al parto prematuro, la pre-eclampsia, eclampsia que condiciona el menor peso del recién nacido por efectos en la función placentaria y malnutrición fetal. No se ha comprobado una mayor frecuencia de malformaciones fetales. Las causas más importantes de los egresos hospitalarios de estas niñas son: parto único espontáneo o por cesárea, hemorragias del posparto, infecciones y sepsis post parto y complicaciones del aborto.

El riesgo más alto de morir por causas del embarazo, parto o puerperio se presenta en las mujeres de 15 años y menos, en comparación con las mujeres de 15 a 19 años y de 20 y más años. Las razones de mortalidad materna en las madres–niñas de 14 años y menos, son el doble y hasta el triple de las que se presentan en madres adolescentes de 15 a 19 años. En las menores de 15 años la causa más importante se relaciona con el trastorno hipertensivo, la segunda causa se ubica en el grupo de muertes maternas registradas tardíamente, que son consecuencia de complicaciones del embarazo o parto. Ambas causales son indicadores de un déficit en la detección precoz de una patología mal tratada o simplemente

no tratada en el período prenatal. La tercera causal se relaciona con las complicaciones de un embarazo que termina en aborto, la cuarta y quinta, con las complicaciones en el período del trabajo de parto y sepsis en el posparto inmediato o puerperio mediato.

La mortalidad infantil, neonatal y fetal tardía es muy superior en los hijos de madres menores de 15 años. Igualmente el peso y la edad gestacional de los recién nacidos de madres adolescentes es significativamente menor cuando se compara con las otras gestantes.<sup>24</sup>

**f) Embarazo pre-termino:** Las madres adolescentes tienen mayor riesgo de nacimiento prematuro porque su desarrollo aún no está completado y su estado nutricional es, por lo general, más deficiente que el de las embarazadas de entre 20 y 35 años. Las gestantes que no superan la veintena tienen, además, mayor prevalencia de anemia e hipertensión, entre otros aspectos. La prematuridad en estos casos está asociada también a un menor control prenatal.

El nacimiento pre término puede hacer que el parto no sea un acontecimiento alegre sino que constituya el inicio de un camino de incertidumbre y problemas de salud, donde las limitaciones motoras, psíquicas, sensoriales o de otro tipo pueden estar presentes.<sup>25</sup>

### 2.2.3. FACTORES RELACIONADOS AL FETO

**a) Óbito fetal:** La mujer embarazada y el feto, a pesar de cumplir con un proceso fisiológico, están expuestos a una serie de riesgos que amenazan su salud y vida.<sup>26</sup>

Entre las complicaciones del embarazo más temidas se encuentra el óbito fetal, llamado también muerte fetal tardía, si ocurre entre las 28 semanas de gestación y el parto. Se define

---

<sup>24</sup> El embarazo en adolescentes menores de 15 años de América Latina y el Caribe Resumen de la publicación Factores relacionados con el embarazo y la mortalidad en menores de 15 años en América Latina y El Caribe. Gómez PI, Molina R, Zamberlin N, Távora L. Lima: FLASOG 2011, pp 86. Brochure preparado por el Dr. Ramiro Molina Cartes Lima, Perú. Julio 2011.

<sup>25</sup> Kramer M, Goulet L, Lydon J, Segui L, Mcnamara H, Dassa C, et al. Las desigualdades socioeconómicas en el parto prematuro: vías y mecanismos causales. *Pediatr Perinatal Epidemiol.* 2001; 15 (Suppl 2): 104-123.

<sup>26</sup> Moore K. *Embriología Clínica.* Editorial McGraw Hill Interamericana, 2000; 85-195.

muerte fetal intrauterina, el cese de la vida fetal a partir de las 20 semanas de gestación y con un peso mayor a 500 gramos.<sup>27</sup>

La etiopatogenia del óbito fetal es controversial, debido a que hay muchas causas relacionadas, las cuales se clasifican en maternas, fetales y ovulares. Entre los principales factores asociados a la muerte fetal están la enfermedad hipertensiva del embarazo, infección urinaria, diabetes mellitus, lupus eritematoso sistémico, edad materna superior a 35 años o menor a 20 años, nuliparidad, pérdidas fetales anteriores, anomalías cromosómicas fetales, tabaquismo, falta de control prenatal y traumatismos, entre otros.<sup>28</sup>

**b) Incompatibilidad feto pélvica:** El término desproporción fetopélvica (DFP) se utiliza para describir una disparidad entre las dimensiones de la cabeza fetal y la pelvis materna, lo que se traduce en un enlentecimiento o detención de la dilatación cervical y el descenso de la cabeza fetal a pesar de la presencia de contracciones uterinas adecuadas, lo que impide el parto por vía vaginal.

La desproporción feto-pélvica puede traer como consecuencia un trabajo de parto largo y laborioso, lo que aumenta el riesgo de morbimortalidad materna y perinatal además el trabajo de parto prolongado produce mayor incidencia de endometritis, disminución de las cifras de pH fetal y hospitalización prolongada; esto ha conducido a los obstetras durante años a buscar un método que ayude a diagnosticar de manera precoz la DFP y evitar el trabajo de parto en estas gestantes. Existen diversos métodos para lograr su diagnóstico, entre ellos, métodos clínicos y paraclínicos

---

<sup>27</sup> Organización Panamericana de la Salud. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano. Mortalidad fetal, neonatal y perinatal. Actualización: mayo 2003. (Documento en línea). Hallado en: [www.clap.ops-oms.org](http://www.clap.ops-oms.org).

<sup>28</sup> Usandizaga J, De la Fuente P. Tratado de Ginecología y Obstetricia. (Vol I). Editorial Mc. Graw Hill Interamericana, 1997; 237-457.

como la pelvimetría por rayos X, la tomografía, la ultrasonografía y más recientemente la resonancia magnética nuclear.<sup>29</sup>

**c) Variaciones en el líquido amniótico:** El líquido amniótico (LA) desempeña un importante papel en el crecimiento y desarrollo fetales. Las alteraciones de su volumen pueden interferir directamente en el desarrollo fetal y causar anomalías estructurales como la hipoplasia pulmonar; pueden ser un signo indirecto de un defecto del tubo neural, de anomalías gastrointestinales o de un trastorno fetal, como la hipoxia.

El líquido amniótico rodea y protege al feto dentro de la cavidad uterina, le proporciona un soporte frente a la constricción del útero grávido, que le permite sus movimientos y crecimiento, y lo protege de posibles traumas externos. Él es necesario para el desarrollo y la maduración de los pulmones fetales, para el desarrollo normal de los miembros al permitir movimientos de extensión y flexión, ya que prevé la contractura de las articulaciones, mantiene la temperatura corporal del feto y, además, contribuye a mantener la homeostasis fetal de líquidos y electrolitos

El diagnóstico de las alteraciones del volumen del líquido amniótico se basa en:

- Palpación abdominal.
- Medición de la altura uterina.
- Examen ultrasonográfico.

**d) Polihidramnios:** Es cuando el volumen de líquido amniótico sobrepasa los 2 000 mL en el tercer trimestre de la gestación.

Puede ser causado por una variedad de trastornos maternos, fetales o puede ser idiopático.

---

<sup>29</sup> Santerini R, Pérez C, Valle M, Azuaga A, Magnelli A. Peso por ultrasonido y peso real. Rev Obstet Ginecol Venez. 1991; 51: 37-41.

El 20 % de los polihidramnios son de causa fetal(anomalías del sistema nervioso central o gastrointestinales),20 % de causa materna y 60 % idiopáticos.

Cuando el polihidramnios es severo su causa probable es fetal.

### **Etiología**

#### 1. Fetales (20 %):

- Defectos del tubo neural.
- Anomalías gastrointestinales: atresia esofágica, obstrucción duodenal o del intestino delgado proximal.
- Lesiones torácico-diafragmáticas: (Enfermedad adenomatoidea del pulmón, Hernia diafragmática, Quilotórax, Masa mediastinal.)

#### 2. Otras:

- Nanismo tanatofórico.
- Otras displasias óseas.
- Tumores faciales.
- Labio leporino.
- Paladar hendido.
- Hidropis no inmunológico.
- Higroma quístico.

#### 3. Maternas (20 %):

- Diabetes mellitus mal controlada.
- Isoinmunización Rh.

#### 4. Idiopático (60 %).

### **Clasificación:**

Polihidramnios agudo: Constituyen 2 % de los polihidramnios. Se presenta en el segundo trimestre de la gestación, y se asocia muy frecuentemente a malformaciones fetales severas, al parto pretérmino y a una morbilidad y mortalidad perinatal muy elevadas.

Polihidramnios crónico: Constituyen 98 % de los polihidramnios. Se presenta en el tercer trimestre de la gestación y aunque los riesgos materno-fetales son menores que en los polihidramnios agudos, son más elevados que los del embarazo normal. La mayoría de los

polihidramnios son ligeros o moderados en severidad y, casi siempre, idiopáticos.

Cuando el polihidramnios es severo y no se descubre una causa fetal, debe considerarse la repetición del examen ultrasonográfico.

### **Complicaciones:**

- Parto pretérmino con ruptura prematura de membranas o sin ésta.
- Hematoma retroplacentario.
- Presentaciones anómalas.
- Inserción baja placentaria.
- Alteraciones de la dinámica uterina.
- Prolapso del cordón umbilical.
- Atonía uterina.
- Hemorragia posparto.
- Trastornos respiratorios maternos.

### **Diagnóstico Clínico:**

Los síntomas más frecuentes que acompañan al polihidramnios son de causa puramente mecánica y son resultado, principalmente, de la compresión ejercida por el útero sobre distendido sobre estructuras adyacentes. Las gestantes con polihidramnios agudo pueden llegar a presentar disnea severa, y en casos extremos sólo son capaces de respirar en posición vertical.

La compresión del sistema venoso por el útero sobredistendido es la causa del edema que pueden presentarlas gestantes y que aparece en los miembros inferiores, vulva y abdomen inferior; la oliguria es poco frecuente. Las gestantes con polihidramnios crónico toleran la distensión abdominal con relativamente pocas molestias. Al examen físico se advertirá un útero muy aumentado de tamaño para la edad gestacional (signo de +), y existirá dificultad para palpar las partes fetales y auscultar los latidos cardíacos del feto; dificultad

que se incrementa en los casos con polihidramnios severo. El diagnóstico diferencial se establecerá con los quistes gigantes de ovario, tumoraciones renales y la ascitis. Los estudios radiográficos y sonográficos establecerán el diagnóstico definitivo.

### **Tratamiento:**

Raramente es posible la corrección de la causa básica de esta entidad. Un ejemplo de posible corrección es en caso de taquicardia supraventricular fetal, en que la conversión de ésta a un ritmo sinusal normal trae el consiguiente retorno del líquido amniótico aumentado a niveles normales.

También el polihidramnios asociado a la infección fetal por parvovirus desaparece con la terapéutica específica para dicho virus.

Cuando el polihidramnios se asocia con una malformación congénita, los esfuerzos sólo pueden ir encaminados a disminuir el líquido amniótico mediante la amniocentesis, con la finalidad de prevenir la ruptura de membranas y el parto pre término.

Sin embargo, la necesidad de repetir el proceder y los riesgos que éste lleva implícito hacen que la amniocentesis no sea aceptada como terapéutica del polihidramnios por muchos investigadores, por lo que se limita el proceder a casos muy específicos.

La indometacina se ha empleado en los últimos años en el tratamiento del polihidramnios, pero se ha observado que recurre después de suspender el tratamiento.

Los efectos del medicamento sobre el feto (cierre precoz del ductus arterioso) hacen que su administración se limite a tratamiento por 48 horas y a no administrarla después de las 32 semanas de gestación.

**e) Oligohidramnios:** Es la disminución patológica del líquido amniótico para una determinada edad gestacional. En el embarazo a término se considera que existe un oligoamnios cuando el volumen de líquido amniótico es inferior a 500 mL. Puede ser causado por una

variedad de condiciones, en las que la producción de orina fetal está disminuida.

El oligoamnios severo que aparece en el segundo trimestre puede llevar a una serie de anomalías fetales, debido principalmente a la presión que ejerce la pared uterina sobre el feto, entre las que se incluyen hipoplasia pulmonar, anomalías faciales, y de posición de los miembros.

Estas anomalías constituyen el llamado síndrome de Potter (si hay agenesia renal) o secuencia de Potter, si la causa del oligoamnios es otra. El daño fetal será proporcional al tiempo de exposición del feto al oligoamnios y cuando la exposición dura más de 4 semanas se incrementa considerablemente.

### **Etiología:**

Existen condiciones asociadas con el oligoamnios, que pueden ser:

#### **1. Fetales:**

- Sufrimiento fetal crónico.
- CIUR.
- Embarazo prolongado.
- Malformaciones renales ( Agenesia o hipoplasia renal, Riñones poliquísticos, Valva de uretra posterior,
- Ruptura prematura de membranas.
- Cromosomopatías.

#### **2. Maternas:**

- Insuficiencia placentaria.
- Hipertensión arterial.
- Anticuerpos antifosfolípidos.
- Enfermedades del colágeno.
- Diabetes.
- Hipovolemia.

#### **3. Drogas:**

- Inhibidores de la prostaglandina ( Indometacina, Ibuprofeno)



- Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (Captopril, Enalapril.)

Cuando el oligoamnios aparece en el tercer trimestre, generalmente es consecuencia de un sufrimiento fetal crónico. La hipoxia fetal trae como consecuencia una redistribución del flujo sanguíneo. Un estímulo simpático va a producir una vasoconstricción al nivel renal con disminución del filtrado glomerular y, por tanto, de la producción de orina.<sup>30</sup>

**f) Presentación podálica:** Presentación pelviana es aquella en la que el polo pélvico o caudal del feto se relaciona con el estrecho superior de la pelvis materna pudiendo desencadenar un mecanismo de parto y el polo cefálico se ubica en el fondo del útero. Se le denomina también presentación pelviana y, de forma menos correcta, podálica. Se pueden producir diversas y graves alteraciones que explican el incremento de la morbilidad y mortalidad perinatal. Entre estas alteraciones se citan la rotura prematura de membranas, la distocia dinámica, la procidencia y prolapso de cordón umbilical, la posibilidad de circulares del cordón umbilical y cordón corto, el parto lento, la rotación a dorso posterior, la elevación de los brazos fetales (aumentando el volumen del segmento fetal) y la distocia de cabeza última. Este último hecho va a condicionar la hipoxia fetal subsiguiente. Desde el momento en que la cabeza fetal penetra en la excavación pélvica, el cordón umbilical queda comprimido comprometiéndose los intercambios gaseosos feto-maternos.

En más del 60% de los casos se desconoce la etiología de la presentación de nalgas. Ante esta presentación hay que sospechar una anomalía:

**Materna:** de útero, pelvis, multiparidad con relajación de musculatura uterina y abdominal, nuliparidad con hipertonicidad uterina.

---

<sup>30</sup> Oliva J. Disponible en: [www.hvil.sld.cu/instrumental-quirurgico/biblioteca/.../cap18.pdf](http://www.hvil.sld.cu/instrumental-quirurgico/biblioteca/.../cap18.pdf).

**Fetal:** prematuro, gestación múltiple, anomalía fetal (sistema nervioso central - SNC, tractos genitourinario y gastrointestinal, cromosomopatías), dificultad de motilidad.

**Ovular:** placenta previa, oligo o polihidramnios, cordón corto,

Las variedades de la presentación podálica podrían ser de nalgas solas (pura, simple, franca o incompleta) y de nalgas y pies (complejas, dobles o completas). También se ha descrito como pura (nalgas solas), incompleta (nalgas y un pie) y completa (nalgas y dos pies). No se habla de presentación de rodillas o de pies, porque para hablar de presentación, ésta debe corresponder a una estructura que ocupe la pelvis y condicione el parto. Por eso se habla de presentación de nalgas con prominencia de pie o rodilla.

En comparación con el parto vaginal programado, la cesárea programada redujo la muerte perinatal o neonatal o la morbilidad neonatal grave para la presentación podálica del feto único a término, pero con aumento de la morbilidad materna. Se dispone de información limitada sobre las consecuencias a largo plazo de la cesárea. Tanto en los países desarrollados como en los países en vías de desarrollo, sólo debe considerarse la posibilidad de realizar una cesárea programada luego de intentar sin éxito la versión cefálica externa.<sup>31</sup>

**g) Embarazo gemelar:** El embarazo múltiple se define como el desarrollo simultáneo de más de un feto dentro del útero. Se considera un embarazo de alto riesgo debido al aumento de las complicaciones materno-fetales, en comparación con los embarazos simples. Estas gestantes requieren de un control prenatal más estricto, así como un mayor cuidado durante el nacimiento. La gestación gemelar puede ser: monocigótica y dicigótica.

---

<sup>31</sup> Conde-Agudelo A, Belizan JM, Diaz-Rossello JL. Epidemiología de la muerte fetal en América Latina. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica 2000; 79: 371-378.

A lo largo de la historia la frecuencia se ha mantenido baja pero, como consecuencia de los tratamientos modernos de infertilidad, ha ocurrido un aumento significativo de su frecuencia, sobre todo en los embarazos con más de dos fetos.

Debido a que el aumento de los problemas materno-fetales es proporcional al número de fetos, se debe considerar la reducción embrionaria con el fin de disminuir estas complicaciones. También en las técnicas de reproducción asistida, se debe limitar el número de embriones transferidos para evitar los embarazos con un elevado número de fetos.

Las complicaciones fetales están muy relacionadas con el tipo de placentación, así en la placentación dicoriónica, la frecuencia de complicaciones es baja, no así en la monocoriónica, donde existen una serie de problemas que pueden llevar a la muerte de uno o ambos fetos. Por esto es importante hacer el diagnóstico prenatal del tipo de placentación y el ultrasonido constituye el mejor método.

El control prenatal del embarazo múltiple es muy diferente al del embarazo simple porque se considera un embarazo de alto riesgo debido a la alta incidencia de complicaciones como: diabetes gestacional, enfermedad hipertensiva, anemia, parto pre término, hemorragia por placenta previa y desprendimiento pre término de placenta.

La atención del parto es diferente y la incidencia de cesárea está aumentada. La hemorragia postparto es más frecuente debido a la atonía uterina por sobredistensión. Así mismo se debe contar con una buena atención pediátrica porque estos fetos son más propensos a complicaciones, la mayoría de las cuales están relacionadas con la prematuridad.<sup>32</sup>

---

<sup>32</sup> Rasines M. Embarazo múltiple capítulo 20 obstetricia moderna Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/40.pdf>. [www.fertilab.net/descargables/publicaciones/obstetricia.../o\\_m\\_20.pdf](http://www.fertilab.net/descargables/publicaciones/obstetricia.../o_m_20.pdf).

**h) Macrosomía fetal:** La definición de macrosomía fetal es compleja y los factores implicados en su patogenia muy variados. Tradicionalmente, la macrosomía ha sido definida por el peso al nacimiento (4.000-4.500 g) o por el peso al nacimiento en relación con la edad gestacional, considerándose el P 90 como el valor que delimitaría a esta población de recién nacidos (RN).

La mortalidad y morbilidad materno-fetal asociadas a macrosomía, en la mayoría de las ocasiones siguen estando referidas al peso absoluto del recién nacido, sin tener en cuenta la edad gestacional, lo cual condiciona una subestimación de la incidencia de complicaciones en los fetos de menos de 4.000 g.

La macrosomía fetal se asocia con una mayor incidencia de cesárea y en el parto vaginal, con un aumento de desgarros en el canal del parto cuando éste es vaginal. También se describen mayor número de hemorragias maternas y de complicaciones relacionadas con la cirugía y la anestesia.

La mortalidad en el feto macrosómico es más elevada. Con pesos al nacimiento entre 4.500-5.000 g se ha comunicado una mortalidad fetal del 2‰ en RN de madres no diabéticas y del 8‰ en diabéticas, y para pesos de 5.000-5.500 g este porcentaje aumenta al 5-18 ‰ en no diabéticas y al 40‰ en diabéticas.

Los traumatismos obstétricos son otro riesgo asociado a la macrosomía. La distocia de hombros y la lesión del plexo braquial son más frecuentes en macrosómicos disarmónicos, aumentan de forma proporcional al peso. Los traumatismos obstétricos son otro riesgo asociado a la macrosomía. La distocia de hombros y la lesión del plexo braquial son más frecuentes en macrosómicos disarmónicos, aumentan de forma proporcional al peso al nacimiento y también se pueden producir en el parto mediante cesáreas. El riesgo de lesión del plexo braquial es del 0,9‰ en menores de 4.000g, del 1,8‰ entre 4.000-4.500 g y del 2,6‰ en mayores de

4.500 g. so al nacimiento y también se pueden producir en el parto mediante cesáreas. El riesgo de lesión del plexo braquial es del 0,9‰ en menores de 4.000g, del 1,8‰ entre 4.000-4.500 g y del 2,6‰ en mayores de 4.500 g.<sup>33</sup>

**i) Malformaciones congénitas:** Las anomalías congénitas son un grupo de alteraciones del desarrollo fetal, determinadas por diversas causas que actúan antes, durante o después de la concepción. Los agentes causales de los defectos congénitos pueden ser genéticos, ambientales o por interacción de ambos. Tales anomalías afectan aproximadamente el 3% de los recién nacidos al momento del parto: 1, 2 dicho estimativo no incluye aquellos casos en los cuales ha ocurrido muerte fetal temprana y reabsorción, por lo cual se subestima la verdadera incidencia del problema.

En América Latina las anomalías congénitas ocupan entre el segundo y quinto lugar como causa de muerte en menores de un año, y contribuyen de manera significativa a la morbilidad y mortalidad infantil.<sup>34</sup>

**j) Sufrimiento fetal:** El sufrimiento fetal se produce debido a una alteración en el intercambio de oxígeno entre el bebé y su madre a través de la placenta. Los médicos hablan de sufrimiento fetal cuando ven, a través del monitor, que la frecuencia cardiaca del feto se altera durante el seguimiento del parto. Cuando se sospecha la existencia de la pérdida del bienestar fetal, se toman medidas como, que la madre cambie de postura o ponerle oxígeno, pero si no hay resultados, entonces se extrae lo antes posible al bebé

Las causas que pueden producir una alteración en el intercambio de oxígeno entre el feto y su madre pueden ser

---

<sup>33</sup> A. Aguirre Unceta-Barrenechea, A. Aguirre Conde, A. Pérez Legórburu, I. Echániz Urcelay Recién nacido de peso elevado Unidad Neonatal. Servicio de Pediatría. Hospital de Basurto. Bilbao Disponible en: [https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/10\\_1.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/10_1.pdf).

<sup>34</sup> Artus A. Posición Fetal Normal y sus Alteraciones (Presentación de Pehis) En Cifuentes R. Obstetricia De Alto Riesgo. 48 Edición, Colombia, XYZ Impresos Limitada, 1994. Pp: 124-128.

maternas, fetales, placentarias, funiculares (cordón umbilical) y uterinas:

**1. Causas maternas:** Algunas afecciones maternas, implican una disminución del aporte transplacentario de oxígeno. Estas afecciones pueden ser:

- **Hipotensión arterial:** Implica una disminución del flujo de sangre arterial materna hacia la placenta y puede estar producida por una hemorragia aguda durante el embarazo, por la ingesta de fármacos hipotensores o por el síndrome de decúbito supino, que se produce por la compresión de la vena cava inferior por el útero gestante.
- **Hipoxia materna:** Ciertas cardiopatías, una anemia grave o una insuficiencia respiratoria pueden hacer disminuir el flujo placentario de oxígeno hacia el feto durante el embarazo.
- **Acidosis materna:** Se produce en las gestantes con diabetes insulino dependientes, que se descompensan.
- **Hipertensión arterial:** Tanto la hipertensión arterial crónica (HTA) como la hipertensión inducida por el embarazo, pueden dar lugar a un crecimiento intrauterino retardado y a sufrimiento fetal.

**2. Causas placentarias:** Ciertas alteraciones de la placenta (desde infartos hasta placenta previa), la senescencia placentaria (envejecimiento propio de la placenta en el embarazo que se prolonga) y el desprendimiento placentario (el más grave) pueden dar lugar a sufrimiento fetal.

**3. Causas funiculares:** Se refieren al cordón umbilical. La circulación libre de la sangre en el cordón umbilical es necesaria para el mantenimiento de un intercambio metabólico adecuado entre el feto y la madre. Esta circulación puede alterarse cuando se produce un nudo verdadero, una vuelta de cordón al cuello del bebé

o a uno de sus miembros, o cuando existe un cordón corto, que dificulta la salida del bebé a través del canal del parto.

**4. Causas fetales:** El sufrimiento fetal se produce debido a que la cantidad o calidad de la sangre fetal que llega a la placenta no es la adecuada. Puede deberse a una anemia hemolítica fetal por incompatibilidad del Rh o por acción directa de una toxina (infecciones, tóxicos o radiaciones).

**5. Causas uterinas:** Un tumor o una malformación uterina también pueden provocar sufrimiento fetal. Es común el síndrome del decúbito supino, que se produce en algunas gestantes, cuando adoptan la posición de decúbito supino; el útero comprime la vena cava contra el abdomen (parte posterior) y dificulta el retorno venoso (sobre todo, en caso de útero voluminoso), lo que produce una disminución rápida del gasto cardíaco e hipotensión, que lleva a sufrimiento fetal. Es frecuente en el tercer trimestre del embarazo.<sup>35</sup>

El sufrimiento fetal no siempre es una emergencia médica, pues todo dependerá de la edad del feto y del problema que se presente. En términos generales, la mayoría de los casos crónicos permiten la posibilidad de dar atención especial que prevenga problemas; “por ejemplo, cuando el médico tratante sabe que la madre espera trillizos, debe tomar en cuenta el incremento de peso abdominal y la reducción de espacio a que se someterán los niños para establecer esquemas de maduración convenientes”, los cuales consisten en la programación de cesárea oportuna y cuidado especial de ritmo cardíaco, presión arterial, actividad respiratoria y nutrición de los pequeños en cuanto están fuera del vientre.<sup>36</sup>

---

<sup>35</sup> Heinzmann A, Brugger M, Engels C, Prompeler H, Superti-Furga A, Strauch K, Krueger M: Los factores de riesgo de dificultad respiratoria neonatal después del parto vaginal y cesárea en la población alemana. Acta Paediatr 2009; 98:25-30. Disponible en: [www.gineblog.com/obstetricia/embarazo-y.../cesarea-o-parto-vaginal.ht](http://www.gineblog.com/obstetricia/embarazo-y.../cesarea-o-parto-vaginal.ht).

<sup>36</sup> Chávez Martínez G. Sufrimiento fetal. Disponible en: [Salud&medicinas.com.mx](http://Salud&medicinas.com.mx). [www.saludymedicinas.com.mx](http://www.saludymedicinas.com.mx) › Centro de Embarazo.

#### **2.2.4. CONTROL PRENATAL EN ADOLESCENTES**

La gestación en adolescentes es aquella que ocurre en mujeres de diez a diecinueve años 11 meses.

Se clasifica en: adolescente temprana, aquella a entre los 10 y 14 años; y adolescente tardía, entre 15 y 19 años.

Se debe vigilar y evaluar en forma integral a la gestante y al feto en forma sistemática y periódica con el fin de proveer diagnosticar y dar tratamiento a los factores que puedan condicionar la morbimortalidad materna y perinatal que suele afectar a este grupo etáreo. Brindando Equidad en la atención, fortaleciendo los mecanismos para alcanzar una progresiva satisfacción de las necesidades biológicas y psicosociales de este grupo.

Se debe identificar la presencia de signos de alarma: Biológicos, psicológicos y sociales o enfermedades asociadas que requieran un tratamiento especializado, prevenir, diagnosticar y tratar las complicaciones del embarazo, preparar física y mentalmente a la gestante para el parto, así como realizar la estimulación prenatal al feto Promover el apoyo familiar y social para el cuidado prenatal a través de la promoción de una adecuada nutrición, se debe promover la salud reproductiva y la planificación familiar con el fin de toma de decisión frente a un segundo embarazo en adolescencia, así como prevenir el tétano neonatal.

Además de las características de todo control prenatal (Precoz; Oportuno; Racional; Continuo y Humano) la atención a una madre adolescente conlleva las siguientes características:

Abordaje interdisciplinario (participa psicología, asistencia social, consejera en salud reproductiva, enfermería, nutricionista).

La atención integral comprende el abordaje de la situación a nivel individual, familiar y comunitario en los diferentes momentos: gestación, parto, y después del parto y desde las diferentes dimensiones involucradas en la situación del embarazo: psicológica, social, física y legal.



Debido a esto está involucrado no solo el aspecto salud, sino el aspecto educativo, laboral y de formación para la vida.

Activa participación del adolescente y su entorno familiar.

### **2.2.5. FRECUENCIA DE LAS ATENCIONES PRENATALES**

La atención prenatal debe iniciarse, lo más temprano posible, debiendo ser periódica, continua e integral. Se considera como mínimo que una gestante reciba 7 atenciones prenatales, distribuidas de la siguiente manera:

Tres atenciones antes de las 22 semanas, la cuarta atención entre las 22 a 24 semanas, la quinta atención entre las 27 y 29 semanas, la sexta atención entre las 33 y 35 semanas, la séptima atención entre las 37 y 40 semanas.<sup>37</sup>

### **2.3. DEFINICION DE TÉRMINOS BÁSICOS**

**Adolescente:** La palabra adolescente se refiere a un(a) joven entre la pubertad y el completo desarrollo del cuerpo. Muchos caen en la trampa de creer que “adolescente” tiene una raíz o sentido próximo a “que adolece”, dada la similitud de palabras; sin embargo estas palabras tienen raíces muy distintas. La palabra adolescente deriva del latino “adolescere” que significa crecer.

**Embarazo en adolescentes:** O embarazo precoz, es aquel embarazo que se produce en una mujer adolescente que no ha alcanzado la mayoría de la edad jurídica.

**Factor de riesgo:** Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Los factores de riesgo implican que las personas afectadas por dicho factor de riesgo, presentan un riesgo sanitario mayor al de las personas sin este factor.

---

<sup>37</sup> Procedimientos en obstetricia y perinatología. Disponible en: [www.cmp.org.pe/.../IV-Guias-Clinicas-en-Obstetricia-y-Perinatologia.pdf](http://www.cmp.org.pe/.../IV-Guias-Clinicas-en-Obstetricia-y-Perinatologia.pdf).

**Cesárea:** Una cesárea es un tipo de parto en el cual se practica una incisión quirúrgica en el abdomen y el útero de la madre para extraer uno o más bebés. Suele practicarse cuando un parto vaginal podría conducir a complicaciones médicas.

**Nulípara:** Mujer que no ha tenido hijos mediante parto vaginal; proviene del latín "nullus" ninguno, y parere parir.

**Factores maternos:** Son aquellos factores de riesgo directamente relacionados a la madre, que conllevan a cesárea en las adolescentes.

**Factores relacionados al feto:** Son aquellos factores de riesgo directamente relacionados con el feto, que conllevan a cesárea en las adolescentes.

## **CAPITULO III**

### **HIPÓTESIS Y VARIABLES**

#### **3.1. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN**

##### **3.1.1. Hipótesis General $H_1$**

Los factores de riesgo que condicionan un parto por cesárea en nulíparas adolescentes, el 60% de los factores son atribuidos al feto y el 40% de los factores son atribuidos a la madre, Hospital Santa María del Socorro Ica, mayo – octubre 2015.

##### **3.1.2. Hipótesis Nula $H_0$**

Los factores de riesgo que condicionan un parto por cesárea en nulíparas adolescentes, el 60% de los factores no son atribuidos al feto y el 40% de los factores no son atribuidos a la madre, Hospital Santa María del Socorro Ica, mayo – octubre 2015.

#### **3.2. VARIABLE**

##### **3.2.1. VARIABLE UNICA**

Factores de riesgo que condicionan un parto por cesárea.

## **CAPITULO IV**

### **METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION**

#### **4.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

##### **4.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN**

Es una investigación tipo observacional, de corte transversal porque se recoge la información en un momento de tiempo determinado haciendo un corte en el tiempo, retrospectivo porque los datos se recolectaron en tiempo pasado utilizando las historias clínicas.

##### **4.1.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN**

Es una investigación de diseño no experimental, en vista de que no se manipulan deliberadamente la variable de estudio, descriptiva porque describe la variable o fenómeno estudiado sin presentar correlaciones o realizar un análisis de la misma.

##### **4.1.3. MÉTODO**

La investigación corresponde al método deductivo, documental pues se basa en un tipo de pensamiento que va desde lo general a lo específico; tratando de explicar por qué se produce la cesárea; documental ya que se utilizaran las historias clínicas de las pacientes cesareadas del

periodo en estudio, recolectadas del registro de partos de centro obstétrico.

## **4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA**

### **4.2.1. POBLACIÓN**

La población estuvo constituida por el total de adolescentes atendidas en la institución hospitalaria durante el periodo de estudio que fue de mayo a octubre del año 2015.

### **4.2.2. MUESTRA**

La determinación de la muestra fue a través del muestreo no probabilístico censal, pues se estudió a cada uno de los elementos que componen la población (historias clínicas de las adolescentes), realizándose lo que se denomina un censo, es decir el estudio de todos los elementos que componen la población; teniendo en cuenta los siguientes criterios:

#### **4.2.3. Criterios de inclusión:**

- Adolescentes nulíparas
- Adolescentes que hayan concluido su parto por cesárea

#### **4.2.4. Criterios de exclusión:**

- Adolescentes que hayan tenido un parto
- Adolescentes que hayan concluido su parto por vía vaginal

## **4.3. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

### **4.3.1. TÉCNICA**

La técnica empleada en la recolección de datos fue el análisis documental a través de la revisión de las historias clínicas.

### **4.3.2. INSTRUMENTO**

El instrumento utilizado fue una ficha de registro, realizada con ítems correspondientes a los indicadores de la variable de estudio.

#### **4.4. ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN**

Se tuvo en cuenta los principios éticos de la investigación como son la beneficencia, autonomía y justicia, considerando la privacidad de la información y el anonimato de los datos obtenidos; los resultados obtenidos solo fueron utilizados para fines de la investigación.

## CAPÍTULO V

### V.1. PRESENTACIÓN ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

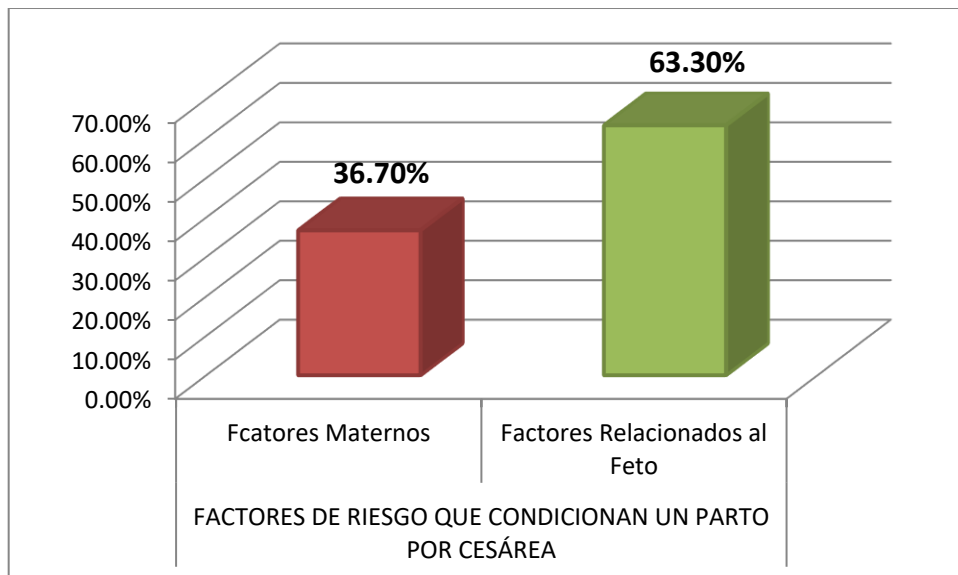
TABLA 1

#### FACTORES DE RIESGO QUE CONDICIONAN PARTO POR CESÁREA EN NULÍPARAS ADOLESCENTES. HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO ICA. MAYO-OCTUBRE 2015

FACTOR DE RIESGO	Fr.	%
Factor de riesgo materno	22	36.7%
Factor de riesgo relacionados al feto	38	63.3%
Total general	60	100%

INTERPRETACIÓN: En relación a los factores de riesgo que condicionan el parto por cesárea, se observa que en el 63.3% (38) adolescentes fueron los factores relacionados al feto, mientras que en el 36.7% (22) fueron los factores maternos.

GRÁFICO



Fuente: análisis documental realizado por la investigadora (revisión de historias clínicas).

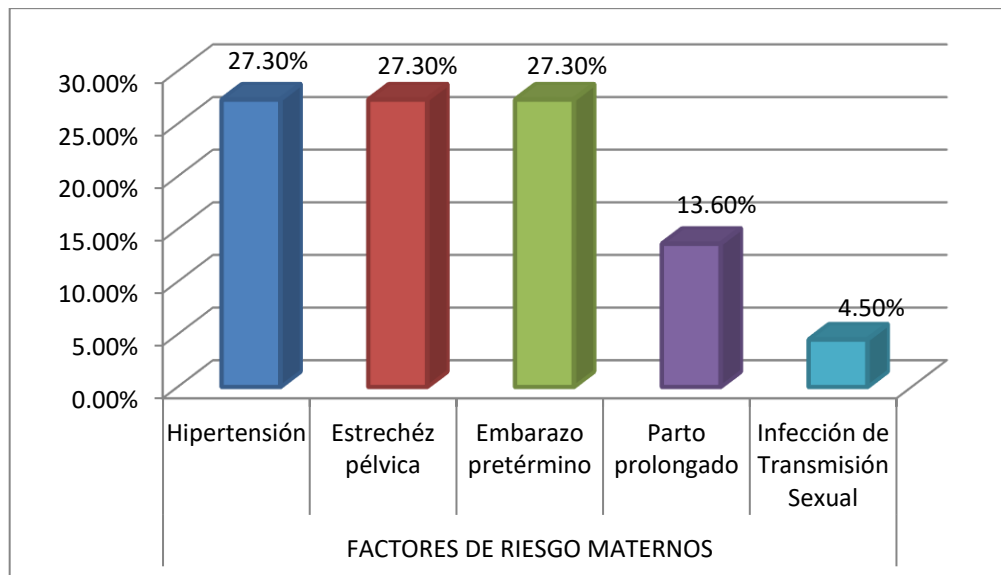
**TABLA 2**

**FACTORES DE RIESGO QUE MATERNOS QUE CONDICIONAN PARTO POR CESÁREA EN NULÍPARAS ADOLESCENTES. HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO ICA. MAYO-OCTUBRE 2015**

<b>FACTORES DE RIESGO MATERNOS</b>	<b>Fr.</b>	<b>%</b>
Hipertensión	6	27.3%
Estrechez pélvica	6	27.3%
Embarazo pre término	6	27.3%
Parto prolongado	3	13.6%
Infección de Transmisión Sexual	1	4.5%
Total general	22	100%

**INTERPRETACIÓN:** Dentro de los factores de riesgo maternos que condicionaron el parto por cesárea en las adolescentes nulíparas, se observa que en igual porcentaje 27.3% (06) adolescentes, fueron la hipertensión inducida por el embarazo, la estrechez pélvica y el embarazo pre término respectivamente; en el 13.6% (03) fue el parto prolongado y solo en el 4.5% (01) fue la infección de transmisión sexual.

**GRÁFICO**



Fuente: análisis documental realizado por la investigadora (revisión de historias clínicas).



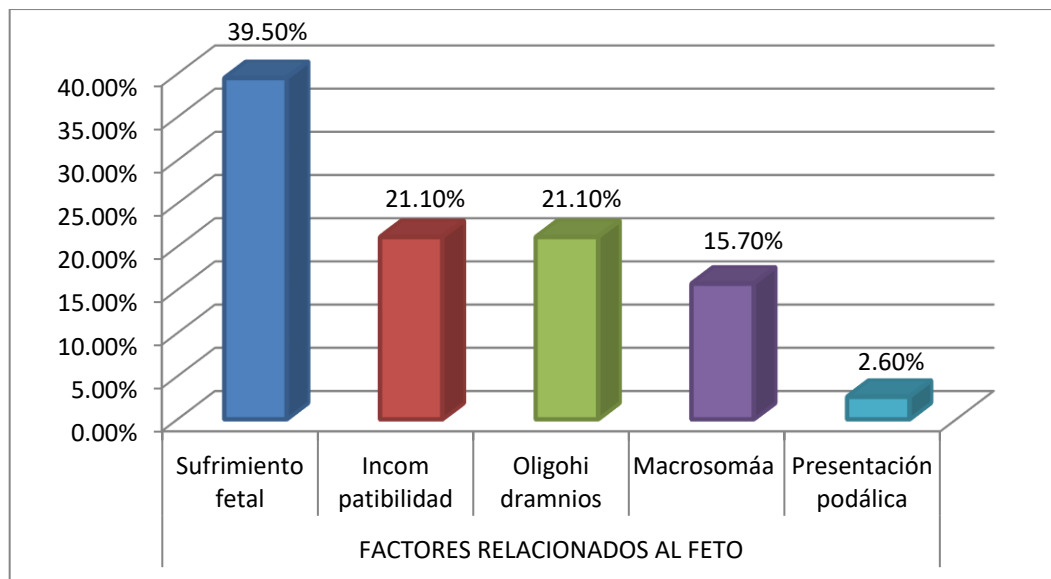
**TABLA 3**

**FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS AL FETO QUE CONDICIONAN PARTO POR CESÁREA EN NULÍPARAS ADOLESCENTES. HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO ICA. MAYO-OCTUBRE 2015**

<b>FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS AL FETO</b>	<b>Fr.</b>	<b>%</b>
Sufrimiento fetal	15	39.5%
Incompatibilidad feto pélvica	08	21.1%
Oligohidramnios	08	21.1%
Macrosomía	06	15.7%
Presentación podálica	01	2.6%
Total general	38	100%

**INTERPRETACIÓN:** Dentro de los factores de riesgo relacionados al feto que condicionaron un parto por cesárea, se observa que en el 39.5% (15) adolescentes fue por sufrimiento fetal; en el 21.1% (08) fue por incompatibilidad feto pélvica y oligohidramnios respectivamente; en el 15.7% (06) fue por macrosomía; mientras que solo en el 2.6% (01) fue por presentación podálica.

**GRÁFICO**



Fuente: análisis documental realizado por la investigadora (revisión de historias clínicas).

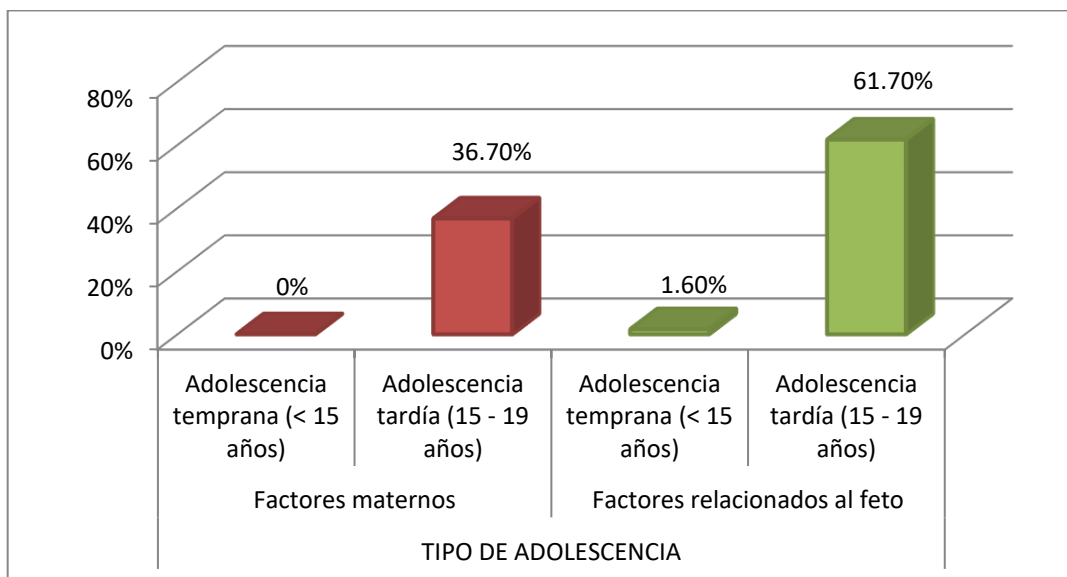
**TABLA 4**

**FACTORES DE RIESGO QUE CONDICIONAN PARTO POR CESÁREA EN NULÍPARAS ADOLESCENTES. SEGÚN TIPO DE ADOLESCENCIA HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO ICA. MAYO-OCTUBRE 2015**

TIPO DE ADOLESCENCIAS	Factores Maternos		Factores relacionados al feto		Total	
	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
Adolescencia temprana (< 15 años)	00	00%	01	1.6%	01	1.6%
Adolescencia tardía (15 – 19 años)	22	36.7%	37	61.7%	59	98.4%
Total	22	36.7%	38	63.3%	60	100%

INTERPRETACION: En relación a los factores de riesgo que condicionan el parto por cesárea según tipo de adolescencia, observamos que en la adolescencia temprana el 1.6% (01) fue el factor relacionado al feto; en la adolescencia tardía el 36.7% (22) fueron los factores maternos y el 61.7% (37) fueron los factores relacionados al feto.

**GRÁFICO**



Fuente: análisis documental realizado por la investigadora (revisión de historias clínicas).

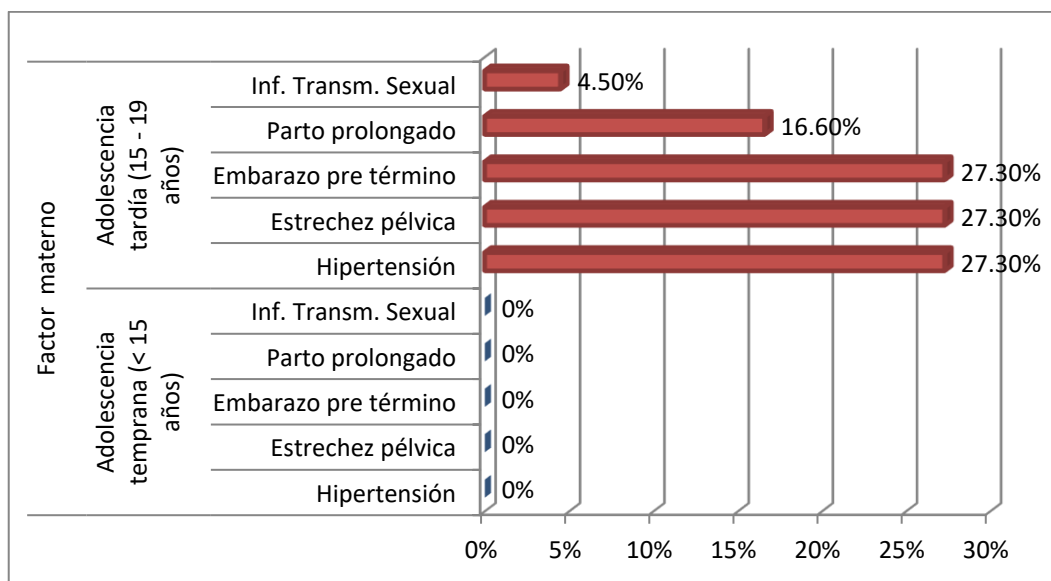
**TABLA 5**

**TIPO DE ADOLESCENCIA Y FACTORES DE RIESGO MATERNOS QUE CONDICIONAN PARTO POR CESÁREA EN NULÍPARAS ADOLESCENTES. HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO ICA. MAYO-OCTUBRE 2015**

FACTORES MATERNOS	Adolescencia temprana (< 15 años)		Adolescencia tardía (15 – 19 años)	
	Fr.	%	Fr.	%
Hipertensión	00	0%	6	27.3%
Estrechez pélvica	00	0%	6	27.3%
Embarazo pre término	00	0%	6	27.3%
Parto prolongado	00	0%	3	13.6%
Inf. de transmisión sexual	00	0%	1	4.5%
Total	00	0%	22	100%

INTERPRETACIÓN: Respecto al tipo de adolescencia y factores de riesgo materno, se observa que en la adolescencia temprana no se evidenciaron factores de riesgo maternos, mientras que en la adolescencia tardía se observa que el 27.3% (06) presentó hipertensión, estrechez pélvica y embarazo pre término respectivamente; el 13.6% (03) parto prolongado y en el 4.5% (01) infección de transmisión sexual.

**GRÁFICO**



Fuente: análisis documental (revisión de historias clínicas).

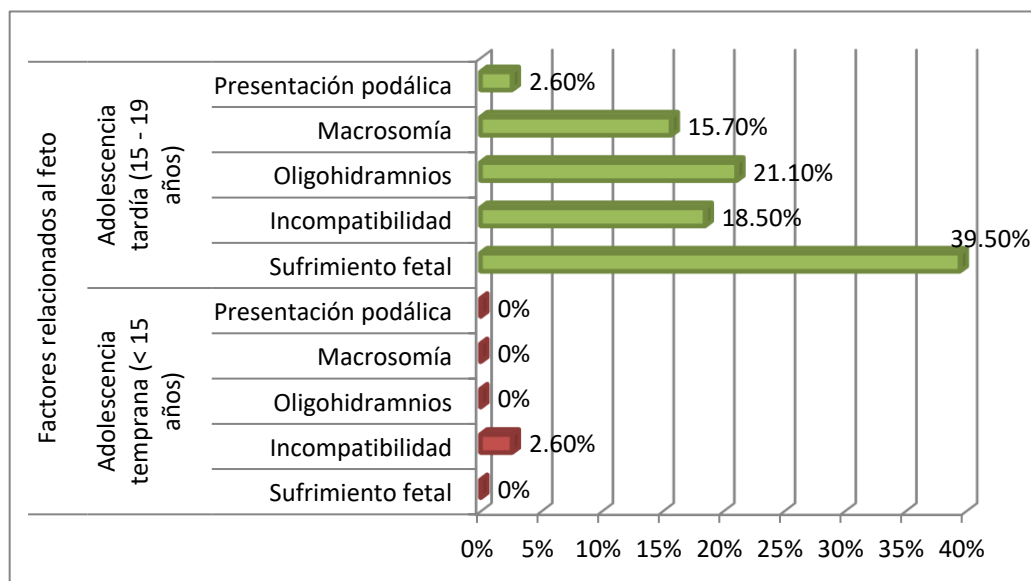
**TABLA 6**

**TIPO DE ADOLESCENCIA Y FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS AL FETO QUE CONDICIONAN PARTO POR CESÁREA EN NULÍPARAS ADOLESCENTES. HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO ICA. MAYO-OCTUBRE 2015**

FACTORES RELACIONADOS AL FETO	Adolescencia temprana (< 15 años)		Adolescencia tardía (15 – 19 años)	
	Fr.	%	Fr.	%
Sufrimiento fetal	00	0%	15	39.5%
Incompatibilidad feto pélvica	01	2.6%	07	18.5%
Oligohidramnios	00	0%	08	21.1%
Macrosomía	00	0%	06	15.7%
Presentación podálica	00	0%	01	2.6%
Total	01	2.6%	37	97.4%

INTERPRETACIÓN: Respecto al tipo de adolescencia y factores de riesgo relacionados al feto, se observa que en la adolescencia temprana el 2.6%(01) presentó incompatibilidad feto pélvica, mientras que en la adolescencia tardía el 39.5% (15) presentó sufrimiento fetal, el 18.5%(07) incompatibilidad feto pélvica, el 21.1% (08) oligohidramnios; el 15.7%(06) macrosomía y el 2.6% (01) presentación podálica.

**GRÁFICO**



Fuente: análisis documental (revisión de historias clínicas).

## V.2. Contrastación de Hipótesis a través de la Prueba del Chi Cuadrado.

Para la contrastación de hipótesis aplicamos el programa estadístico SPSS versión 19 y la Prueba del Chi cuadrado, obteniendo los siguientes resultados:

### Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Factor de riesgo * alternativa	60	98,4%	1	1,6%	61	100,0%

### Tabla de contingencia Factor de riesgo \* alternativa

			alternativa		Total
			si	no	
Factor de riesgo	materno	Recuento	22	0	22
		% dentro de alternativa	100,0%	,0%	36,7%
	fetal	Recuento	0	38	38
		% dentro de alternativa	,0%	100,0%	63,3%
Total		Recuento	22	38	60
		% dentro de alternativa	100,0%	100,0%	100,0%

### Pruebas de Chi-Cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	60,000 <sup>a</sup>	1	,000		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	55,771	1	,000		
Razón de verosimilitudes	78,859	1	,000		
Estadístico exacto de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	59,000	1	,000		
N de casos válidos	60				

## Pruebas de Chi-Cuadrado

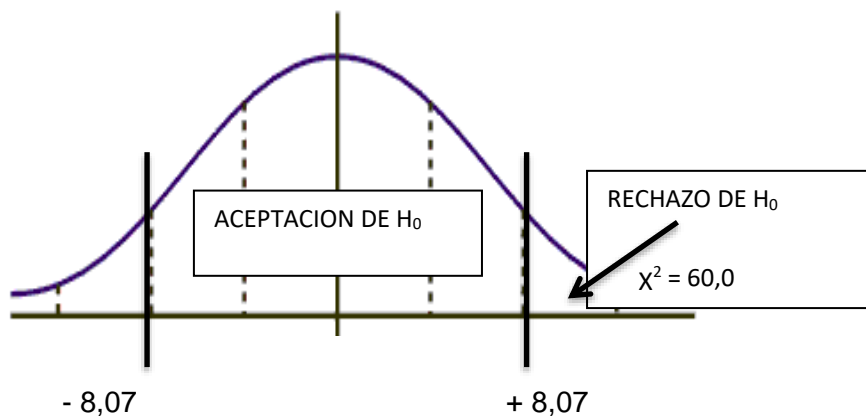
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	60,000 <sup>a</sup>	1	,000		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	55,771	1	,000		
Razón de verosimilitudes	78,859	1	,000		
Estadístico exacto de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	59,000	1	,000		
N de casos válidos	60				

- a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 8.07.
- b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Para:

- Un intervalo de confianza del 95%
- $\alpha = 0.5$  (margen de error)
- Grado de libertad (gl) = 1
- Como  $\alpha < 0.05$ , (significancia bilateral) rechazamos la hipótesis nula.

**Gráficamente:**



Toma de decisiones:

- El valor de Chi Cuadrado se encuentra ubicado en la zona de rechazo.
- Al rechazar la hipótesis nula, estamos aceptando que los factores de riesgo que condicionaron un parto por cesárea en nulíparas adolescentes del Hospital Santa María del Socorro, en mayor porcentaje son los factores relacionados al feto.

### V.3. DISCUSIÓN:

**TABLA 1:** En relación a los factores de riesgo que condicionan el parto por cesárea, en el 63.3% de las adolescentes fueron los factores relacionados al feto, mientras que en el 36.7% fueron los factores maternos, resultados similares en relación a los factores maternos con Laguado N. Jeimy A, Colobon J, Salazar Y.<sup>8</sup> el factor materno más encontrado es el de cesárea electiva y la evidencia de infección intrauterina (Toxoplasmosis) es el factor fetal más encontrado, por lo que aceptamos dicho estudio; Manzano Espejo G.<sup>15</sup> identificó en su investigación como factor de riesgo la desproporción céfalo-pélvica, por lo que aceptamos la investigación; Dignani S.<sup>11</sup> refiere que las causas más frecuentes de cesárea fueron la iterativa, falta de progresión del trabajo de parto y desproporción céfalo pélvica; Gálvez Liñan E.<sup>12</sup> menciona que las Indicaciones principales fueron: desproporción feto-pélvica y el factor relacionado con el feto fue la macrosomía fetal 12%, sufrimiento fetal agudo, feto podálico, feto transverso, por lo que aceptamos los trabajos de investigación.

La distocia, es un parto dificultoso debido a anomalías en el feto, en la madre o ambos, entonces la extracción debe realizarse mediante la cesárea, que es una intervención quirúrgica que tiene como objetivo extraer el producto de la concepción a través de una laparotomía e incisión de la pared uterina. Constituye una de las operaciones más antiguas de la humanidad y una de las más practicadas en la actualidad.

El embarazo en la adolescencia, se asocia con el riesgo más alto de enfermedad y muerte para ambos, la madre y el bebe, la intervención quirúrgica cesárea representa un riesgo de morbi-mortalidad para la madre de 3 a 30 veces mayor en comparación al nacimiento atendido por vía vaginal.

Por último hay que tener presente que a pesar de la alta frecuencia con la que se practica, la cesárea no es un procedimiento inocuo. Se calcula que su morbilidad es 20 veces superior si se la compara con las cifras propias del parto vaginal. Por lo tanto, resulta de gran importancia la indicación adecuada



de tal procedimiento, que podría causar complicaciones tanto para la madre como para el recién nacido.

**TABLA 2:** Dentro de los factores de riesgo maternos que condicionaron el parto por cesárea en las adolescentes nulíparas, en el 27.3% de adolescentes, fueron la hipertensión inducida por el embarazo, la estrechez pélvica y el embarazo pre término respectivamente; en el 13.6%, se obtiene resultados parecidos con Ramírez K, Medina L, Arias N, Jiménez W.<sup>7</sup> donde concluye que el porcentaje de trastornos hipertensivos del embarazo y preeclampsia, fue un 26%; luego se encuentra la eclampsia, con un 19%, y la ruptura prematura de membranas, con un 6,0%, por lo que se aceptan las investigaciones; nuestros resultados no guardan similitud con Duerto C, Nuñez J.<sup>10</sup> quienes manifiestan que 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; Dignani S.<sup>11</sup> asevera que las causas más frecuentes de cesárea en adolescentes fueron la cesárea iterativa, falta de progresión del trabajo de parto y desproporción céfalo pélvica, por lo que rechazamos los estudios.

Alrededor de la mitad de las mujeres con preeclampsia severa se presentan en el centro de salud antes de las 34 semanas de gestación, con un peso fetal estimado de menos de 2000 gr. Aproximadamente la mitad de las que se presentan antes de las 34 semanas de gestación requieren que se determine la finalización de su embarazo por razones fetales o maternas dentro de las 24 horas del ingreso al hospital. La mitad restante contará con un promedio de nueve días más antes de que reciban indicación de nacimiento.

El embarazo en la adolescencia implica alto riesgo para la salud de la madre, del feto y del recién nacido, que puede incluso llevarlos hasta la muerte continúa siendo de alto riesgo por el poco control que hay en las complicaciones presentadas durante el embarazo y, en algunos casos, por la deficiencia que se presenta en el registro de historias clínicas.

Las mujeres por decisión propia hoy en día prefieren las cesárea que tener un parto normal o natural, sin embargo con los años la cesárea se ha

vuelto un método seguro de salvar vidas ya sea a la madre o al ser que está a punto de llegar al mundo en situaciones de riesgo materno – fetal.

**TABLA 3:** Dentro de los factores de riesgo relacionados al feto que condicionaron un parto por cesárea, en el 39.5% de adolescentes fue por sufrimiento fetal; en el 21.1% fue por incompatibilidad feto pélvica y oligohidramnios; en el 15.7% fue por macrosomía; mientras que solo en el 2.6% fue por presentación podálica, resultados en relación a desproporción Cefalopélvica con Duerto C, Nuñez J. <sup>10</sup> halló porcentajes en orden decreciente de desproporción feto-pélvica, Dignani S. <sup>11</sup> en su estudio demostró que la causa más frecuente de cesárea fue la desproporción céfalo pélvica; y Manzano Espejo G. <sup>15</sup> identificó como factor de riesgo la desproporción céfalo-pélvica, aceptando los trabajos de investigación.

Entre los efectos en el feto de una estrechez pélvica se encuentra la imposibilidad de encajamiento de la presentación. La estrechez pélvica, puede presentarse en el segmento superior, medio e inferior. La presentación no encaja bien en el estrecho superior, el cordón umbilical prolapsado es más probable. La forma de la pelvis, tiene igual o más importancia que el tamaño aunque ambos aspectos son complementarios.

Es relevante que todas las mujeres del estudio presentaron una o más patologías propias o dependientes del embarazo y es conocido que muchas de ellas obligan a la terminación del embarazo prematuramente en bienestar materno, fetal o ambos con un cérvix inmaduro.

**TABLA 4:** En relación a los factores de riesgo que condicionan el parto por cesárea según tipo de adolescencia, en la adolescencia temprana el 1.6% fue el factor relacionado al feto; en la adolescencia tardía el 36.7% fueron los factores maternos y el 61.7% fueron los factores relacionados al feto. Resultados parecidos respecto a los factores maternos en la adolescencia tardía con Ramírez K, Medina L, Arias N, Jiménez W. <sup>7</sup> aceptando el trabajo de investigación, quienes evidencian factores maternos en el 78% de las mujeres embarazadas en un rango de edad entre 16 y 20 años, evidenciándose

trastornos hipertensivos del embarazo y pre eclampsia, con un 26%; luego se encuentra la eclampsia, con un 19%, y la ruptura prematura de membranas, con un 6,0%.

Asimismo se aprecian los factores relacionados al feto en la adolescencia temprana en el estudio de Domínguez-Anaya R, Herazo-Beltrán M. <sup>9</sup> quienes concluyen que las adolescentes de 13 a 15 años tienen más riesgo que las adolescentes de 16 a 18 años de presentar parto pretérmino y parto vía cesárea, lo cual tiene similitud con nuestros resultados, Kumura J, Maticorena D, Tejada J, Mayta-Tristan P. <sup>14</sup> encuentra mayor riesgo de cesárea e infección puerperal en las adolescentes menores de 15 años, así como mayor riesgo de episiotomía en las adolescentes tardías, por lo que se aceptan los trabajos de investigación.

Se ha considerado el embarazo en la adolescencia como un fracaso de la sociedad, el hogar y la escuela. Si ponemos al adolescente como grupo de riesgo tenemos la urgente necesidad de educación en temas de planificación familiar, para evitar embarazos no deseados; adecuados controles prenatales, para poder detectar patologías tales como, hipertensión arterial inducida por el embarazo muy frecuente en la población adolescente, líquido meconial, eclampsia preeclampsia, corioamnionitis; una adecuada preparación para el parto implica no sólo a las adolescentes que acuden al nosocomio, sino a todas las mujeres con posibilidades de procrear.

**TABLA 5:** Respecto al tipo de adolescencia y factores de riesgo materno, en la adolescencia temprana no se evidenciaron factores de riesgo maternos, mientras que en la adolescencia tardía, el 27.3% presentó hipertensión, estrechez pélvica y embarazo pre término respectivamente; el 13.6% parto prolongado y en el 4.5% infección de transmisión sexual, resultados similares respecto en la adolescencia tardía con Ramírez K, Medina L, Arias N, Jiménez W. <sup>7</sup> por lo que se acepta el trabajo de investigación, quienes evidenciaron que el 78% de las mujeres embarazadas están en un rango de edad entre 16 y 20 años, presentaron trastornos hipertensivos del embarazo y preeclampsia, con

un 26%; luego se encuentra la eclampsia, con un 19%, y la ruptura prematura de membranas, con un 6,0%.

El embarazo en la adolescencia es una condición de muy alto riesgo que es superable con un adecuado control prenatal. No obstante el embarazo en la adolescencia debe ser manejado por un equipo interdisciplinario, para brindarle una buena atención obstétrica, psicológica, social y educativa, fomentando una conducta más responsable y madura, para que la adolescente que se ha convertido en madre tome una actitud positiva frente a su nueva condición de vida.

**TABLA 6:** Respecto al tipo de adolescencia y factores de riesgo relacionados al feto, en la adolescencia temprana el 2.6% presentó incompatibilidad feto pélvica, mientras que en la adolescencia tardía el 39.5% presentó sufrimiento fetal, el 18.5% incompatibilidad feto pélvica, el 21.1% oligohidramnios; el 15.7% macrosomía y el 2.6% fue de presentación podálica, resultados similares a la incompatibilidad feto pélvica en la adolescencia tardía con Duerto C, Núñez J.<sup>10</sup> quienes hallaron como edad promedio 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, por lo que aceptamos el trabajo de investigación. La incidencia de partos en la adolescencia tardía fue de 31,97%, por desproporción feto-pélvica; Manzano Espejo G.<sup>15</sup> encontró que el promedio de edad fue de  $18.2 \pm 1.1$  años la incidencia de cesáreas iterativas en adolescentes multiigestas, fue de 45%, asociado a desproporción Cefalopélvica.

Se ha probado que las complicaciones y mortalidad maternas son más frecuentes en pacientes con cesárea, por lo que una política orientada a la educación sexual y sanitaria de las nuevas generaciones, podría lograr en el futuro mejorar los indicadores relacionados con la incidencia de embarazos en la adolescencia, para mejorar así los resultados perinatales y prevenir que todo embarazo en adolescente sea considerado de alto riesgo.

## CONCLUSIONES:

- Dentro de los factores de riesgo que condicionan el parto por cesárea, fueron los factores relacionados al feto, mientras que en menor porcentaje fueron los factores maternos.
- Los factores de riesgo maternos que condicionaron el parto por cesárea en las adolescentes nulíparas, en igual porcentaje fueron la hipertensión inducida por el embarazo, la estrechez pélvica y el embarazo pre término respectivamente; en menor porcentaje fueron el parto prolongado y la infección de transmisión sexual.
- Los factores de riesgo relacionados al feto que condicionaron un parto por cesárea, fueron el sufrimiento fetal seguido por incompatibilidad feto pélvica y oligohidramnios respectivamente, la macrosomía; mientras que en menor porcentaje fue por presentación podálica.
- Los factores de riesgo que condicionan el parto por cesárea según tipo de adolescencia, en la adolescencia temprana fue el factor relacionado al feto; en la adolescencia tardía fueron los factores maternos seguidos de los factores relacionados al feto.
- Según el tipo de adolescencia y factores de riesgo materno, en la adolescencia temprana no se evidenciaron factores de riesgo maternos, mientras que en la adolescencia tardía se observa que en mayor porcentaje fueron la hipertensión, estrechez pélvica y embarazo pre término respectivamente; seguido del parto prolongado y la infección de transmisión sexual.
- Según el tipo de adolescencia y factores de riesgo relacionados al feto, en la adolescencia temprana fue la incompatibilidad feto pélvica, mientras que en la adolescencia tardía fue el sufrimiento fetal, seguido de la incompatibilidad feto pélvica, oligohidramnios; macrosomía y la presentación podálica.

## **RECOMENDACIONES:**

- Implementar y supervisar los programas de planificación familiar en las instituciones educativas, destinadas a la prevención de embarazos en adolescentes. Crear programas permanentes de educación sexual en los adolescentes, incidiendo de que un embarazo precoz presenta factores de riesgo que pueden poner en peligro la vida de la madre.
- En la población de adolescentes embarazadas, brindar educación continua respecto a los factores de riesgo que se pueden presentar en el feto, recalcando la importancia de un control prenatal periódico.
- Educar a las adolescentes que se encuentran en la etapa de adolescencia temprana, que ésta etapa constituye mayor riesgo para la salud materna como fetal, incrementándose la morbi-mortalidad en éste grupo etéreo.
- Promover el sexo seguro, ya que en la etapa actual es difícil controlar o evitar que los adolescentes no inicien la actividad sexual tempranamente.
- Desarrollar programas de ayuda y asistencia de salud a las madres adolescentes, con apoyo médico integral, educacional y socioeconómico.
- Fomentar la importancia del control prenatal desde el inicio del embarazo, con la finalidad de identificar los factores de riesgo de la madre y el feto, los cuales puedan influir en la forma de culminación del embarazo.

## FUENTES DE INFORMACION

1. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014 - ENDES 2014. Edic. INEI, Lima - Perú 2014.
2. Sterling S, Sadler L. Uso de métodos anticonceptivos entre las latinas adolescentes que viven en los Estados Unidos: el impacto de la cultura y la aculturación. *J Pediatr Health Care* 2009; 23 (1): 19-28.
3. Oshiro E. Cesárea, tasa, indicaciones y factores de morbimortalidad materno perinatal asociados en el Hospital San Juan Bautista de Huaral en el período 2003-2005. Lima, Perú. Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2007.
4. Zeteroglu S, Sahin I, Gol K. Tasas de parto por cesárea en el embarazo adolescente. *Eur J Reprod anticoncepción Health Care* 2005; 10 (2): 119-122.
5. Torres C. Factores de riesgo en adolescentes embarazadas: un estudio epidemiológico en dos hospitales de Lima, Perú. *La Ventana* 2002;(16):96-129.
6. Olaya Guzmán R. Factores de riesgos desencadenantes del trabajo de parto pretérmino en adolescentes embarazadas primigestas en el hospital ginecoobstétrico "Enrique C. Sotomayor" en el período de septiembre del 2012 a febrero del 2013 Guayaquil – Ecuador 2012 – 2013. Disponible en: [repositorio.ug.edu.ec/.../tesis%20factores%20de%20riesgo%2](http://repositorio.ug.edu.ec/.../tesis%20factores%20de%20riesgo%2).
7. Ramírez K, Medina L, Arias N, Jiménez W. Características ginecobstétricas de adolescentes que tuvieron su parto en el periodo julio-diciembre del 2012 en una institución de salud. Bogotá Colombia. Disponible en: [revistas.lasalle.edu.co/index.php/sv/article/viewFile/3294/2621](http://revistas.lasalle.edu.co/index.php/sv/article/viewFile/3294/2621).
8. Laguado N. Jeimy A, Colobon J, Salazar Y. Factores maternos y fetales que inducen a un parto por cesárea 2011. Colombia. Disponible en: [dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3853516.pdf](http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3853516.pdf).
9. Domínguez-Anaya R, Herazo-Beltrán M. realizaron una investigación titulada edad de la gestante adolescente como factor de riesgo para complicaciones en el embarazo. cartagena (colombia) 2009. estudio de

- corte transversal. revista colombiana de obstetricia y ginecología. disponible en: [www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s0034...](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0034...)
10. Duerto C, Nuñez J. realizaron una investigación titulada culminación de embarazos: cesárea vs. parto en adolescentes, complejo hospitalario universitario ruíz y páez, ciudad bolívar, edo. bolívar, agosto-septiembre 2009. Universidad de oriente núcleo bolívar escuela de ciencias de la salud “Dr. Francisco Battistini Casalta” departamento de ginecología y obstetricia. DISPONIBLE EN: [ri.bib.udo.edu.ve/.../01- TESIS.Culminacion%20de%20embarazos%20en...](http://ri.bib.udo.edu.ve/.../01- TESIS.Culminacion%20de%20embarazos%20en...)
  11. Dignani S. Factores asociados a las complicaciones infecciosas del puerperio en el hospital zonal san Felipe de San Nicolás del 1° de marzo al 31 de octubre del 2009 Universidad Abierta Interamericana-facultad de medicina y ciencias de la salud. Disponible en: [imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC106831.pdf](http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC106831.pdf)
  12. Gálvez Liñan E. Tasa de incidencia de cesárea en el hospital “San José” del Callao, periodo enero-diciembre 2013 Disponible en: [cybertesis.unmsm.edu.pe/xmlui/handle/cybertesis/3512](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/xmlui/handle/cybertesis/3512).
  13. La Rosa A. complicaciones en recién nacidos de madres adolescentes tempranas en el hospital nacional arzobispo loayza de mayo del 2008 a mayo del 2012. Horiz. Med. vol.15 no.1 Lima ene./mar. 2015. Disponible en: [www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1727-558X2015000100003...](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1727-558X2015000100003...)
  14. Kumura J, Maticorena D, Tejada J, Mayta-Tristan P. embarazo adolescente como factor de riesgo para complicaciones obstétricas y perinatales en un hospital de lima, Perú. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. vol.14 no.4 Recife Oct./Dec. 2014. Disponible en: [scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138...](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138...)
  15. Manzano Espejo G. Incidencia y factores asociados a cesárea iterativa en adolescentes: Hospital Nacional Sergio E. Bernales, 2005 - 2009. Disponible en: [www.medicina.usmp.edu.pe/horizonte/2011\\_II/Art3\\_Vol11\\_N2.pdf](http://www.medicina.usmp.edu.pe/horizonte/2011_II/Art3_Vol11_N2.pdf).



16. Pérez Medina T. Hospital Universitario Puerta de Hierro de Madrid Disponible en: [www.webconsultas.com/embarazo/el-parto/tipos.../cesarea/causas-2081](http://www.webconsultas.com/embarazo/el-parto/tipos.../cesarea/causas-2081).
17. Lombaard H y Pattinson B. Conducta activa versus conducta expectante para la preeclampsia severa antes de término: Comentario de la BSR La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
18. Duckitt K, Harrington D. Risk Factores para la preeclampsia en la reserva prenatal: revisión sistemática de estudios controlados. BMJ. 2005 12 de marzo; 330 (7491): 565.
19. Myers JE, Baker PN. Enfermedades y eclampsia hipertensas. Curr Opin Obstet Gynecol. 2002 Apr; 14 (2): 119-25.
20. Khan KS. Sulfato de magnesio y otros anticonvulsivos en mujeres con preeclampsia: Comentario de la La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
21. Magee LA, Helewa M, Moutquin JM, von Dadelszen P. Comité Directriz hipertensión; Iniciativa para la Formación Estratégica de Investigación en Ciencias de la Salud Reproductiva (STIRRHS) Scholars. Diagnóstico, evaluación y gestión de los trastornos hipertensivos del embarazo. J Obstet Gynaecol Can. 2008 Mar; 30 (3 Suppl): S1-48.
22. Infecciones perinatales transmitidas por la madre a su hijo material educativo para personal de salud CLAP/SMR - Publicación Científica N°1567 ISBN: 978-92-75-32942-9 Centro Latinoamericano de Perinatología / Salud de la Mujer y Reproductiva - March of Dimes Disponible en: [whqlibdoc.who.int/publications/2005/9243592653\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9243592653_spa.pdf).
23. Gailani D, Neff AT. Deficiencias de la coagulación poco comunes. En: Hoffman R, Benz EJ Jr, Silberstein LE, SE Heslop, JI Weitz, eds. Hematology: Principios Básicos and Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/40.pdf>.
24. El embarazo en adolescentes menores de 15 años de América Latina y el Caribe Resumen de la publicación Factores relacionados con el embarazo y la mortalidad en menores de 15 años en América Latina y El Caribe. Gómez PI, Molina R, Zamberlin N, Távara L. Lima: FLASOG 2011, pp 86.

- Brochure preparado por el Dr. Ramiro Molina Cartes Lima, Perú. Julio 2011.
25. Kramer M, Goulet L, Lydon J, Segui L, Mcnamara H, Dassa C, et al. Las desigualdades socioeconómicas en el parto prematuro: vías y mecanismos causales. *Pediatr Perinatal Epidemiol.* 2001; 15 (Suppl 2): 104-123.
  26. Moore K. *Embriología Clínica.* Editorial McGraw Hill Interamericana, 2000; 85-195.
  27. Organización Panamericana de la Salud. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano. Mortalidad fetal, neonatal y perinatal. Actualización: mayo 2003. (Documento en línea). Hallado en: [www.clap.ops-oms.org](http://www.clap.ops-oms.org).
  28. Usandizaga J, De la Fuente P. *Tratado de Ginecología y Obstetricia.* (Vol I). Editorial Mc. Graw Hill Interamericana, 1997; 237-457.
  29. Santerini R, Pérez C, Valle M, Azuaga A, Magnelli A. Peso por ultrasonido y peso real. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1991; 51: 37-41.
  30. Oliva J. Disponible en: [www.hvil.sld.cu/instrumental-quirurgico/biblioteca/.../cap18.pdf](http://www.hvil.sld.cu/instrumental-quirurgico/biblioteca/.../cap18.pdf).
  31. Conde-Agudelo A, Belizan JM, Diaz-Rossello JL. Epidemiología de la muerte fetal en América Latina. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica* 2000; 79: 371-378.
  32. Rasines M. Embarazo múltiple capítulo 20 obstetricia moderna Disponible en:  
<https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/40.pdf>. [www.fertilab.net/descargables/publicaciones/obstetricia.../om\\_20.pdf](http://www.fertilab.net/descargables/publicaciones/obstetricia.../om_20.pdf).
  33. A. Aguirre Unceta-Barrenechea, A. Aguirre Conde, A. Pérez Legórburu, I. Echániz Urcelay Recién nacido de peso elevado Unidad Neonatal. Servicio de Pediatría. Hospital de Basurto. Bilbao Disponible en: [https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/10\\_1.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/10_1.pdf).
  34. Artus A. Posición Fetal Normal y sus Alteraciones (Presentación de Pehis) En Cifuentes R. *Obstetricia De Alto Riesgo.* 48 Edición, Colombia, XYZ Impresos Limitada, 1994. Pp: 124-128.
  35. Heinzmann A, Brugger M, Engels C, Prompeler H, Superti-Furga A, Strauch K, Krueger M: Los factores de riesgo de dificultad respiratoria neonatal

- después del parto vaginal y cesárea en la población alemana. Acta Paediatr 2009; 98:25-30. Disponible en: [www.gineblog.com/obstetricia/embarazo-y.../cesarea-o-parto-vaginal.ht..](http://www.gineblog.com/obstetricia/embarazo-y.../cesarea-o-parto-vaginal.ht..)
36. Chávez Martínez G. Sufrimiento fetal. Disponible en: [Salud&medicinas.com.mx](http://Salud&medicinas.com.mx). [www.saludymedicinas.com.mx](http://www.saludymedicinas.com.mx) > Centro de Embarazo.
37. Procedimientos en obstetricia y perinatología. Disponible en: [www.cmp.org.pe/.../IV-Guias-Clinicas-en-Obstetricia-y-Perinatologia.pdf](http://www.cmp.org.pe/.../IV-Guias-Clinicas-en-Obstetricia-y-Perinatologia.pdf).

# **ANEXOS**

**ANEXO N° 1  
MATRIZ DE CONSISTENCIA**

**TITULO: FACTORES DE RIESGO QUE CONDICIONAN PARTO POR CESÁREA EN NULÍPARAS ADOLESCENTES  
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO ICA.  
MAYO – OCTUBRE 2015**

<b>PROBLEMAS</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>HIPOTESIS</b>	<b>VARIABLE E INDICADORES</b>	<b>METODOLOGIA</b>
<p><b>Problema general</b> ¿Cuáles son los factores de riesgo que condicionan un parto por cesárea en nulíparas adolescentes Hospital Santa María del Socorro Ica, mayo – octubre 2015?</p>	<p><b>Objetivo general</b> Determinar son los factores de riesgo que condicionan un parto por cesárea en nulíparas adolescentes, Hospital Santa María del Socorro Ica, mayo – octubre 2015.</p>	<p><b>Hipótesis general</b> Los factores de riesgo que condicionan un parto por cesárea en nulíparas adolescentes, el 60% de los factores son atribuidos al feto y el 40% de los factores son atribuidos a la madre, Hospital Santa María del Socorro Ica, mayo – octubre 2015.</p>	<p><b>Variable Única</b> Factores de riesgo que condicionan un parto por cesárea.</p>	<p>Tipo: observacional de corte trasversal, retrospectivo.</p> <p>Nivel: descriptivo.</p> <p>Método: deductivo, documental.</p>
<p><b>Problema secundario 1</b> ¿Cuáles los factores de riesgo materno, que condicionan un parto por cesárea en nulíparas adolescentes, Hospital Santa María del Socorro</p>	<p><b>Objetivo específico 1</b> Identificar los factores de riesgo materno, que condicionan un parto por cesárea en nulíparas adolescentes atendidas en el Hospital Santa María del</p>	<p><b>Hipótesis secundaria 1</b> Los factores de riesgo materno, no condicionan un parto por cesárea en nulíparas adolescentes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro</p>	<p><b>Indicadores</b> <b>Factores de riesgo maternos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Trastorno hipertensivo</li> <li>- Infección de transmisión sexual</li> <li>- Trastornos</li> </ul>	

Ica, mayo – octubre 2015?	Socorro Ica, mayo – octubre 2015.	Ica, mayo – octubre 2015.	hemorrágicos - Estrechas pélvica - Adolescencia temprana (menor de 15 años) - Embarazo pretérmino - Parto prolongado	
<b>Problema secundario 2</b> ¿Cuáles los factores de riesgo relacionados al feto, que condicionan un parto por cesárea en nulíparas adolescentes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro Ica, mayo – octubre 2015?	<b>Objetivo específico 2</b> Identificar los factores de riesgo relacionados al feto, que condicionan un parto por cesárea en nulíparas adolescentes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro Ica, mayo – octubre 2015.	<b>Hipótesis secundaria 2</b> Los factores de riesgo relacionados al feto, condicionan un parto por cesárea en nulíparas adolescentes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro Ica, mayo – octubre 2015.	Indicadores Factores de riesgo relacionados al feto: - Óbito fetal - Variaciones en el líquido amniótico - Presentación podálica - Embarazo gemelar - Macrosomía fetal - Incompatibilidad feto pélvica - Malformaciones congénitas - Sufrimiento fetal	

**ANEXO N° 2**  
**MODELO DE FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

**I. DATOS GENERALES:**

**1. Edad**

- a) Menos de 15 años
- b) De 15 a 19 años

**2. Condición civil**

- a) Soltera
- b) Casada
- c) Conviviente

**3. Grado de instrucción**

- a) Primaria
- b) Secundaria
- c) Superior incompleta

**4. Superior completa****Procedencia**

- a) Costa
- b) Sierra
- c) Selva

**5. Con quién vive**

- a) Con sus padres
- b) Con otros familiares
- c) Con su pareja

**6. Actualmente a qué se dedica**

- a) Estudia
- b) Trabaja
- c) Se dedica a su casa

## **II. DATOS ESPECÍFICOS**

**(LOS DATOS SERÁN EXTRAIDOS DE LA REVISIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA)**

### **FACTORES DE RIESGO MATERNOS**

1. La cesárea se realizó por hipertensión inducida por el embarazo.  
SI            NO
2. La cesárea se realizó por infección de transmisión sexual  
SI            NO
3. La cesárea se realizó por trastornos hemorrágicos  
SI            NO
4. La cesárea se realizó por estrechez pélvica  
SI            NO
5. La cesárea se realizó por adolescencia temprana (menor de 15 años)  
SI            NO
6. La cesárea se realizó por embarazo pre-término  
SI            NO
7. La cesárea se realizó por parto prolongado  
SI            NO

### **FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS AL FETO**

8. La cesárea se realizó por óbito fetal  
SI            NO
9. La cesárea se realizó por variaciones en el líquido amniótico  
SI            NO
10. La cesárea se realizó por presentación podálica  
SI            NO
11. La cesárea se realizó por embarazo gemelar  
SI            NO
12. La cesárea se realizó por macrosomía fetal  
SI            NO
13. La cesárea se realizó por incompatibilidad feto-pélvica  
SI            NO



14. La cesárea se realizó por malformaciones congénitas

SI NO

15. La cesárea se realizó por sufrimiento fetal

SI NO