

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS VALLE DE SULA
ESCUELA UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA
POST GRADO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA.



ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE LA OPERACIÓN CESÁREA EN
ADOLESCENTES.

PRESENTADO POR:

DULIS ESCOBAR.

PREVIA OPCIÓN AL GRADO DE:

ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA.

ASESOR:

DR. MARVIN RODRIGUEZ.

SAN PEDRO SULA, CORTÉS, HONDURAS, 17 NOVIEMBRE DEL 2017.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS VALLE DE SULA
ESCUELA UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA
POST GRADO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA.



ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE LA OPERACIÓN CESÁREA EN
ADOLESCENTES.

PRESENTADO POR:

DULIS ESCOBAR.

PREVIA OPCIÓN AL GRADO DE:

ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA.

ASESOR:

DR. MARVIN RODRIGUEZ.

SAN PEDRO SULA, CORTÉS, HONDURAS, 17 NOVIEMBRE DEL 2017

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS.

UNAH

RECTOR

DR. FRANCISCO JOSÉ HERRERA ALVARADO

VICERECTORA ACADÉMICA

MSc. BELINDA FLORES.

SECRETARIA GENERAL

ABG. ENMA VIRGINIA RIVERA

DIRECTORA DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA Y POSGRADOS

MSc. LETICIA SALOMÓN

DECANO DE FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DR. MARCO TULIO MEDINA

SECRETARIO DE FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DR. JORGE ALBERTO VALLE RECONCO

COORDINADOR GENERAL POSGRADOS DE MEDICINA FCM.

OCTAVIO RUBÉN SÁNCHEZ MIDENCE.

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

UNAH-VS

DIRECTORA

MSc. ISBELA ORELLANA RAMÍREZ

SUBDIRECTORA ACADÉMICO

MSc. ADA CANTARERO

SUBDIRECTOR VINCULACIÓN UNIVERSIDAD- SOCIEDAD

DR. FRANCISCO JAVIER SÁNCHEZ

SUBDIRECTOR DE DESARROLLO ESTUDIANTIL, CULTURA, ARTE Y DEPORTE

MSc. RAFAEL ENRIQUE MEJÍA

SECRETARIA

DRA. JESSICA PATRICIA SÁNCHEZ MEDINA

COORDINADORA DE POSGRADOS

MSc. ISBELA ORELLANA RAMÍREZ

DIRECTOR ESCUELA UNIVERSITARIA DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD

DR. JOSÉ RAÚL ARITA CHÁVEZ.

JEFE DEPARTAMENTO MEDICINA CLÍNICA INTEGRAL

DR. MARCO ANTONIO MOLINA SOTO.

COORDINADOR CARRERA DE MEDICINA

DR. JOSÉ PASTOR LAÍNEZ MACIS

COORDINADORA GENERAL INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA POSGRADOS DE MEDICINA. EUCS

DRA. TANIA SOLEDAD LICONA RIVERA

COORDINADOR POSGRADO DE GINECOOBSTETRICIA

DRA. FRESIA MARÍA ALVARADO GÁMEZ

AGRADECIMIENTO

A Dios por darme salud e iluminar cada uno de mis pasos

A mi Esposo, por su amor, paciencia, comprensión y apoyo incondicional durante el tiempo de mi formación profesional

A mi Madre por creer en mí, por su confianza, amor, y comprensión.

A mis Maestros que, con sus sabias experiencias y conocimientos supieron fortalecer mi formación profesional.

Al Dr. Marvin Rodríguez asesor de mi tesis, de manera muy especial, por su paciencia y orientaciones importantes, durante mi vida de residente y para que el desarrollo de este trabajo investigativo fuera posible.

DEDICATORIA

Este trabajo de investigación es dedicado, con mucho cariño, a mi Familia, quienes muy tempranamente inculcaron principios impulsándome a creer y luchar día a día para lograr mis ideales.

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I:EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	4
A.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
B. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:	6
C. JUSTIFICACION:	6
1. Conveniencia:.....	6
2. Relevancia:.....	7
3. Implicaciones Prácticas	7
4. Valor Teórico	8
5. Utilidad Metodológica	9
D.OBJETIVOS	10
1. Objetivo General.....	10
2. Objetivos Específicos	10
E. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.....	11
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	12
A. ADOLESCENCIA	12
1. Embarazo en la Adolescencia	14
2. Parto Natural	19
B. CESÁREA	21
1. Etimología y Reseña Histórica.....	21
2. La Operación Cesárea.....	26
3. Tipos de Cesárea	27
a. Cesárea electiva.....	27
b. Cesárea en curso de parto o de recurso	27

c. Cesárea urgente:	27
C. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA INTERRUPCION DEL EMBARAZO POR CESÁREA	28
1. Indicaciones.....	28
2. Categorías de la Cesárea:.....	33
D. TÉCNICA QUIRÚRGICA Y PREPARACIÓN DE LA PACIENTE:	34
1. Incisión de la pared Abdominal:	35
a.Laparotomía Infraumbilical media:.....	35
b.Incisiones Transversales:.....	36
1.b Incisión de Pfannenstiel:.....	36
2.b Incisión Maylard:.....	38
3.b Incisión Cherney:.....	40
4 b. La incisión abdominal de Joel-Cohen:.....	42
2.Incisión en útero:	43
a.Segmentaria Longitudinal de Krönig.....	44
b.Incisión segmentaria transversal de Kerr.....	45
c.Corporal o Clásica:	46
3.Medicación Postoperatoria:	47
E. COMPLICACIONES DE LA CESÁREA	48
1.Complicaciones Inmediatas:.....	49
2.Complicaciones Tardías.	50
3. Mortalidad Materna Post Cesárea:	52
4.Impacto de la Cesárea en el Futuro Obstétrico-Ginecológico.....	53
F. ADOLESCENCIA Y CESÁREA:.....	54
1. Pronostico.....	54

2. Situación Epidemiológica:.....	55
3. Embarazada con cesárea previa:	55
4. Medidas preventivas	56
G. VARIABLE EN ESTUDIO: ANÁLISIS SITUACIONAL	57
1. Origen etimológico	57
2. Definición	57
3. Dimensión enfoque epidemiológico	57
4. Dimensión enfoque clínico	64
5. Dimensión enfoque administrativo:.....	66
H. INVESTIGACIONES RELACIONADAS	67
1. Aspectos epidemiológicos del parto por cesárea	67
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	77
A.OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	77
B.ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN	80
C.DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	80
D.ALCANCE DE LA INVESTIGACIÓN.....	80
E.POBLACIÓN Y MUESTRA:	80
1.Población y universo.....	80
2.Unidad de Análisis:	81
3.Método de muestreo	81
4.Criterios de Inclusión	81
5. Criterios de exclusión	81
F. PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	82
1. Método de recolección de datos	82
2. Técnica de recolección de datos	82

3. Instrumento de recolección de datos	82
4. Validez	83
5. Confiabilidad	83
6. Procedimiento de aplicación del instrumento	84
G. PLAN DE ANALISIS	84
1. Procesamiento de los datos	84
2. Presentación de los datos	84
3. Análisis e interpretación de la información	85
CAPITULO IV. CONSIDERACIONES ÉTICAS	86
A. Principios éticos	86
B. Clasificación del riesgo de investigación.	86
CAPITULO V: RESULTADOS	87
DIMENSIÓN ENFOQUE EPIDEMIOLÓGICO	87
Tabla 4. Estado Civil	89
Tabla 8. Número de Embarazos	93
Tabla 9. Número de Partos	94
Tabla 10: Número de Abortos	95
Tabla 11. Número de Cesáreas	96
Tabla 12. Antecedentes Personales Patológicos	97
Tabla 14. Profesional que Realizo la Cesárea	99
Tabla 16. Jornada en que se Realizó la Cesárea	102
Tabla 18. Unidad de Salud donde Recibió Controles Prenatales	104
Tabla 20. Complicaciones de la Cesárea	107
Tabla 22. Peso del Recién Nacido	109
Tabla 23. APGAR del Recién Nacido al Quinto minuto	110

Tabla 25. Otro Diagnostico	112
Tabla 26. Tipo de Cirugía	113
Tabla 27. Incisión en Piel	114
Tabla 28: Días de Hospitalización	115
Tabla 31: Costo Humano.....	118
Tabla 32. Condición al Alta.....	119
CAPÍTULO VI: DISCUSION	120
CAPÍTULO VII: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	125
a. CONCLUSIONES	125
b. RECOMENDACIONES.....	126
CAPÍTULO VIII: REFERENCIAS	127
CAPÍTULO IX ANEXOS	151

INDICE DE TABLA

Tabla 1. Indicaciones más Frecuentes de Cesárea	29
Tabla 2. Operacionalización de Variables.....	77
Tabla 3. Edad de las Pacientes	88
Tabla 4. Estado Civil	89
Tabla 5. Nivel Educativo	90
Tabla 6. Ocupación.....	91
Tabla 7. Índice de Masa Corporal.....	92
Tabla 8. Número de Embarazos	93
Tabla 9. Número de Partos.....	94
Tabla 10: Número de Abortos.....	95
Tabla 11. Número de Cesáreas.....	96
Tabla 12. Antecedentes Personales Patológicos.....	97

Tabla 13. Profilaxis Preoperatoria.....	98
Tabla 14. Profesional que Realizo la Cesárea	99
Tabla 15. Tiempo que duro la Cirugía.....	101
Tabla 16. Jornada en que se Realizó la Cesárea	102
Tabla 17. Lugar de Residencia	103
Tabla 18. Unidad de Salud donde Recibió Controles Prenatales	104
Tabla 19. Indicación de Cesárea	105
Tabla 20. Complicaciones de la Cesárea	107
Tabla 21. Incisión en Piel.....	108
Tabla 22: Peso del Recién Nacido.....	109
Tabla 23: APGAR del Recién Nacido al quinto minuto	110
Tabla 24: Edad Gestacional.....	111
Tabla 25: Otro Diagnostico	112
Tabla 26: Tipo de Cirugía	113
Tabla 27: Incisión en Piel.....	114
Tabla 28: Días de Hospitalización	115
Tabla 29: Insumos Médicos:	116
Tabla 30: Instalaciones:	117
Tabla 31: Costo Humano	118
Tabla 32: Condición al Alta	119

ÍNDICE DE GRÁFICA

Gráfico # 1: Edad de las Pacientes.....	88
Gráfico # 2: Estado Civil	89
Gráfico # 3: Nivel Educativo.....	90
Gráfico # 4: Ocupación	91

Gráfico # 5: Clasificación Ponderal	92
Gráfico # 6: Número de Embarazos	93
Gráfico # 7: Número de Partos	94
Gráfico # 8: Número de Abortos	95
Gráfico # 9: Número de Cesáreas	96
Gráfico # 10: Antecedentes Personales Patológicos	97
Gráfico # 11: Profilaxis Preoperatoria	98
Gráfico # 12: Profesional que Realizo la Cesárea	99
Gráfico # 13: Tiempo que duro la Cirugía	101
Gráfico # 14: Jornada en que se Realizó la Cesárea	102
Gráfico # 15: Lugar de Residencia	103
Gráfico # 16: Unidad de Salud donde Recibió Controles Prenatales	104
Gráfico # 17: Indicación de Cesárea	106
Gráfico # 18: Complicación de la Cesárea	107
Gráfico # 19: Incisión en Piel	108
Gráfico # 20: Peso del Recién Nacido	109
Gráfico # 21: APGAR del Recién Nacido al Quinto minuto	110
Gráfico # 22: Edad Gestacional	111
Gráfico # 23: Otro Diagnostico	112
Gráfico # 24: Tipo de Cirugía	113
Gráfico # 25: Incisión en Piel	114
Gráfico # 26: Días de Hospitalización	115
Gráfico # 27: Condición al Alta	119

INDICE DE IMAGEN

Imagen #.1: Incisión de Pfannenstiel	37
Imagen #.2: La incisión de Maylard-Bardenheuer	40

Imagen #.3 Incisión Cherney.....	41
Imagen # 4: incisión uterina.....	44
Imagen # 5: Incisión Kerr	¡Error! Marcador no definido.

INTRODUCCIÓN

El embarazo en edades cada vez más tempranas constituye un grave problema de Salud Pública a nivel mundial, es un tema que demanda más educación y apoyo para alentar a las niñas a prorrogar la maternidad hasta que estén preparadas. Según el boletín de la OMS (OMS, 2009), se estima que 16 millones de niñas en edades comprendidas entre los 15 y 19 años dan a luz cada año, y un 95% de esos nacimientos se originan en países en desarrollo. Otro aspecto importante a tomar en consideración es que así como el embarazo en adolescente se ha incrementado, de igual manera ha ocurrido con la operación cesárea que si bien es cierto su implementación ha servido para resolver problemas en obstetricia, se ha hecho uso indiscriminado de la misma, aumentando día a día la tasa ideal de cesárea propuesta por la Organización Mundial de la Salud el índice ideal de cesárea es de 10-15%.

Un informe de ONU (2012) revela que la tasa de cesárea en América Latina era del 35% y que Honduras posee el segundo lugar en América Latina, de embarazo en adolescente, donde uno de cada 4 partos ocurre en menores de 19 años, terminando la gestación en cesárea en el 13.3% del total de nacimientos en la población general, sin disponer de estudios específicos en población adolescente.

El objetivo de esta investigación es realizar un análisis sobre la decisión de realizar atención de parto por cesárea en adolescentes que acuden al Hospital

Leonardo Martínez Valenzuela “de la ciudad de San Pedro Sula, será un estudio retrospectivo realizado en el periodo de Enero a Diciembre del año 2016.

Esta tesis se divide en IX Capítulos que se describen a continuación

El Capítulo I plantea el problema de investigación, detallando la situación actual sus características, relaciones, implicaciones y consecuencias se delimita el problema, se presentan los objetivos y se fundamenta la importancia de saber la situación de la operación cesárea en adolescente.

En el Capítulo II se desarrolla el marco teórico donde se hace revisión de literatura reciente dividida en 7 apartados, adolescencia, cesárea, factores que influyen en la interrupción del embarazo por cesárea, técnica quirúrgica y preparación de la paciente, complicaciones de la cesárea, adolescencia y cesárea y estudios relacionados

El Capítulo III presenta la metodología utilizada en esta investigación se operacionalizará la variable de estudio, se describe la muestra, se expone el instrumento utilizado para recolectar los datos se explica el procedimiento y el plan de análisis

Capítulo IV se señalan las consideraciones que se deben tomar en cuenta cuando se realiza una investigación con el fin de garantizar y proteger a los participantes del estudio, maximizando los beneficios y minimizando los riesgos.

Capítulo V da a conocer los resultados obtenidos de acuerdo con los objetivos de la investigación

Capítulo VI se discuten los resultados obtenidos comparándolos con el marco teórico y otras investigaciones relacionadas

Capítulo VII presenta las conclusiones y recomendaciones basadas en los objetivos formulados.

Capítulo VIII es un apartado dedicado a las referencias bibliográficas consultadas para la realización de esta tesis.

Capítulo IX se presenta como anexos el instrumento de trabajo que se utilizó para la recolección de los datos.

.

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

A. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La adolescencia es un período entre la niñez y la edad adulta, que cronológicamente se manifiesta por los distintos cambios puberales y que se caracteriza por múltiples transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas causantes de crisis, conflictos y contradicciones, pero básicamente positivos. No es simplemente un período de ajuste a los cambios corporales, sino una fase de magnas determinaciones orientadas a una mayor independencia psicológica y social.

El embarazo durante edades tempranas se ha transformado en una preocupación mundial, ya que cambia drásticamente la vida de miles de individuos y lastimosamente “rara vez para bien”, como lo expresa el Fondo de Población de Naciones Unidas, quienes luego de dar a conocer los resultados de diferentes estudios realizados a nivel mundial, sobre el embarazo en adolescentes reflejo cifras tan altas, que se creó el documento llamado “Maternidad en la niñez: que plantea el reto de enfrentar y frenar el embarazo en adolescentes”, haciendo un llamado a los Estados para que garanticen y combatan este flagelo que cada vez va en aumento. Si bien desde 1990 se ha registrado una considerable disminución, en las tasas de natalidad entre las adolescentes, alrededor de un 11% de todos los nacimientos en el mundo se producen en jóvenes de 15 a 19 años. La inmensa mayoría de esos

nacimientos (95%) se dan en países de ingresos bajos y medianos. Las más comprometidas por este drama en América Latina son las indígenas, afro descendientes, inmigrantes y las mujeres originarias de comunidades pobres, zonas rurales que no disponen de acceso a educación y salud. Otro aspecto importante a tomar en consideración es que así como el embarazo en adolescente se ha incrementado, de igual manera ha ocurrido con la operación cesárea que si bien es cierto su implementación ha servido para resolver problemas en obstetricia, se ha hecho uso indiscriminado de la misma, aumentando día a día la tasa ideal de cesárea propuesta por la Organización Panamericana de la Salud que debería caer en un 5 a 15%, y para la Organización Mundial de la Salud el índice ideal de cesárea es de 10-15%

Estudios realizados en América Latina revelan una tasa de cesáreas del 35 %, de acuerdo al Informe de La ONU 2012, Honduras posee el segundo lugar en América Latina, de embarazo en adolescente, donde uno de cada 4 partos ocurre en menores de 19 años, terminando la gestación en cesárea en el 13.3% del total de nacimientos en la población general, sin disponer de estudios específicos en población adolescente.

Las indicaciones para llevar a cabo una cesárea son variadas, pudiendo ser por causas maternas, fetales, ovulares o feto-maternas. Las condiciones y técnicas requeridas para su ejecución, deben ser adecuadas para reducir la morbimortalidad materna y fetal.

Por lo que constituye un desafío importante para la sociedad y en particular para los sistemas de salud, contribuir a que esta etapa se desarrolle exitosamente, tratando de brindar calidad de vida, cubrir sus necesidades de salud y bienestar, desarrollando un movimiento encaminado a la individualización de este grupo poblacional elaborando y ejecutando programas integrales de salud dirigidos a las adolescentes embarazadas.

B. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:

¿Cuál es la situación de la operación cesárea en adolescentes atendidas en sala de labor y parto del Hospital Dr. Leonardo Martínez Valenzuela, durante el período de Enero a Diciembre 2016?

C. JUSTIFICACION

1. Conveniencia

Los principios de la ética médica relacionados con la salud del adolescente cobran cada vez mayor interés, por lo que deben formar parte del saber y saber hacer de los profesionales de salud que están vinculados a esta actividad.

Es importante señalar que el embarazo durante la adolescencia es un tema de gran interés en todos los sectores de la sociedad, además de que motiva la realización de estudios, debates y campañas informativas encaminadas a prevenir sus efectos adversos. Todo ello es más que justificado si se toma en cuenta que la mayoría de ellas tiene entre 13 y 19 años de edad cuya

personalidad todavía está en formación, pero que inician su vida sexual tempranamente.

2. Relevancia:

Las consecuencias que se derivan de un embarazo de este tipo son muy numerosas, las complicaciones que se presentan, como mayor incidencia de abortos espontáneos o partos prematuros, ahora se habla abiertamente de que también hay muchas complicaciones sociales y psicológicas.

En la actualidad al menos una de cada diez mujeres tiene sus partos por vía abdominal, lo cual representa un aumento progresivo ocurrido en los últimos años, en especial en adolescentes embarazadas. Sin dudas, una explicación para este cambio en la tasa de cesáreas, es el incremento de la preocupación acerca de la seguridad fetal durante el trabajo de parto.

Además lo importante de la masificación en el uso adecuado del partograma, herramienta utilizada para controlar la progresión fisiológica del trabajo de parto evitando intervenciones innecesarias y dar una adecuada asesoría a la pareja gestante con el fin de aclarar todas las dudas que puedan presentarse de tal forma que la elección de la vía del parto no sea basada en una medicina a la defensiva sino en la medicina en pro del bienestar de la madre y el feto.

3. Implicaciones Prácticas:

La realización de un estudio que evalúe las indicaciones de cesárea en las adolescentes, la morbilidad y las consecuencias que potencialmente se generan en los siguientes embarazos es de vital importancia.

El impacto social y económico puede llevar a la toma de decisiones importantes para la salud pública en un país como el nuestro, al hacer una evaluación objetiva de los resultados a partir de la información existente en la literatura mundial, lo cual permitirá generar políticas de mejoramiento que involucren a los entes gubernamentales, pasando por las instituciones prestadoras de salud, los especialistas dedicados a la práctica privada y a las mismas gestantes, de tal forma que se tome conciencia de que la elección de la cesárea como vía de parto se debe hacer con todos los elementos de valor disponibles, minimizando los riesgos y optimizando el bienestar y la salud del binomio madre -hijo.

4. Valor Teórico:

Existen pocos datos regionales de la relación entre embarazo adolescente y uso de cesárea; por ello los objetivos de la presente investigación es analizar la frecuencia global de cesáreas, indicación de la misma y momento relacionado al parto (antes o durante el mismo) a fin de realizar un análisis sobre la atención del parto de la adolescente y que factores clínico patológicos inducen al profesional de salud del Hospital Dr. Leonardo Martínez Valenzuela a realizar dicho procedimiento.

5. Utilidad Metodológica:

Estas políticas de mejoramiento podrían estar sustentadas en la realización de protocolos y flujogramas basados en la mejor evidencia disponible; en la evaluación detallada de la población obstétrica, para intervenir a las gestantes en su primer embarazo y así promover el parto vaginal como vía del parto, y así, dejar de perpetuar la realización de este procedimiento en los siguientes embarazos. Con base a lo anteriormente formulado se pretende realizar una investigación que responda al ¿Análisis de situación de la operación cesárea en adolescentes? Investigación que se realizará en el Hospital Dr. Leonardo Martínez Valenzuela” durante el año 2016 (Enero a Diciembre.)

D.OBJETIVOS

1. Objetivo General:

Analizar la situación de la operación cesárea en las adolescentes atendidas en Sala de Labor y Parto del Hospital Dr. Leonardo Martínez Valenzuela, en el año 2016.

2. Objetivos Específicos:

- a. Estimar la prevalencia de periodo de embarazo en adolescente en el Hospital Dr. Leonardo Martínez Valenzuela.
- b. Estimar el índice de cesárea en adolescentes en el Hospital Dr. Leonardo Martínez Valenzuela.
- c. Describir el perfil epidemiológico de las adolescentes con cesárea atendidas en el Hospital Dr. Leonardo Martínez Valenzuela.
- d. Caracterizar el perfil clínico de las adolescentes con cesárea.
- e. Detallar los aspectos administrativos relacionados a la operación cesárea en adolescentes.

E. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

1. ¿Cuál es la prevalencia de embarazo en adolescente en el Hospital Dr. Leonardo Martínez Valenzuela?
2. ¿Cuál es el índice de cesárea en adolescentes en el Hospital Dr. Leonardo Martínez Valenzuela?
3. ¿Cuál es el perfil epidemiológico de las adolescentes con cesárea atendidas en el Hospital Dr. Leonardo Martínez?
4. ¿Cuál es el perfil clínico de las adolescentes con cesárea?
5. ¿Cuáles son los aspectos administrativos que implica la operación cesárea en adolescentes?

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

A. ADOLESCENCIA

1. Definición: La adolescencia es una fase en la vida del ser humano caracterizado por el desarrollo activo que inicia en la niñez y termina en la edad adulta, comprende una serie de transformaciones que involucran factores biológicos, psicológicos y económicos. Esta etapa prepara al ser humano mediante un proceso de cambios tanto intrínsecos como extrínsecos dentro de los que podemos citar la adecuación, conducta y mecanismos biopsicosociales hasta que se alcanzan los atributos del adulto.

La teoría del Ciclo de Erik Erickson, (Bordignon, 2005) refiere que el período comprendido entre los 13 a los 21 años se fundamenta básicamente en la búsqueda de identidad, que define al individuo para toda su vida adulta quedando completamente afianzada la personalidad a partir de los 21 años. No obstante, no puede generalizarse, ya que el final de la adolescencia depende del desarrollo psicológico, la edad exacta en que culmina no es homogénea y dependerá de cada individuo.

En (III Curso de la SEMA Salud Integral en la adolescencia, 2013) refieren que la adolescencia es un período de la vida con grandes cambios físicos, psíquicos y sociales, que convierten al niño o niña en individuo adulto y le facultan para la función reproductora. Los cambios físicos comprenden distintas variantes de normalidad, siendo necesario entender, conocer y reconocer todos estos

cambios para poder discriminar entre variaciones normales así como las anomalías que se presenten en este periodo de crecimiento y desarrollo

Un aspecto que continua llamando la atención es la discrepancia que perdura entre las edades que comprenden la adolescencia, algunas fuentes lo citan entre 10 y 19 años, diferente a las definiciones y consideraciones jurídicas en relación con la edad en que se considera que un individuo alcanza la adultez y abandona la etapa de adolescencia, adquiriendo capacidad legal entre otros, lo que plantea la necesidad que estos conceptos sean de conocimiento y aplicación para toda la sociedad y en particular en el área de salud con el objeto de facilitar las acciones en este grupo etario.

Respecto a la adolescente en la actualidad, se aprecia un alejamiento progresivo entre el desarrollo biológico del adolescente y la el tiempo en alcanzar la madurez psicosocial pues se observa claramente una disminución en la edad cronológica de las pacientes y el inicio del primer ciclo menstrual (menarquía) lo que les faculta ser madres a edades tan tempranas como los 11 años. La madurez psicosocial, por el contrario, se prolonga y suele darse en edades más avanzadas secundario al extenso proceso de preparación que demanda una adolescente para llegar a ser independiente.

Por tal consideración vemos que las adolescentes en edad cada vez más temprana experimentan el drama de representa la maternidad no deseada, el rechazo de la familia, la pareja y en general el desprecio o la indiferencia de una

sociedad, experimentando la maternidad de manera imprevista y sin preparación alguna, esta situación libera una sucesión de frustraciones, sociales y personales, ya que el embarazo es un evento sumamente particular que plantea múltiples desafíos sumado a ello en una etapa difícil como es la adolescencia.

1. Embarazo en la Adolescencia

El embarazo en la adolescencia se define como aquel embarazo que ocurre antes de completar el desarrollo somático.

Considerado además como un periodo de transición, en el cual las adolescentes constituyen un grupo muy heterogéneo de por sí, tanto si se consideran las distintas franjas de edad, momentos de desarrollo, experiencias, madurez afectiva y psicológica o sus condiciones de vida. El hecho de que la biología haga probable el embarazo en dicho período, no significa que el proceso madurativo ya haya finalizado. (III Curso de la SEMA Salud Integral en la adolescencia, 2013)

El embarazo en adolescentes es un tema que demanda más educación y apoyo para alentar a las niñas a prorrogar la maternidad hasta que estén preparadas. Según el boletín de la OMS (OMS, 2009), se estima que 16 millones de niñas en edades comprendidas entre los 15 y 19 años dan a luz cada año, y un 95% de esos nacimientos se originan en países en vías de desarrollo, según el estudio realizado por Rosen. Esto representa el 11% del

total de los nacimientos en el mundo. Sin embargo, estos promedios mundiales ocultan importantes diferencias regionales. Los partos en adolescentes como porcentaje del total de nacimientos varían en alrededor del 2% en China y el 18% en América Latina y el Caribe. En todo el mundo, 7 países representan por sí solos, la mitad del total de los partos en adolescentes: Bangladesh, Brasil, la República Democrática del Congo, Nigeria, Etiopía, la India, y Estados Unidos de América.

La Dra. Valentina Baltag, funcionaria en la OMS experta en el tema de salud en los adolescentes, refiere que se requiere mayor información para orientar a este grupo de edad con programas adecuados: "No conocemos en qué grado los adolescentes solicitan atención sanitaria y no tenemos datos detallados por edad." (OMS, 2009)

En el informe "The State of the World's Children 2011" se expresa: que resulta complejo definir a la adolescencia por diversas razones. Primero, porque las vivencias individuales en esta etapa son distintas, en relación con las modificaciones físicas maduración emocional y cognitiva, entre otras eventualidades. A la pubertad no es conveniente considerarla como la línea de demarcación o como límite entre la niñez y la adolescencia pues se suceden variaciones a diferentes edades en hembras y varones, incluso existen diferencias individuales en el mismo sexo. El segundo factor que dificulta la definición de adolescencia es la gran variación en relación con las leyes en

diferentes naciones relacionadas con la minoría y la mayoría de edad, incluyendo actividades como: contraer matrimonio, el comienzo del consumo de bebidas alcohólicas entre otras. El tercer factor se refiere a que no se respeta lo señalado legalmente para los niños, los adolescentes y los adultos y se permite que los primero realicen actividades que no les corresponden.

También existen diferentes clasificaciones de la adolescencia, la más utilizada la divide en: primera adolescencia, llamada también precoz o temprana de 10 a 14 años, y la segunda o tardía comprendida entre 15 y 19 años de edad (Santiesteban, 2014)

Considerando que, aunque los escenarios de los embarazos en adolescentes varían mucho, destacan algunos rasgos frecuentes: los cuerpos más jóvenes no están completamente desarrollados para pasar por el proceso del embarazo y el parto sin resultados adversos.

Las adolescentes embarazadas son apreciadas como un grupo de alto riesgo reproductivo, no sólo porque físicamente su cuerpo no ha completado el proceso normal de maduración y aún está en fase de formación sino, también, por la importancia social y psicológica que supone la gestación, no sólo afecta a la joven madre sino que tiene repercusiones en el padre adolescente, en sus hijos, en familiares así como en la sociedad en general, que se ve agobiada con este evento por lo que actualmente es considerado un serio problema de salud

pública, por causa de su desmesurado incremento, y porque suele darse con mayor frecuencia en la población más pobre y frágil de la sociedad

Las madres adolescentes se enfrentan a un mayor riesgo de presentar parto obstruido si se les compara con las mujeres mayores de veinte años. (Gazquez, 2008)

Sin una atención obstétrica apropiada y oportuna, esto puede conducir a la ruptura del útero, que conlleva un alto riesgo de muerte tanto para la madre como para el bebé. Para aquellas pacientes que sobreviven el trabajo de parto prolongado, pueden cursar posteriormente con una fístula, que es la comunicación entre la vagina y la vejiga o el recto, que provoca escape de orina o heces. (Cervallo, 2010)

En Etiopía y Nigeria, más del 25% de las pacientes con fístula habían estado embarazadas antes de los 15 años y más del 50% antes de los 18 años. Aunque el problema logra corregirse con cirugía, el tratamiento no está ampliamente disponible en la mayoría de los países donde se ocasiona esta lesión y millones de mujeres deben resignarse a sufrir una afección que produce incontinencia, malos olores y otros efectos secundarios como ser problemas psicológicos como baja autoestima, depresión y aislamiento social.

La pobreza influye en la probabilidad que poseen las jóvenes de quedar embarazadas y si es así, ingresan en un círculo vicioso, ya que la maternidad

precoz suele comprometer de forma negativa sus resultados académicos y su potencial económico.

Actualmente en el Reino Unido la educación sexual no es obligatoria en las escuelas, y algunas escuelas de inspiración religiosa no imparten esa educación, por lo que, la cobertura es irregular, dice Bryant. Se supone que esto cambiará después que el Gobierno anunciara a finales de abril sus intenciones de hacer obligatoria la educación sobre sexo y las relaciones en la escuela primaria y secundaria a partir de 2011. (III Curso de la SEMA Salud Integral en la adolescencia, 2013)

El informe del Observatorio de la Violencia de Casa Alianza refleja que gran parte de esos embarazos ocurren como consecuencia de agresión sexual por parte de padres, padrastros, amigos y familiares cercanos a estas jóvenes. Según la Fiscalía de la Niñez, al menos un 50 por ciento de los embarazos son producto de violación.

El documento indica que es alarmante el incremento de embarazo en las jóvenes viéndose influenciado por múltiples factores como ser: la falta de educación, inestabilidad familiar, que los motiva a la aceptación de relaciones sexuales a edades cada vez más precoces así como a la falta de educación suficiente y adecuada sobre el comportamiento sexual responsable en una sociedad que a pesar del paso de los años continua viendo el tema de la sexualidad como un tabú.

El informe señala que la madre adolescente se expone a ser víctima de anemia, a contraer enfermedades de transmisión sexual, y mayor riesgo de ser sometida a una cesárea para dar a luz, también se exponen a complicaciones de la salud de estos productos, pues el cuerpo de las madres no tiene aún las condiciones óptimas para la concepción. Otro aspecto que aqueja a las adolescentes es la falta de educación por parte de los padres, así como el empleo temprano de alcohol o drogas.

No se puede dejar de señalar que estas causas y riesgos existen en todos los ámbitos sociales, pero las probabilidades son mayores para una adolescente de bajo estrato social que para una con mejor situación económica y padres profesionales (Mejía, 2016)

2. Parto Natural

Definición: En el latín es donde se halla el origen etimológico del término parto. En concreto, deriva de “partus”, que es participio del verbo “parere”, que puede traducirse como “parir”. La noción de parto se emplea para designar al proceso y al resultado de parir (dar a luz). El parto, por lo tanto, marca el fin de un embarazo, y el nacimiento de la criatura que se generaba en el útero de su madre. Podría decirse que el parto supone el inicio de la vida de un individuo. A partir del nacimiento, después de todo, desde allí se comienzan a contar cronológicamente los años que vive un individuo (la fecha del parto), según la

concepción filosófica o religiosa que se considere, pero en general se debe recordar que la vida inicia mucho antes del parto.

En el caso de los seres humanos, cuando el parto se desarrolla de forma natural, el proceso inicia a partir de contracciones y dilatación del cuello uterino. Produciendo como consecuencia un descenso que culmina hasta ser alumbrado, cuando emerge del cuerpo de su madre a través de la vagina (Osuna, 2007)

El parto normal es un proceso fisiológico con el cual la mujer culmina su gestación a y de acuerdo a la edad gestacional al momento del parto se considera embarazo pretérmino < 37 semanas y de término aquel que está comprendido (entre las 37 y las 42 semanas). Su inicio es espontáneo, progresa y finaliza sin complicaciones, culminando con el alumbramiento de un recién nacido sano sin requerir más intervención que el apoyo integral y respetuoso del personal que este atendiendo el parto luego de dar a luz, tanto la madre como su recién nacido se encuentran en buenas condiciones.

El progreso del parto está influido no sólo por factores biológicos individuales de cada paciente y su feto, sino también por factores psicológicos, culturales y ambientales. En la mayoría de los casos mujeres sin ninguna patología de base, con la atención y apoyo adecuados con procedimientos médicos menores logran dar a luz sin poner en riesgo su seguridad ni la de sus bebés. Para ello es importante que ellas logren tener confianza en sus posibilidades de afrontar

el parto y que las matronas y obstetras favorezcan en la medida de lo posible la mejor evolución de este proceso fisiológico.

Otra posibilidad es que el parto se origine de manera inducida, ya sea con la administración de fármacos para favorecer la dinámica uterina así como los utilizados para mejorar las condiciones cervicales o también a través de una intervención quirúrgica realizando una incisión en la región abdominal de la madre. En este caso, el parto adopta el nombre de cesárea y permite minimizar posibles inconvenientes o complicaciones de salud para la madre o para el feto. (Vitoria-Gasteiz, 2010)

B. CESÁREA

1. Etimología y Reseña Histórica:

La cesárea es el procedimiento que permite el nacimiento del feto a través de la pared abdominal (laparotomía) y del útero (histerotomía), cuando este se dificulta por vía vaginal. Etimológicamente, deriva del latín *secare*, que significa cortar. Anteriormente se consideraba una intervención aterradora porque producía altas tasas de morbilidad materno-fetal, mismas que han disminuido con la utilización de antibióticos, mejores técnicas quirúrgicas, anestesia-analgésica y generación de bancos de sangre, por lo que es considerada una cirugía útil y muy apreciada. De esta manera se ha propiciado su abuso y estadísticamente es considerada la cirugía mayor más practicada en la actualidad.

En la Roma Imperial los recién nacidos por esa vía, eran llamados caesares, pero el verdadero origen de su nombre ha sido centro de múltiples y discutibles versiones. La más popular se desgaja del nacimiento de Julio César, quien según Plinio el Viejo, vino al mundo y fue nombrado así debido al útero escindido de su madre, caesus, que significa cortado. La mayoría de los autores consideran que el verdadero creador del nombre operación de cesárea fue el médico francés Francois Rousset (1530-1603) donde se aconseja por primera vez su práctica como procedimiento médico quirúrgico en una mujer viva planteando que el útero no debe ser suturado, lo que fue aprobado como verdad indiscutible Otro probable origen deriva de las leyes de Roma entre 672 y 715 a.C que imponía la extracción abdominal post mortem con el fin de extraer al feto: Ya que “La Lex Regia prohíbe enterrar a una mujer embarazada que haya fallecido sin previamente extraer de su vientre el fruto mediante escisión de la pared abdominal obteniendo en algunos casos un producto vivo por lo que. la iglesia se pronunció reiteradamente a favor a través de los concilios de Colonia (Gerardo Jesús Martínez-Salazar, 2015).

La historia científica y registrable de los primeros indicios de la práctica de cesárea en una paciente viva corresponde a la realizada por Nufer en 1500 quien empleó una navaja de rasurar y el niño nació vivo. Posteriormente la madre logro tener 5 hijos más vía vaginal, lo que pudiera señalarse como uno de los primeros partos vaginales después de cesárea, aspecto que en la

actualidad cobra vigencia y relevancia teniendo defensores y opositores. de dicha práctica En 1582, Rousset publica un libro en el que por primera vez se apoya el uso de la operación en mujeres vivas. Paré (1510-1590) tuvo una opinión opuesta a Rousset y no aceptaba la realización de la operación en mujeres vivas. Él observó 2 operaciones en las cuales las madres fallecieron y solo una la paciente logró sobrevivir. Escipio Mercurio, cirujano del siglo xvi, comentó acerca del uso de esta operación cuando no se lograba un posible parto normal. En el año 1610 en Alemania, se practicó una cesárea en una paciente viva en presencia de 2 parteras sin embargo la mujer murió a los 25 días, secundario a un cuadro séptico. Algunos señalan este hecho como el primer documento indiscutiblemente genuino sobre la cesárea en una paciente viva.

Durante esta época se contaba con anestesia; la incisión solía realizarse en el abdomen por fuera de los músculos rectos se acostumbraba hacer una incisión longitudinal en el útero el recién nacido se extraía por el costado de la madre. Posteriormente el útero se dejaba abierto y la incisión abdominal se aproximaba usando unos cuantos puntos rústicos y un empasto pegajoso además en ese momento se aconsejaba la administración una infusión de hierbas y se colocaba una cánula pudieran drenar los loquios hacia la vagina, dado que la fuente causal de muerte era la infección. Y Se suponía que el tránsito de los

loquios hacia la cavidad abdominal era el factor responsable de la sepsis (Botell, 2001)

De la Mote, describió en 1721 el primer caso de endometriosis laparotómica posterior a una cesárea posteriormente en 1742, Ould en el "Tratise of Midwifery", señaló que la cesárea era un procedimiento repugnante, no sólo para las reglas, teorías y prácticas de ese momento, sino también para la humanidad. Otros científicos con posturas más flexibles como Burton y William Smellie, quienes apoyaban el procedimiento en ciertos casos y con recomendaciones precisas.

1769 Lebas, un cirujano francés, fue el primero en cerrar la histerotomía, razón por lo que fue muy criticado

En Inglaterra en 1799, Barlow fue el primer médico en realizar la operación con supervivencia materna. No se registró otro caso favorable en ese país hasta el año 1834.

Después de este momento la cesárea registra avances en su técnica operatoria; unos proponen la incisión transversal, otros la longitudinal la implementación de sutura uterina, entra esta operación en una nueva era de progreso. Luego adquiere relevancia un período en la historia de la cesárea, donde ya se toma conciencia de los principios de muerte en esta operación y de las técnicas que corresponden realizar para mejorar esta práctica, señalando que es a partir de 1876 donde se hace especial énfasis en la infección como

primera causa de muerte, aspecto destacado por Cavallini a partir de 1868. Autores como Porro, Müller, Taylor y otros, hacen innovaciones en ese sentido. Bichot en 1870 introduce la histerectomía abdominal total. y en 1882 se incorpora la sutura de la pared uterina con puntos separados en 2 planos paralelos. En 1912, Kröing en Alemania, postula la incisión vertical uterina, pero ya señala sobre la ventaja de practicarla en el segmento inferior, hasta que en 1926 Kehr plasma su clásica incisión segmentaria transversal que se practica en la actualidad.

La preparación preoperatoria fue otro avance en este procedimiento quirúrgico, aspecto que sigue siendo modificado de numerosas formas en la actualidad (Botell, 2001)

Es así que la Operación cesárea es la técnica con la cual se procuró solucionar uno de los problemas más conmovedores que representaban las distocias en el parto y sus complicaciones, y dicho practica demoro casi dos milenios en lograrse a plenitud su dominio.

Sus raíces son tan distantes que nos han llegado impregnadas en la mitología y en la leyenda, fusionadas a grandes personajes en la historia y sobre ella, por el inmenso contenido ético de su práctica en la mujer muerta, intervinieron como en ninguna otra técnica quirúrgica las regulaciones tanto jurídicas como religiosas durante siglos. (Pino, 20015)

Los historiadores médicos sostienen que la evolución de la operación cesárea en la embarazada viva forma uno de los capítulos más dramáticos en la historia de la medicina.

2. La Operación Cesárea:

La cesárea es el procedimiento quirúrgico que se efectúa con el fin de obtener el nacimiento de un feto, usualmente vivo, a través de una incisión en el hipogastrio para lograr acceder al útero. La cesárea tiene un principio incierto y anecdótico que se remonta al año 1.500 d.C. Anteriormente la mortalidad asociada al procedimiento fue de casi el 100%. Con el advenimiento de la era antibiótica así como la evolución de las técnicas y materiales quirúrgicos han hecho de este procedimiento obstétrico una de las cirugías más ejecutadas alrededor del mundo. Su implementación ha permitido optimizar el pronóstico de patologías que antes simbolizaban una causa significativa de morbimortalidad materna y perinatal tales como hemorragias del tercer trimestre, distocias, bajo peso al nacer y la preeclampsia, entre otras entidades obstétricas. La proporción de cesáreas se ha incrementado sustancialmente en los últimos años en los distintos centros hospitalarios por elementos como reducción en la paridad (aumento de nulíparas), postergación de la maternidad (aumento de primigestas añosas), el uso de pruebas de vigilancia del bienestar fetal, alto riesgo médico-legal y factores socioeconómicos y culturales como el

estrato y la preferencia social, el prototipo de hospital y de aseguramiento. (Jorge Andrés Rubio Romero, 2013)

3. Tipos de Cesárea:

El parto por cesárea es una técnica que consiste en la incisión quirúrgica del abdomen y el útero de la madre para extraer uno o más fetos y de acuerdo a la urgencia en que se realice la cesárea puede ser:

a. Cesárea electiva:

Es aquella que se realiza en gestantes con patología materna o fetal que contraindica o desaconseja un parto por vía vaginal: es una intervención programada.

b. Cesárea en curso de parto o de recurso:

Esta se indica y realiza durante el curso del parto por diferentes problemas, habitualmente por distocias, incluyendo desproporción cefalopelvica, distocia de dilatación o descenso y parto estacionado, así como inducción fallida. Recalcando que no existe riesgo apremiante para la madre ni para el feto.

c. Cesárea urgente:

Es aquella que se ejecuta por consecuencia de una patología aguda grave de la madre o del feto, constituyendo un riesgo vital materno-fetal o que compromete el pronóstico neurológico fetal, lo que hace recomendable la interrupción del embarazo rápidamente (C. Ros, 2012)

C. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA INTERRUPCION DEL EMBARAZO POR CESÁREA

1. Indicaciones

La OMS aconseja que la tasa ideal de cesáreas no exceda el 10% en las instituciones de segundo nivel y del 15% en los de tercer nivel, en relación con el número total de nacimientos, algunos autores consideran que no debería existir tal tasa, justificando que la realización de una cesárea este determinada por una decisión clínica basada en valores y condiciones individuales, más que en un valor estadístico. (Jorge Andres Rubio Romero, 2014) Sin dejar de reconocer que gran parte del éxito de esta intervención quirúrgica radica de una indicación adecuada, ya que si bien es cierto la cesárea es un procedimiento quirúrgico rutinario no está exentó de complicaciones, y por ende de las implicaciones médico-legales que implica su realización obligando a justifique car que es mayor el beneficio que los riesgos que conlleva la ejecución de tal procedimiento para el binomio madre-feto. Las indicaciones de la operación cesárea hacen referencia a las situaciones clínicas en las cuales el pronóstico materno-fetal se mejora con su realización. Algunas de ellas resultan evidentes como ser: feto en situación transversa, pero existen otras que actualmente son motivo de controversia (como la de cesárea anterior).

En general pueden clasificarse en condiciones maternas, fetales y ovulares según el origen de cada indicación, en absolutas y relativas si existe criterio

consolidado con respecto a la conveniencia de la cesárea o si por el contrario, podrían existir otras conductas alternativas, a continuación se resumen las indicaciones más frecuentes de cesárea se resumen en (La Tabla 1).

Tabla 1. Indicaciones más Frecuentes de Cesárea

Maternas		Fetales	
Absolutas	Relativas	Absolutas	Relativas
Desproporción cefalopelvica	Distocia dinámica refractaria	DCP	Presentación de cara variedades posteriores persistentes
Cirugía ginecológica previa uretrocistopexia, miomectomía	Cesárea segmentaria previa no complicada	Situación transversa	Detención secundaria de dilatación y descenso
Mioma o tumor obstructivo	preeclampsia severa	Anomalías fetales (meningocele, hidrocefalia)	Estado fetal insatisfactorio
Fibrosis cervical	Infección materna por virus de inmunodeficiencia humana.	Onfalocele gastroquisis	Restricción de crecimiento intrauterino
Herpes genital activo			Peso fetal <1500gr
Virus del papiloma humano que obstruyen canal de parto			Peso fetal >4000g
Inducción fallida			Gestación múltiple.
Cesárea clásica corporal previa			
Cesárea iterativa			
Síndrome de Marfan			
Carcinoma de cérvix avanzado		Absolutas	Relativas
Aneurismas o malformación	Causas ovulares	Placenta previa oclusiva	Abruptio Placentae con feto vivo.

arteriovenosa cerebral Malformación de la pelvis ósea.		Prolapso de cordón	Placenta previa no oclusiva sangrante.
---	--	--------------------	--

(Perez, 2017)

Existe también la realización de cesárea por solicitud materna (cesárea por complacencia) en Estados Unidos se presume que esta indicación representa del 4-18% de todas las cesáreas, en Escocia 7.7% y 26.8% en Australia, con distintos grados de aceptación dentro del personal médico. Se realizó un estudio entre los obstetras Norteamericanos durante el 2001 Y 2002 para determinar el grado de aceptación de tal indicación y esta fue de 46%, en el 2006 este porcentaje se incrementó señalando que 20% obstetras de la ACOG realizarían este procedimiento a sus esposas y un 53% reconocieron haber realizado la cesárea por la misma causa una o dos veces al mes. (Perez, 2017)

Constituyendo en la actualidad una causa significativa de cesárea. La valoración de la frecuencia de esta "indicación" es incontable debido a las distintas definiciones empleadas así como el uso de diversos códigos de diagnóstico empleados por los obstetras. Se ha considerado que actualmente la

cesárea por pedido materno puede oscilar alrededor de un 4% - 18% de las indicaciones de ésta. Existiendo múltiples criterios opiniones éticos con respecto a dicha conducta, observando que los obstetras recientemente egresados tienen mayor aceptación hacia esa "indicación "(Jorge Andrés Rubio Romero, 2013)

Globalmente las principales indicaciones para la realización de cesárea son:

1. Fracaso en el transcurso del parto que puede corresponder a (inducción fallida o por parto estacionado). Entendiendo por inducción fallida a aquella paciente que después de 12 horas de presentar dinámica uterina adecuada (contracciones regulares cada 2-3 minutos, de 40-90 segundos de duración e intensidad de 50-70mmHg) y a pesar de esto el cérvix no se ha logrado borrar. Y parto estacionado cuando no se ha producido avance en la dilatación y el descenso del producto durante un período de 4 horas a pesar de presentar adecuada actividad uterina.
2. Estado fetal no tranquilizador (patrón biofísico no tranquilizador, alteraciones en el monitoreo cardiotocográfico, doppler fetal anormal, microtoma de sangre fetal con un pH fetal <7.20).
3. Cicatriz previa en útero, en estas situaciones se programa la cesárea al cumplir 39 semanas de gestación, dentro de estas intervenciones en útero podemos citar: Plastia uterina previa, miomectomía previa en la cual se apertura

la cavidad, en los casos en que posterior a la intervención se presente algún tipo de complicación

Pacientes con cesárea iterativa (≥ 2 cesáreas previas) teniendo en cuenta además los protocolos existentes en cada institución hospitalaria, pudiendo estar indicada la realización de una nueva cesárea en las pacientes con antecedente de una cesárea previa si se cumplen una o más de las siguientes situaciones:

Endometritis en cesárea previa

Cesárea previa por desproporción cefalopelvica (motivo pelviano)

Desgarros o prolongación corporal (incisión segmento-corpórea) en histerotomía previa.

Anomalía uterina.

Sospecha de macrosomía fetal.

Presentación diferente al de vértice.

Embarazo múltiple. (Maroto, 2013)

El Instituto Nacional de Excelencia Clínica (NICE) del Servicio Nacional de Salud del Reino Unido publicó en Abril del 2004; guías para la operación cesárea, teniendo como objetivo primordial resaltar los aspectos que pudieran tener implicaciones para los anestesiólogos y de acuerdo a ello poder diferenciar entre una verdadera emergencia donde se ve amenazada la vida de la madre, o la del feto, de aquellas donde o existe dicha amenaza de forma

inminente, siendo clasificada en 4 categorías cada una de ellas basada en el bienestar del producto.

2. Categorías de la Cesárea:

Categoría I.

Situaciones que amenazan de forma inmediata la vida de la mujer o el feto. Por ende se debe realizar cesárea dentro de estas situaciones se encuentra la bradicardia fetal severa, ruptura uterina, prolapso de cordón, y pH fetal menor de 7.2.

Categoría II.

Donde exista compromiso materno o fetal que no constituye una amenaza inminente para la vida. Señalando que hay un cierto grado de urgencia para la finalización del embarazo a fin de evitar un mayor compromiso futuro de los contextos ya sea de la madre o del feto, como pacientes con hemorragia previa al parto, la falta en el progreso durante el trabajo de parto con compromiso materno o fetal.

Categoría III.

En esta categoría no hay compromiso materno o fetal, pero se requiere interrumpir el embarazo. (Ruptura prematura de membranas y pacientes con cesárea programada que se presentan en trabajo de parto)

Categoría IV.

Interrupción del embarazo que ha sido programada, adaptándose a la paciente y al personal.(Cesárea electiva).

En el caso de paciente a quien se le realizara cesárea urgente o emergente el tiempo entre el diagnóstico y el inicio de la intervención no debería ser superior a los 15 minutos (Salazar, 2013)

D. TÉCNICA QUIRÚRGICA Y PREPARACIÓN DE LA PACIENTE:

Preliminarmente se deberá administrar profilaxis antibiótica con una cefalosporina de primera generación administrada una hora antes de la intervención quirúrgica, siendo la Cefazolina el antibiótico de primera línea, administrando a dosis de 2gr intravenoso. En el caso que existiera alergia a los Betalactámicos se aconseja el uso de Clindamicina 900mg + gentamicina 160mg iv.

Además se realizará una cateterización vesical previamente, con la eliminación del vello púbico del área sobre la cual se realizara la incisión quirúrgica. Utilizando un antiséptico generalmente (clorhexidina al 0.5%) en el área a incidir. No se aconseja el empleo de preparados con yodo, para evitar problemas tiroideos fetales.

Se recomienda que el útero quede desplazado hacia la derecha, la paciente deberá quedar inclinada, de manera que se evite el efecto poseiro secundario a la compresión de la vena cava (Maroto, 2013)

1. Incisión de la pared Abdominal:

En la operación cesárea se pueden realizar diferentes tipos de incisión cutánea dependiendo de las circunstancias clínicas de cada paciente, estas incluyen Incisiones verticales y transversales las primeras se utilizan y se prefieren por permitir mayor y mejor acceso al campo quirúrgico así como la posibilidad de ampliar hacia arriba cuando se presenten complicaciones y se requiere explorar la cavidad abdominal. Se ha referido que mediante el empleo de estas incisiones se incurre a un menor daño de tejido vascular y nervioso.

a. Laparotomía Infraumbilical media:

Se realiza una incisión con bisturí disecando por planos piel y tejido adiposo hasta llegar a fascia. El límite superior se ubica dos traveses de dedo por debajo de cicatriz umbilical y el límite inferior a dos traveses de dedo sobre la sínfisis del pubis. Dentro de las principales ventajas que ofrece este abordaje es menor sangrado, permite un abordaje más rápido a la cavidad abdomino-pélvica, la exposición es excelente, con menor grado de injuria a estructuras nerviosas. Por otro lado podemos mencionar como desventaja que son más frecuentes las dehiscencias, eventraciones, particularmente en el área por debajo de la línea arqueada. La dehiscencia de herida abdominal constituye uno de los problemas posoperatorios más graves y frecuentes que se presentan en la cirugía ginecológica. La evisceración acontece con una frecuencia de va desde 0.3 al 0.7%, en las pacientes ginecológicas asociándose con una

mortalidad que según diferentes publicaciones oscila alrededor del el 10% y 35%. La incisión mediana es la incisión ginecológica más simple ya que el área aponeurótica es fundamentalmente avascular y los músculos rectos suelen quedar separados entre sí en multíparas. Si a la paciente se le ha practicado previamente una incisión mediana, el cirujano debe incidir el peritoneo más arriba en relación a la primera incisión para evitar de esta forma lesionar el intestino que pudiera estar adherido. (Martha Patricia Torres, 2008)

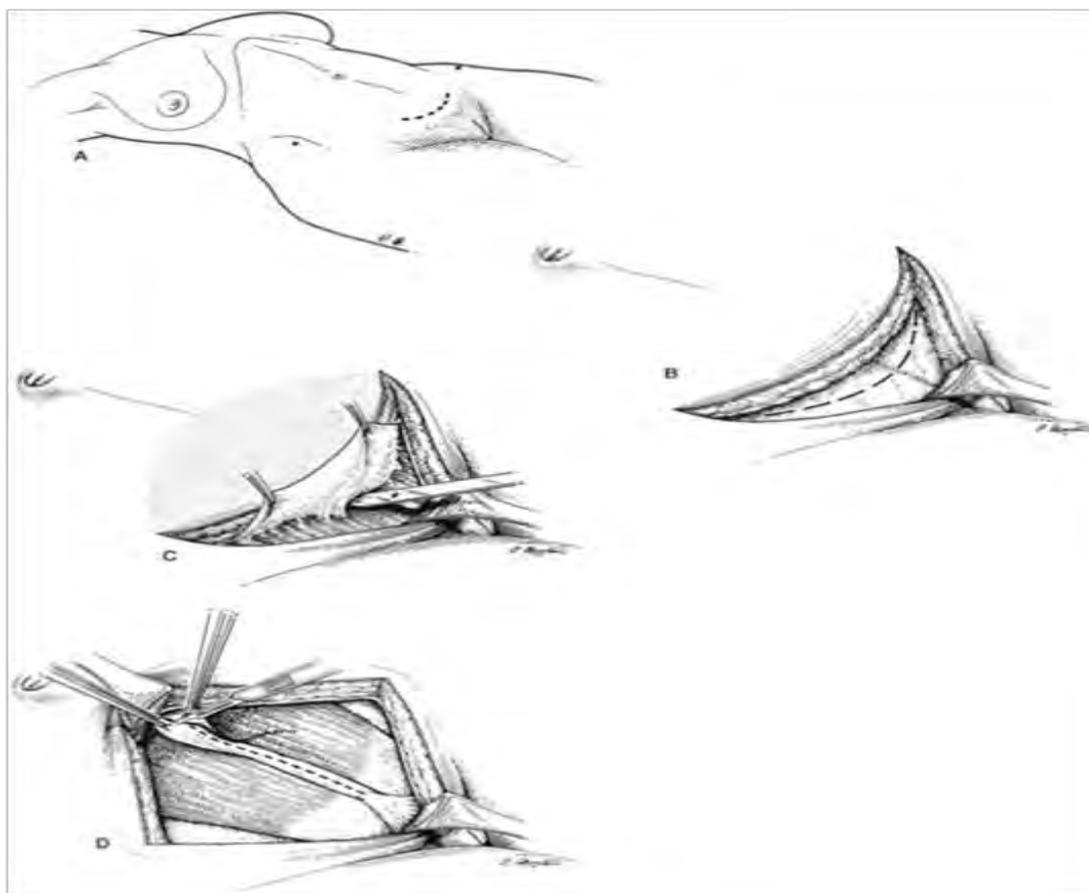
b. Incisiones Transversales:

En este tipo de incisión se siguen las líneas naturales de tensión de la piel (líneas de Langer) con el objetivo de brindan un mejor efecto estético, ya que se ejerce menor tensión en los bordes cutáneos, proporcionando un mejor cierre de la pared abdominal, como menor tasa de dolor en el postoperatorio.

i. Incisión de Pfannenstiel:

Clásicamente, la incisión transversal realizada a dos dedos por encima de la sínfisis del pubis. Permitiendo un abordaje quirúrgico pélvico, aquí la piel se puede abrir usando una incisión transversa baja con una longitud de 15cm que se curva suavemente hacia arriba (la incisión en "sonrisa"), situada en un pliegue natural de la piel con resultados estéticos superiores en comparación con incisiones longitudinales abdominales. (Maroto, 2013)

Imagen #. 1 Incisión de Pfannenstiel



(Matoro, 2013)

A. Incisión elíptica y se ubica justo por encima de la sínfisis púbica. B. La piel, el tejido celular subcutáneo y la aponeurosis son incididos en sentido transversal. C. se separa la aponeurosis del musculo recto hacia arriba, abajo y afuera. D. se seccionan los músculos rectos y se incide el peritoneo en la línea media.

(Maroto, 2013)

ii. Incisión Maylard:

Es una auténtica incisión transversal con sección muscular, donde se inciden todos los planos de la pared abdominal inferior de forma transversal. Incisión descrita por primera vez durante el año 1907 por Ernest Maylard esta técnica brinda una excelente exposición de la pelvis, siendo empleada por numerosos cirujanos para realizar intervenciones pélvicas radicales, como la histerectomía radical con linfadenectomía y exenteración pélvica. Pudiendo ser candidatas a ésta incisión estética las pacientes jóvenes que presenten masas anexiales cuyas características hagan sospechar que se trate de un proceso de malignidad.

La incisión de Maylard-Bardenheuer

Este tipo de incisión sufrió varias modificaciones en relación a su origen o descripción inicial. Previa incisión cutánea se deben trazar de tres a cuatro marcas perpendiculares usando un marcador estéril sobre el área que se va a incidir. Se realiza a una distancia que oscila entre 3 y 8 cm por encima de la sínfisis del pubis.

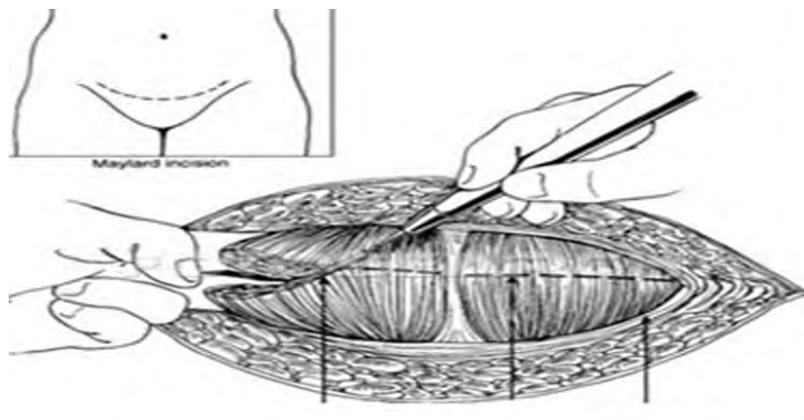
La aponeurosis se incide en sentido transversal sin hacer desinserción del músculo subyacente. Posteriormente de la incisión aponeurótica transversal, se localizan los vasos epigástricos inferiores fuera de los bordes de los músculos rectos abdominales y sobre la porción postero externa de cada músculo.

Los vasos sanguíneos se separan de sus inserciones disecando digitalmente de manera delicada ligando antes de incidir los músculos rectos, con el objetivo de evitar desgarro y retracción de los vasos y por consiguiente la formación de hematomas.

El cirujano con sus dedos separa el músculo recto del peritoneo localizado por detrás y los músculos son seccionados con el electrobisturí. Para una mejor aproximación de los músculos durante el cierre, se sutura el músculo subyacente a la aponeurosis y para esto se utiliza un punto en "U" con sutura de reabsorción tardía 2 0, dejando los nudos en el área anterior de la aponeurosis.

El cierre de la aponeurosis es equivalente a la técnica continúa usada en las otras incisiones transversales. Los músculos no requieren re aproximarse con puntos separados, aunque unos cirujanos eligen cerrar el peritoneo parietal usando la sutura continua de ácido poliglicólico. Se sugiere colocar un drenaje subaponeurótico si no se corrobora hemostasia. (Martha Patricia Torres, 2008)

Imagen #. 2: La incisión de Maylard-Bardenheuer



(Martha Patricia Torres, 2008)

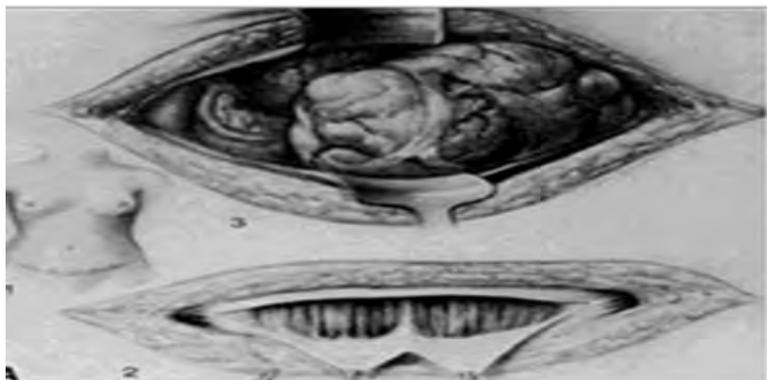
iii. Incisión Cherney:

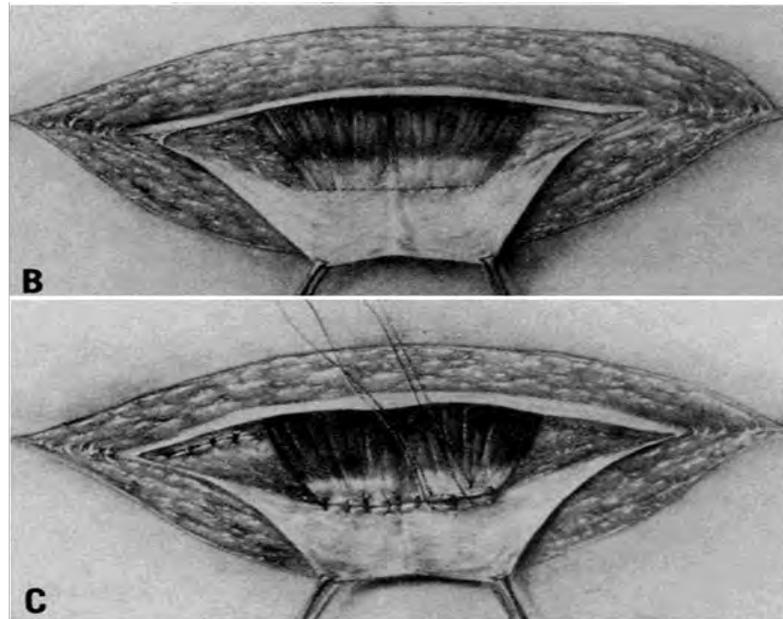
Incisión transversa curvilínea de la piel, que se inicia a 1 cm por dentro y por debajo de la espina iliaca antero superior, cruzando la línea media sobre la línea del vello púbico y finaliza en el lado opuesto de forma simétrica. La incisión del tejido subcutáneo se continúa hasta la exponer la vaina de los rectos abriendo la vaina anterior a cada lado de la línea alba, a 3 centímetros sobre el pubis, abriendo lateralmente la vaina, separando el tendón conjunto del oblicuo mayor y menor con sus fibras que corren paralelas a la sección. En ciertos casos se exponen además las fibras musculares de los oblicuos. Se ligan y seccionan las arterias epigástricas inferiores, luego se toma el borde inferior de la vaina anterior del recto con las pinzas desprendiendo del músculo, hasta llegar al pubis exponiendo su porción tendinosa. Se seccionan los

músculos piramidales y el tendón de los rectos inmediatamente encima del pubis. El peritoneo ya expuesto se abre y se corrobora la altura de la vejiga, incidiendo transversalmente a 1 cm sobre la línea de reflexión de ésta con la pared, exponiendo el segmento uterino y luego se realiza la histerotomía convencional.

El cierre de la pared se realiza por planos, los músculos piramidales permanecen libres, los tendones terminales de los rectos se reparan colocando puntos en "U" en la porción tendinosa del pubis. La aponeurosis de los músculos oblicuos así como la vaina anterior de los rectos se cierra en un plano. El tejido celular subcutáneo y la piel se suturan de la forma convencional. (Harald Riesle P, 2006)

Imagen #. 3 Incisión Cherney





(Harald Riesle P, 2006)

iv. La incisión abdominal de Joel-Cohen:

Esta es una incisión transversal a través de la piel a 3 cm por debajo del nivel de las espinas ilíacas superiores esta incisión es más elevada que la incisión tipo Pfannenstiel. Abriendo a 3 cm en el centro del tejido celular subcutáneo, luego se realiza una incisión en la fascia en forma transversal sobre la línea media y posteriormente se extiende lateralmente con disección roma usando los dedos con el objetivo de separar los músculos rectos y abrir el peritoneo. Las capas de la pared abdominal se estiran por completo de forma manual para lograr extender la incisión de la pared. Se exponen las principales ventajas que aporta el uso de esta técnica en comparación con la de Pfannenstiel tenemos:

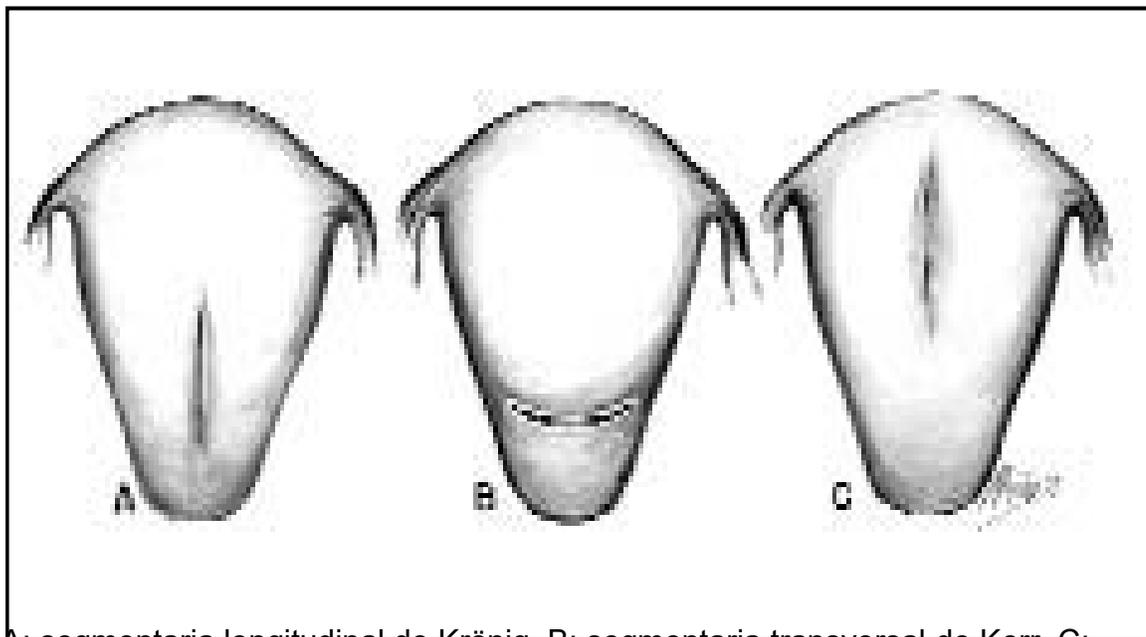
menor frecuencia de casos febriles, menor dolor y por lo tanto menor requerimiento de analgésicos. Sin embargo, los estudios hasta hoy publicados no brindan información sobre la morbilidad a largo plazo. (Jorge Andrés Rubio Romero, 2013)

1. Incisión en útero:

En cuanto al abordaje uterino, se pueden utilizar la técnica transperitoneal o la extraperitoneal, en esta última se aborda el segmento uterino mediante disección roma del peritoneo vesical y del segmento uterino anterior, continuando en el espacio extraperitoneal. Esta técnica fue utilizada en el pasado en casos de infección, con la finalidad de evitar propagación a la cavidad peritoneal, pero para realizarla se requiere buena habilidad quirúrgica, además el tiempo quirúrgico se prolonga, y hoy en día se dispone de una gran variedad de antibióticos, por lo que se desaconseja su utilización de forma rutinaria.

Existen tres tipos de incisión uterina y que de acuerdo a ella se puede clasificar el tipo de cesárea

Imagen # 4: incisión uterina.



A: segmentaria longitudinal de Krönig. B: segmentaria transversal de Kerr. C:

corporal o clásica. (Juan Aller)

a. Segmentaria Longitudinal de Krönig

Es una incisión longitudinal que se realiza a nivel del segmento inferior del útero. La ventaja de esta incisión es que la herida se puede ampliar hacia la parte superior del segmento, pero también existe peligro de que la herida se prolongue hacia abajo y haga difícil la sutura y con ello se prolongue la pérdida sanguínea. Las indicaciones son iguales que para realizar la técnica corporal o clásica. (Maroto, 2013)

b. Incisión segmentaria transversal de Kerr.

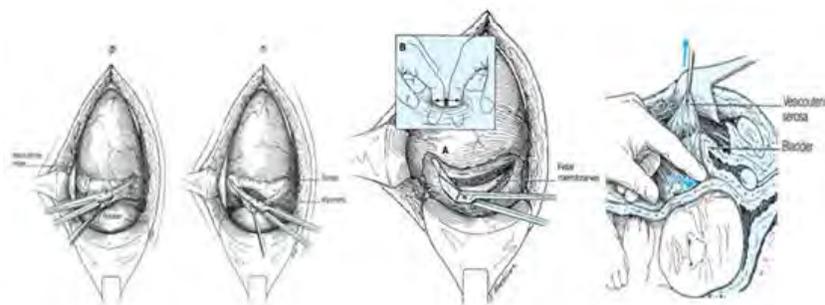
Es una incisión transversal semilunar a nivel del segmento inferior del útero. La técnica consiste en aperturar el peritoneo vesico uterino separándolo de la vejiga usando torunda o disección digital. Efectuando un corte con bisturí de arciforme, a 2 cm por encima de la vejiga con ampliación de la histerotomía: de forma digital o sección con tijera. (Hofmeyr GJ, 2008)

En la actualidad es la técnica más empleada por las diferentes ventajas que proporciona dentro de las cuales podemos mencionar:

1. Es más fácil de cortar y de reparar, ya que se practica en la parte más delgada del útero.
2. La disociación de las fibras uterinas es cómoda de realizar en esa zona por disponer de una menor masa muscular.
3. Menor sangrado intraoperatorio.
4. El peritoneo del área es laxo y se disecciona con facilidad.
5. Menor frecuencia de adherencias postquirúrgicas.
6. Menor riesgo de sufrir una dehiscencia de histerorráfia en embarazos futuros ya que la dinámica uterina es de menor intensidad a nivel del segmento.

(Maroto, 2013)

Imagen # 5: Incisión Kerr



(Hofmeyr GJ, 2008)

c. Corporal o Clásica:

Es cuando se realiza una incisión vertical sobre la cara anterior del cuerpo uterino próxima al fondo. Actualmente es una técnica poco utilizada por los inconvenientes técnicos que representan con su uso y por el peligro de que sobrevenga ruptura uterina en un futuro embarazo, por lo que se reserva para determinados casos como ser:

- i. Cáncer invasivo de cuello uterino.
- ii. Presencia de anillo de retracción.
- iii. Cesárea postmortem, basado más que todo por la premura requerida para efectuar el procedimiento. (Fernando Magdaleno Dans, 2010).
- iv. Imposibilidad de abordar el segmento por presencia de adherencias, tumores entre otros.

- v. Placenta previa anterior.
- vi. En algunos casos de situación transversa.
- vii. Pacientes con várices extensas del segmento uterino anterior.
- viii. Vaciamiento uterino en el segundo trimestre

Las incisiones verticales se han relacionado a mayor pérdida de sanguínea y, a largo plazo, con mayor probabilidad de dehiscencia y ruptura uterina si se compara con la incisión transversal. (Moreno-Romero año)

2. Medicación Postoperatoria:

Sueroterapia: 1500 cc de suero glucosado (DW) 10% y ringer 1000-1500 ml alternados, en 24 horas.

Uterotónicos: Oxitocina 10 unidades en sueros alternos, en las primeras 12 horas.

Profilaxis tromboembólica: Ya que la cesárea por sí sola, no constituye un factor de riesgo de enfermedad tromboembólica por lo que, se aconseja administrar profilaxis con heparina de bajo peso molecular a las pacientes sometidas a una cesárea que presenten algún otro factor de riesgo trombótico. Administrando heparina de bajo peso molecular en dosis de (5000-7500 UI / 24 horas subcutánea), a las 6 horas posterior a retirar el catéter o de IQ (si anestesia general) manteniéndola hasta la movilización de la puérpera, si coexistiera otro factor de riesgo como ser: edad materna > 35 años, obesidad (IMC>25

antes de la gestación), Infección con repercusión sistémica, insuficiencia venosa severa, trastorno hipertensivo tipo preeclampsia, o alguna patología materna asociada con riesgo trombótico como cardiopatía, enfermedad inflamatoria intestinal, patología pulmonar, síndrome nefrótico o un proceso neoplásico.

Analgesia: Se prescribirá el protocolo analgésico de acuerdo a la técnica anestésica utilizada durante la cesárea, (epidural o intradural): Pacientes a quienes se les halla administrado una dosis de cloruro mórfico por vía epidural durante cesárea: se tratarán con AINEs: Dexketoprofeno 50 mg i.v, o metamizol 2 g i.v cada / 8 horas. Como analgesia de rescate: se indica paracetamol 1g/8h/i.v, Ondansetrón 4mg iv para el tratamiento de náuseas y /o vómitos postoperatorios si fuera necesario. Protector gástrico: pantoprazol 40 mg iv en pacientes intervenidos con técnica intradural durante cesárea, a las que no se les administro cloruro mórfico metadona 4-5 mg vía subcutánea cada 6-8 horas, de forma alterna con AINEs: Dexketoprofeno 50 mg i.v. (o Metamizol 2 g i.v., como segunda alternativa) ambos cada 8 horas.

(Protocolos de Medicina Fetal y Perinatal (ICGON), 2012)

E. COMPLICACIONES DE LA CESÁREA

Actualmente con los avances en la ciencia médica, la cesárea se ha convertido en un procedimiento habitual y casi rutinario muy útil a la hora de resolver problemas obstétricos pero, debido a que se trata de un acto quirúrgico, no

está ajeno a presentar complicaciones que de acuerdo al momento de su instauración pueden ser inmediatas o tardías.

1. Complicaciones Inmediatas:

Este tipo de complicaciones son las que se presentan en el trans-operatorio o bien en el postoperatorio inmediato, dentro de las que podemos mencionar:

Complicaciones relacionadas al acto quirúrgico

Lesión de los grandes vasos uterinos, con el riesgo de formación de hematomas como consecuencia de la prolongación de la incisión hacia los ángulos.

Lesiones de vejiga que son frecuentes durante la incisión abdominal en pacientes con cirugía abdominal previa cuando la vejiga ha quedado suspendida y adherida al peritoneo parietal. También en el momento de la histerotomía cuando la vejiga ha permanecido suspendida y adherida al segmento uterino

Sangrados profusos por dilataciones vasculares en la reflexión vesico-uterina o hacia las porciones laterales del útero.

Lesiones intestinales que son menos frecuentes y que ocurren en pacientes con antecedentes de laparotomía, y como consecuencia de esto se encuentran múltiples adherencias que conllevan a mayor riesgo de injuria intestinal.

Íleo paralítico cuando durante la intervención quirúrgica se haya hecho manipulación del intestino.

Lesiones intestinales que son menos frecuentes y que ocurren en pacientes con antecedentes de laparotomía, y como consecuencia de esto se encuentran múltiples adherencias que conllevan a mayor riesgo de injuria intestinal.

Íleo paralítico cuando durante la intervención quirúrgica se haya hecho manipulación del intestino.

Distensión vesical por atonía: debiendo colocarse sonda vesical y procurar la deambulación precoz de la paciente.

Complicaciones relacionadas a la anestesia: las más frecuentes son hipotensión, cefalea postpunción dural y otras con menor frecuencia como bloqueo dural completo, parada cardiorrespiratoria y síndrome de Mendelson.

Complicaciones Respiratorias: Como embolismo pulmonar el cual puede ser de líquido amniótico o de origen vascular: debiendo colocarse sonda vesical y procurar la deambulación precoz de la paciente.

Complicaciones relacionadas a la anestesia: las más frecuentes son hipotensión, cefalea postpunción dural y otras con menor frecuencia como bloqueo dural completo, parada cardiorrespiratoria y síndrome de Mendelson. .

2. Complicaciones Tardías.

Son las complicaciones que encontramos en el puerperio tardío o inclusive meses después de la operación. Las que se presentan con mayor frecuencia se enumeran a continuación:

Hematoma de pared abdominal como consecuencia de un vaso que quedo sangrando en cualquiera de los tejidos incididos.

Dehiscencia de herida y/o eventración que es una complicación menos frecuente en las incisiones transversales que en las longitudinales.

Infección de la herida quirúrgica que es poco frecuente y que depende en gran medida de factores generales como: deficiencias nutricionales, bajo nivel socioeconómico, enfermedades como anemia y diabetes, obesidad, falta de control prenatal.

Fístulas del recto o de la vejiga complicaciones poco frecuentes las que manifiestan generalmente, en el puerperio tardío.

La infección de la cavidad uterina denominada endometritis patología que aparece alrededor del cuarto y el quinto día del postoperatorio y que se caracteriza por presentar fiebre, loquios fétidos, subinvolución uterina, y leucocitosis.

Infección de las vías urinarias que frecuentemente aparece a la semana de la cirugía, producidas por el uso de sondas mal esterilizadas, contaminación del área con materia fecal, o por limpieza vulvar inapropiada previo a la colocación de la sonda.

Tromboflebitis séptica pélvica, otras menos frecuentes (peritonitis, sepsis bacteriemia, fasciitis necrotizante y absceso pélvico)

Hemorragía postparto.

Complicaciones tromboembólicas trombosis venosa profunda y tromboembolia pulmonar (Herrezuelo, 2009), (Juan Aller)

3. Mortalidad Materna Post Cesárea:

Durante muchos siglos, la cesárea ha conllevado una alta mortalidad materna. Actualmente gracias a los avances con el uso de la anestesia, la minuciosa asepsia en el acto quirúrgico y el descubrimiento e implementación de los antibióticos, la morbimortalidad materna ha disminuido claramente considerándose un procedimiento razonablemente seguro tanto para la madre como para el feto, sin embargo, ni es inocua ni sus complicaciones pueden ser siempre previsibles o evitables. De tal forma, todas las pacientes sometidas a cesárea están sometidas a probables complicaciones inherentes a la misma. Estudios sustentados con rigor metodológico manifiestan que el alumbramiento por cesárea está asociado a complicaciones que van alrededor del 12 a 15 %. Entre las que se presentan con mayor frecuencia se encuentran las infecciones, hemorragias así como los fenómenos tromboembólicos. La ocurrencia de morbilidad obstétrica a nivel mundial oscila entre 0.05 % y 1.09 %. Reportando también que la mortalidad materna posterior a cesárea es seis veces mayor que después de parto vaginal. Este dato se reduce en los casos de cesárea electiva por ser un procedimiento planeado, aunque persiste tres veces mayor al compararlo con el parto vía vaginal. De esta forma las complicaciones transoperatorias y posquirúrgicas de la cesárea son potencialmente graves e

incrementan el riesgo de mortalidad materna y/o fetal y neonatal, así como los días de estancia hospitalaria.

Todo esto conlleva a un incremento ostensible en los costos de atención para las instituciones de salud (Roberto Anaya-Prado, 2008)

3. Impacto de la Cesárea en el Futuro Obstétrico-Ginecológico

La cesárea anterior constituye un mayor riesgo de complicaciones en las futuras gestaciones pudiendo presentar con mayor frecuencia:

Rotura uterina y dehiscencia de cicatriz uterina.

Inserciones anómalas de la placenta (placenta previa, placenta ácreta y por tal causa la realización de nueva cesárea, por la aparición de un condicionante agregado en la nueva gestación (macrosomía, presentación pélvica, embarazo gemelar, endometritis o ruptura uterina en el parto anterior, cesárea anterior en prematuro) que se anexe a una cicatriz uterina longitudinal media o ≥ 2 segmentarias transversas.

Complicaciones intra operatorias, secundario a las adherencias producidas por la intervención previa, resultando una intervención más complicada llegando a la necesidad de llegar a una Histerectomía obstétrica como última instancia ante una hemorragia no controlada. Pudiendo presentar además síndromes adherenciales dolorosos, y un aumento del riesgo quirúrgico pudiendo verse restringida la vía de acceso para una nueva intervención. (Herrezuelo, 2009)

F. ADOLESCENCIA Y CESÁREA:

La cesárea desempeña un papel muy importante entre de las técnicas quirúrgicas obstétricas, debido a que su uso reduce la mortalidad y morbilidad feto-materna, no estando exenta de peligros y complicaciones, por lo que su indicación debe obedecer a estrictos motivos ,contando con una técnica y con las condiciones adecuadas. (Monterrosa-Castro & Arias-Martínez, 2007)

La adolescencia por sí sola, no es un factor indicativo para la cesárea. Ya que toda paciente demanda una juiciosa y adecuada valoración obstétrica para determinar la relación pelvis-presentación y peso fetal dentro de otras, para establecer la vía más apropiada para la evacuación del producto, considerando que sean las normas obstétricas y no la edad de la paciente, quien nos indique la conducta que se debe seguir en la atención del parto.

Una indicación incorrecta de cesárea conduce a estados de morbilidad materna y perinatal así como a intervenciones médicas innecesarias. (Ricardo Schwarrcz, 2006)

1. Pronostico

En su mayoría las madres y los bebés evolucionan satisfactoriamente después de una cesárea. Pudiendo inclusive tener un parto vía vaginal después de una cesárea tomando en cuenta ciertos factores como:

Tipo de cesárea hecha.

Indicación de la cesárea

La recuperación se retrasa un poco más de lo que demoraría un parto vía vaginal. Considerando importante la deambulacion de la paciente después de la cesárea para acelerar la recuperación y prevenir de esta forma una trombosis, administrando analgésicos por vía oral para ayudar a aliviar molestias.

La estadía promedio en el hospital después de una cesárea es de dos a tres días

2. Situación Epidemiológica:

El antecedente de cesárea previa se muestra como una de las tres principales Causas que originan la realización de una cesárea (cesárea iterativa).

3. Embarazada con cesárea previa:

En la paciente con antecedente de cesárea, influyen varios factores que influyen de manera directa al momento de decidir repetir una cesárea o intentar una prueba de trabajo de parto. En una visión general la mayoría de las mujeres con incisión transversal baja, embarazo único, con adecuado peso fetal, y presentación cefálica pueden ser candidatas a parto y así disminuir la morbilidad materna y las complicaciones perinatales. (Sevilla, 2009) Cerca de 60 a 80% de las mujeres a quienes se les ofrece prueba de trabajo de parto después de cesárea tendrán un parto exitoso. Esta tasa dependerá de la indicación de la cesárea previa: presentación pélvica, estado fetal no tranquilizador o embarazo múltiple. A diferencia de las indicaciones recurrentes, como ser las distocias en la dinámica uterina durante el trabajo de

parto, cerca de 70% de las pacientes conseguirán un parto. En la decisión de la paciente pueden intervenir factores no clínicos, como el ambiente donde se atiende, algunas pueden optar no realizarse la prueba de trabajo de parto debido que es más cómodo programar otra Cesárea (Carlos Quesnel Garcia Benitez, 2015)

4. Medidas preventivas

Embarazo en la paciente con antecedente de uno o más partos previos

Durante el control prenatal:

Se deben plantear los riesgos y beneficios que supone un intento de parto vaginal comparado con la cesárea iterativa, estos incluyen: tiempo de hospitalización, hemorragia, infección, dolor, así como el tiempo de recuperación.

Deben considerarse las contraindicaciones para el parto vaginal. (Hemorragia antes del parto, ruptura prematura de membranas, hipertensión arterial, enfermedad cardíaca materna, embarazo múltiple, placenta previa.)

Debe explicarse a la gestante el riesgo de dehiscencia y/o rotura uterina, así como las consecuencias maternas y fetales de estas complicaciones. Sabiendo que el riesgo estimado de rotura uterina es aproximadamente de 1%, con un 10-25% de secuelas fetales adversas.

Señalando que la mortalidad neonatal es rara, y se presenta en 1 de cada 1000 intentos de parto vaginal después de cesárea, este porcentaje se incrementa la

probabilidad si hay más de una cirugía uterina previa, inducción y/o conducción farmacológica de la labor o macrosomía fetal.

Hay que tener en cuenta, que ninguna mujer embarazada con cesárea previa debe ser sometida a ensayo de labor de parto sin su expreso y previo consentimiento informado.

G. VARIABLE EN ESTUDIO: ANÁLISIS SITUACIONAL

1. Origen etimológico

Análisis: la palabra análisis proviene del griego ana que significa arriba, totalmente, del verbo lyein que significa soltar y el sufijo sis que expresa acción.

El término situación es el nombre de acción del verbo situar, que deriva del Latín situs que significa establecimiento.

2. Definición

Revisión exhaustiva de datos estadísticos con un enfoque epidemiológico, clínico y administrativo para identificar problemas de salud de los individuos, de las familias y de la comunidad (Martínez Calvo S, 2001)

3. Dimensión enfoque epidemiológico

En el enfoque epidemiológico el estudio es de un grupo de individuos, de sus problemas de salud/enfermedad en su entorno o ambiente externo. El enfoque epidemiológico de riesgo es un método que se emplea para medir la necesidad de atención por parte de grupos de población específicos. Ayuda a determinar prioridades de salud y es una herramienta para definir las necesidades de

reorganización de los servicios de salud. Además, intenta mejorar la atención para todos pero prestando mayor atención a aquellos que más la requieran; por lo que se puede afirmar que es un enfoque no igualitario, pues discrimina a favor de quienes tienen mayor necesidad de atención. La hipótesis en que se basa el informe de riesgo, es que mientras más exacta sea la medición del riesgo, mejor se comprenderán las necesidades de atención de la población, favoreciendo la efectividad de las intervenciones (Iiu, 2012)

El enfoque epidemiológico, incluye una serie de indicadores y subindicadores, dentro de los indicadores se encuentran los siguientes:

a. Persona: El término persona proviene del latín persona, y éste probablemente del etrusco persona ('máscara del actor', 'personaje'), el cual según el diccionario de la lengua española— procede del griego πρόσωπον [prósôpon]. El concepto de persona es un concepto principalmente filosófico, que expresa la singularidad de cada individuo de la especie humana en contraposición al concepto filosófico de "naturaleza humana" que expresa lo común que hay en ellos. En el lenguaje cotidiano, la palabra persona hace referencia a un ser con poder de raciocinio que posee conciencia sobre sí mismo y que cuenta con su propia identidad. El ejemplo excluyente suele ser el hombre, aunque algunos extienden el concepto a otras especies que pueblan este planeta.

El indicador persona incluye los siguientes subindicadores:

i. Edad: con origen en el latín *aetas*, es un vocablo que permite hacer mención al tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo. La noción de edad brinda la posibilidad, entonces, de segmentar la vida humana en diferentes periodos temporales

ii. Estado civil: Condición de soltería, matrimonio, viudez, etc., de un individuo. Se define la condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo o de su mismo sexo. El concepto de estado civil existe desde el momento en que el ser humano crea la institución del matrimonio, pero el mismo se vincula específicamente con el alcance que tiene el Estado como institución política para organizar y regir el establecimiento de vínculos de este tipo.

Hay diferentes tipos de estado civil que varían de acuerdo al tipo de relaciones que una persona mantenga con otras. Entre los más comunes encontramos el de soltería (aquellas personas que no se encuentran comprometidas legalmente con otras), el de casado (aquellas que sí lo están) y otros como divorciado (las personas que han roto el vínculo amoroso o legal con sus parejas) o viudos (los que han perdido a su pareja por deceso). Estos son, entre otros, los vínculos que determinan el estado civil de una persona. Es importante señalar aquí que estos son los posibles estados civiles que una persona puede tener para el Estado ya que por ejemplo una persona puede responder que se encuentra 'en pareja' ante la pregunta pero si esa pareja no ha sido consumada legalmente en

las oficinas del Estado, la misma no cuenta con validez a la hora de realizar diferentes tipos de trámites.

- iii. Escolaridad: tiempo durante un alumno asiste a la escuela o alguna Institución de enseñanza.
- iv. Historia Ginecoobstetrica.

La Obstetricia (del latín *obstare* «estar a la espera») es la ciencia de la salud o especialidad médica que se encarga del embarazo, el parto y el puerperio¹ (incluyendo la atención del recién nacido) la historia gineco-obstetrica la podemos definir utilizando la siguiente clasificación Gx Px Cx Ax, donde Gx corresponde al número de gestaciones de la gestante (por ejemplo, "G:1" significa "1 gestación"), Px corresponde al número de partos eutócicos (sin complicaciones) y Cx al número de cesáreas de la paciente (por ejemplo, "C:1" significa "1 cesárea"). Ax es el número de abortos de la gestante. Todos estos datos están incluidos en los antecedentes gineco-obstétricos de la paciente.

- v. Estado Nutricional: Estado nutricional es la situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes. Evaluación del estado nutricional será por tanto la acción y efecto de estimar, apreciar y calcular la condición en la que se halle un individuo según las modificaciones nutricionales que se hayan podido afectar. La evaluación nutricional mide indicadores de la ingesta y de la salud de un individuo o grupo de individuos, relacionados con la nutrición. Pretende

identificar la presencia, naturaleza y extensión de situaciones nutricionales alteradas, las cuales pueden oscilar desde la deficiencia al exceso.

- vi. Antecedente Patológico: refiere a las diferentes patologías que ha padecido un individuo a lo largo de su vida.
- vii. Diagnostico gestacional: La edad gestacional es el término común usado durante el embarazo para describir qué tan avanzado está éste. Se mide en semanas, desde el primer día del último ciclo menstrual de la mujer hasta la fecha actual. Debe medirse a más tardar en el segundo control prenatal y se divide según el número de semanas gestacionales en: Prematuro extremo si es menor de 28 semanas de gestación, muy prematuro si se encuentra entre 28 y 32 SG y prematuro si tiene una edad gestacional comprendida entre 32 y 36 SG, a término de las 37-42 SG y posterior a esta fecha se denomina posttérmino
- viii. Controles Prenatales: Control prenatal es el conjunto de acciones y Procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbimortalidad materna y perinatal. Mediante el control prenatal, podemos vigilar la evolución del embarazo y preparar a la madre para el parto y la crianza de su hijo. De esa forma, se podrá controlar el momento de mayor morbimortalidad en la vida del ser humano, como es el período perinatal y la principal causa de muerte de la mujer joven como es la mortalidad materna.
- ix. Diagnostico al momento de la cesárea: se refiere a la indicación obstétrica

para la evacuación del producto por vía abdominal.

- x. Tipo de cirugía: la cirugía se divide en base a su necesidad en : Cesárea de emergencia: Es el parto por vía abdominal en trabajo de parto asociado a factores como sufrimiento fetal, cesáreas anteriores, distocias o falta de progreso en el trabajo de parto, presentación pélvica, embarazos múltiples, fetos transversos, pelvis estrecha, hemorragia del tercer trimestre.

Cesárea en curso de parto o de recurso: Se indica y realiza durante el curso del parto por distintos problemas, generalmente por distocia. Se incluyen: desproporción pélvica fetal, inducción del parto fallida, distocia de dilatación o descenso y parto estacionado. No existe riesgo inminente para la madre ni para el feto. (Protocolos de cesarea del hospital clinic de Barcelona, 2009)

Cesárea electiva: Según (Ortega-Medrano, 2013) definen la cesárea electiva como la cesárea que se programa para ser realizada en una fecha determinada, por alguna indicación médica, o a petición materna y que se lleva a cabo antes de que inicie el trabajo de parto.

- xi. Profilaxis Preoperatoria: La profilaxis antibiótica se ha definido como el uso de antimicrobianos con el fin de prevenir enfermedades causadas por agentes infecciosos sensibles a estos. En cirugía se utiliza específicamente con la finalidad de disminuir las infecciones postoperatorias. Los antibióticos profilácticos se prescriben en el preoperatorio de aquellas cirugías que impliquen un riesgo elevado de infección a nivel de la herida quirúrgica

- xii. Categoría del cirujano: Médico Ginecólogo, Médico Residente
 - a. Índice o tasa de Cesárea: Proporción existente entre las cesáreas realizadas y el total de partos.
 - a. Índice de embarazo en adolescente: Proporción existente entre el total de embarazadas adolescentes y el total de embarazos.
 - b. Tiempo: Magnitud física que permite ordenar la secuencia de los sucesos, estableciendo un pasado, un presente y un futuro. El término tiempo. proviene del latín tempus. Como definición general, se entiende al tiempo como la duración de las cosas que se encuentran sujetas al cambio. Sin embargo su significado varía según el punto de vista que se tome y la disciplina en la que sea tratado.
 - i. Tendencia: La palabra tendencia tiene su origen en el latín. Proviene del participio tendens, tendentis del verbo tendo, tendere, tetendi, tentum cuyo significado es extender, estirar, tender, tensar, dirigirse a. Este verbo se asocia a la raíz indoeuropea *ten- (extender, estirar). A la raíz verbal se le añade el sufijo -nt-ia que significa cualidad de un agente. Es una corriente o preferencia donde ocurre un evento en un tiempo determinado.
 - ii. Duración de la cirugía: Tiempo transcurrido en minutos desde el inicio del procedimiento quirúrgico hasta su finalización.

- iii. Jornada: Jornada de trabajo es el tiempo en el cual el trabajador debe prestar el servicio prometido se divide en matutina: 7:00 – 13:00, vespertina: 13: 00- 19:00 y nocturna: 19:00 – 07:00
- c. Lugar: Proviene del latín “locus” aludimos al espacio que ocupa un cuerpo. Todos los objetos los ocupan, y los hechos también necesitan de un espacio para ocurrir.
 - i. Procedencia: Del latín procedens, procedencia es el origen de algo o el principio de donde nace o el lugar de donde deriva.
 - ii. Lugar de trabajo: es un espacio de terreno limpio y firme donde se realizan diversas funciones o trabajos.

4. Dimensión enfoque clínico

Estudia el problema de salud-enfermedad de un individuo, para lo cual recorre varias fases con sus distintas actuaciones, tratando de responder a las clásicas “preguntas”, qué, cómo y por qué para terminar actuando sobre el problema.

- a. Razonamiento clínico: El razonamiento clínico es la médula espinal de la práctica médica, en él confluyen los tres saberes: conocer, hacer y saber ser. Es la capacidad de observación, reflexión, inferencia, juicio integral de los problemas clínicos del paciente. Hay diversas definiciones y enfoques del concepto de razonamiento clínico: Facultad que permite resolver problemas médicos, extraer conclusiones y aprender de manera consciente de los hechos, estableciendo conexiones causales y lógicas necesarias entre ellos.

Algunos autores consideran que es una combinación entre el razonamiento hipotético-deductivo y el reconocimiento de patrones. (Jaime Claudio Villarroel Salinas¹, 2014)

- i. Síntomas: es un término con origen en el latín *symptōma* que, a su vez, procede de un vocablo de la lengua griega. El concepto permite nombrar a la señal o indicio de algo que está sucediendo o que va a suceder en el futuro. En el ámbito de la medicina, un síntoma es un fenómeno que revela una enfermedad. El síntoma es referido de manera subjetiva por el enfermo cuando percibe algo anómalo en su organismo
 - ii. Signos: Los signos clínicos son las manifestaciones objetivas, clínicamente fiables, y observadas en la exploración médica.
- b. Conclusión Diagnóstica: Es el procedimiento por el cual se identifica una enfermedad, entidad nosológica síndrome a cualquier condición de salud-enfermedad (el estado de salud también se diagnostica). El diagnóstico es una palabra que tiene su origen etimológico en el griego y más aún en la unión de tres vocablos de dicha lengua. En concreto, es un término que está formado por el prefijo *diag-* que significa “a través de”; la palabra *gnosis* que es un sinónimo de “conocimiento”, y finalmente el sufijo *-tico* que se define como “relativo a”
- Por lo tanto, puede decirse que el diagnóstico es un procedimiento ordenado, sistemático, para conocer, para establecer de manera clara una circunstancia, a partir de observaciones y datos concretos. (Bautista, 2001)

c. Tratamiento: El origen etimológico del término tratamiento tenemos que dejar patente que este se encuentra en el latín. Así, podemos observar perfectamente que emana de la suma del verbo tractare, que puede traducirse como “tratar”, y del sufijo –miento, que es sinónimo de “instrumento o resultado”. El término tratamiento hace referencia a la forma o los medios que se utilizan para llegar a la esencia de algo, bien porque ésta no se conozca o porque se encuentra alterada por otros elementos. De forma que, según el contexto: es el conjunto de medios de cualquier clase cuya finalidad es la curación o el alivio de las enfermedades o síntomas.

d. Antibiótico Profiláctico: consiste en la aplicación previa cirugía de antibiótico de amplio espectro, con la finalidad de prevenir una infección.

5. Dimensión enfoque administrativo:

Se basa en el estudio de aspectos administrativos, en nuestro caso se describen algunos costos implicados en la hospitalización de pacientes con infección del sitio quirúrgico, además en el cual podemos definir actividades que el administrador debe llevar a cabo para aprovechar los recursos humanos, técnicos, materiales, entre otros, con los que cuenta la empresa o institución

a. Número Días estancia Hospitalaria: Es la unidad de medida de permanencia del paciente en régimen de hospitalización, ocupando una cama en un intervalo de tiempo y que se calcula por la diferencia entre la fecha de alta y la de ingreso. (Moreno Domene, Lucas.Joaquin, & Moreno Ruiz, 2010)

- b. Definición de costos: "Es el valor monetario de los recursos que se entregan o prometen entregar, a cambio de bienes o servicios que se adquieren" García Colín, contabilidad de costos. (Charles T Horngren. Srikant M Datar)
- c. Estudio de costos de la cesárea: Según (salud, 2000) la evaluación del costo de la cesárea es compleja, pero en general, se estudia el costo promedio de un caso, que luego se multiplica por el total de casos que se presenta en la institución o país. por lo tanto, es necesario conocer el costo promedio de una cesárea y el número total de casos de cesáreas.
- d. Los estudios que atribuyen el costo consisten en analizar los casos de la operación cesárea y todas las atenciones y recursos que se utilizaron en la atención de cada paciente (días de hospitalización, antimicrobianos, otros insumos) Los autores de ese estudio consideran costos directos a aquellos de fácil medición, tales como: prolongación de la hospitalización, terapia antimicrobiana, procedimientos de laboratorio y radiológicos, costos de materiales y equipos hospitalarios, así como los gastos de servicios prestados (Lilian Machado, 2013)

H. INVESTIGACIONES RELACIONADAS

1 Aspectos epidemiológicos del parto por cesárea

En la actualidad al menos una de cada diez mujeres tiene sus partos por vía abdominal, lo cual representa un aumento progresivo ocurrido en los últimos años. sin dudas, una explicación para este cambio en la tasa de cesáreas, es el

incremento de la preocupación acerca de la seguridad fetal durante el trabajo de parto.

Por tanto el reconocimiento del riesgo que representa el embarazo para la adolescente ha dirigido la atención de obstetras, psicólogos y sociólogos de forma espectacular hacia este grupo poblacional. El mayor peligro de premadurez y de muertes neonatales en los hijos de madres adolescentes fue descrito en 1964 por Stine. El mismo año, Hassan y Falls, (Pelaez Mendoza Jorge, 1996) profundizaron sobre esa problemática identificando además la toxemia, partos prolongados y aumento de la incidencia de cesáreas en este grupo de riesgo.

Publicaciones especializadas coinciden en resaltar el incremento de la frecuencia de anemias, toxemia y complicaciones del puerperio en adolescentes embarazadas. Dott y Fort, al resumir una serie de artículos sobre adolescencia y embarazo, concluyen afirmando que las gestantes menores de 20 años presentan mayor incidencia de toxemia, desprendimiento prematuro de la placenta y desproporción feto-pélvica.

A pesar de estas evidencias, existe una corriente generalizada que afirma que con la excepción de una pelvis pequeña en adolescentes muy jóvenes, las causas y las complicaciones médicas en este grupo poblacional son, en su mayoría, secundarias a factores psicosociales. (Mendoza, 1997)

En Europa casi 5 de cada cien embarazos se da en adolescentes, siendo la cifra mucho mayor en América Latina. El único factor de riesgo biológico en un embarazo adolescente, destacado por algunos autores, es la menarquia precoz. El precedente familiar de maternidad adolescente es muy frecuente, generando situaciones conflictivas entre la pareja y los padres. La falta de educación sexual adecuada contribuye en gran medida, al aumento del número de embarazos adolescentes.

En la actualidad una de cada diez mujeres tiene sus partos por vía abdominal (cesárea), dicha tasa ha aumentado en forma progresiva en los últimos años. Sin dudas, una explicación para este cambio de dirección de la tasa nacional de cesáreas es el incremento de la preocupación acerca de la seguridad fetal durante el trabajo de parto. Aunque no se pueden catalogar en forma exhaustiva todas las indicaciones necesarias apropiadas, 85% de las causas corresponden a cesáreas previas, distocia de trabajo de parto, sufrimiento fetal agudo o presentación pelviana.

Investigación realizada en el Hospital Llano de Corrientes de Argentina revela que el Análisis retrospectivo de 9479 pacientes (p) admitidas a la Maternidad, entre Octubre de 1998 y septiembre de 2003. Se identificaron 1655 madres menores de 20 años en las cuales se realizaron 199 cesáreas. La prevalencia de cesáreas en adolescentes fue 12.02%, comparada con 21.2% en mujeres \geq a 20 años ($p < 0.0001$). La edad media de las embarazadas que fueron a

cesárea fue similar al resto: 17.6 ± 1.5 vs. 17.5 ± 1.4 años (La cesárea programada (antes del parto) se realizó en 87 p (56%). (Olga Lucia Cuero - Vidal, 2015)

En Honduras Las cifras de embarazo en la adolescente no son exactas ya que se establecen principalmente de los registros de hospitales y centros de salud que excluyen a quienes no solicitan su servicio; sin embargo, se han realizado aproximaciones por ejemplo: Klein (1980) menciona que cada año más de un millón de adolescentes en el mundo se embarazan 30,000 son menores de 15 años y su mayoría son embarazos no planeados. (American Academy of Pediatrics, 1989). Según estadísticas mundiales en la actualidad la población adolescente representa el 20% de la población mundial de los cuales el 85% vive en países en vías de desarrollo. Otro dato importante es que las madres adolescentes tienen más probabilidades que las madres mayores de 20 años de tener un bebé prematuro y de bajo peso, por lo que corren un alto riesgo de sufrir problemas de salud, incapacidades duraderas e incluso la muerte. (Sevilla, 2009) Se han realizado estudios sobre factores socio-demográficos en adolescentes; en uno de ellos se incluyeron algunos factores obstétricos; pero no se había llevado a cabo ningún estudio sobre las características obstétricas. Desde la difusión de la cesárea como alternativa a un parto sin dolor en décadas pasadas, actualmente se alertan los riesgos que puede significar en la salud de la madre e hijo. Un estudio de la Universidad de Copenhague en

Dinamarca, descubrió que los partos por cesárea generan en los recién nacidos y en la vida a largo plazo una deficiencia de factores claves en la prevención de enfermedades inmunológicas.

El estudio realizado en el Bloque Materno Infantil del Hospital Escuela, informa que: la edad media de las 650 pacientes estudiadas fue de 17.2 años; el 10.9% de ellas eran menores de 15 años de edad. El 74.4% de las pacientes procedían del área urbana. En cuanto a la escolaridad, el 8.5% eran analfabetas, el 46.8% habían cursado estudios primarios completos.

Con respecto las características obstétricas; el 84.3% ingresaron con embarazos a término y el 9.8% con embarazos pre-término. El 64.3% de las pacientes eran primigestas al ingreso, y la media de la paridad fue de 2.1 embarazos. El parto normal ocurrió en el 86.7% y la cesárea fue la vía de evacuación en el 13.3%, la causa más común de ésta fue la presentación pélvica en el 4.1%. Las complicaciones del embarazo más comunes fueron la ruptura prematura de membranas en 6.7%; la hipertensión inducida por el embarazo y el post-datismo en el 4.1 % cada uno.

Con respecto al recién nacido el APGAR fue de 7 y 10 en el primer y quinto minuto en un 97%; el 14.7% de los recién nacidos presentaron peso menor de 2500 gramos. La complicación más común en los recién nacidos fue la prematuridad en un 6.3%. Considerando que el 91.6% de las pacientes fueron

ingresadas con embarazos a término (37-41 SG) y solo el 9.8% de éstas correspondían a embarazos con edad gestacional menor de 37 semanas.

El 71.1% de las pacientes habían recibido algún control pre-natal y de estas el 92.5% no habían visitado la clínica de la adolescente.

El 9.8% de las pacientes estudiadas ingresaron con el diagnóstico de embarazo pretérmino (<37S.G.), cifra que resulta menor que la reportada en la literatura mundial que es del 13 al 17% (4,6); lo que podría deberse a que muchas de las pacientes no reciben control prenatal adecuado por lo que se subdiagnostica el embarazo pretérmino.

Se encontró que el 71.1% de las pacientes recibieron control prenatal, se menciona que el control prenatal adecuado y multidisciplinario favorece en los resultados del embarazo. La vía de evacuación del embarazo fue el parto normal en el 86.7% de los casos y la cesárea en el 13.3%, cifra similar a la reportada anteriormente que fue de 11.4%; porcentajes que se encuentran dentro de los reportados en una compilación de 15 estudios que refieren un rango del 2.7 al 13.8%.

La causa más común de la cesárea fue el producto en presentación pélvica en el 4.1% y la desproporción cefalo-pélvica en segundo lugar en el 3.5%. La complicación del embarazo más reportada fue la Ruptura Prematura de Membranas en un 6.7% y la Hipertensión Inducida por el Embarazo se reportó

en el 4.1%; similar a la reportada anteriormente que fue de 4.9%. (Karina Lara Romero J. L.-E., 2001)

Otro estudio realizado en el Hospital Regional Atlántida reporta que el total de nacimientos de Enero-Agosto del 2008, fue de 3,119 siendo espontáneas 1,792 para un 57.4%, Distócicos, 524 para un 16.8%, 803 cesáreas para un 25.7%, este porcentaje de cesáreas es alto ya que para Hospitales Regionales se ha considerado un 14%, siendo en ese momento la principal causa de cesárea la Desproporción Céfalo Pélvica (DCP) y estado fetal No tranquilizador.

En este mismo periodo de tiempo se atendieron un total de 581 partos entre jóvenes adolescentes de los cuales 467 terminaron en parto vaginal representando un 80.3% y 114 se les realizó cesárea representando un 19.6%. De 7,300 ingresos hospitalarios registrados en ese período, la sala de maternidad tiene el 46.3% de los ingresos, es la sala de mayor demanda en el hospital.

Del total de casos de embarazo adolescentes atendidos en este periodo el 13% fue entre jóvenes menores de 15 años y el 87% está ubicado entre el rango de 15-17 años. Según los datos las jóvenes entre 15 y 17 años son las que presentan el mayor porcentaje de embarazos esta situación es preocupante porque la mayor parte de ellas se verá afectada en sus oportunidades de estudio.

El 13% de los embarazos atendidos fue entre menores de 15 años, esta situación es alarmante y pone en mayores riesgos de mortalidad materna e infantil a estas menores y a su hijo

Un 38% de ellas procede de la zona urbana, en tanto el 32% procedía del área rural y un 30% de las áreas urbana marginales. En relación al nivel de escolaridad la mayor parte de las embarazadas adolescentes entrevistadas tiene los niveles mínimos de formación académica, se observa que el 38% había terminado el nivel de educación primaria, un 26% no ha concluido con el nivel primario, Los datos registrados muestran que la finalización del embarazo de la adolescente atendida en el Hospital Regional Atlántida en la mayoría de los casos termina como parto normal, situación similar se presenta con el porcentaje de partos distócicos que pudo haber sido distócico por la necesidad de utilizar medicamento para la inducción o conducción del trabajo de parto un 28% tenía secundaria incompleta y un 3% de las adolescentes es analfabeta. (Sevilla, 2009)

Según la OMS para el año 2009 en el Reino Unido existe una preocupación en particular, por que presentan la tasa más alta de embarazos en adolescentes de Europa occidental, siendo esta de 26 partos en adolescentes por cada 1000 mujeres, de acuerdo a las estadísticas sanitarias mundiales.

Contrario a otros países de Europa que presentan una tasas menor de embarazos de adolescentes, porque adoptan un enfoque diferente con respecto

a la educación sexual y facilitan el acceso a la planificación familiar; donde en los países bajos se observa que poseen una de las tasas más bajas de Europa en cuanto a embarazos en adolescentes, siendo estos de 4partos por cada 1000 mujeres, debido a que siendo uno de los factores influyentes la educación sexual se comienza a enseñar en la escuela primaria.

En Honduras se realizó un estudio investigativo por los médicos de la Facultad de Ciencias Médicas, donde refieren que el embarazo en adolescentes no solo representa el 11% de todos los nacimientos; sino que contribuyen al 23% de la carga de enfermedad relacionada con el embarazo y el parto, ya que los adolescentes comprendidos en la edad de 10 a 14 años tienen 5 veces más probabilidades de morir como resultado del embarazo y el parto, en comparación con las mujeres adultas.

Por otra parte el estudio hace referencia que más de medio millón de mujeres y niñas mueren mientras están embarazadas o durante el parto, y particularmente las jóvenes en edad comprendida de los 15 a 19 años, siendo esta el doble de riesgo de muerte durante el parto, en comparación con las mujeres mayores de 20 años (Ivan Espinoza Salvado, 2016)

Estudios realizados en el Hospital de maternidad “Rafael Calvo” de Colombia (Monterrosa-Castro & Arias-Martínez, 2007) revela que se ha incrementado la maternidad en adolescentes desde el 22,7% en el año 1993 hasta el 29,8% en el año 2005. La incidencia de maternidad en adolescentes menores de 15 años

se ha duplicado, pasando del 0,5% en 1993 hasta el 1,3% en el año 2005. La incidencia de cesárea se ha incrementado tanto en adultas como en adolescentes, pero la magnitud de incremento ha sido significativamente mayor en menores de 20 años de edad, al pasar del 11,5% en 1993 al 57,9% en el año 2005.

Según el informe de estado de población mundial para el año 2012 del fondo de población de naciones unidas (UNFPA) divulgado en Tegucigalpa, Honduras tiene una tasa de 108 nacimientos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años, por delante de Venezuela (101) y Ecuador (100), pero superada por Nicaragua (109). El informe de la ONU (ONU, 2012), realizado el 12 de noviembre del 2012 refiere que Tegucigalpa - Honduras es el segundo país con más embarazos adolescentes de América Latina, donde uno de cada cuatro partos es de una menor de 19 años, alertó la ONU en Tegucigalpa, donde pidió extender el acceso a la planificación familiar.

"Los números son alarmantes, se ha incrementado de manera alarmante el embarazo precoz", advirtió Hugo González, representante del UNFPA en Tegucigalpa. El 30 por ciento de la población de mujeres embarazadas en Honduras son menores de 18 años, según cifras de la Secretaría de Salud.(Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en adolescentes de Honduras(ENAPREAH), 2012

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Consiste en especificar las características fundamentales de las variables, describiendo sus cualidades, relaciones, formas de medición, dimensiones e indicadores a través de un proceso de abstracción de lo general a lo particular

Tabla 2. Operacionalización de Variables

Variable	Definición Teórica	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Sub Indicadores
Análisis Situacional	Revisión exhaustiva de datos estadísticos con un enfoque epidemiológico, clínico y administrativo para identificar problemas de salud de los individuos, de las familias y de la comunidad (Martínez et al, 2001)	Suma de Indicadores de la variable análisis situacional	1. Enfoque Epidemiológico	a. Persona	Edad Estado civil Escolaridad HGO Estado nutricional Antecedentes patológicos Controles Prenatales Tasa de

					<p>Cesárea</p> <p>Profilaxis preop. (tipo, antibiótico, momento de aplicación)</p> <p>Categoría del Cirujano</p>
				b. Tiempo	<p>Tendencia</p> <p>Duración de la cirugía</p> <p>Jornada</p>
				c. Lugar	<p>Procedencia</p> <p>Establecimiento de salud donde recibió control prenatal</p>
			2. Enfoque clínico	a. Razonamiento clínico	<p>Indicación de cesárea</p> <p>Eventos adversos</p>
				b. Conclusión diagnóstica	<p>Diagnostico Gestacional</p> <p>Diagnóstico al momento</p>

					cesárea (principal, secundarios)
				C. Tipo de cirugía	electiva, emergencia) Incisión en piel
			3. Enfoque Administrativ o	a. Días Estancia Hospitalaria	
				b. Costo	Gasto institucional

B. ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN

Cuantitativo: Se hace énfasis en la medición numérica y análisis estadístico (Hernández Sampieri, 2010)

C. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Observacional: Porque se estudió una situación ya existente que ocurre en la naturaleza donde no se tiene control de las variables y tampoco se puede influir o manipular las mismas. Kerlinger (1985) lo define como “una indagación empírica y sistemática en la cual el investigador no tiene un control directo sobre las variables debido a que sus manifestaciones ya han ocurrido porque son inherentemente no manipulables”.

La investigación es de corte transversal porque se recolectaron los datos en un solo momento y en un tiempo determinado.

D. ALCANCE DE LA INVESTIGACIÓN

Descriptivo: Se detallan ordenadamente las características, propiedades, cualidades y atributos del problema sin tratar de determinar relación, asociación o causalidad.

E. POBLACIÓN Y MUESTRA:

1. Población y universo

Selltiz 1974. La define como el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones. La población de estudio fue constituida por 102 pacientes adolescentes con embarazo que ingresaron a la sala de labor y parto

del Hospital Dr. Leonardo Martínez Valenzuela (HLMV) a quienes se les realizó operación cesárea en el período comprendido desde 1 de enero 2016 a 31 de Diciembre 2016, obteniendo los datos necesarios para alcanzar los objetivos planteados de las historias clínicas.

2. Unidad de Análisis:

“Quienes van a ser medidos” (Sampieri Roberto Hernandez, 2010) La unidad de análisis las constituyeron las pacientes.

3. Método de muestreo

Fue probabilístico, porque todos los casos tenían las mismas probabilidades de participar en la investigación

4. Criterios de Inclusión

Los criterios de inclusión utilizados fueron los siguientes:

- a. Pacientes embarazadas con edad comprendida entre los 10 y 19 años a quienes se les realizó operación cesárea.
- b. Cirugía realizada en el Hospital Dr. Leonardo Martínez Valenzuela en el periodo desde el 1 de Enero 2016 al 31 de Diciembre del 2016.

5. Criterios de exclusión

- a. Historias clínicas incompletas

F. PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1. Método de recolección de datos

Se utilizó la encuesta que es un instrumento que consiste en realizar las mismas preguntas a la población en estudio obteniendo información sobre un hecho de interés a través de la interrogatorio escrito." (Zacarías, Ortez 2001)

2. Técnica de recolección de datos

La técnica de la encuesta es el Cuestionario, "es un conjunto de preguntas preparadas cuidadosamente sobre los hechos y aspectos que interesan en una investigación (Zacarías, Ortez 2001)

3. Instrumento de recolección de datos

El instrumento es la herramienta del método, tiene como propósito recolectar la información en forma organizada y que esta sea útil para alcanzar los objetivos de la investigación (Zacarías, Ortez 2001).

Para recolectar los datos se utilizó un formulario que contiene un total de 25 preguntas de las cuales son:

Preguntas Abiertas: 23

Preguntas Cerradas: 0

Preguntas Categorizadas: 2

Las dimensiones de la variable análisis situacional se midieron de la siguiente manera:

Dimensión Enfoque Epidemiológico con las preguntas: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 17

Dimensión Enfoque Clínico con las preguntas: 13, 14, 15, 18, 19

Dimensión Enfoque administrativo con las preguntas: 23, 24, 25

4. Validez

Se determinó la validez de contenido a través del juicio de expertos, quienes evaluaron y analizaron las preguntas basándose en los siguientes criterios:

- a. induce a una respuesta determinada
- b. Sencillez en la redacción
- c. Ambigüedad
- d. Relación con el tema
- e. Claridad
- f. Adaptada al contexto de aplicación

Sin propuesta de cambios por parte de los jueces. Antes de su aplicación fue aprobado por el asesor metodológico.

5. Confiabilidad

Se refiere al grado en que la aplicación repetida del instrumento al mismo sujeto u objeto produce iguales resultados (Hernández Sampieri, 2010). Se determinó la confiabilidad en relación con el calificador, donde dos expertos calificaron los resultados obtenidos y se calculó la proporción de coincidencia entre ambos observadores que fue de 0.85.

6. Procedimiento de aplicación del instrumento

Se solicitó permiso al departamento de Gineco-obstetricia para la aplicación del instrumento el cual fue administrado con la colaboración del personal de Epidemiología y Estadística del Hospital Dr. Leonardo Martínez Valenzuela aplicando a todas las historias clínicas registradas en los expedientes de las pacientes ingresadas que cumplieran con la definición de caso estandarizada de cesárea en adolescente. Recolectando la mayor información posible del archivo clínico, con previa autorización al jefe de dicho departamento, se revisaron y completaron cuestionarios con la información de los expedientes clínicos recolectados. Se completó cierta información en los registros de la base de datos de sala de Labor y Parto encontrados en el departamento de estadística del hospital (Sistema de Informática/ Epidemiología). La información sobre costos, fue brindada por el departamento de presupuesto y contabilidad del hospital.

G. PLAN DE ANALISIS

1. Procesamiento de los datos

Se construyó una base de datos con el programa estadístico SPS versión 18 donde se procesaron los datos obtenidos en el instrumento de recolección

2. Presentación de los datos

Los datos recolectados se presentan por medio de tablas de distribución de frecuencias y gráficos, y para las variables cuantitativas grafico de barra.

3. Análisis e interpretación de la información

Se utilizarán medidas de resumen estadísticas para investigaciones descriptivas de acuerdo a lo siguiente:

- a. Las variables cualitativas: medidas de frecuencia como las tasas y el porcentaje y unas medidas de tendencia central (la moda).
- b. Las variables cuantitativas: medidas de tendencia central (moda, media, mediana) y medidas de dispersión (rango, desviación estándar e intervalo de confianza)

CAPITULO IV. CONSIDERACIONES ÉTICAS

A. Principios éticos

La investigación se desarrolló teniendo en consideración los siguientes principios:

1. Respeto a la dignidad humana: Es el derecho que tiene cada ser humano, de ser respetado y valorado como ser individual y social, con sus características y condiciones particulares, por el solo hecho de ser persona.
2. Beneficencia: Se llama beneficencia a los actos de donación o ayuda voluntaria a los necesitados, así como a las instituciones tanto públicas como privadas, a través de las cuales se han articulado a lo largo de la historia.
3. Justicia: Principio moral que inclina a obrar y juzgar respetando la verdad y dando a cada uno de lo que le corresponde.

B. Clasificación del riesgo de investigación.

Categoría I: sin riesgo porque es una investigación de diseño observacional.

CAPITULO V: RESULTADOS

DESCRIPCION DE LA POBLACION:

La población de estudio fue constituida por 102 pacientes adolescentes con embarazo que ingresaron a la sala de labor y parto del Hospital Dr. Leonardo Martínez Valenzuela (HLMV) a quienes se les realizó operación cesárea en el período comprendido del 1 de Enero al 31 de Diciembre 2016.

A. VARIABLE: ANALISIS DE SITUACION

DIMENSIÓN ENFOQUE EPIDEMIOLÓGICO

1. Prevalencia de embarazo en adolescente

$$\text{PEA: } \frac{\text{Total embarazo en adolescente}}{\text{Total de embarazos}} \times 100$$

$$\text{PEA: } 4206 / 15208 \times 100 = 28\%$$

$$\text{PEA: } 28\%$$

2. Índice de cesárea en adolescentes

$$\text{IC: } \frac{\text{Total de cesáreas en adolescentes}}{\text{Total de partos en adolescentes}} \times 100$$

$$\text{IC: } 634 / 3572 \times 100$$

$$\text{IC: } 17.74\%$$

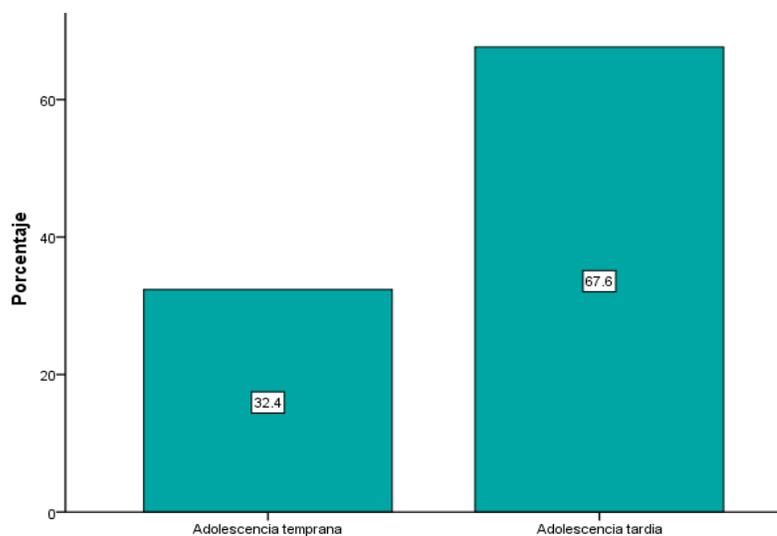
3. INDICADOR PERSONA:

a) Edad:

Tabla 3. Edad de las Pacientes

Válidos	102
Perdidos	0
Media	17.00
Mediana	17.00
Moda	18
Desviación Típica.	1.335
Rango	6
Mínimo	13
Máximo	19

Gráfico # 1: Edad de las Pacientes



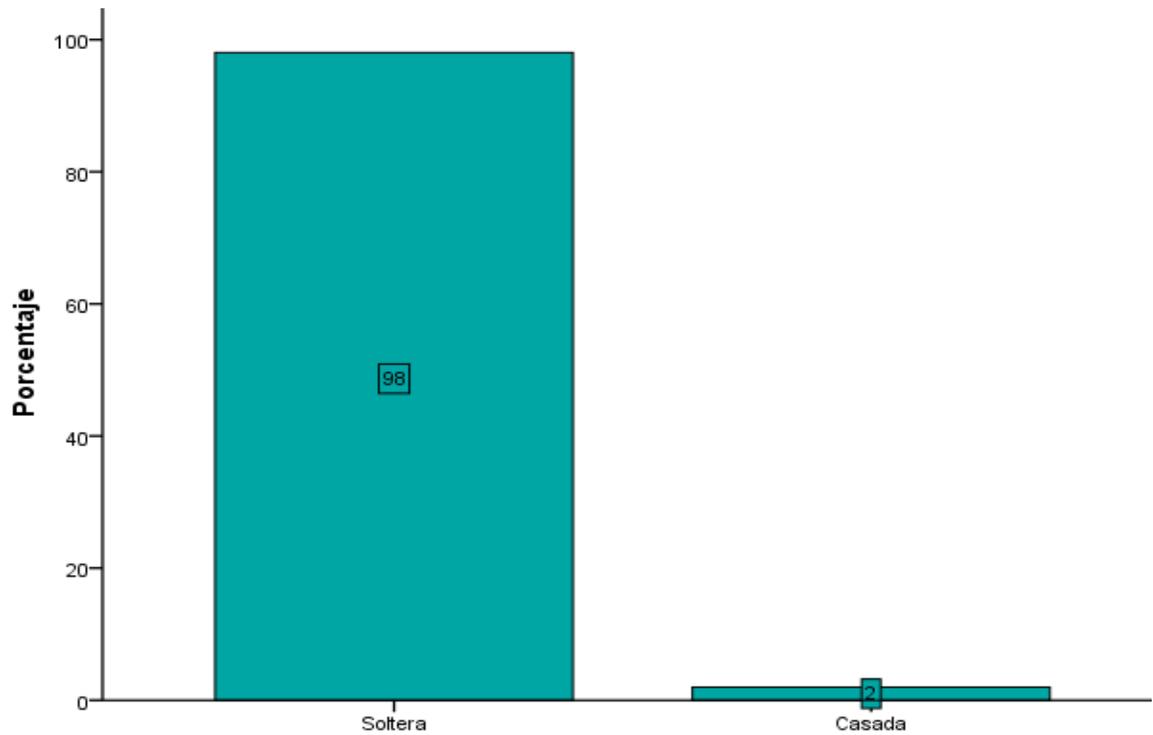
La edad más frecuente fue 18 años, con un promedio de edad de 17 ± 1 año, el 50% de las pacientes tenían menos de 17 años, las pacientes de mayor edad tenía 19 años y la de menos 13 con un rango de 6.

b) Estado Civil:

Tabla 4. Estado Civil

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Soltera	100	98.0	98.0	98.0
Casada	2	2.0	2.0	100.0
Total	102	100.0	100.0	

Gráfico # 2: Estado Civil



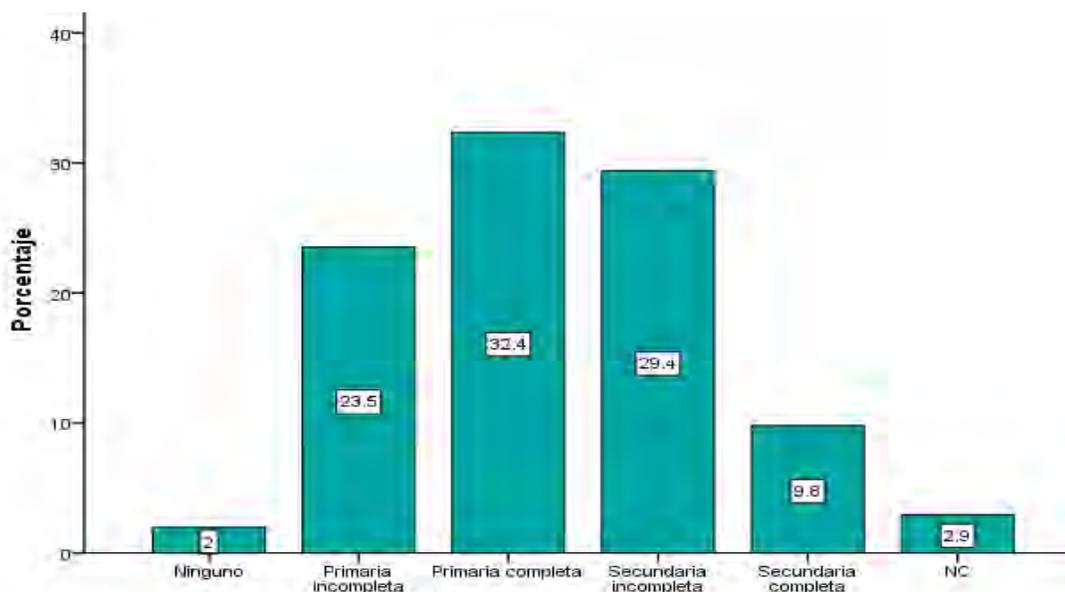
El 98% de las embarazadas adolescentes son solteras y solo un 2% son casadas.

c) Nivel Educativo:

Tabla 5. Nivel Educativo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ninguno	2	2.0	2.0	2.0
Primaria incompleta	24	23.5	23.5	25.5
Primaria completa	33	32.4	32.4	57.8
Secundaria incompleta	30	29.4	29.4	87.3
Secundaria completa	10	9.8	9.8	97.1
NC	3	2.9	2.9	100.0
Total	102	100.0	100.0	

Gráfico # 3: Nivel Educativo



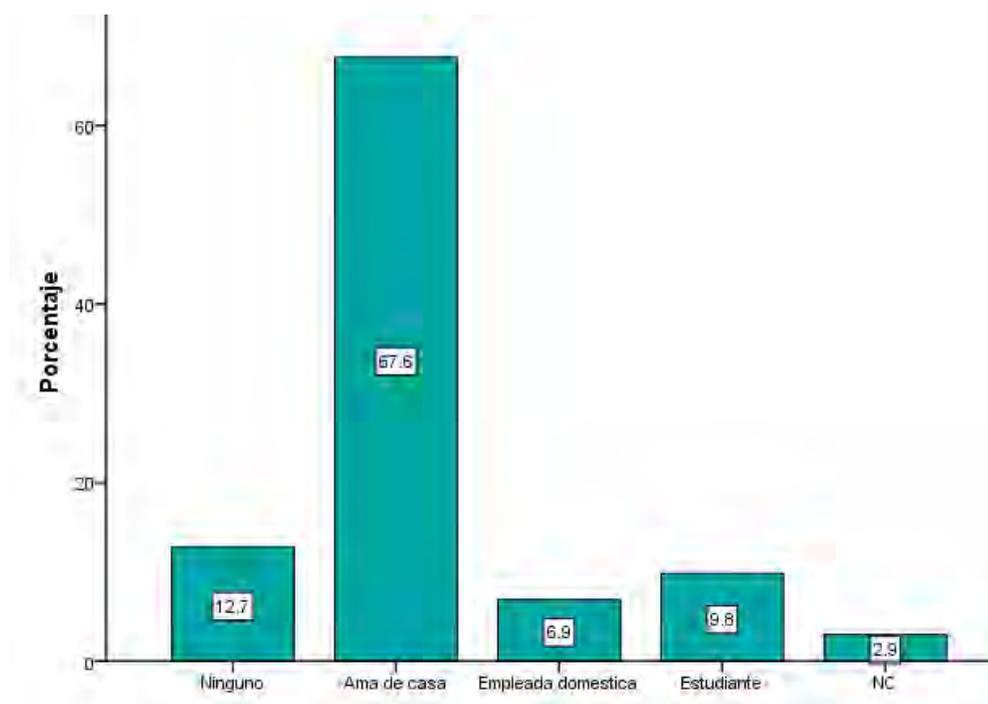
El 32.4% de las embarazadas adolescentes han cursado la primaria completa, un 29.4% secundaria incompleta; y un 2% no tiene ningún nivel educativo.

c) Ocupación:

Tabla 6. Ocupación

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ninguno	13	12.7	12.7	12.7
Ama de casa	69	67.6	67.6	80.4
Empleada domestica	7	6.9	6.9	87.3
Estudiante	10	9.8	9.8	97.1
NC	3	2.9	2.9	100.0
Total	102	100.0	100.0	

Gráfico # 4: Ocupación



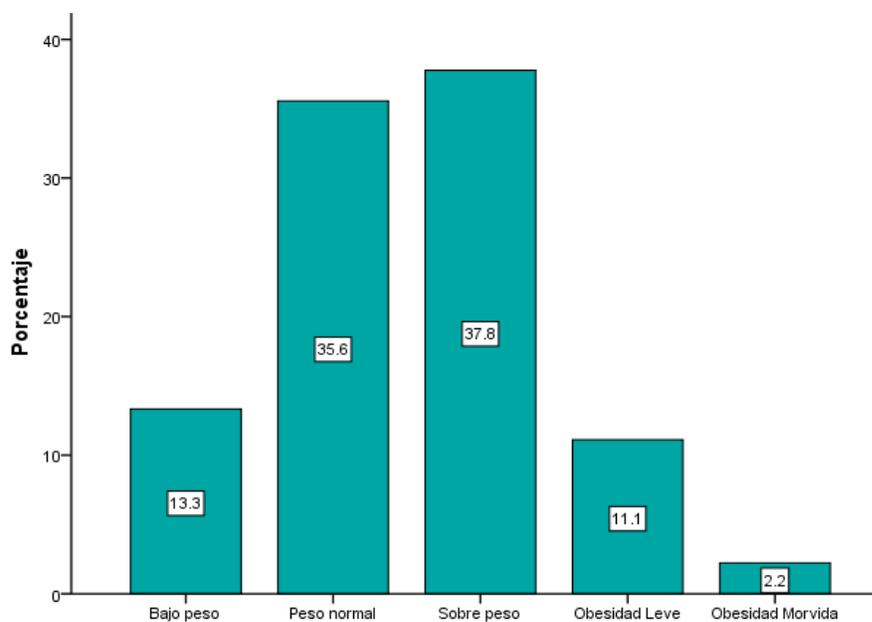
El 67.6% de las embarazadas adolescentes son amas de casa, y el 9.8% son estudiantes.

e). Estado Nutricional:

Tabla 7. Índice de Masa Corporal

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
BAJO PESO	6	13.3	13.3	13.3
PESO NORMAL	16	35.6	35.6	48.9
SOBRE PESO	17	37.8	37.8	86.7
OBESIDAD LEVE	5	11.1	11.1	97.8
OBESIDAD FRANCA	1	2.2	2.2	100.0
Total	45	100.0	100.0	

Gráfico # 5 Clasificación Ponderal



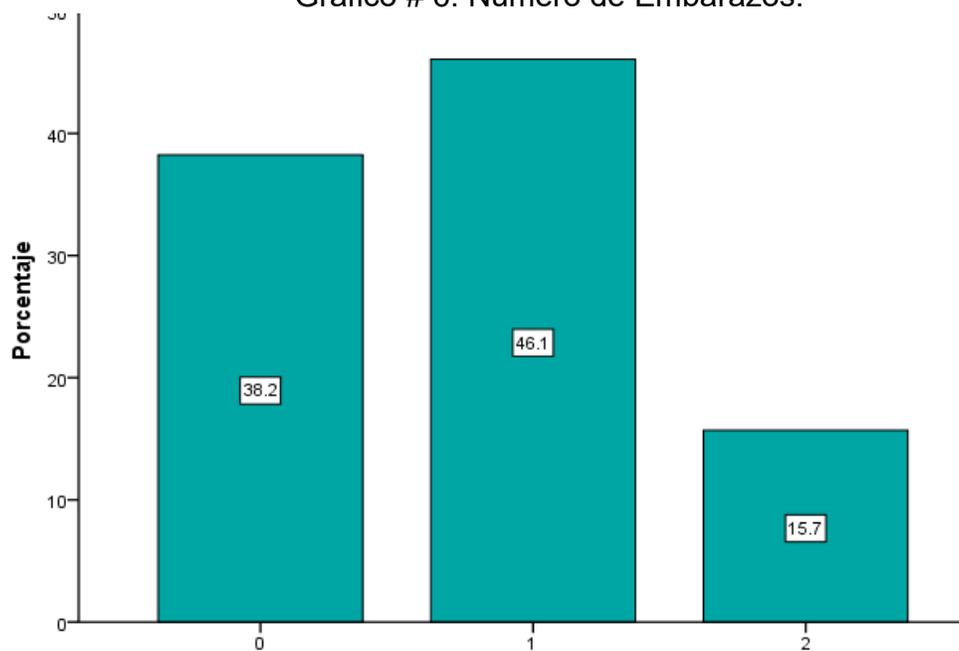
El 37.8% de las adolescentes a quienes se les realizó cesárea presentan sobrepeso, un 2.2% obesidad mórbida y 13.3% bajo peso.

f) Historia Gineco-obstetrica

Tabla 8. Número de Embarazos

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0	39	38.2	38.2	38.2
1	47	46.1	46.1	84.3
2	16	15.7	15.7	100.0
Total	102	100.0	100.0	

Gráfico # 6: Número de Embarazos.



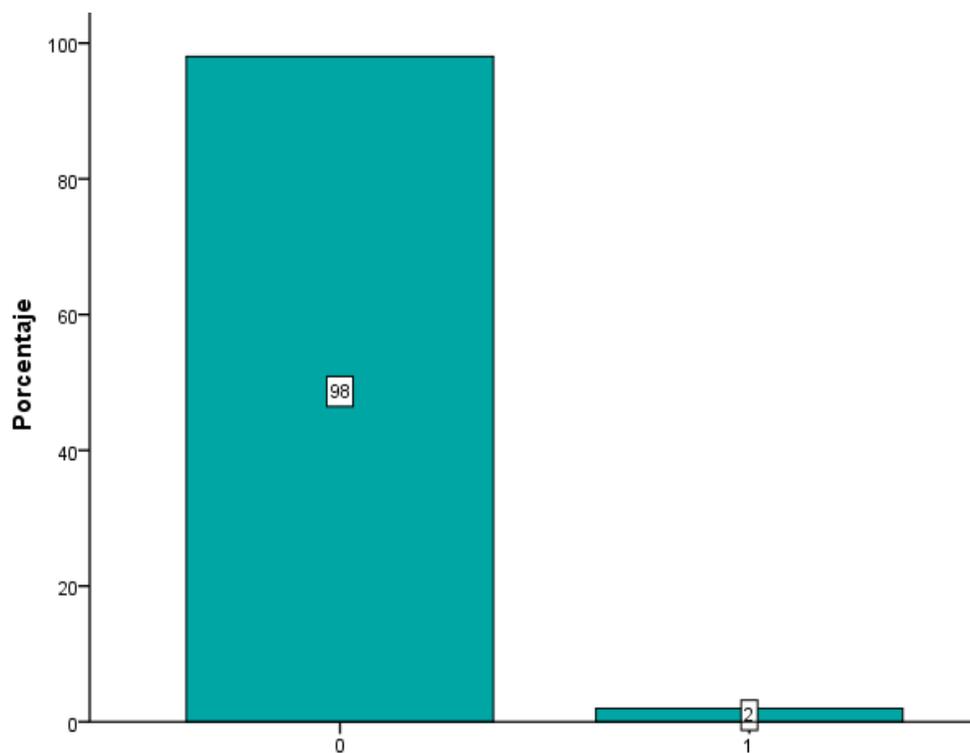
El 61.8% eran multíparas (38. 2%) primigestas.

g) Número de Partos

Tabla 9. Número de Partos

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0	100	98.0	98.0	98.0
1	2	2.0	2.0	100.0
Total	102	100.0	100.0	

Gráfico # 7 Número de Partos



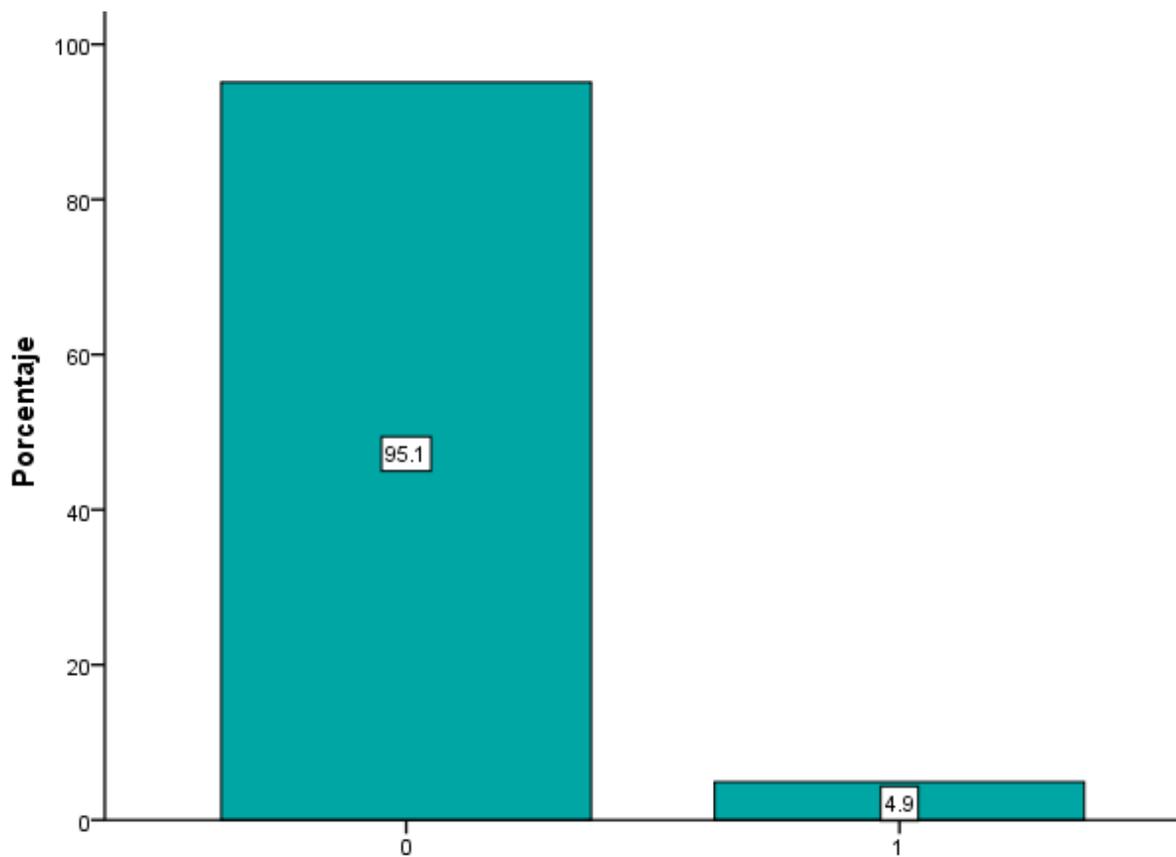
El 2 % de las adolescentes tenía parto previo al momento de realizarle la cesárea; y un 98% no tenían ningún parto previo.

h) Número de Abortos

Tabla 10: Número de Abortos

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0	97	95.1	95.1	95.1
1	5	4.9	4.9	100.0
Total	102	100.0	100.0	

Gráfico # 8: Número de Abortos



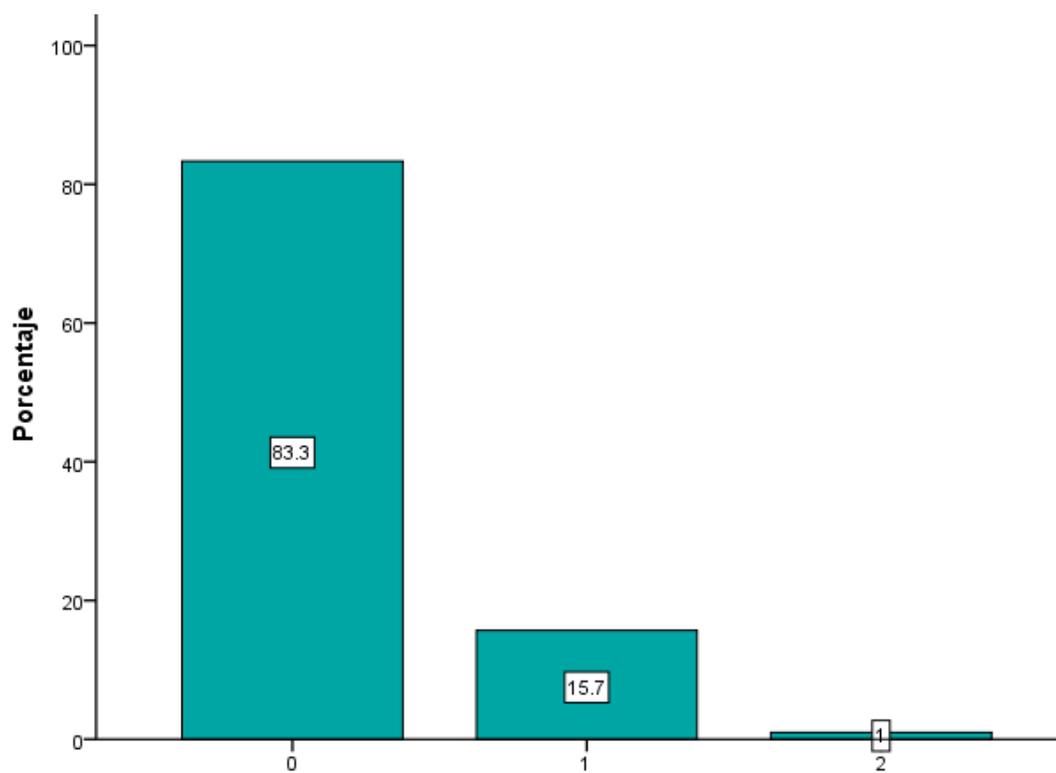
El 5% de las adolescentes tenían antecedente de aborto.

i) Número de cesáreas

Tabla 11. Número de Cesáreas

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0	85	83.3	83.3	83.3
1	16	15.7	15.7	99.0
2	1	1.0	1.0	100.0
Total	102	100.0	100.0	

Gráfico # 9: Número de Cesáreas



El (16%) de las adolescentes tenían antecedente de una cesárea previa, y el

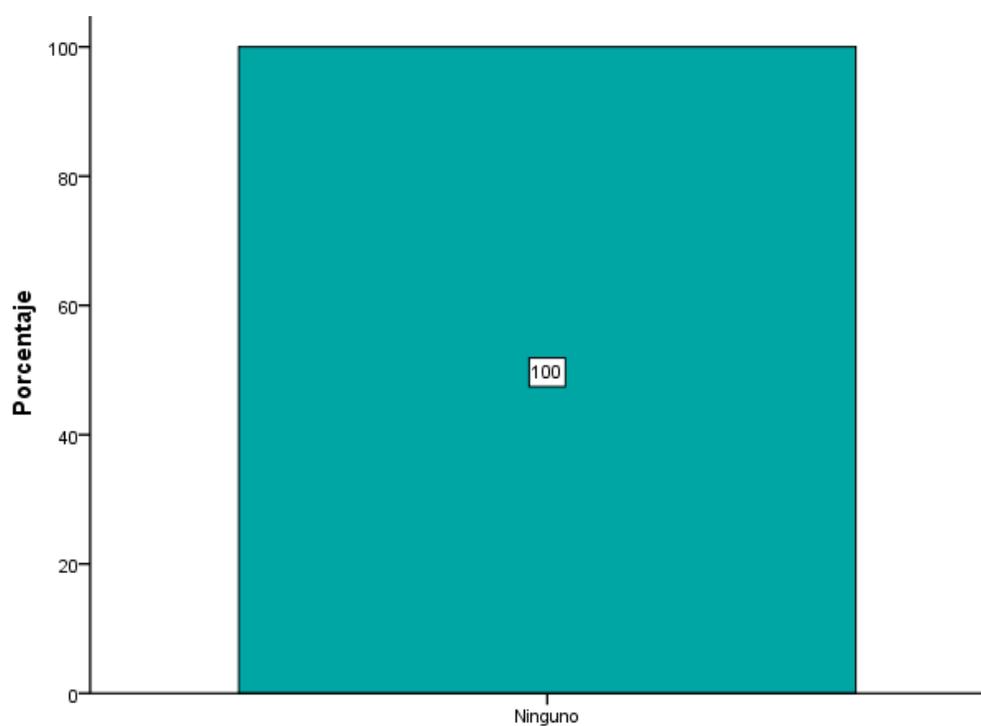
(83.3%) no tenía cesáreas previas.

j). Antecedentes Patológicos:

Tabla 12. Antecedentes Personales Patológicos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	ninguno	102	100.0	100.0	100.0

Gráfico # 10 Antecedentes Personales Patológicos



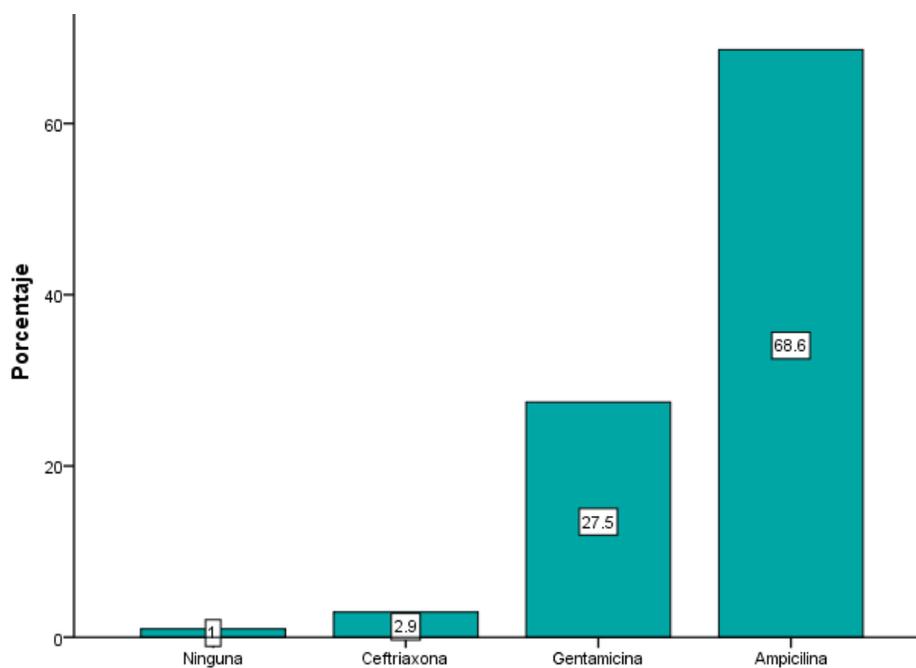
Ninguna paciente tenía antecedentes personales patológicos.

k) Profilaxis Preoperatoria

Tabla 13. Profilaxis Preoperatoria

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ninguna	1	1.0	1.0	1.0
Ceftriaxona	3	2.9	2.9	3.9
Gentamicina	28	27.5	27.5	31.4
Ampicilina	70	68.6	68.6	100.0
Total	102	100.0	100.0	

Gráfico # 11: Profilaxis Preoperatoria



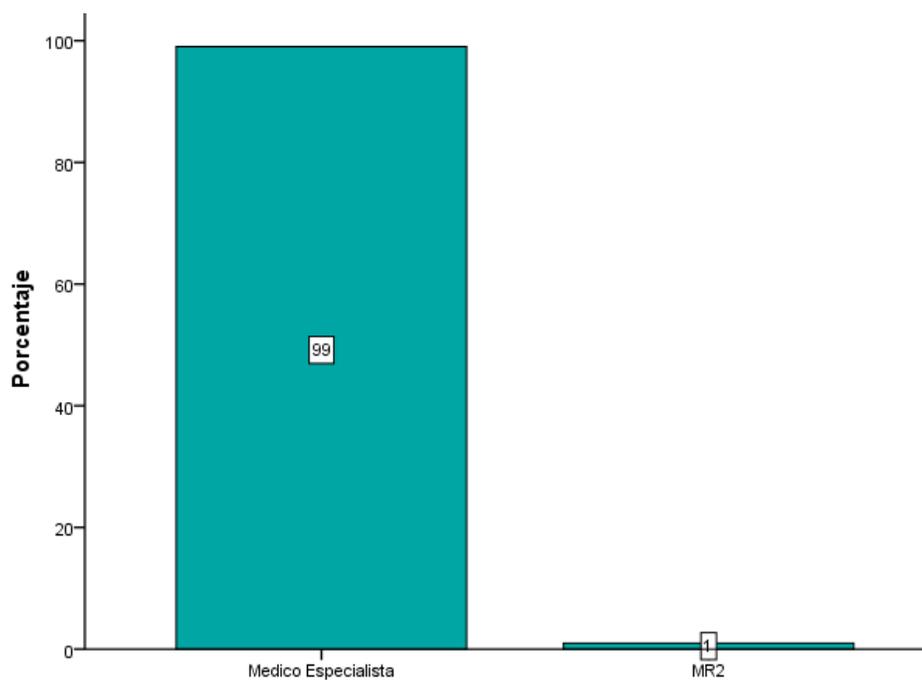
Un 1% no recibió profilaxis antibiótica preoperatoria

I) Categoría del Cirujano:

Tabla 14. Profesional que Realizo la Cesárea

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Médico Especialista	101	99.0	99.0	99.0
	MR2	1	1.0	1.0	100.0
	Total	102	100.0	100.0	

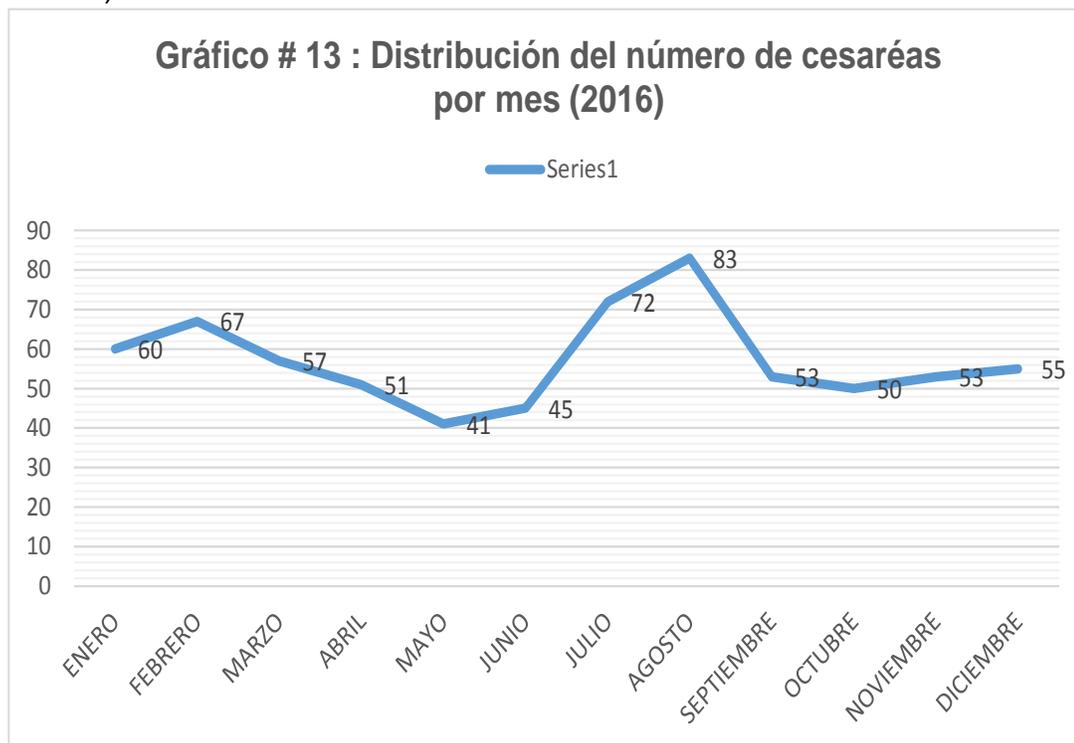
Gráfico # 12: Profesional que Realizo la Cesárea



El 99% de las cesáreas fueron realizadas por el médico especialista y solo el 1% por el médico residente de segundo año.

4. INDICADOR TIEMPO:

a) Tendencia



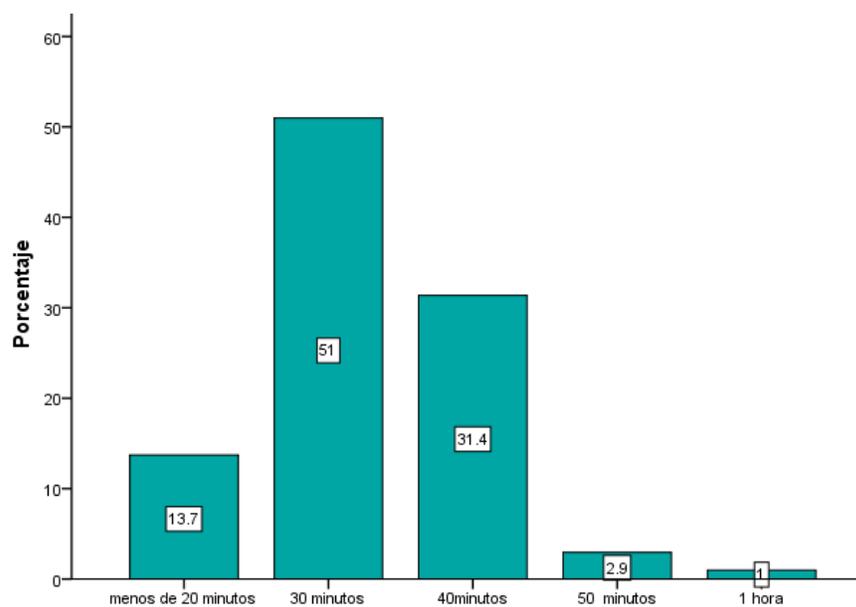
Durante el mes de Agosto se registró el mayor número de cesáreas (83%), y (41%) en Mayo.

b) Duración de Cirugía:

Tabla 15. Tiempo que duro la Cirugía

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Menos de 20 minutos	14	13.7	13.7	13.7
Media hora	52	51.0	51.0	64.7
40 minutos	32	31.4	31.4	96.1
50 minutos	4	3.9	3.9	100.0
Total	102	100.0	100.0	

Gráfico # 13: Tiempo que duro la Cirugía



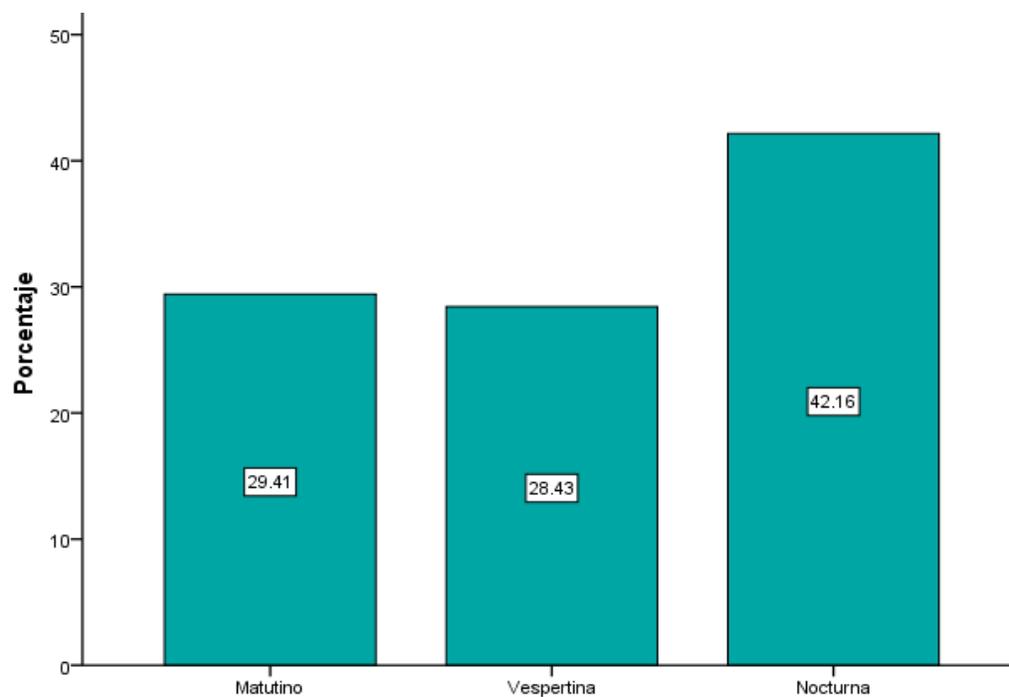
En el 51% de las cesáreas duro 30 minutos, 13.7% se realizó en menos de 20 minutos; y 1% la cirugía se prolongó hasta 1 hora.

c) Jornada

Tabla 16. Jornada en que se Realizó la Cesárea

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
matutino	30	29.4	29.4	29.4
vespertina	29	28.4	28.4	57.8
nocturna	43	42.2	42.2	100.0
Total	102	100.0	100.0	

Gráfico # 14: Jornada en que se Realizó la Cesárea



El 42.1% de las cesáreas se realizó en jornada nocturna, y un 29.4% en la jornada matutina y 28.4% en la vespertina.

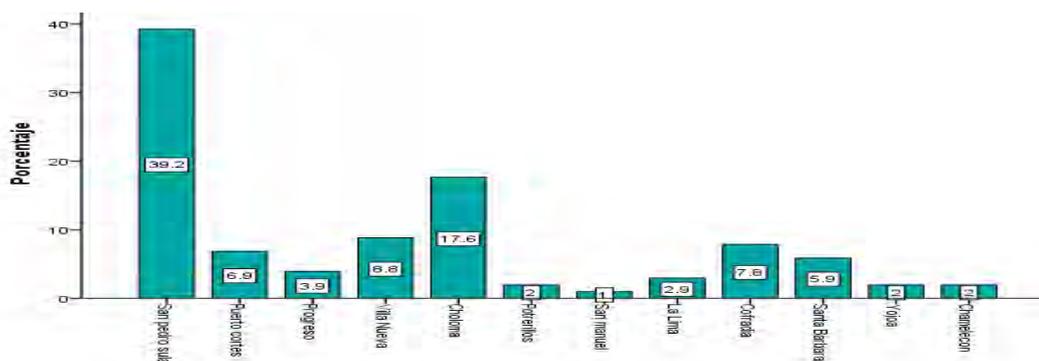
INDICADOR LUGAR:

a. Lugar de Residencia

Tabla 17. Lugar de Residencia

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
San Pedro Sula	40	39.2	39.2	39.2
Puerto Cortés	7	6.9	6.9	46.1
Progreso	4	3.9	3.9	50.0
Villa Nueva	9	8.8	8.8	58.8
Choloma	18	17.6	17.6	76.5
Potreriillos	2	2.0	2.0	78.4
San Manuel	1	1.0	1.0	79.4
La Lima	3	2.9	2.9	82.4
Cofradía	8	7.8	7.8	90.2
Santa Bárbara	6	5.9	5.9	96.1
Yojoa	2	2.0	2.0	98.0
Chamelecón	2	2.0	2.0	100.0
Total	102	100.0	100.0	

Gráfico # 15: Lugar de Residencia



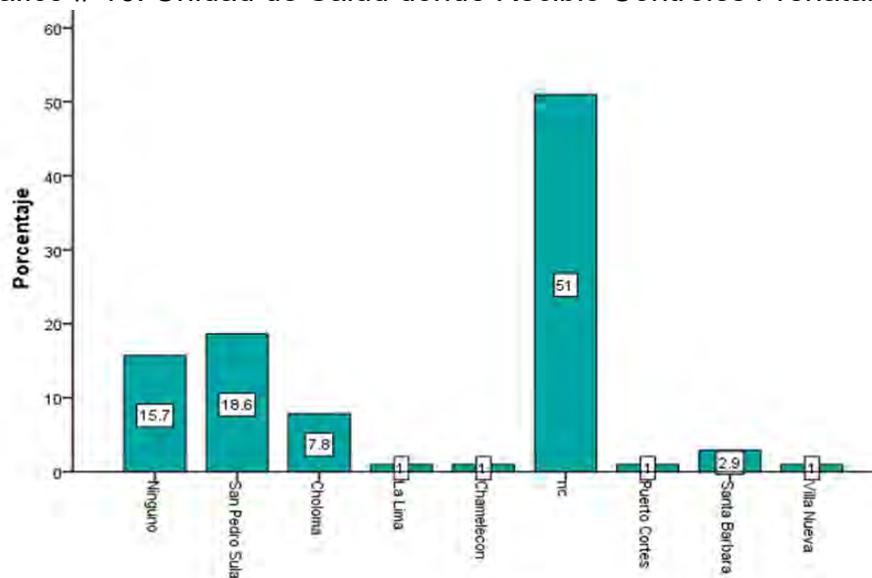
La procedencia más frecuente de las pacientes fue San Pedro Sula (39.2%), Choloma (17.6%) y Sector Villa Nueva (8.8%).

b. Establecimiento Controles Prenatales:

Tabla 18. Unidad de Salud donde Recibió Controles Prenatales

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ninguno	16	15.7	15.7	15.7
San Pedro Sula	19	18.6	18.6	34.3
Choloma	8	7.8	7.8	42.2
La Lima	1	1.0	1.0	43.1
Chamelecón	1	1.0	1.0	44.1
NC	52	51.0	51.0	95.1
Puerto Cortés	1	1.0	1.0	96.1
Santa Bárbara	3	2.9	2.9	99.0
Villa Nueva	1	1.0	1.0	100.0
Total	102	100.0	100.0	

Gráfico # 16: Unidad de Salud donde Recibió Controles Prenatales



El 51% de las pacientes no tenían consignado el lugar donde realizaron sus controles prenatales, el 19% recibió sus controles en un centro de salud de San Pedro Sula y el 16 % no tuvo ningún control prenatal.

DIMENSION ENFOQUE CLÍNICO:

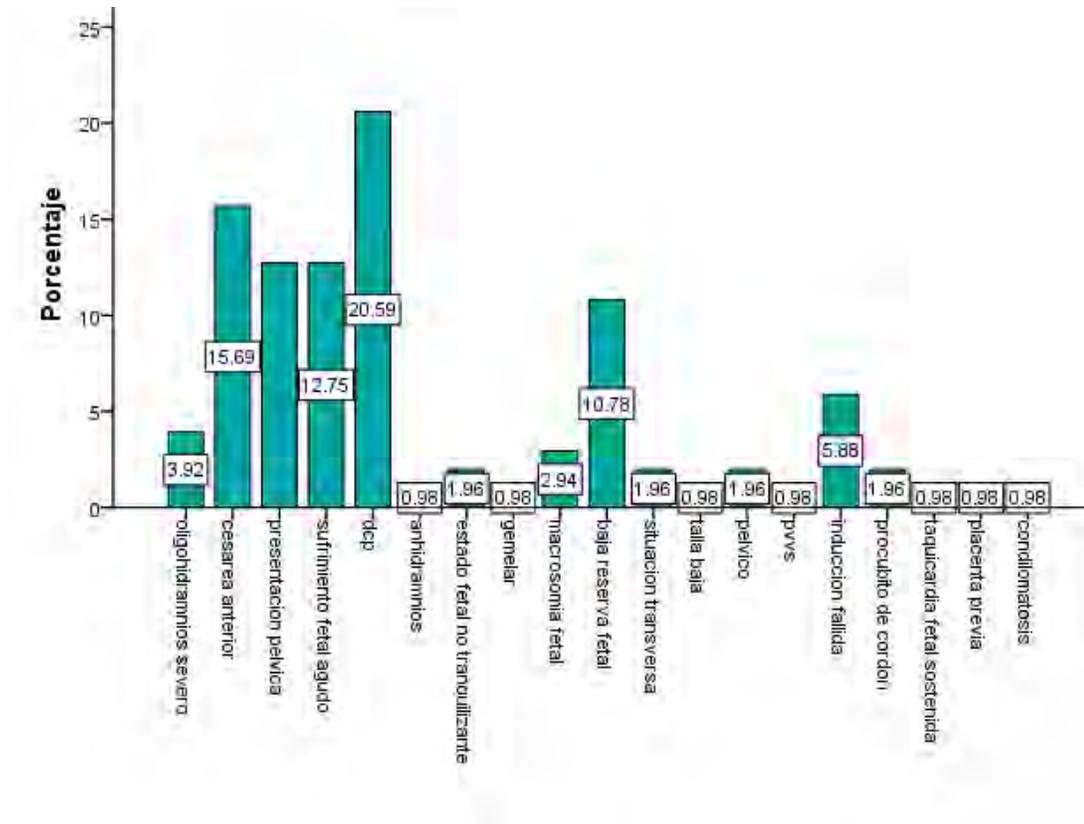
1. RAZONAMIENTO CLINICO

a) Indicación de Cesárea:

Tabla 19. Indicación de Cesárea

Indicación	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Oligohidramnios severo	4	3.9	3.9	3.9
Cesárea anterior	16	15.7	15.7	19.6
Presentación pélvica	13	12.7	12.7	32.4
Sufrimiento fetal agudo	13	12.7	12.7	45.1
Desproporción céfalo pélvica	21	20.6	20.6	65.7
Anhidramnios	1	1.0	1.0	66.7
Estado fetal no tranquilizante	2	2.0	2.0	68.6
Gemelar	1	1.0	1.0	69.6
Macrosomía fetal	3	2.9	2.9	72.5
Baja reserva fetal	11	10.8	10.8	83.3
Situación transversa	2	2.0	2.0	85.3
Talla baja	1	1.0	1.0	86.3
Presentación pélvica	2	2.0	2.0	88.2
PVVS	1	1.0	1.0	89.2
Inducción fallida	6	5.9	5.9	95.1
Procubito de cordón	2	2.0	2.0	97.1
Taquicardia fetal sostenida	1	1.0	1.0	98.0
Placenta previa	1	1.0	1.0	99.0
Condilomatosis	1	1.0	1.0	100.0
Total	102	100.0	100.0	

Gráfico # 17: Indicación de Cesárea



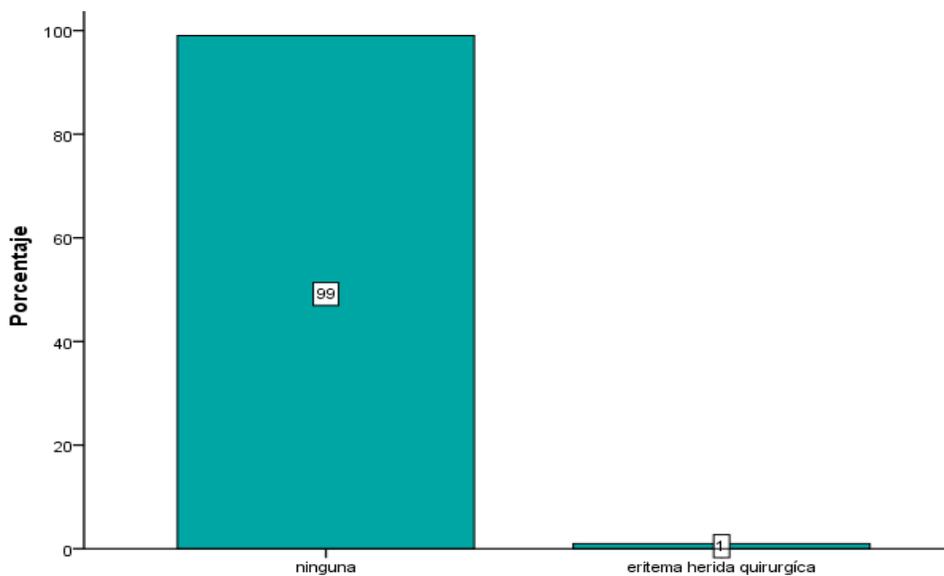
Las indicaciones de cesárea más frecuentes fueron: Desproporción cefalopelvica (20.59%), cesárea anterior (15.6%), sufrimiento fetal agudo (12.7%) baja reserva fetal (10.8%).

b) Complicación de la Cesárea

Tabla 20. Complicaciones de la Cesárea

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ninguna	101	99.0	99.0	99.0
Eritema herida quirúrgica	1	1.0	1.0	100.0
Total	102	100.0	100.0	

Gráfico # 18: Complicación de la Cesárea



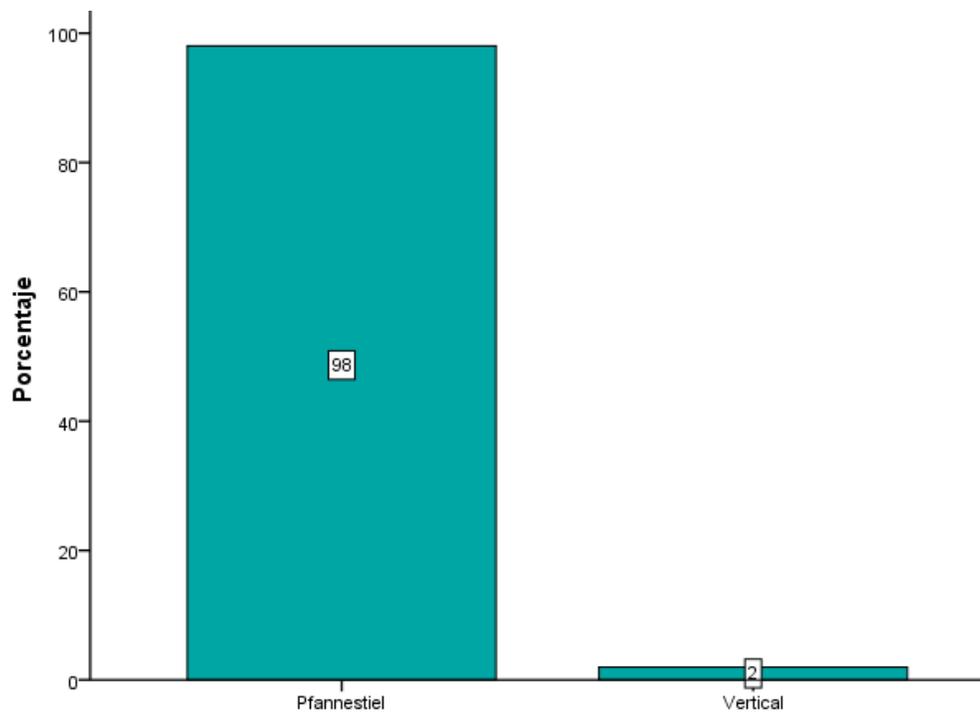
El 1% de las pacientes presentó eritema de herida quirúrgica como complicación.

c) Incisión en Piel

Tabla 21. Incisión en Piel

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Pfannestiel	100	98.0	98.0	98.0
Vertical	2	2.0	2.0	100.0
Total	102	100.0	100.0	

Gráfico # 19 Incisión en Piel



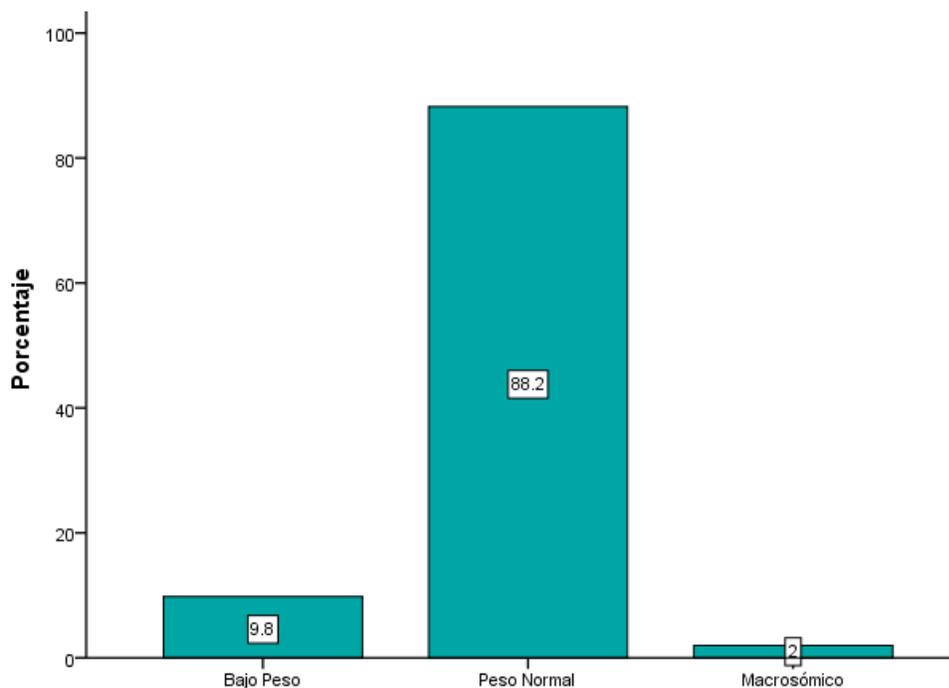
La incisión en piel más frecuente fue transversal (Pfannestiel) en un (98%).

d) Peso del Recién Nacido

Tabla 22. Peso del Recién Nacido

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
BAJO PESO	10	9.8	9.8	9.8
PESO NORMAL	90	88.2	88.2	98.0
MACROSOMICO	2	2.0	2.0	100.0
Total	102	100.0	100.0	

Gráfico # 20: Peso del Recién Nacido



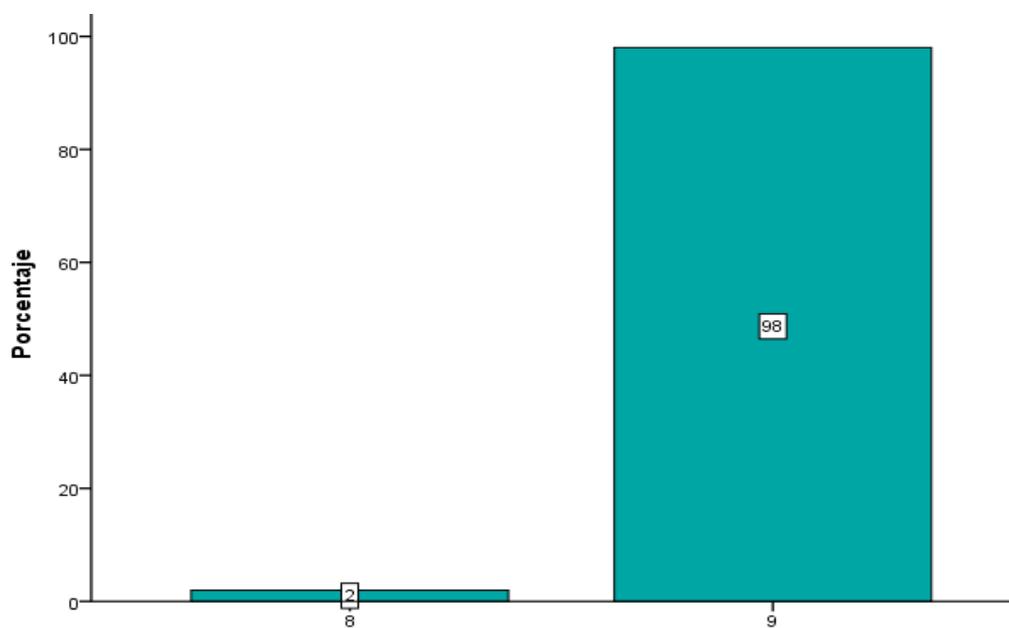
El (88.2%) de los recién nacidos hijos de madres adolescentes presentaron peso normal, un (9.8%) fue catalogado con bajo peso; y (2%) fue macrosómico.

e) APGAR del Recién Nacido al Quinto minuto

Tabla 23. APGAR del Recién Nacido al Quinto minuto

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
8	2	2.0	2.0	2.0
9	100	98.0	98.0	100.0
Total	102	100.0	100.0	

Gráfico # 21. APGAR del Recién Nacido al Quinto minuto



El 100% de los recién nacidos tuvieron APGAR \geq de 8 a los 5 minutos.

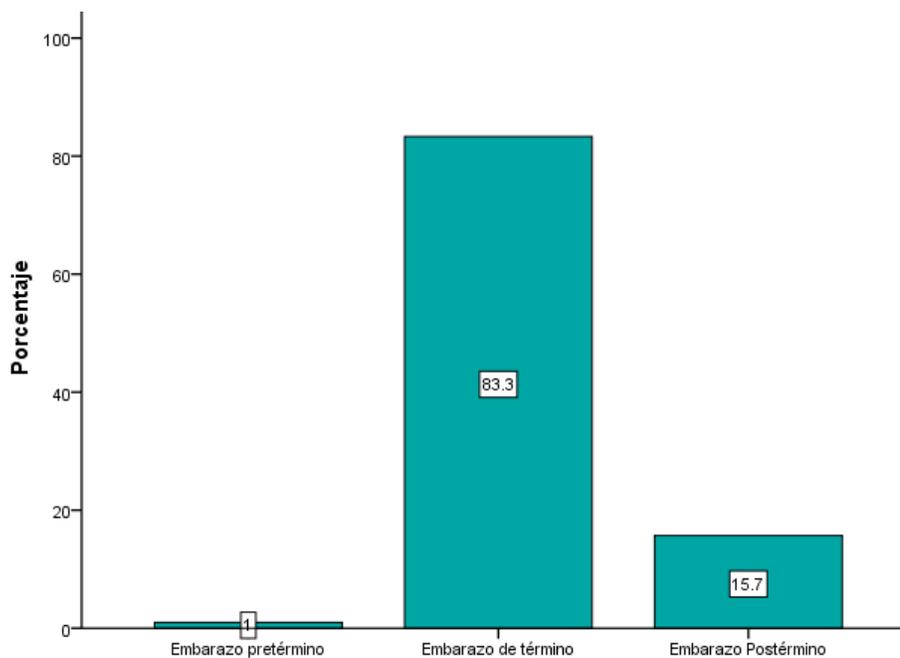
2. Conclusión diagnóstica

a) Diagnostico Gestacional

Tabla 24 Edad Gestacional

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Embarazo Pretérmino	1	1.0	1.0	1.0
Embarazo de termino	85	83.3	83.3	84.3
embarazo Postérmino	16	15.7	15.7	100.0
Total	102	100.0	100.0	

Gráfico # 22. Edad Gestacional



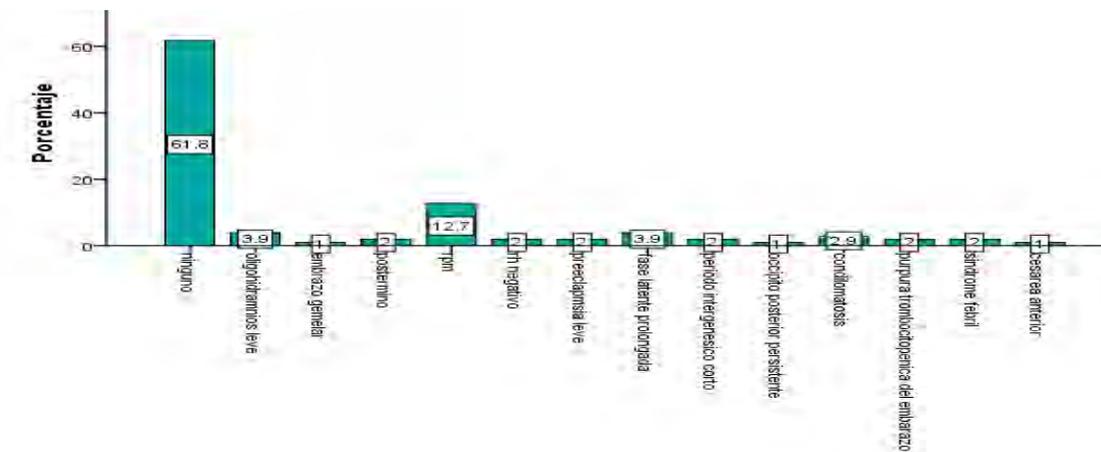
El (83%) de los embarazos fueron de termino, (16%) Postérmino y (1%) pretérmino.

b) Otro Diagnostico

Tabla 25. Otro Diagnostico

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje Acumulado
Ninguno	63	61.8	61.8	61.8
Oligohidrámnios Leve	4	3.9	3.9	65.7
Embrazo Gemelar	1	1.0	1.0	66.7
Postérmino	2	2.0	2.0	68.6
RPM	13	12.7	12.7	81.4
Rh negativo	2	2.0	2.0	83.3
Preeclampsia Leve	2	2.0	2.0	85.3
Fase Latente Prolongada	4	3.9	3.9	89.2
Período Intergenésico Corto	2	2.0	2.0	91.2
Occipito Posterior Persistente	1	1.0	1.0	92.2
Condilomatosis	3	2.9	2.9	95.1
Púrpura Trombocitopénica del Embarazo	2	2.0	2.0	97.1
Síndrome febril	2	2.0	2.0	99.0
Cesárea anterior	1	1.0	1.0	100.0
Total	102	100.0	100.0	

Gráfico # 23 Otro Diagnostico



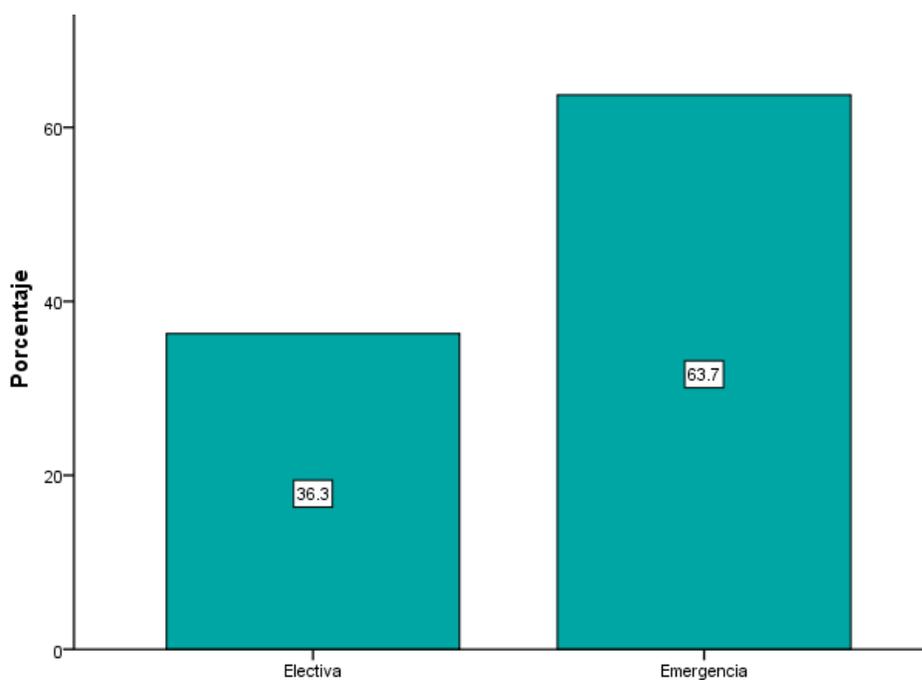
Los diagnósticos secundarios más frecuentes fueron RPM (12.7%) oligohidramnios leve (3.9%) fase latente prolongada (3.9%).

c) Tipo de Cirugía

Tabla 26.Tipo de Cirugía

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
electiva	37	36.3	36.3	36.3
emergencia	65	63.7	63.7	100.0
Total	102	100.0	100.0	

Gráfico # 24. Tipo de Cirugía



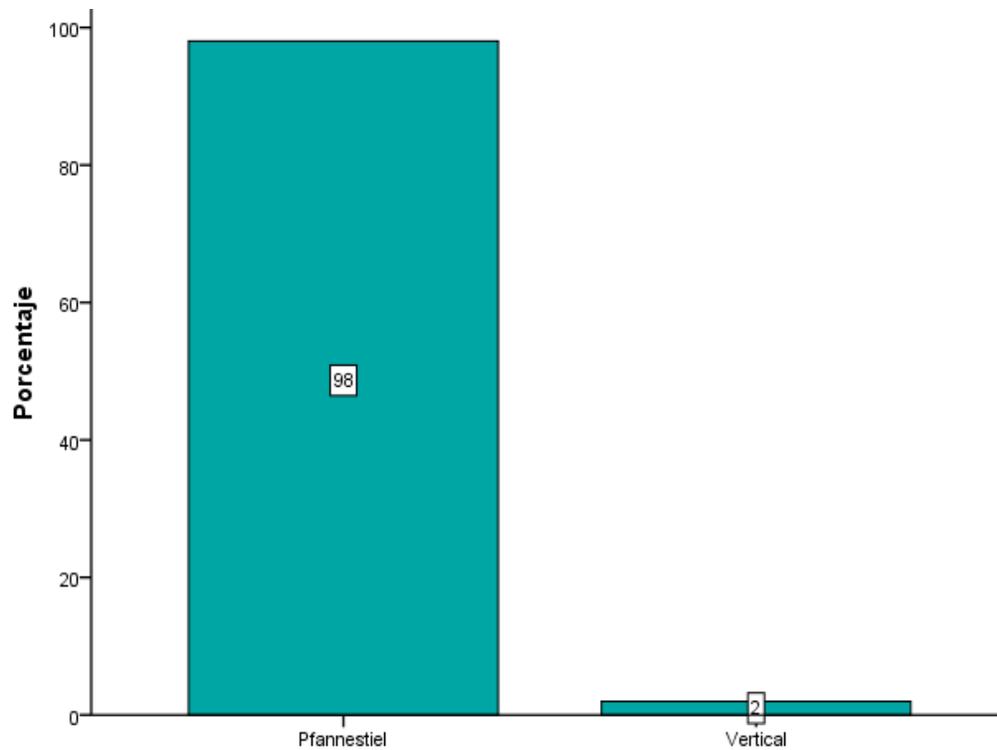
El (64%) de las cesáreas fueron de emergencia y (36.3%) electiva.

d) Incisión en Piel:

Tabla 27. Incisión en Piel

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
pfannestiel	100	98.0	98.0	98.0
vertcal	2	2.0	2.0	100.0
Total	102	100.0	100.0	

Gráfico # 25. Incisión en Piel



El (98%) de las incisiones fue Pfannestiel, y (2%) vertical.

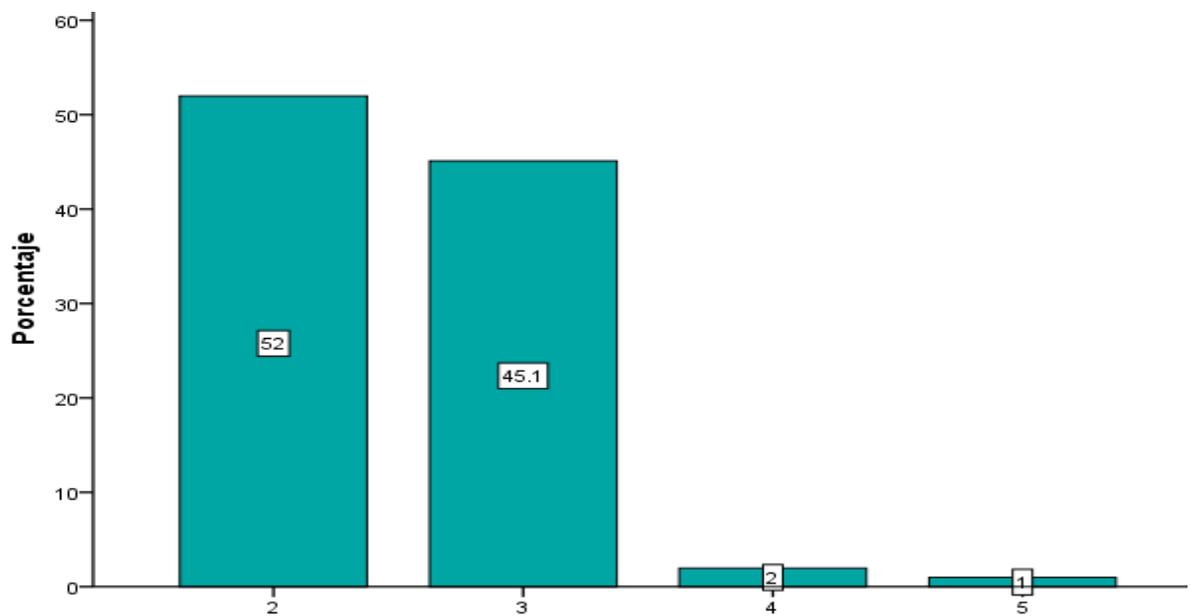
ENFOQUE ADMINISTRATIVO

1. Días de Hospitalización

Tabla 28: Días de Hospitalización

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
2	53	52.0	52.0	52.0
3	46	45.1	45.1	97.1
4	2	2.0	2.0	99.0
5	1	1.0	1.0	100.0
Total	102	100.0	100.0	

Gráfico # 26. Días de Hospitalización



Los días estancia hospitalaria más frecuentes fueron 2 días (52%) la estancia más larga fue de 5 días (1%) debido a una complicación.

Costo Económico de una Cesárea

1. Insumos médicos

Tabla 29: Insumos Médicos:

Materiales	Cantidad	Costos totales por unidad lps.
Guantes estériles	3 pares	26.61
Guantes no estériles	2 pares	12.42
Hojas de bisturí	2 hojas	3.56
Yodo povidone sln.	10 ml	18.50
Hilo de sutura crómico	3 unidades	135.00
Hilo de sutura vicryl	1 unidad	100.00
Hilo de sutura nylon	1 unidad	38.00
Esparadrapo	20 cm	2.80
Ampicilina	1 frasco	67.42
Tramadol	1 ampolla	35.16
Diclofenaco 75 mg	1 ampolla	22.10
Oxitócina 10 u.	1 Frasco	120.00
Sonda Foley	1 unidad	95.00
Bolsa colectora	1 unidad	9.50
Jeringa 10 ml	2 unidades	3.80
Jeringa 5 ml	1 unidad	0.95
Gorros quirúrgicos	4 unidades	32.00
Bupivacaína	1 ampolla	20.06
Catéter n. 16	1 unidad	3.36

Solución salina 0.9%	250 ml	26.00
Solución Hartman	1000 ml	76.23
Compresa	1 apósito	12.50
Botas quirúrgicas	6 pares	144.00
Ropa quirúrgica más instrumentos estériles reutilizables	1 set esterilizado en autoclave.	500.00
Pañal de mujer	1 unidad	12.00
Venoclisis	1 unidad	13.50
Mascarillas	6 unidades	36.00
Jabón para lavado quirúrgico	5 unidades	161.75
Bolsa roja de desechos quirúrgicos	2 unidades	39.70

2. Instalaciones

Tabla 30: Instalaciones:

Insumos	Costo mensual	Costo por hora de procedimiento
Equipo de succión y uso de electrocauterio.	Uso 1% por procedimiento	322.00
Recibo de agua	90,000	120.96
Recibo de energía	1.200.000	1612.90

3. Costo Humano

Tabla 31: Costo Humano

Especialidades médicas que participan en el procedimiento	Salarios 6 horas de trabajo al mes	Salario recibido por hora de procedimiento
Gineco/obstetra	41,000	227.00
Pediatra	41,000	227.00
Anestesiólogo	32,000	177.00
Enfermera instrumentista	15,000	83.30
Circulante	10,000	55.00
Aseadora	8,800	48.00

Insumos médicos totales por hora de procedimiento + Instalaciones uso por hora de procedimiento + costos humanos por hora de procedimiento.

1767.92+2055.86+ 817.30:

Total: 4,641.08 Lps /cesárea

4) Gasto institucional

a. Gasto Institucional

Costo de la cesárea=4,641.08 lempiras

Total de cesáreas en adolescentes =634

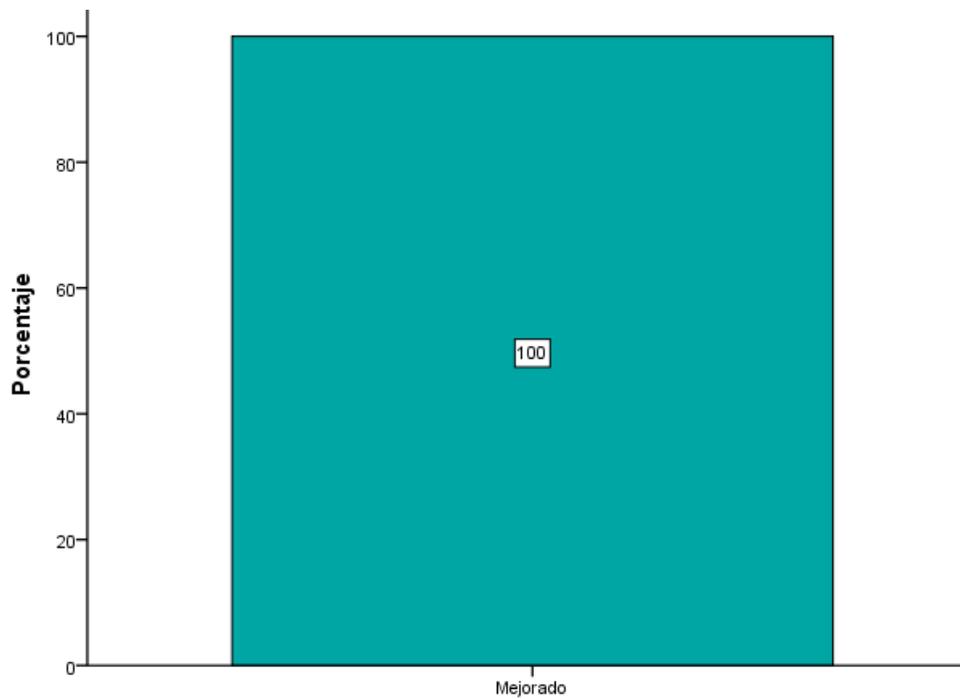
Gasto institucional=2,942.444.72 lempiras

5) Condición al Alta

Tabla 32. Condición al Alta

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Mejorado	95	92.2	100.0	100.0
Sistema	8	7.8		
Total	103	100.0		

Gráfico # 27. Condición al Alta



La condición de egreso de las adolescentes fue mejorado (100%)

CAPITULO VI: DISCUSION

La adolescencia, periodo comprendido entre los 10 y 19 años, una etapa de múltiples cambios a nivel físico, social ,y psicológico que va desde la infancia hasta la edad adulta y se ve influenciada por numerosos factores que han contribuido a la modificación en los patrones de conducta sexual de las jóvenes en las últimas décadas, observando un incremento en el número de embarazos en adolescente representando un grave problema de Salud Pública ya que se estima que a nivel mundial más de 14 millones de mujeres pertenecientes a este grupo etario dan a luz cada año. La incidencia de embarazos en adolescentes difiere dependiendo del grado de desarrollo de una región viéndose mayormente comprometidos los niveles socioeconómicos más bajos, (Lina Maria Congote-Arango, 2012) y en lo que representa las patologías asociadas al parto se determina que a menor edad de la joven, mayor es la probabilidad de presentar alteraciones relacionadas al parto, debido principalmente al desarrollo incompleto de la pelvis materna, condicionando mayor ocurrencia de desproporción cefalopelvica dando como resultado trabajos de parto prolongados y laboriosos, la necesidad de partos instrumentados, así como la realización de cesárea la cual ha sufrido un incremento progresivo y acentuado a medida que transcurren los años, debido a este comportamiento la OMS a través de diferentes estudios logro determinar

desde 1985 que la tasa ideal de cesárea para un país, o una población determinada proponiendo que esta debe oscilar entre 10% y 15%. Estudios recientes revelan que en el momento que la tasa de cesárea se aproxima al 10% a nivel de población, se reduce el número de defunciones maternas y de recién nacidos. Pero cuando esta frecuencia se sitúa por encima del 10%, no hay indicativos que se mejoren las tasas de mortalidad. Se aprecia que a nivel mundial, la tasa de cesárea sobrepasa el índice ideal. Llamando la atención que América Latina y el Caribe son las regiones que encabezan el ranking a nivel mundial con una tasa cesárea del 40,5%. Esta cifra sobrepasa casi tres veces lo recomendado por la Organización Mundial de Salud (OMS) (<https://sptnkne.ws/feUp>, 2017) Durante el periodo del 2006 y 2010 el 15% de los nacimientos sucedieron a través de la cesárea. En América Latina y el Caribe, este porcentaje se duplica a un (38%) reconociendo a Brasil como el país con mayor porcentaje de cesárea (50%), seguido de México con (43%), Nicaragua (34.2%) El Salvador (25%) y Honduras el más bajo valor registrado en (13%); sin embargo estas cifras siguen en aumento (Cajinas, 2012) como lo podemos observar en este estudio Situación de la operación cesárea en adolescentes realizado en el Hospital Leonardo Martínez Valenzuela de la ciudad de San Pedro Sula, durante el año 2016, donde se registraron un total de 4,206 partos en paciente adolescente ,de los cuales 3,572 fueron alumbramientos vía vaginal, y 634 vía abdominal , constituyendo una tasa de

cesárea del (17.7%) contradiciendo lo declarado por la OMS a través de un panel especializado en Salud Reproductiva que plantean que «No existe justificación alguna para que ninguna región reporte una tasa que sea superior a esta. Por lo tanto se debe considerar la salud de este grupo etario como un componente clave para el avance social, político y económico de la sociedad, ya que el embarazo viene a incrementar la morbilidad materna y neonatal, escenario que se ha extendido tanto en países desarrollados como en los que se encuentran en vías de desarrollo, dicha ampliación se ve influenciada por múltiples factores entre los que destacan estructura familiar, condiciones socioeconómicas, el bajo nivel educativo, estado nutricional ,así como la presión social, que podrían contribuir de forma directa al inicio de prácticas sexuales a edades cada vez más tempranas y como consecuencia de esto un embarazo, se estima que a nivel mundial cada año 16 millones de adolescentes entre los 15 y 19 años dan a luz, (Regina Domínguez-Anaya, 2011) Según el informe de Salud Sexual y Reproductiva de los jóvenes de América Latina y el Caribe, un 35% de las adolescentes Latinoamericanas tiene su primer hijo antes de los 20 años, citando que en Guatemala el 20% de las adolescentes tiene su primer hijo antes de cumplir 18 años, y en Colombia 15% de las adolescentes de 15 a 19 años ya habían sido madres, seguidos de México y Paraguay (Regina Domínguez-Anaya, 2011) una de cada cinco mujeres a estado alguna vez embarazada, el 16% de ellas fueron multíparas, y el 4% primigestas, datos

estadísticos que se asemejan a los encontrados en esta investigación donde la edad más frecuente fue 18 años con un promedio de edad de 17 ± 1 año, el 50% de las pacientes tenían menos de 17 años, las pacientes de mayor edad tenía 19 años y la de menos 13 años, en cuanto a la paridad al momento de la cesárea El 61.8% eran multíparas y 38. 2% primigestas. Según el grado de instrucción el porcentaje en las adolescentes que cursaron primaria fue 55.9% frente a un 39.2% que curso con educación secundaria, y pese a los avances en los programas de alfabetización se registró que 2% de estas adolescentes no contaban con ningún grado educativo, lo cual es comparable por el estudio realizado por De La Cruz Galarza, A Cusco (2004) con 34% y 32.2% respectivamente, (Julio Miguel Bustamante Nuñez, 2014) Las indicaciones de cesárea más frecuentes fueron: Desproporción cefalopelvico (20.59%) Cesárea anterior (15.6%) Sufrimiento fetal agudo (12.7%) Baja reserva fetal (10.8%).

como diversos estudios ampliamente señalan que el embarazo a edad precoz conlleva a un mayor riesgo de complicaciones tanto maternas como fetales, señalando que la probabilidad de fallecer por eventos afines a la reproducción es dos veces mayor en adolescentes que andan entre los 15 y 19 años y seis veces mayor en menores de 15 años, (Khaterine Elizabeth Ramirez Ladino, 2014) en el presente estudio se encontró un caso de eritema de herida quirúrgica como única complicación materna , dato que difiere de otros estudios como el realizado por De Vienne donde reporta que las madres de 16

años tienen menor riesgo de presentar complicaciones como trastornos hipertensivos tipo preeclampsia al compararlas con las madres de 20 años, y como complicación fetal se encontró 1% de embarazo pretérmino, y 16% postérmino, dato contrario a los hallazgos publicados donde se señala que las adolescentes de 13 a 15 años tienen mayor riesgo que las adolescentes de 16 a 18 años de presentar parto pretérmino. Esta condición está influenciada directamente por los protocolos de atención del Hospital Dr. Leonardo Martínez Valenzuela, donde se estipula la referencia oportuna de las pacientes con embarazo pretérmino o Postérmino al Hospital Mario Catarino Rivas. Se registró que el 90% de los recién nacidos tenía un peso normal, 9.8% bajo peso, y 2% fueron macrosómico, el 100% con APGAR >8 al quinto minuto, La estancia media de hospitalización fue de 2 días, a diferencia de lo establecido según Las Guías de Cesárea de La Clinic de Barcelona donde se recomienda una estancia entre 3 y 4 días, lo que viene a incrementar el costo económico para la institución razón por la cual este periodo es más breve en esta institución

CAPITULO VII: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A. CONCLUSIONES

La prevalencia de embarazo en adolescente en el Hospital Dr. Leonardo Martínez Valenzuela, es más alta que la establecida para el nivel nacional.

El índice de cesárea en adolescente en el Hospital Dr. Leonardo Martínez Valenzuela es más alto que el recomendado por los organismos internacionales especializados.

Las características epidemiológicas de la población estudiada muestra que son adolescentes tardías procedentes del área urbano rural de San Pedro Sula, con escolaridad baja, solteras, amas de casa, con sobrepeso, multíparas, sin antecedentes personales patológicos.

El proceso de atención quirúrgica tiene criterios de seguridad del paciente al cumplir con las medidas de prevención como profilaxis preoperatoria, y además dichos procedimientos son realizados por personal altamente calificado.

La tendencia demuestra que el tercer y cuarto trimestre tienen la mayor demanda de eventos obstétricos al igual que lo referido por otras publicaciones, gran parte de las de cesáreas que se realizaron son de emergencia, siendo realizadas durante la jornada nocturna, con tiempo de duración promedio de 30 minutos, siendo la principal indicación desproporción cefalopelvica.

El gasto institucional es elevado, por el incremento que presenta del índice de cesárea.

B. RECOMENDACIONES

El uso racionalizado de cesárea con el propósito de disminuir los costos institucionales que implica la realización de esta, mejorando la distribución de recursos en sistemas de salud recargados y frágiles.

Es preciso individualizar cada caso para ofrecer la cesárea a la paciente que realmente la requiera, y no centrarse en alcanzar una determinada tasa.

Al personal de salud que brinda atención prenatal en las diferentes instituciones ya sean públicas o privadas, se recomienda identificar de forma temprana factores de riesgo para lograr intervenir de forma precoz y evitar la ocurrencia de complicaciones, así como informar sobre los riesgos y la morbilidad que conlleva la operación cesárea.

Se requieren más investigaciones sobre el impacto que representa la cesárea en el bienestar psicológico y social de las adolescentes al mismo tiempo mejorar el sistema de registro del Hospital Dr. Leonardo Martínez Valenzuela llenando de forma correcta y completa las historias clínicas, carnet de controles prenatales con el objetivo de facilitar el desarrollo próximas investigaciones.

CAPÍTULO VIII: REFERENCIAS

Avianza MJ, S. T. (Marzo de 2004). Frecuencia e indicaciones de Cesárea en la población adolescente de un Centro Hospitalario. Revista Médica del Nordeste (5), 16.

Bautista, C. A. (2001). Concepto de diagnostico. Recursos.udgvirtual, mx/biblioteca Belén, G., Belén, Z., Catalina, O., & Fabian, J. (27 de septiembre de 2012).

Bordignon, N. A. (2005). El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto. Revista Lasallista de Investigación, 50-63.

Botell, M. L. (2001). La cesárea en la historia. Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia, 53-56.

C. Ros, J. B. (2012). Protocolo: Cesarea. Hospital Clinic Barcelona .

Cajinas, J. C. (2012). "Las Cesareas". Organizacion Panamericana de la Salud , 1-5.

Carlos Quesnel García Benitez, M. d. (2015). Parto después de Cesarea¿ Una Opcion Segura? Ginecología y Obstetricia de Mexico, 69-87.

Casas Rivero J. J., C. G. (2005).Desarrollo_de_adolescente. Recuperado el 01 de Mayo de 2016.

Cervallo, A. (Octubre de 2010). (www.guiainfantil.com/articulos/embarazo/embarazo_adolescente/riesgos-y-consecuencias).

Charles T Horngren. Srikant M Datar, G. F. (s.f.). Contabilidad de costos. un enfoque gerencial. Décimo Segunda Edición.

Especialidad, D. d. (2014). Reduccion de la Frecuencia de Operación Cesarea. Guia de Práctica Clínica, 1-9.

Espinoza Salvadó Ivan, E. T. (2016). Proporción y características Clínico Epidemiológicas de Adolescentes embarazadas en las zonas de Influencia atendidas por médicos en Servicio Social. Pdf, Universidad Nacional autónoma de Honduras Facultad de Ciencias Médicas, Francisco Morazán Honduras, Tegucigalpa MDC.

Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en adolescentes de Honduras(ENAPREAH). (2012). Organizacion Panamericana de la Salud, 1-53.

Fernando Magdaleno Dans, M. S. (2010). Cesárea Corporal y Miomectomía. indicaciones actuales. Rev Chilena de Obstetricia y Ginecología, 266-271.

Gazquez, M. d. (2008). Factores de riesgo para embarazo adolescente. Medicina UPB, 47-58.

Gerardo Jesús Martínez-Salazar, a. P.-V. (2015). Operacion cesárea. Una vision historica, epidemiologica y etica para disminuir su incidencia. Medigraphic, 608-615.

Harald Riesle P, E. B. (2006). Laparotomía de Giordano-Cherney en la operación cesárea. Una alternativa en las malformaciones del sistema nervioso central fetal. *Revista Chilena Obstetricia y Ginecología*, 259-262.

Hernández Sampieri, R. /. (2010). *Metodología de la investigación*. Mexico: McGraw-Hill Interamericana.

Herrezuelo, D. M. (2009). Complicaciones de la cesarea. *Hospital Universitario Virgen de las Nieves Granada*, 1-24.

Hofmeyr GJ, M. M. (2008). *Técnicas para la Cesarea*. Cochrane Plus. <https://sptnkne.ws/feUp>. (08 de Agosto de 2017). Sputniknews.

IHSS, I. H. (2013). *Guías Clínicas de Gineco-Obstetricia*. Tegucigalpa, Honduras, C. A. IHSS Dirección Médica y Desarrollo de los Servicios de Salud.

III Curso de la SEMA Salud Integral en la Adolescencia. (2013). *Revista de Formación Continua de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia*.

Ismary, M. (06 de Agosto de 2016). Embarazo adolescentes hn.blogspot. Recuperado el Mayo de 2016.

Ivan Espinoza Salvado, E. E. (2016). *Proporción y Características Clínicas Epidemiológicas de Adolescentes Embarazadas*. Unidad de Investigación Científica FCM, UNAH.

Jaime Claudio Villarroel Salinas¹, Q. R. (2014). Clinical Reasoning: Its Current Deficit and the importance of learning a Method for the formation of the Clinical Competence of Medical Future. *Rev Cient Cienc Méd* v.17 n.1, 29-36.

Jorge Andrés Rubio Romero, E. Á. (2013). Operación Cesárea. *Obstetricia Integral siglo XXI*, 302-313.

Jorge Andres Rubio Romero, J. E. (2014). Racionalizacion del uso de la cesarea en Colombia, Consenso de la Federacion Colombiana de Obstetricia Y Ginecologia (FECOLSOG) y la Federacion Colombiana de Perinatologia (FECOPEN). *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecologia*, 139-151.

Juan Aller, J. M.-I.-R. (s.f.). Capitulo 45 Cesarea, Histerectomia e Histerorrafia. En *Obstetricia Moderna* (págs. 572-584).

Julio Miguel Bustamante Nuñez, O. E. (2014). Frecuencia e Indicación de Cesárea en el Hospital Providencia Docente Belen Lambayeque. *Revista Cuerpo Méd*, 6-11.

Karina Lara Romero, J. L.-E. (2001). Características Obstetricas de las Adolescentes Embarazadas en Sala de Labor y Parto del Bloque Materno Infantil del Hospital Escuela. *Revista de los Postgrados de Medicina UNAH*, 36-40.

Karina, L.-R., & Luis, A. R. (1 de Enero de 2001). Características obstétricas de las adolescentes en la sala de labor y parto del Bloque Materno Infantil del HE. *Revista Médica Postgrado UNAH*.

Khaterine Elizabeth Ramirez Ladino, L. A. (2014). Caracyteristicas ginecobstetricas de la adolescente que tuvieron su parto en el periodo julio-diciembre del 2012 en una institucion de salud. *Ciencia & Tecnología para la Salud Visual y Ocular*, 45-51.

Lilian Machado, R. (2013). Reingreso por infeccion de sitio quirurgico: una

Revision Integradora. Revista Chilena de Infectologia, 10-16.

Lina Maria Congote-Arango, M. A.-O.-M. (2012). Adolescencia como factor de riesgo para complicaciones maternas y perinatales. Revista Colombiana de Ginecología y Obstetricia , 119-126.

Enfoque epidemiologico de riesgo en la atencion en salud . Universidad de san Carlos ,Guatemala. (2012)

Maroto, M.. (2013). Cesarea y ligadura Tubarica. Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Universitario Virgen Granadas, 1-19.

Martha Patricia Torres, R. B. (2008). Incisiones Abdominales en Ginecologia. FUSM-OBGIN.

Martínez Calvo S, C. H. (2001). Análisis de la situación de salud. La Habana. 3 14.

Mejia, I. (06 de Agosto de 2016). Adolescentes Embarazadas en Honduras. Obtenido de <http://embarazosadolescenteshn.blogspot.com/>.

Mendoza, J. P. (1997). Adolescente embarazada:Características y Riesgos. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecologia, 7-13.

Monerrosa Castro Alvaro, A. M. (2007). www.redalyc-org/articulo.oa

Monterrosa-Castro, Á., & Arias-Martínez, M. (2007). Partos Vaginales y Cesáreas en Adolescentes:Comportamiento entre 1993 y 2005 hospital de maternidad "Rafael Calvo", Cartagena (COLOMBIA. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, 107-114.

Moreno Domene, P., Lucas.Joaquin, E., & Moreno Ruiz, J. A. (2010). Indicadores de Gestion Hospitalaria. Revista sedisa S.XXI.

Moreno-Romero, J. A. (s.f.). Capítulo 45 Cesarea ,Histerectomia Obstetrica e Histerorrfaia. Obstetricia Moderna, 572-583.

Naranjo", C. S. (26 de Octubre de 1996). Algnos aspectos históricos sobre la operación Cesárea.https://www.google.cu/bvs.sid.cu/revistas/his/vol_2_98/his03298.htm

Olga Lucia Cuero -Vidal, C. A. (2015). Parto Vaginal despues de Cesarea previa. revista Colombiana de Ginecologia y Obstetricia, 148-154.

OMS. (junio de 2009). www.who.int/bulletin/volúmenes/87/6/09-020609/es/. Recuperado el Abril de 2016, de http.

ONU. (14 de Noviembre de 2012). [www.departamento 19.hn>nuestra gente>reportajes](http://www.departamento.19.hn>nuestra_gente>reportajes). Recuperado el Mayo de 2016

Ortega-Medrano, M. H.-M.-Z. (2013). Protocolo de indicacion de operacion cesarea del Hospital Militar de Especialidades de la Mujer y Neonatologia.

Ortez, E. Z. (2001). Pasos para hacer una investigación.

Osuna, C. (Septiembre de 2007). Manejo del Parto Normal. Obtenido de http://www.sego.es/Content/pdf/Curso_TocurgiaR2

Pelaez Mendoza Jorge, S. B. (1996). Cesárea en Adolescentes: Morbilidad Materna Perinatal. Revista Obstétrica Ginecol.

Perez, J. E. (2017). Cesárea por Solicitud Materna. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecologia, 7-11.

Pino, R. (20015). La operación cesárea a través del tiempo. Ateneo, 15-17.(2009).

Protocolos de cesarea del hospital clinic de Barcelona. Protolos de Medicina Fetal y Perinatal (ICGON). (24 de Febrero de 2012).

- Regina Domínguez-Anaya, Y. H.-B. (2011). Edad de la gestante adolescente comofactor de riesgo para complicaciones en el embarazo cartagena,colombia . Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. , 141-147.
- Ricardo Schwarcz, R. F. (2006). En Obstetricia Schwarcz 6a Edicion (pág. 728). Buenos Aires,Argentina: El Ateneo.
- Roberto Anaya-Prado,S.-F.-V. (2008). Morbilidad materna asociada a operación cesárea. Medigraphic, 467-472.
- Salazar, G. G. (2013). Criterios para el manejo de cesárea de urgencia. Medigraphic, 159-162. Obtenido de <http://salud>, O. P. (2000). Protocolo para determinar el costo de la infeccion hospitalaria. Washington D.C.
- Sampieri Roberto Hernandez, C. F. (2010). Metodología de la investigacion. Mexico: Quinta Edicion.
- Santiesteban, T. B. (Octubre de 2014). Adolescencia: definición,vulnerabilidad y oportunidad. Cuba, Holguin.
- Sepulveda, C. (2004). Diccionario de terminos economicos. Santiago de Chile: Undecima Edicion.
- Sevilla, M. R. (2009). Condiciones Sociodemograficas de las embarazadas adolescentes que asistieron a la sala de labor y parto del Hospital Regiona Atlantida. Argonautas y Caminantes, 35-38.
- Vitoria-Gasteiz. (2010). Guía de Práctica Clinica Sobre la Atencion al Parto Normal. Obtenido de <http://publicaciones.administraciones.es> .
- www.guia infantil.com/articulos/embarazo/embarazo_adolescente/riesgos-y-consecuencias.
- Xu,K. (2005). Distribucion del gasto en salud y gasto catastroficos: metodología.

CAPÍTULO IX ANEXOS

ENCUESTA

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS EN EL VALLE DE
SULA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
POST GRADO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA.**

ANALISIS DE SITUACION DE LA OPERACIÓN CESAREA EN
ADOLESCENTES

NUMERO DE ENCUESTA-----

INSTRUCCIONES: LEA DETENIDAMENTE EL CONTENIDO DE ESTE
INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE INFORMACION
MARCANDO CON UNA " X " LA RESPUESTA ELEGIDA A LAS OPCIONES
REFERIDAS Y CONTESTE DE FORMA BREVE Y CLARA A LAS
PREGUNTAS ENUNCIADAS .

A. ANALISIS SITUACIONAL:

1. EDAD -----
2. ESTADO CIVIL -----
3. ESCOLARIDAD -----
4. LUGAR DE RESIDENCIA-----
5. TALLA:_____ mts, PESO:_____ Kg, IMC :_____ kg/m²
6. OCUPACION:_____
7. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS:

8. NUMERO DE CONTROLES PRENATALES/ UNIDAD DE SALUD:
_____ / _____
9. PROFILAXIS ANTIBIÓTICA RECIBIDA -----
10. PROFESIONAL QUE REALIZO CESAREA: MEDICO RESIDENTE

a. MR1 _____ b. MR2 _____ C. MR3: _____

D. MÉDICO ESPECIALISTA _____

11: DURACION DELA CIRUGIA _____

12 JORNADA EN QUE SE REALIZO LA CESAREA _____

B. ENFOQUE CLINICO:

13 INDICACION DE CESAREA: -----

14 EVENTOS ADVERSOS: _____

15. DIAGNOSTICO GESTACIONAL: _____

16 OTRO DIAGNOSTICO -----

17 ANTECEDENTES OBSTETRICOS

G: _____ P: _____ A: _____ C: _____ O: _____ HV: _____ HM: _____

18 TIPO DE CIRUGIA:

ELECTIVA: _____ EMERGENCIA: _____

19 INCISION EN PIEL:

PFANNSTIEL _____, INFRAUMBILICAL MEDIA _____

20 CUAL FUE EL PESO DEL RECIEN NACIDO: _____

21 ¿CUAL FUE EL APGAR DE LOS RECIEN NACIDOS AI PRIMER MINUTO?

- PUNTAJE DE 0-3
- PUNTAJE DE 4- 7
- PUNTUACIÓN ≥8

22 ¿CUAL FUE EL APGAR DE LOS RECIEN NACIDOS AI QUINTO MINUTO?

- PUNTAJE DE 0-3
- PUNTAJE DE 4- 7
- PUNTUACIÓN ≥8

23ENFOQUE ADMINISTRATIVO:

NUMERO DE DIAS DE HOSPITALIZACION_____

COSTO DE ESTANCIA HOSPITALARIA :-----

