

Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela de Medicina

INDICACIONES DE CESAREA EN ADOLESCENTES DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNIDAD NUESTRA SEÑORA DE LA ALTAGRACIA (HUMNSA). NOVIEMBRE, 2016- ABRIL, 2017.



Trabajo de grado presentado por Rocío Gómez Quezada y Andreina Estévez Rodríguez
para obtención del grado de: DOCTOR EN MEDICINA

Santo Domingo, D.N.

2017

CONTENIDO

Agradecimientos

Dedicatorias

Resumen

Abstract

I. Introducción	10
I.1. Antecedentes	11
I.2. justificación	13
II. Planteamiento del problema	15
III. Objetivos	16
III.1. General	16
III.2. Específicos	16
IV. Marco teórico	17
IV.1. Cesárea	17
IV.1.1. Historia	17
IV.1.2. Definición de cesárea	18
IV.1.3. Clasificación	20
IV.1.4. Indicaciones	24
IV.1.5. Epidemiología	45
IV.1.6. Complicaciones	49
IV.2. Adolescencia	52
IV.2.1. Definición	52
IV.2.2. Clasificación	53
IV.2.3. Embarazo en la adolescencia	56
IV.2.4. Epidemiología	56
IV.2.5. La maternidad adolescente	59
IV.2.6. Complicaciones	62
V. Operalización de las variables	63
VI. Material y métodos	65
VI.1. Tipo de estudio	65

VI.2. Área de estudio	65
VI.3. Universo	65
VI.4. Muestra	66
VI.5. Criterios	66
VI.5.1 De inclusión	66
VI.5.2. De exclusión	66
VI.6. Instrumento de recolección de datos	66
VI.7. Procedimiento	66
VI.8. Tabulación	67
VI.9. Análisis	67
VI.10. Consideraciones éticas	67
VII. Resultados	68
VIII. Discusión	74
IX. Conclusiones	76
X. Recomendaciones	77
VII. Referencias	78
VIII. Anexos	84
VIII.1. Cronograma	84
VIII.2. Instrumentos de recolección de datos	85
VIII.3. Consentimiento informado	86
VIII.4. Costos y recursos	87
VIII.5. Evaluación	88

AGRADECIMIENTOS

Agradecer sobre todo a Dios, sin Él no hubiese sido posible lograr esta meta. Por ser nuestro guía y fortaleza en todo momento, por ayudarnos a superar todos los obstáculos que se nos presentaron durante este camino y por mantenernos siempre unidas a pesar de nuestras diferencias.

A nuestra universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña por siempre tendernos la mano en todo momento, por darnos las herramientas necesarias para la formación como profesionales de salud, gracias por acogernos y ser como nuestro segundo hogar.

A las autoridades de la facultad de Ciencias de la Salud, el Dr. José Asilis Zaiter, Decano de nuestra facultad, por su gran dedicación en la formación de sus estudiantes, por su comprensión en cada dificultad que ocurrió durante la carrera, por escucharnos y estar dispuesto a ayudarnos.

Al equipo profesional de la escuela de medicina y facultad de ciencias de la salud por guiarnos siempre en cada etapa de este estudio. Dr. Eduardo García, Sra. Ivelise Martínez, Sra. Dorcas Guzmán y Sra. Ángela Contreras Payano.

Al Dr. Plinio Cabrera, nuestro asesor clínico, gracias por ayudarnos en este proyecto. Por su tiempo y dedicación para que este proyecto fuera exitoso.

A la Dra. Jeannette Báez, gracias por sus consejos y paciencia con nosotras y a Rubén Darío Pimentel, por su dedicación y entrega en este proyecto, gracias por permitir que nuestra tesis haya finalizado exitosamente.

A los queridos maestros: Dr. Sócrates Bello Ortiz, Dra. Luz Mireya Jiménez, Dr. Luis Roja, Dr. Nicolás Rizik, Dr. Alejandro Uribe, por brindarnos sus grandes conocimientos.

Especialmente a todas las pacientes que inspiraron este estudio, ya que es por ellas por quienes se llevó a cabo.

Las sustentantes

DEDICATORIA

Gracias a ti mi Dios por ser mi guía y mi fuerza en todo este caminar y recorrido de altas y bajas, pero de tu mano más sobre llevable. Porque lo que parecía un túnel sin salida hoy finalmente veo esa luz que siempre soné y esperé.

Gracias infinitas a mis progenitores Rosa Quezada y Juan Carlos Gomez, gracias mami y papi por tantos sacrificios, por darme la mejor herencia que jamás podría pedir: Mi Educación y lo que siempre quise, Medicina. Gracias porque si 10 veces caí, 11 veces me ayudaron a parar. Gracias por ser los mejores padres del mundo, porque si tuviera que cambiarles algo sería Nada. Mami gracias porque a pesar de tu distancia siempre te sentí cerca, siempre has estado en los peores y mejores momentos de mi vida, siempre fuiste mi hombro y mejor refugio. ¡Gracias papi por tanto por ser aliento, comprensión y sustento!

Gracias a mis hermanos Carlos, Vanessa y Diego Gomez sin ustedes este camino no hubiese sido el mismo, gracias porque cuando el sueño me vencía siempre estuvieron ahí para alentarme y cooperar. Porque si bien es cierto sé que todo lo que hacen y dicen siempre será por mi bien, les agradezco infinitamente. Gracias Vane por ser la mejor hermana, mi orientadora en cada momento, la que siempre estuvo presente. Diego de mas esta decir tantas cosas, gracias.

Muchísimas gracias al Dr. Plinio Cabrera por ser nuestro asesor y siempre tener esa actitud de cooperación y ayuda continua.

Gracias a Ángela Contreras e Ivelise Martínez por ser ustedes esas personas que nos soportaron durante años, secretarias de Medicina que siempre estuvieron dispuestas a resolver todo.

Agradecerles a todos los compañeros de clase, por las horas compartidas, por esos momentos inolvidables. En especial a Winston Brito, Hery Mejía y Andreina Estévez, gracias porque fueron mi soporte, por tantos momentos de risas y otros no tan agradables. Ahora cada uno tomara rumbos diferentes, deseándoles Éxitos y bendiciones para todos, jamás los olvidare.

A mi compañera de Tesis Andreina Estévez porque aquel 5 de septiembre 2011 iniciamos Medicina juntas y hoy estamos aquí juntas. Gracias por ser esa

compañera que siempre estuvo presente dispuesta a todo. De ti aprendí tantas cosas, siempre te llevare dentro y te deseo lo mejor.

Gracias Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña por acogernos de una manera tan amable y cortés. Gracias Dr. Asilis por hacer posible mi rotación en Columbia.

Gracias a mis abuelas, tíos, tías, primos, amigos, gracias por ser autores de este gran logro. De todos algo aprendí, les aprecio infinitamente.

Rocío Gómez Quezada

A Dios, mi guía y fortaleza, me ha dado la sabiduría y capacidad para lograr el reto que es ser Doctora en Medicina.

A mis padres, por su apoyo incondicional, esfuerzo y sacrificio, me han dado todo lo que soy, mis valores, perseverancia y coraje para conseguir mis objetivos. Por siempre exigirme ser lo mejor y creer en mí. Gracias por regalarme una familia unida y llena de amor.

Mami, por inculcarme la importancia de tener determinación y enseñarme que las cosas se hacen bien hechas o no se hacen, tu motivación constante y consejos han sido la base para ser quien soy.

Papi por ser el mejor ejemplo de disciplina y responsabilidad, por cuidarme y ayudarme siempre. Por ser mi sustento, quien siempre ha estado día a día a mi lado.

A mi hermana Rosanna, gracias por ser quien me frena, quien me muestra siempre la realidad y me da soluciones.

Ángel, amor de mi vida, eres mi motor, gracias por tus palabras de aliento, por comprenderme y estar siempre dispuesto a ayudarme. Por acompañarme en mis desvelos y celebrar mis logros. A tu familia por ser una luz en este trayecto.

Mi familia, mi gran orgullo, mis abuelas, abuelos, tíos, tías y primos por siempre creer en mí y apoyarme.

A mis compañeros Damián Brito, Hery Mejía y Rocío Gómez, por todos los buenos y malos momentos que hemos pasado y lo que me han enseñado.

A Rocío Gómez, mi compañera de tesis, iniciamos y terminamos juntas esta gran etapa de nuestra vida, por tantas aventuras y horas de estudio, siempre apoyándonos y logrando el mejor dúo.

Andreina Estévez Rodríguez

RESUMEN

Objetivo: Determinar la frecuencia e indicaciones de cesárea en adolescentes atendidas en el hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia (HUMNSA). Noviembre, 2016 – abril, 2017.

Material y métodos: se realizó un estudio descriptivo, transversal de recolección de datos prospectivo.

Resultados: de un total de 1852 pacientes adolescentes que ingresaron embarazadas durante los meses de investigación 896 de estas finalizaron su gestación por cesárea, teniendo una frecuencia de 48.4 por ciento, las causas más importantes fueron la preeclampsia severa con 140 casos, seguido por la cesárea anterior con 141 casos, y la inducción de parto fallido con 140 casos.

Se concluye: 74.2 por ciento de las adolescentes cesareadas corresponde a adolescencia tardía. El 68.8 por ciento de las adolescentes cesareadas eran de unión libre. El 74.2 por ciento de las adolescentes no tuvo factores de riesgo.

Se recomienda: Formar un comité de vigilancia de la operación cesárea, que analice las indicaciones de la cesárea y retroalimente a su personal.

Palabras claves: cesárea, adolescencia, preeclampsia, inducción fallida.

ABSTRACT

Objective: determine the frequency and indications of cesarean section in adolescents attended at the Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia (HUMNSA). November, 2016 - April, 2017.

Material and methods: A descriptive, cross-sectional study of prospective data collection was performed.

Results: 1852 patients entered pregnant during the months of investigation, 896 of these ended their gestation by caesarean section, with a frequency of 48.4 percent, the most important causes were severe preeclampsia with 140 cases, followed by the previous cesarean with 141 Cases, and induction of failed delivery with 140 cases.

Conclusion: 74.2 percent of adolescents by cesarean belong to late adolescence. 68.8 percent of the adolescents who were cesarean were free union. 74.2 percent of girls have no risk factors.

It is recommended: form a committee to monitor the cesarean section, analyze the indications of the cesarean section and give feedback to its staff.

Key words: cesarean, adolescence, preeclampsia, failed induction.

I. INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa del crecimiento y desarrollo humano con características muy especiales por los cambios fisiológicos, psicológicos y sociales que abarcan a esta población, siendo el embarazo una condición de riesgo por las posibles complicaciones que pueden ocurrir desde el punto de vista médico, obstétrico y perinatal, lo que tiene mayor significado mientras más temprana sea la edad de la adolescente.¹ El embarazo adolescente es un problema de Salud Pública que genera cambios bio-sico-sociales en la joven, modificando su proyecto, entorno y estilo de vida, debiendo además considerar las diferentes complicaciones que pueden presentarse en el transcurso de éste, tales como: aborto, parto pretérmino, patologías placentarias, entre otras.¹

En 1985 la Organización Mundial de la Salud estableció en 15 por ciento la cifra más alta aceptable de cesáreas, durante el periodo 2000-2012 la OMS reportó cifras cercanas a lo establecido (16- 18%). En la actualidad en algunos países se muestran tasas mayores a 40 por ciento, incremento que tiene como base múltiple factores.²

En cuanto a las características de estas gestaciones, en su mayoría son de alto riesgo, debido a que las madres son demasiado jóvenes y ponen en peligro su vida y el desarrollo del producto, además de que al ser eventos no planeados, no hubo preparación previa tanto física como anímica, lo que aumenta el peligro para las adolescentes y posteriormente la realización de Cesárea.¹

De acuerdo a un comunicado de la OMS en Latinoamérica casi cuatro de cada diez partos se realizan por cesárea (38.9%), muy por encima de lo recomendado desde hace 40 años por OMS. Otros países como Estados Unidos y España también acusan porcentajes altos de cesáreas entre el 25 y 33 por ciento respectivamente, según un informe de la OMS en 2014.³

La incidencia de parto pretermino es inversamente proporcional a la edad materna, siendo mayor de los 13 a los 15 años. El parto pretérmino es la causa principal de mortalidad neonatal y posneonatal. Las adolescentes embarazadas presentan un mayor número de parto pretérmino, bajo peso al nacer,

complicaciones posparto e infecciones de la herida quirúrgica. Aunque la frecuencia de embarazo en algunos países ha disminuido, a nivel mundial va en incremento. La pelvis de la adolescente embarazada tiene una desventaja biológica ante la mujer adulta por no haber alcanzado aún el crecimiento y desarrollo, aumentando el riesgo de presentar un parto pretérmino y condicionando a recurrir a una cirugía cesarea.⁴

I.1. Antecedentes

Bustamante A. y Zapata O. en el Hospital Pablo Arturo Suarez, Quito; realizaron un estudio retrospectivo y descriptivo sobre la frecuencia e indicaciones de cesáreas en las adolescentes entre 13 y 19 años en el periodo de enero, 2006 hasta diciembre, 2011, donde se evaluaron 535 adolescentes embarazadas, 408 terminaron su gestación por cesárea y 127 por parto normal. Dando como resultados que de las 408 pacientes la principal indicación de cesárea fue desproporción cefalopélvica 21.8 por ciento, distocias de presentación 9.1 por ciento, compromiso de bienestar fetal 8.5 por ciento, preeclampsia 4.7 por ciento, macrosomía fetal 3.9 por ciento, placenta previa 1.9 por ciento, malformaciones fetales 0.7 por ciento y 49.3 por ciento no tiene registro de indicación operatoria. Entre las características personales de las adolescentes el 51.8 por ciento tiene entre 17-19 años, el 69.7 por ciento son mestizas, instrucción secundaria 82.4 por ciento, residencia urbana 91.2 por ciento, nivel social medio 58.8 por ciento.⁵

Bendezu G; Espinoza D; Quispe G. y Huamán R. llevaron a cabo un estudio retrospectivo de casos y controles en el Hospital IV “Augusto Hernández Mendoza”, EsSalud, Ica, Perú; desde julio, 2013 hasta junio, 2014 el cual tuvo la finalidad de establecer la incidencia, riesgos y complicaciones del embarazo y parto en las adolescente. Estudiaron 177 adolescentes que tuvieron su parto en el hospital y se comparó sus características con un grupo control de 177 gestantes de 20 a 34 años dando como resultado que el embarazo en las adolescentes representó el 6,63 por ciento de la población atendida, la información se obtuvo de las historias clínicas de las pacientes y registros de partos. Las complicaciones del

embarazo anemia (18,2%) e infecciones urinarias (14,1%) ocurrieron más en las adolescentes, en tanto, las enfermedades hipertensivas (17,5%) lo fueron en las gestantes mayores. La incompatibilidad cefalopélvica y el sufrimiento fetal agudo fueron las principales indicaciones de cesárea en las adolescentes.⁶

En julio-diciembre 2012, Ramirez K; Medina L y Arias N. realizaron un estudio con el propósito de describir las características sociodemográficas y ginecobstétricas que determinan un parto eutócico o por cesárea en adolescentes. El estudio fue de tipo descriptivo retrospectivo de abordaje cuantitativo en una institución de salud en Bogotá, Colombia, a través del análisis de historias clínicas de 168 adolescentes; donde se evidenció que el 78 por ciento de las mujeres embarazadas están en un rango de edad entre 16 y 20 años, se presenta que un 95,2 por ciento han tenido al menos una gestación; y en el momento de los controles prenatales solo un 3 por ciento no se realizó ningún control, en tanto 15,5 por ciento realizaron 5 controles; del total de pacientes, 121 presentaron parto eutócico, y 47 presentaron parto por cesárea. También se presenta igualdad en el porcentaje de trastornos hipertensivos del embarazo y preeclampsia, con un 26 por ciento; luego se encuentra la eclampsia, con un 19 por ciento y la ruptura prematura de membranas, con un 6,0 por ciento. Durante el estudio se presentó que en el momento del parto, las pautas que más se tienen en cuenta son la inducción y la conducción.⁷

Gallardo H; Guerrero H; González J. y Villaveces M. entre el 2011-2013 tenían la finalidad de evaluar la asociación entre adolescencia y la realización de cesárea en mujeres de 10 a 19 años, en comparación con las que se encuentran en edades entre 19 y 25 años, y determinar su asociación con variables sociodemográficas y neonatales en términos de prematuridad, Apgar y bajo peso al nacer en el Hospital Universitario Clínica San Rafael, Bogotá mediante un muestreo simple aleatorio con un total de 1.304 casos y 2.608 controles. La vía de finalización del embarazo más común en la población adolescente y adulta fue el parto vaginal (63,80 vs. 56,86%), seguida de la cesárea (32,8 vs. 36,9%) y menos frecuentemente el parto instrumentado (3,37 vs. 3,95%). Las principales indicaciones para la realización de cesárea, tanto en las adolescentes como en las

adultas jóvenes, fueron las siguientes causas: obstétricas (Bishop desfavorable, detención en la dilatación, desproporción cefalopélvica), en un 46%, seguidas por las maternas, en un 30% (trastornos hipertensivos, anemia, condición materna que limite el parto vaginal) y en un menor porcentaje las fetales (malformaciones, macrosomía, restricción del crecimiento intrauterino, estado fetal insatisfactorio, prematuridad) que corresponden a un 24% del total. Además, se determinó que en las adolescentes existe un riesgo mayor de bajo peso al nacer (OR 9,4, IC 95% 7,59-11,76), sin diferencia en cuanto al riesgo de Apgar bajo al minuto y los 5 minutos. Existe un mayor riesgo de presentar bajo peso neonatal y requerir terminación de la gestación por vía cesárea en adolescentes, en comparación con las adultas jóvenes, especialmente si son menores de 14 años.⁸

En República Dominicana el Centro de Estudios Sociales y Demográficos (CESDEM) en Coordinación con el Ministerio de Salud Pública (MSP) llevó a cabo la Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA) 2013, donde se comparó y analizó la práctica de cesáreas en adolescentes con las encuestas anteriores y se observó un aumento progresivo en el porcentaje desde 1996 con 18.5 por ciento, 2002 con 24.5 por ciento, 2007 con 37.2 por ciento hasta el 2013 con 47.3 por ciento. Contrario a lo esperado, dar a luz en establecimientos públicos de salud implica una alta probabilidad de tener una cesárea (46 por ciento). De hecho, en el sector público el parto por cesárea es ampliamente utilizado, triplicando el límite máximo recomendado. Lo más impresionante es que en el sector privado, en alrededor de 9 de cada 10 nacimientos (87 por ciento) las adolescentes dan a luz por este método.⁹

I.2. Justificación

Cuando se habla de adolescencia se piensa en un período de transición entre el fin de la niñez y la edad adulta. En general, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se define la adolescencia como el período comprendido entre los 10-19 años de edad.¹

Es necesario tener presente que debido a la falta de orientación en los jóvenes, se observa cada día un incremento en el número de adolescentes

embarazadas, llegando esto a generar un impacto negativo sobre la condición física, emocional y económica de la adolescente, además de condicionar y perturbar su proyecto de vida, lo que conlleva entre otros a una problemática de índole médico, pues las jóvenes muchas veces asisten a los centros de salud con las complicaciones del embarazo y el parto, por no haber tenido un debido control prenatal.¹

La realización de cesáreas tiene un impacto importante, puesto que pueden provocar complicaciones y discapacidades significativas, a veces permanentes o incluso la muerte, especialmente en los lugares que carecen de instalaciones o de capacidad para realizar cirugías de forma segura, y para tratar las complicaciones quirúrgicas. Idealmente, las cesáreas deben realizarse solo cuando son necesarias por razones médicas.³

Mujeres que rehúyen al dolor, médicos que acomodan sus horarios y falta de fiscalización. La cantidad de cesáreas injustificadas van en aumento sin ninguna razón médica, poniendo en riesgo innecesario a miles de mujeres y sus bebés.²

Los datos pueden ser más alarmantes: el 56 por ciento del total de nacimientos registrados en el país se realizan vía cesárea, frente al 10 por ciento y 15 por ciento recomendado por OMS, lo que aumenta considerablemente los costos a nivel tanto público como privado. Nuestro país se encuentra actualmente aumentando tanto el número de adolescentes embarazadas como la realización de cesáreas en las mismas.

De manera que, para aportar, en la siguiente investigación se espera demostrar cuales son las indicaciones en nuestra población de embarazadas adolescentes que dan lugar a la realización de la operación cesárea.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Un número importante de adolescentes son sexualmente activos a edades tempranas. En los últimos 20 años se ha observado un aumento creciente de la frecuencia de embarazos en adolescentes. 15 millones de mujeres adolescentes paren cada año en el mundo, la quinta parte de todos los nacimientos, y ocurre un gran porcentaje en países en desarrollo. El aumento en la frecuencia de los embarazos a tan temprana edad, cuando aún no existe la preparación física ni psíquica para afrontar las exigencias de la maternidad, es debido a varios factores: maduración sexual más temprano, ignorancia en planificación familiar, ignorancia en la reproducción, inicio temprano de coitos.¹¹

La frecuencia de cesárea se ha ido incrementando a tal punto que actualmente lo que apareció como una solución, ahora se percibe como un problema.⁵

En el estudio mundial de la OMS se halló que una parte considerable de la asociación bruta entre la tasa de cesárea y la mortalidad puede explicarse por factores socioeconómicos. Sin embargo, hasta una tasa de cesárea de 10 por ciento, la mortalidad materna y neonatal disminuyó conforme se incrementaron las tasas de cesárea. A medida que las tasas de cesárea aumentaron por encima del 10 por ciento hasta llegar al 30 por ciento, no se observó ningún efecto sobre la mortalidad. La República Dominicana tiene la tasa de cesárea más alta del mundo, con un índice de 56 por ciento del total de nacimientos registrados, frente al 15 por ciento recomendado por la OMS. Mientras tanto, la mayoría de países desarrollados como varios latinoamericanos, presenta tasas inferiores al 20 por ciento.³

Lo que nos lleva a plantearnos la siguiente interrogante, ¿Cuáles son las indicaciones de cesárea en adolescentes del Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia (HUMNSA)? Noviembre, 2016- abril, 2017?

III. OBJETIVOS

III.1. General

1. Determinar la frecuencia e indicaciones de cesárea en adolescentes atendidas en el hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia (HUMNSA). Noviembre, 2016 – abril, 2017.

III.2. Específicos

Determinar la frecuencia e indicaciones de cesárea en adolescentes atendidas en el hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia (HUMNSA) Noviembre, 2016 - abril, 2017, según:

1. Edad
2. Estado civil
3. Antecedentes obstétricos
4. Factores de riesgo
5. Controles prenatales
6. Edad gestacional
7. Causas

IV. MARCO TEÓRICO

IV.1. Cesárea

IV.1.1. Historia

La cesárea es un procedimiento quirúrgico antiguo. La primera mención acerca de este procedimiento aparece en la mitología griega, donde Apolo extrae a su hijo Aesculapius del vientre de la fallecida ninfa Coronis. También Zeus, al fallecer su amante Semele, hizo que le extrajeran por el abdomen a su hijo prematuro Dionisius y se lo implantaran a él en uno de sus muslos. Para la teología budista, Brahma nació del ombligo de su madre y Buda, en el año 563 a.C., nació del flanco derecho de su madre Maya quien era una virgen pero quedó embarazada cuando estaba durmiendo y un gran elefante blanco penetró dentro de su cuerpo.¹²

La primera referencia a una cesárea en una mujer viva corresponde a la practicada por el castrador de cerdos suizo Jacob Nufer quien la ejecutó en su esposa con buen éxito para madre e hijo en el año 1500.¹³

Sin embargo, el primer caso de operación cesárea en una mujer viva, aceptado históricamente sin objeción, ocurrió en el año de 1610, realizada en Alemania por los cirujanos Trautmann y Seest en la esposa de un tonelero, que al final de su embarazo fue gravemente herida por un arco que al saltar la alcanzó en el vientre, produciéndole una ruptura del útero. El niño logró sobrevivir, pero la madre falleció a los 25 días por sepsis.¹³⁻¹⁵ En el siglo XVII los más importantes obstetras como el alemán Cornelio Solingen (1641-1687) y el francés Francois Mauriceau (1637-1709) condenaron la operación cesárea en mujeres vivas, debido al desenlace mortal para la madre.¹⁴ En la Nueva España se tomó la disposición en noviembre de 1772 para realizar la operación cesárea en las mujeres encintas inmediatamente después de la muerte, con el fin de extraer el feto, vivo o no, para proceder a su bautismo. La primera cesárea post mortem en la Nueva España se realizó en el año de 1795 en Chiautla de la Sal.¹⁶

En 1793 se realizó la primera cesárea con éxito en Inglaterra y un año después en los Estados Unidos de América. En 1820, el médico español Alfonso Ruiz Moreno realizó en Venezuela la primera cesárea abdominal in vitam en

Latinoamérica, la paciente murió dos días después de la operación, pero el niño logró sobrevivir.¹³

Para el desarrollo de la operación cesárea fue necesario encontrar solución a dos problemas clave: el alivio del dolor durante las intervenciones quirúrgicas y la prevención y tratamiento de las infecciones. Los pilares de este progreso llevan los nombres de James Young Simpson (1811-1870) quien introdujo el uso del cloroformo en la obstetricia; Ignaz Semmelweis (1818-1865) el primero en reconocer la causa de la fiebre puerperal; Louis Pasteur (1802-1895) quien probó la existencia de las bacterias y vislumbró su participación en las infecciones, cuestión que probara Robert Koch (1843-1910); y Joseph Lister (1827-1912) quien introdujo el tratamiento aséptico del campo operatorio.¹³⁻¹⁴

Considerando que las principales causas de mortalidad materna asociada a una operación cesárea eran la hemorragia y la infección, ambas de origen uterino, resultaba necesario excluir al útero, lo que marcó en 1876 una nueva era en la operación cesárea, cuando el cirujano italiano Edoardo Porro (1842-1902) describió la primera cesárea seguida de histerectomía subtotal con éxito para la madre y el niño.

Otro de los temas controversiales asociados a la operación cesárea fue desde 1581 la sutura de la incisión uterina. En el año de 1882 los ginecólogos alemanes Ferdinand Adolf Kehrer (1837-1914) y Max Sänger (1853-1903) introducen con éxito la sutura de plata y seda para cerrar el útero luego de una operación cesárea. La técnica de Sänger consistía en incidir longitudinalmente el cuerpo del útero en su cara anterior erigiéndose como la operación clásica. Kehrer por su parte, practicó con éxito la incisión transversa en el segmento inferior del útero.¹³

En el año 1921, el inglés J. Munro-Kerr redescubre la técnica de Kehrer, e introduce en 1926 la incisión transversal o semilunar en el útero en lugar de la incisión vertical en la línea media. La operación cesárea del segmento inferior, se convirtió en la técnica ideal de histerotomía en el siglo XX. Durante el periodo comprendido de 1930 a 1960, la introducción de las transfusiones sanguíneas, los

antibióticos y la anestesia segura, permitieron disminuir dramáticamente la tasa de mortalidad materna.¹³⁻¹

IV.1.2. Definición de cesárea

La operación cesárea se define como el nacimiento del feto a través de incisiones en las paredes abdominal (laparotomía) y uterina (histerotomía). Esa definición no incluye la extracción del feto de la cavidad abdominal en caso de rotura del útero o de un embarazo en esa localización. En algunos casos, y más a menudo por complicaciones urgentes, como una hemorragia imposible de yugular, está indicada una histerectomía ulterior al nacimiento por vía abdominal. Cuando se realiza en el momento de la cesárea, la intervención quirúrgica se denomina cesárea-histerectomía. Si aquella se lleva a cabo poco después de un parto vaginal, se llama histerectomía posparto.¹⁷

El origen del término cesárea es indefinido y se han sugerido tres explicaciones principales. En la primera, según la leyenda, Julio César nació de esa manera, por lo cual el procedimiento se llamó cesárea. Varias circunstancias debilitan esa hipótesis. En primer lugar, la madre de Julio César vivió muchos años después de su nacimiento en el año 100 a.C. y hasta el siglo xvii la intervención quirúrgica era casi invariablemente letal. En segundo lugar, el procedimiento, efectuado en mujeres vivas o muertas, no se menciona en escrito médico alguno antes de la Edad Media. Pickrell (1935), en su monografía, aporta los detalles históricos del origen del nombre de familia César.¹⁷

La segunda explicación es que la denominación de la operación proviene de una ley romana supuestamente creada en el siglo VIII a.C., por Numa Pompilio, la cual ordenaba que se hiciera el procedimiento en mujeres que morían en las últimas semanas del embarazo con la esperanza de salvar al niño. Esa *Lex regia*, o ley del rey, se convirtió después en la *Lex caesarea* por los emperadores y la intervención quirúrgica en sí se conoció como cesárea.¹⁷

El nombre alemán Kaiserschnitt, «incisión del Kaiser», refleja ese origen. La tercera explicación es que la palabra cesárea se originó en algún momento de la Edad Media a partir del verbo latino *caedere*, el cual significa cortar. Esta

explicación parece muy lógica, pero no se sabe con exactitud cuándo se aplicó por primera vez para referirse a dicho procedimiento. Puesto que corte proviene del verbo latino *seco*, que también significa cortar, la denominación operación cesárea parece tautológica, por lo cual se usa la de cesárea.¹⁷

A lo largo de los años la cesárea ha experimentado importantes cambios en la técnica quirúrgica, la frecuencia y en sus indicaciones tanto maternas como fetales, permitiendo disminuir el riesgo materno y con ello la mortalidad perinatal.¹⁸ La operación cesárea en efecto, ha contribuido notablemente en mejorar la sobrevivencia de muchos recién nacidos, como también las condiciones de su nacimiento. Sin embargo, parece ser que en los últimos tiempos, a pesar del aumento de las cesáreas estas no ha guardado proporción con la disminución de la morbilidad perinatal. Por lo tanto, resulta de gran importancia la indicación adecuada de tal procedimiento.¹⁹

IV.1.3. Clasificación

Según antecedentes obstétricos de la paciente:

Primaria: Es la que se realiza por primera vez.

Iterativa: Es la que se realiza en pacientes con antecedentes de una o más cesáreas. Este procedimiento se debe programar en lo posible a las 39 semanas de gestación. En este periodo es adecuado porque se evita el riesgo de inmadurez pulmonar fetal y se minimiza el riesgo que implica un inicio espontáneo de trabajo de parto en estas pacientes. En cuanto a la opción del parto vaginal después de cesárea previa, es deber del médico informarle a la paciente cuáles son sus opciones, y los riesgos y beneficios que cada una de estas tiene.²⁰

Según indicaciones:

Las cesáreas repetidas y las que se efectúan por distocias han constituido las principales indicaciones de dicha intervención quirúrgica en Estados Unidos y otros países occidentales industrializados. Es imposible catalogar de manera amplia todas las indicaciones apropiadas de cesáreas y más del 85 por ciento se realiza por antecedente de cesárea, distocia, sufrimiento fetal o presentación pélvica.²¹

En las mujeres para quienes se selecciona una cesárea programada, el riesgo de trastornos respiratorios neonatales aumenta cuando la intervención quirúrgica se lleva a cabo antes de las 39 semanas.²²

Las indicaciones pueden ser absolutas o relativas.²³

Absolutas

Entre las absolutas se pueden mencionar:²³

1. Desproporción fetopélvica²³
2. Placenta previa oclusiva²³
3. Inminencia de rotura uterina²³
4. Rotura uterina²³
5. Presentación pelviana en el feto único al término de la gestación.²³

Son casos en los cuales la cesárea es la única técnica a tener en cuenta como forma de terminación del parto.²³

Relativas

Las indicaciones relativas son aquellas en que se elige la cesárea como la mejor alternativa en circunstancias en que se plantea también alguna otra opción. Son casos que por lo tanto tendrán que ser analizados detenidamente antes de adoptar una decisión. Por ejemplo, la cesárea previa es para algunos indicación de cesárea por el riesgo de rotura de la cicatriz uterina durante el parto. Actualmente se considera que, si no se repiten los motivos de la primera intervención o no existe otra indicación, si se reúnen los criterios, debería permitirse el parto normal bajo observación cuidadosa.²³

Los criterios de selección para intentar un parto vaginal en mujeres con cesáreas previas son: una o dos cesáreas segmentarias previas, sin otras cicatrices o rupturas uterinas previas, pelvis normal y sin desproporción fetopélvica, feto único en presentación cefálica y prueba del parto bajo extrema vigilancia en una maternidad que garantice las condiciones obstétricas y neonatales esenciales.²³

A veces es necesario realizar una cesárea por una serie de causas asociadas, ninguna de las cuales justificaría la intervención si se considerara aisladamente. Cuando se dan varias indicaciones parciales puede haber mayor peligro en el parto por vía vaginal, de modo que a veces estas, al sumarse, crean una verdadera indicación en conjunto.²³

A veces la indicación puede preverse con anticipación, y con tal motivo la intervención realizarse sin premura, como cualquier operación; otras veces la indicación surge en forma súbita, por accidente en el embarazo o en el parto.²³

-Cesárea electiva: es aquella que se realiza en gestantes con patología materna o fetal que contraindique o desaconseje un parto por vía vaginal. Es una intervención programada dependiendo de los factores que se hayan identificado durante el periodo prenatal, entre ellos tenemos.²⁴

1. Presentación pelviana.²⁴
2. Situación transversa.²⁴
3. Trastornos de la salud materna.²⁴
4. Prolapso del cordón umbilical.²⁴
5. Anomalías estructurales de la pelvis.²⁴

-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: ²⁴

1. Desproporción pélvico fetal²⁴
2. Inducción del parto fallida²⁴
3. Distocia de dilatación o descenso²⁴
4. Parto estacionado²⁴

-Cesárea urgente: es aquella que se realiza como consecuencia de una patología aguda grave de la madre o del feto, con riesgo vital materno-fetal o del pronóstico neurológico fetal, lo que hace aconsejable la finalización del embarazo rápidamente.²⁴

Clasificación de la urgencia En Reino Unido, el Nacional Confidential Enquiry into Patient Outcome and Death (NCEPOD), autorizado por el Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) y el Royal College of Anaesthetists

(RCA) han catalogado su grado de urgencia, resultando de ello cuatro categorías:²⁵

1. Riesgo de vida inmediato para la madre o el feto.²⁵
2. Compromiso materno o fetal con riesgo de vida no inmediato.²⁵
3. Sin compromiso materno o fetal pero con necesidad de acelerar el parto.²⁵
4. Parto programado entre la madre y el equipo médico (electivo).²⁵

Según el tipo de incisión:

-Corporal o clásica: La incisión es vertical se realiza en el cuerpo uterino. Sus indicaciones más frecuentes son: cáncer cérvico-uterino invasor, embarazo pretérmino, situación fetal transversa con dorso inferior, histerorrafia corporal previa, procesos adherenciales o varicosos importantes en el segmento inferior, placenta previa en cara anterior, cesárea posmortem, miomatosis uterina de grandes elementos y cuando después de la cesárea se realizará una histerectomía. Sus desventajas son: apertura y cierre más difícil, mayor hemorragia, adherencias más frecuentes, histerorrafia menos resistente que puede hacerse dehiscente durante un nuevo embarazo.²⁰

-Segmento corporal: (Beck), la incisión es vertical y se realiza sobre el segmento y parte del cuerpo uterino. Sus principales indicaciones son: embarazo pretérmino, embarazo gemelar, situación fetal transversa con dorso inferior, presentación pélvica, placenta previa en la cara anterior del útero, anillo de retracción e histerorrafias corporales previas. Las desventajas de esta técnica no difieren de la anterior.²⁰

-Segmento arciforme o transversal: (Kerr), es la técnica quirúrgica más usada por sus múltiples ventajas. Al realizarse una incisión transversal del segmento inferior tiene las ventajas de producir menos hemorragia, y permitir una fácil apertura y cierre de la pared uterina, formación de cicatriz uterina muy resistente.

Con poca probabilidad de dehiscencia y ruptura en embarazos subsecuentes y así como pocas adherencias postoperatorias.²⁰

IV.1.4. Indicaciones

Las indicaciones pueden ser maternas, fetales, materno-fetales y ovulares.²¹

-Maternas

Patologías locales:

Distocia ósea (desproporción cefalopélvica).²¹

Esta desproporción surge de una disminución de la capacidad pélvica, de una talla excesiva del feto o, más a menudo, de una combinación de ambas.²¹

Capacidad pélvica:

Cualquier estrechez de los diámetros pélvicos que disminuya la capacidad de ese segmento corporal puede crear distocias durante el trabajo de parto. Puede haber estrecheces de los planos de entrada, medio, de salida, o una pelvis con disminución general de sus diámetros por la combinación de esas circunstancias.²¹

Estrechez del plano de entrada pélvico:²¹

Suele considerarse estrecho el plano de entrada de la pelvis si su diámetro anteroposterior más pequeño es menor de 10 cm o su diámetro transversal mayor mide menos de 12 cm. El diámetro anteroposterior del plano de entrada de la pelvis suele determinarse de manera aproximada por medio de medición manual del conjugado diagonal, que es casi 1.5 cm mayor. Por tanto, suele definirse la estrechez del plano de entrada de la pelvis como la presencia de una conjugada diagonal menor de 11.5 cm.²¹

En la aparición de presentaciones anómalas, una estrechez del plano de entrada de la pelvis tiene participación importante. En nulíparas normales, la presentación a término suele descender hasta la cavidad de la pelvis antes del inicio del trabajo de parto. Cuando el plano de entrada está muy estrecho, el descenso casi nunca se presenta hasta después del inicio del trabajo de parto, si acaso. Las presentaciones cefálicas aún predominan, pero la cabeza flota

libremente sobre el plano de entrada de la pelvis o se apoya más hacia una de las fosas ilíacas. Como consecuencia, fenómenos poco notorios pueden hacer que el feto adopte otras presentaciones. En mujeres con pelvis estrechas, se encuentran tres veces más a menudo presentaciones de cara y hombros, y el prolapso del cordón umbilical ocurre de cuatro a seis veces más a menudo.²¹

Estrechez del plano medio de la pelvis

Este trastorno es más frecuente que el correspondiente al del plano de entrada. A menudo, aquél produce detención transversa de la cabeza fetal que quizá conduzca a una aplicación difícil de fórceps medio o una cesárea.²¹

Las mediciones promedio de la pelvis media son las siguientes: diámetro transversal o interisquiático, 10.5 cm; diámetro anteroposterior, del borde inferior de la sínfisis del pubis hasta la unión de S4-S5, 11.5 cm y, sagital posterior, desde el punto medio de la línea interespinal hasta el correspondiente del sacro, 5 cm. La definición de las estrecheces de la pelvis media no se ha establecido con la misma precisión posible para las del plano de entrada. No obstante, la pelvis media tiene posibilidad de ser estrecha cuando la suma de los diámetros interespinal y sagital posterior, por lo general 10.5 más 5 cm o 15.5 cm, baja a 13.5 cm o menos. Chen y Huang (1982) recalcaron ese concepto al valorar una posible estrechez de la pelvis media. Hay motivos para sospechar estrechez de esta última siempre que el diámetro interespinal es menor de 10 cm. Cuando mide menos de 8 cm, la pelvis media es estrecha.²¹

Estrechez del plano de salida de la pelvis:²¹

Este fenómeno suele definirse por la presencia de un diámetro bisquiático de 8 cm o menos. El plano de salida de la pelvis puede compararse a grosso modo con dos triángulos, donde el diámetro bisquiático constituye la base.²¹

Incluso cuando la desproporción entre la cabeza fetal y el plano de salida de la pelvis no es lo suficiente grande para originar una distocia grave, tal vez tenga participación importante en la producción de desgarros perineales. Con la disminución creciente del arco púbico, el occipucio no puede salir directamente

bajo la sínfisis del pubis, sino que se impulsa cada vez más hacia abajo en dirección a las ramas isquiopúbicas. Por consiguiente, el perineo se distiende cada vez más y está expuesto a mayor peligro de laceración.²¹

Distocias dinámicas

Las distocias dinámicas son aquéllas producidas por la existencia de una actividad uterina defectuosa, ineficaz o inapropiada para conseguir la dilatación cervical o el descenso del feto. Sin embargo, cabe destacar que no se puede hablar de distocias dinámicas sin valorar antes el resto de parámetros que pueden alterar el progreso del parto.²⁶

Muchas son secundarias a una desproporción cefalopélvica, a la existencia de distocias blandas o al tamaño y posición fetal.²⁶

La dinámica uterina normal se define por diferentes parámetros:²⁷

Frecuencia: número de contracciones en 10 minutos. Lo normal es de 3-5 cada 10 minutos.²⁷

Intensidad: diferencia de presión desde el tono basal hasta el punto más alto de la contracción. Es de 30 a 50 mmHg.²⁷

Duración: tiempo desde el inicio de la contracción hasta que recupera el tono basal. Está entre 30 y 90 seg.²⁷

Tono basal: presión intrauterina existente en un útero en reposo, entre dos contracciones. Oscila entre 8 y 12 mmHg.²⁷

Hipodinamias

Disminución de la frecuencia, intensidad o del tono basal uterino. El resultado clínico de la hipodinamia secundaria es el aumento de la duración de parto y de la hipodinamia primaria el retraso en el inicio del parto. El tratamiento consistirá en medidas de carácter general, amniotomía y administración de oxitocina.²⁷

Hiperdinamia

Son trastornos de la dinámica uterina por exceso. La hiperdinamia secundaria está causada por: Administración de dosis inadecuadas de oxitocina o PG.

Obstáculos mecánicos que originan una dinámica de lucha. Clínicamente podemos distinguir 2 formas de hiperdinamia: Hiperdinamia sin hipertonía: gran efectividad y puede originar un parto precipitado. Hiperdinamia con hipertonía: la actividad contráctil eficaz está alterada. Aumenta el riesgo de pérdida de bienestar fetal.²⁷

Podemos distinguir dentro de las disdinamias:

Alteraciones de la coordinación y regularidad de la dinámica uterina.²⁷

Inversión del triple gradiente: las contracciones se originan en las porciones inferiores del útero. Esta alteración suele registrarse como tocogramas aparentemente normales. El diagnóstico es clínico, mediante la observación de la ausencia de progresión del parto.²⁷

Incoordinación uterina: dos ondas contráctiles a la vez o separadas por un intervalo de tiempo muy pequeño. Se denominan incoordinación de primer o segundo grado según se originen las ondas en dos o más zonas del útero.²⁷

Distocia de partes blandas²⁶

Se incluyen en este grupo las anomalías anatómicas no óseas que dificultan la evolución normal de un parto.²⁶

Pueden estar provocadas por cicatrices o edemas en el cuello del útero o en la vagina, procesos inflamatorios o tumores (miomas, tumores del ovario o del recto).²⁶

Tumores

Durante el embarazo el cáncer es infrecuente, pero no raro. Las tasas comunicadas de casi todos los cánceres varían ampliamente y reflejan no sólo diversidad de grupos, sino también diferentes métodos de determinación e inconsistencias de los informes. En una revisión de más de 4.8 millones de partos en California durante un periodo de nueve años, encontraron que la frecuencia de neoplasias malignas durante la gestación o en los siguientes 12 meses era de 0.94 por 1 000 nacidos vivos. Cerca de 33 por ciento se diagnosticó durante el periodo prenatal y el resto en los siguientes 12 meses después del parto. Cuando

menos 85 por ciento de estas malformaciones corresponde a los carcinomas mamario, tiroideo y cervico-uterino, linfoma y melanoma. Los tumores más comunes que pueden obstruir la pelvis pueden ser de origen genital (uterinos y anexiales) o extra genital (pelvianos o abdominales).²⁸

Aunque el tratamiento de la paciente embarazada con cáncer es problemático, es preciso acatar un principio básico: no debe reprenderse a una mujer por embarazarse. Es decir, el tratamiento debe individualizarse e incluir la consideración de factores como el tipo y la etapa de la neoplasia, el deseo de la paciente de continuar el embarazo y los riesgos de la modificación o el retraso del tratamiento.²⁸

Rotura uterina

El adelgazamiento anómalo del segmento uterino inferior crea un grave peligro durante el trabajo de parto prolongado, sobre todo en mujeres con alta paridad y en aquéllas con antecedente de cesárea. Cuando la desproporción es tan pronunciada que no hay encajamiento o descenso, el segmento uterino inferior se distiende cada vez más y puede ocurrir rotura uterina. En tales casos, suele haber una exageración del anillo de contracción normal.²¹

Cesárea anterior

La práctica del parto vaginal en casos seleccionados de pacientes con cesárea previa es cada vez más frecuente. El propósito de esta conducta es evitar los posibles riesgos a la operación cesárea.²⁹

Esta es la indicación de cesárea que ocupa el primer lugar en casi todas las estadísticas internacionales y tiene además influencia en las características de las prácticas obstétricas, pues el índice de cesárea primitiva de un servicio influirá en el indicador de iterada en el futuro, si no se permite el parto transpelviano. Téngase en cuenta además que 70 por ciento de las cesáreas primitivas se realizan en nulíparas, lo que compromete aún más el futuro obstétrico de estas pacientes.³⁰

Fue Edward Craige quien acuñó en 1916 la frase “una vez cesárea siempre cesárea”, pero cuando se hizo este pronunciamiento había razones para ese postulado, pues las cesáreas de la época se realizaban en el cuerpo uterino (cesárea clásica) y predisponían a la rotura del útero.³⁰

Se decidirá la ejecución de una prueba de parto en mujeres con cesárea previa, únicamente en unidades de segundo y tercer niveles de atención, con personal capacitado para enfrentar competentemente cualquier complicación que pudiera presentarse.³⁰

Contraindicaciones para la prueba de parto en mujeres con cesárea previa.³⁰

1. Antecedentes de 2 o más cesáreas previas segmentarias arciformes.³⁰
2. Antecedente de cesárea previa corpórea o segmentocorpórea.³⁰
3. Antecedentes de cesárea previa reciente (menos de 6 meses).³⁰
4. Antecedente de rotura uterina o deshicencia de histerorrafia.³⁰
5. Pelvis no útil clínicamente (evaluar la presencia de macrosomía fetal o desproporción cefalopélvica, o ambas).³⁰

Patologías sistémicas.³¹

Preeclampsia:³¹

Es definida como el incremento de la presión arterial acompañada de edema, proteinuria ó ambos que ocurre después de la 20 semana de gestación.³¹

En los casos de preeclampsia leve con embarazo a término se plantea la indicación de cesárea cuando no existe respuesta a la inducción de parto y/o hay signos de deterioro materno o fetal. En la preeclampsia severa, es necesario terminar la gestación por riesgo materno y fetal, si no hay condiciones para parto vaginal, se optará por la vía abdominal, en especial si hay signos inminentes de eclampsia o de desarrollo del Síndrome HELLp o si se trata de restricción de crecimiento fetal o bebés de peso muy bajo.³²

Hipertensión crónica grave.³¹

Se define como la hipertensión Arterial (Igual ó Mayor a 140/90 mmHg) que está presente y es observable previa al embarazo ó que se diagnostica antes de la 20a. semana de gestación.³¹

La hipertensión que se diagnóstica desde el comienzo del embarazo y que persiste más allá del día 42 posterior al parto también debe clasificarse como Hipertensión crónica. Dada la disminución de los niveles tensionales que ocurren en las hipertensas durante el primer trimestre del embarazo es importante no confundir como preecláptica a la hipertensa crónica.³¹

Si los valores de presión arterial igualan o superan los 160/100 mms Hg., aún en ausencia de proteinuria, el cuadro es considerado severo.³¹

Nefropatía crónica:

La enfermedad renal crónica (ERC) se define como la disminución progresiva e irreversible de la función renal expresada por una tasa de filtrado glomerular o una depuración de creatinina menor a 60 mL/min/1.73 m² que se presenta durante al menos tres meses, independientemente de la etiología de la enfermedad. El daño renal se puede determinar en muchas de las nefropatías por la presencia de albuminuria, la cual se define como una relación albúmina/ creatinina mayor de 30 mg/g en dos de tres muestras de orina recolectadas al azar.³³

Hace algunas décadas el embarazo estaba prácticamente contraindicado en aquellas pacientes que padecían de algún tipo de enfermedad renal crónica debido al mal pronóstico tanto materno como fetal, ya que se trata de un embarazo de alto riesgo caracterizado por mayor frecuencia de complicaciones perinatales, entre las cuales predominan preeclampsia, prematuridad y restricción del crecimiento intrauterino. La enfermedad renal crónica se presenta en el 0.03 al 0.12 por ciento de todos los embarazos según registros basados en estudios realizados en la población norteamericana.³³

Tuberculosis pulmonar grave:

A mediados del siglo XX diversos estudios demostraron una incidencia similar de tuberculosis en la mujer embarazada en relación a la población general y una evolución similar de la enfermedad. La presentación clínica en la paciente embarazada es similar a la no gestante, pero el diagnóstico de tuberculosis pulmonar es difícil debido a que se tiende a posponer la radiografía de tórax, además que algunos estudios han mostrado una presentación menos llamativa de los síntomas en estas pacientes.³⁴

Existen varios estudios que muestran una incidencia aumentada de patologías en el embarazo y mal resultado perinatal en la gestante con tuberculosis, por lo cual a pesar de los potenciales efectos en el feto de algunas drogas antituberculosas, se ha visto que el tratamiento durante el embarazo es capaz de reducir el impacto perinatal de la enfermedad, tanto en la madre como en el neonato. Por esta razón es importante tener un alto nivel de sospecha para realizar un diagnóstico precoz, ya que si la enfermedad es diagnosticada y tratada oportuna y adecuadamente, el pronóstico materno y fetal es muy bueno.³⁴

-Fetales

Colocaciones viciosas:

Situación transversa

La situación trasversa del feto, mal llamada presentación de hombro (o de tronco o de espalda), es una situación distócica por excelencia. En este caso el feto ubica su diámetro mayor perpendicularmente (o sea en forma trasversal) frente al diámetro mayor (longitudinal) del útero.²³

Siendo excepcional la evolución espontánea del parto, se comprende que la terapéutica sea operatoria. En el embarazo único de término si no hay contraindicaciones y hay posibilidad de acceso inmediato a un quirófano para realizar una cesárea de emergencia, se puede intentar colocar al feto en situación longitudinal realizando la versión externa. Si esta maniobra fracasa hay que programar la cesárea.²³

Pelviana con feto único al término de la gestación:²³

Cuando el polo caudal del feto está en relación directa con el estrecho superior, se denomina presentación pelviana.²³

Al término de la gestación el parto vaginal en presentación podalica en general es menos favorable que en la presentación cefálica de vértice. En el embarazo de término hay consenso en que ante la falta de un obstetra experimentado la cesárea electiva tiene mejores resultados materno-perinatales que el parto vaginal.²³

Las estadísticas concuerdan en que mientras el parto espontáneo en cefálica se hace con un riesgo bajo para la madre y el hijo, en la pelviana la morbimortalidad materna-perinatal crece proporcionalmente con el número de maniobras obstétricas practicadas. Por lo común el apresuramiento y otras veces los inconvenientes surgidos en el curso del parto llevan a la ejecución de la pequeña extracción, y ésta, por su busquedad, a lesiones fetales graves o mortales. El riesgo fetoneonatal aumenta aún más cuando la pelviana se complica con un feto grande o con alguna malformación congénita que aumenta la probabilidad de distocia.²³

También la influencia de la edad y de la paridad es significativa. La mortalidad fetal es mayor en la primípara que en la múltipara (es algo mayor en las primíparas jóvenes, y aumenta en las primíparas tardías). Influyen en el pronóstico factores fetales como la deflexión primitiva de la cabeza. Parecería que la modalidad de la presentación (nalgas completa o incompleta) no influye en el resultado. En las pelvianas que no coexisten con estos problemas, la elección de la vía del parto (vaginal o cesárea) fue controversial hasta que al comienzo de este siglo se conoció el resultado del primer estudio randomizado metacéntrico realizado en una población de mujeres con fetos únicos de término y en presentación pelviana. En esta investigación se encontró una reducción significativa del riesgo de morbimortalidad perinatal en el grupo de cesárea programada (electiva) en relación al grupo de parto vaginal programado.²³

Presentación de cara:

Se llama más simplemente presentación de cara aquella que se ofrece al estrecho superior en actitud de deflexión máxima. Esta deflexión de la cabeza es acompañada siempre por *una* lordosis pronunciada de la columna cervico-dorsal; luego la deflexión no es parcial, sino generalizada, por lo que puede decirse gráficamente que el feto está en opistótonos.²³

La frecuencia de esta presentación se calcula en el 0.05 por ciento de los partos de término (1 en 2000 partos).²³

El punto diagnóstico es el mentón (MI) y el punto guía de la posición es la pirámide nasal (con sus orificios nasales).²³

No hay que permitir el trabajo de parto y siempre el caso se resolverá por una cesárea. En las variedades posteriores la indicación de cesárea es absoluta ante el riesgo de enclavamiento. Esta indicación se ha ampliado a las restantes variedades de esta presentación debido a los grandes riesgos.²³

Presentación de frente:

Es de pronóstico grave mucho peor que el de la presentación de cara. Cumple todo su mecanismo en una actitud de moderada o mediana deflexión con la gran fontanela situada en la vecindad del centro del estrecho superior. Eliminando aquellos casos en que esta actitud es sólo transitoria (fase frontal de la presentación de cara o deflexión transitoria en el primer tiempo de un vértice en el mecanismo de las pelvis planas), los casos auténticos en que esta actitud es permanente la evolución del parto es rara.²³

La única conducta a seguir es la cesárea abdominal, dada la gravedad de esta presentación.²³

Macrosomía fetal:

Rouse et al analizaron los posibles efectos de una norma de parto por cesárea electivo ante una macrosomía fetal diagnosticada con estudio ecográfico en comparación con el tratamiento obstétrico habitual. Llegaron a la conclusión de que en las mujeres que no son diabéticas, seguir el criterio de realizar cesárea

programada era inadecuado en términos médicos y económicos. Por el contrario, en las mujeres diabéticas con fetos macrosómicos, tal postura de realizar cesárea programada era sostenible. Conway y Langer describieron un protocolo de cesárea sistemática cuando la valoración ecográfica demostraba pesos de 4 250 g o más en las mujeres diabéticas. Este procedimiento redujo de manera significativa la frecuencia de distocia del hombro de 2.4 a 1.1 por ciento.²³

Vitalidad fetal comprometida.²³

Sufrimiento fetal agudo.²³

Pueden considerarse dos formas de sufrimiento fetal, la aguda y la crónica. La forma crónica se caracteriza por una disminución del crecimiento del feto debido al aporte insuficiente, en forma prolongada de los elementos necesarios para su desarrollo. La forma aguda se presenta más frecuentemente durante el trabajo de parto y es de instalación relativamente rápida. En la mayoría de los casos es la consecuencia de una distocia de la contractilidad uterina. Se cree que se produce por una disminución en el aporte de oxígeno al feto (hipoxia) asociada a la retención de anhídrido carbónico en el mismo.²³

La hipoxia y la retención de anhídrido carbónico no son sino una parte de la compleja fisiopatología del sufrimiento fetal. Por eso las denominaciones de hipoxia, anoxia o asfixia fetales no son totalmente adecuadas. Sobre la base de los conocimientos actuales el sufrimiento fetal agudo puede definirse como una perturbación metabólica compleja debida a una disminución de los intercambios feto-maternos, de evolución relativamente rápida, que 1/cva a una alteración de la homeostasis fetal y que puede provocar alteraciones tisulares irreparables o la muerte del feto. Los mecanismos fisiopatológicos mejor conocidos de este complejo son la hipoxia y la retención de hidrogeniones (acidosis). las lesiones más importantes que provoca, por el tipo de secuelas que producen, son las del sistema nervioso central.²³

Los signos de sufrimiento fetal más importantes son los que se obtienen por la auscultación del corazón del feto y por la observación de la presencia de meconio en el líquido amniótico. La importancia de los diferentes signos ha sido y es motivo de controversia. Los trabajos sobre el tema tratan de establecer su valor

comparando la presencia de uno o más de estos signos con el estado del recién nacido juzgado por el índice de Apgar o por el estudio bioquímico de la sangre del cordón.²³

El tratamiento del sufrimiento fetal estará destinado a corregir las alteraciones del intercambio feto-materno. Cuando puede conseguirse este objetivo, se mejora el aporte de oxígeno al feto a la vez que se favorece la eliminación de los catabólicos ácidos. La contractilidad uterina es un factor siempre asociado al sufrimiento fetal agudo, muchas veces como factor causal cuando está excesivamente aumentada y siempre como factor desencadenante.²³

Todos los factores que determinan disminución del aporte de oxígeno al feto deben ser particularmente atendidos. La anemia materna durante el embarazo se debe corregir con criterio preventivo o con reposición inmediata de sangre en los casos agudos. Cuando el sufrimiento fetal persiste o sus causas no pueden corregirse, se debe extraer al feto por el procedimiento obstétrico que corresponda según las circunstancias. El sufrimiento fetal agudo representa un estado de shock. Extraer de urgencia un feto que sufre podría sumar una agresión más a la anoxia. El obstetra, en la medida de lo posible, deberla reanimar al feto in útero antes de extraerlo, mediante la operación cesárea.²³

Restricción del crecimiento fetal:

El crecimiento embrio-fetal normal puede ser definido como aquel que resulta de una división y crecimiento celular sin interferencias y da como producto final un recién nacido de término en el cual se ha expresado totalmente su potencial genético. Este hecho es muy difícil de conocer ya que el potencial intrínseco de crecimiento no puede ser medido con la tecnología disponible actualmente. Por esta razón, el diagnóstico del crecimiento fetal normal se basa en la comparación de las medidas antropométricas del recién nacido objeto del estudio con los estándares obtenidos de neonatos que se consideraron "sanos" por provenir de embarazos sin patología conocida. Con fines clinicoprácticos se considera que un feto presenta restricción de su crecimiento intrauterino (RCI) cuando se le estima un peso inferior al que le corresponderla para su edad gestacional. Si naciera en el

momento del diagnóstico, su peso estaría por debajo del límite inferior del patrón de peso neonatal para su edad gestacional. La mayoría de los autores aceptan que este límite inferior corresponde al percentil 10 de dicha curva.²³

La prevalencia del RCI en los países de la región oscila entre el 120 y/o el 170 de todos los nacidos vivos. Los RCI exhiben una tasa de mortalidad perinatal 8 veces mayor y el riesgo de asfixia intraparto aumenta 7 veces más que en los nacidos con peso adecuado para

Su edad gestacional: los neonatos presentan frecuentemente hipoglucemia, hipocalcemia, policitemia y estrés por enfriamiento. Si el RCI se presenta en un embarazo de pretérmino, el riesgo perinatal es mayor puesto que se asocian las dos patologías.²³

Factores que afectan el crecimiento intrauterino:²³

1. Condición socioeconómica educacional
2. Edad materna
3. Paridad
4. Antecedentes obstétricos desfavorables
5. Embarazo múltiple
6. Aumento de peso durante la gestación
7. Intervalo intergenesico
8. Infecciones
9. Defectos congénitos
10. Hábitos de fumar
11. Abuso de alcohol
12. Consumo de drogas
13. Elevada altitud
14. Estrés
15. Control natal ausente o inadecuado

Momento del parto. En embarazos a término: interrumpir la gestación. En embarazos de pre término: ante vitalidad conservada (Doppler de flujo normal) y crecimiento fetal no detenido (media ultrasonografía del perímetro abdominal

fetal), continuar la gestación. Caso contrario, con madurez pulmonar presente, interrumpirla; con pulmón inmaduro, glucocorticoides y luego terminar el embarazo. En la decisión obstétrica deberá tenerse en cuenta la capacidad de la atención neonatal local, circunstancia de tal importancia que hará variar la edad gestacional en que se decida la interrupción de la gestación.²³

Durante el trabajo de parto. Estos fetos presentan una alta incidencia de sufrimiento fetal agudo, se debe vigilar estrechamente la frecuencia cardiaca fetal y de las ccontracciones uterinas durante el trabajo de parto. La vigilancia también puede realizarse por intermedio del monitoreo fetal electrónico continuo. El diagnóstico de restricción en el crecimiento fetal por si solo no es indicación absoluta de parto por cesárea.²³

Sistema inmune

Enfermedad hemolítica perinatal (EHP):

La enfermedad hemolítica del feto y del recién nacido constituye una afección con una expresión clínica diversa, pero con una base fisiopatológica común, dada por la disminución de la sobrevivencia de los glóbulos rojos fetales y/o neonatales debido a la acción de anticuerpos maternos que pasan a través de la placenta y que son específicos contra antígenos de origen paterno presentes en las células rojas fetales y del recién nacido.²³

Enfermedad hemolítica perinatal por conflicto Rh(D):

La enfermedad hemolítica perinatal por conflicto Rh(D) constituye una inmuno-hematopatía grave para el producto de la gestación por' la anemia que le provoca, que puede llevar al desarrollo de graves complicaciones y hasta la muerte. Esta situación se genera cuando una madre Rh(D) negativo presenta aloanticuerpos contra el antígeno D del sistema Rh capaces de atravesar la placenta y sensibilizar los eritrocitos Rh(D) positivos fetales determinando una hemólisis extravascular.²³

Enfermedad hemolítica perinatal por incompatibilidad en otros grupos sanguíneos:

Por incompatibilidad ABO: Aunque la EHP por incompatibilidad ABO es más frecuente, no produce afectación fetal sino posnatal en general luego de las 36 horas de vida, razón por la cual habitualmente no se investigan estos anticuerpos en el embarazo. Su incidencia y severidad no muestran un comportamiento universal, pues en países anglosajones es una entidad clínica muy benigna y es muy raro que el recién nacido requiera de exanguinotrasfusión. Sin embargo, en países de Sudamérica, el Caribe, Medio Oriente, Asia y África, la incompatibilidad ABO es causa de EHP posnatal severa. Está determinada por la presencia de anticuerpos antiA o anti B inmunes del tipo IgG principalmente en madres del grupo O con fetos A o B. Si bien esta incompatibilidad es bastante frecuente (15%), sólo algunos desarrollan EHP posnatal. Como mencionamos, los antígenos del sistema ABO no sólo se detectan en los eritrocitos, se expresan también en tejido epitelial, endotelial, en forma soluble y en la placenta, ejerciendo un efecto protector en el feto y están poco desarrollados al nacer, razón por la cual la severidad de la afectación es menor que en la EHP por anti D. Se plantea el diagnóstico de EHP por incompatibilidad ABO cuando la madre es del grupo O con Coombs indirectos por técnica de inmunoprecipitación en gel negativo, y el recién nacido es del grupo A, B o AB con Coombs directo positivo. Cabe aclarar que el Coombs indirecto no investiga la presencia de anti A y anti B.²³

Muerte fetal intrauterina:

La muerte fetal es uno de los accidentes obstétricos más difíciles de enfrentar. Tanto la mujer embarazada como el feto, a pesar de cumplir con un proceso de carácter netamente fisiológico como es el embarazo, están expuestos a una serie de riesgos que amenaza su salud y vidas. Entre las probables complicaciones se encuentra la muerte fetal intrauterina.³⁵

Se define muerte fetal intrauterina como “la muerte acaecida antes de la expulsión o extracción completa de la madre, del producto de la concepción, cualquiera haya sido la duración de la gestación”. Aunque algunos autores la

definen como “el cese de la vida fetal a partir de las 20 semanas de gestación y con un peso mayor a 500 gramos”. Este problema alcanza frecuencias comprendidas entre el 7 a 10 por 1000 nacidos vivos en la mayoría de los países americanos.³⁵

En cuanto a la etiología es muy diversa, y ellas pueden deberse a alteraciones fetales, maternas, placentarias, ambientales o ser de origen idiopática.³⁵

Los factores de riesgo básicamente se basan en tres grandes categorías: a) macroambiente: señala la situación económica y cultural de la embarazada; b) matroambiente: engloba todas las otras características de la madre, no incluidas en el macroambiente; y c) microambiente: factores asociados al feto, placenta, cordón y líquido amniótico.³⁵

Una incapacidad para detectar los latidos cardíofetales durante el examen físico sugiere muerte fetal. Sin embargo esto no es concluyente y el óbito se debe confirmar mediante un estudio ecográfico. Sin embargo, es de vital importancia que se realice la investigación pertinente destinada a dilucidar la causa (o las causas) del óbito, y/o sus factores contribuyentes.³⁵

-Materno-fetales:

Desproporción feto-pélvica

Tal parece que la expresión: “Cesárea por desproporción céfalo pélvica” no se fundamenta en los servicios de Obstetricia con el documento pelvicefalométrico y, en cambio, sí es una de las mayores determinantes que se aducen para realizar cesáreas en nuestro país. No vale que se aduzca desproporción sin un documento fehaciente; por eso la cefalopelvimetría sí tiene lugar actualmente para justificar la cesárea por desproporción sustituyendo al parto por vía normal.³⁶

Ocurre en la práctica que las “pelvicelafometrías” requeridas para casos específicos se reciben de radiólogos o “laboratorios” con criterio diverso en la selección de los puntos o planos a medir o en el método. Los obstetras conocen el mecanismo del parto y los estorbos que ocurrirán a un producto de la concepción durante la presentación, el encajamiento en el estrecho superior, la forma de

descenso, rotación y desprendimiento. Si la morfología de la cavidad pélvica se le exhibe en imagen a un buen obstetra éste podrá, mentalmente, concebir si la cabeza del niño tendrá un trayecto correcto o habrá dificultades para entregarlo sano y sin daño; también podrá saber cuándo las morfologías de la cavidad prometen dificultades: pelvis muy platipeloide, infundibuliforme o francamente estrecha, que se aprecian bien en dos placas simples datos que informan, además, medidas milimétricas.³⁶

Se deduce, de inmediato, la indicación: embarazo a término en presentación cefálica (las presentaciones a término, transversa o pélvica se resuelven de una vez y sin medidas por un buen plan de cesárea). También es indicación la corta estatura materna o, francamente, la sospecha clínica de pelvis estrecha. Puede ser, además, la ratificación documental de cesárea previa en una primípara sin ese documento y está nuevamente en embarazo a término.³⁶

Parto detenido:³⁷

El trabajo de parto y el mismo parto son procesos por los que se expulsa naturalmente el feto desde el útero hacia el mundo exterior; sin embargo, aunque se trata de un acto fisiológico para la reproducción humana, a menudo aparecen complicaciones materno-fetales, que pueden incluso provocar la muerte de madre e hijo. Por esas razones se abandonó la ancestral costumbre de parir en el domicilio para hacerlo en los hospitales maternos.³⁷

Friedman representó gráficamente el parto al comparar la dilatación cervical y el descenso de la presentación en una unidad de tiempo. En la curva de dilatación definió 2 períodos: el de fase latente y el de fase activa, con sus respectivas desviaciones. Las anomalías del trabajo de parto se clasifican según la fase en que se producen, pero la identificada como latente se relaciona con su prolongación. Para este mismo, la fase latente prolongada era a partir de 14 horas en las mujeres multíparas y de 20 en las nulíparas, con valores promedios de 5,3 y 8,6 horas, respectivamente. También expresó que se trataba de una anomalía del parto más o menos benigna, hasta que un estudio colaborativo perinatal demostró la presencia de complicaciones perinatales cuando la fase latente se

prolonga, tales como: disminución del Apgar al primer y quinto minutos, asfixia y muerte perinatal, así como daño visual, auditivo, del lenguaje y aprendizaje, y retardo del desarrollo neurológico.³⁷

Entre los diferentes factores causales de la fase latente prolongada figuran: la inmadurez cervical, la inercia uterina primaria, la sedación o analgesia excesiva, entre otras. Por ello, un factor relacionado con la duración de dicha fase es el estado del cuello uterino, de modo, que una mayor madurez de este último al comienzo del trabajo de parto tiende a condicionar una fase latente más breve.³⁷

La resistencia cervical está dada por la presencia de tejido colágeno, sin que este se haya afectado con los cambios fisiológicos que experimenta al final del embarazo. Por otro lado, se cree que en la fase latente prolongada posiblemente se producen contracciones uterinas ineficaces, sin marcapaso miometrial dominante, que en muchos casos favorecen la ocurrencia de parto disfuncional primario y su interrelación con otras distocias en la fase activa. Durante un trabajo de parto disfuncional primario, la actividad uterina cambia de contracciones globales ordenadas a otras más focales y, por tanto, menos eficientes, que hacen surgir un nuevo foco de marcapaso. Aunque la fase latente prolongada no suele clasificarse como un trastorno de detención, cabe suponer que el progreso normal del trabajo de parto se ha perdido.³⁷

De hecho, la fase latente prolongada ha sido considerada como una forma de distocia que, por toda una serie de mecanismos desfavorables, afecta la psiquis de la paciente y exige la ejecución de acciones sanitarias encaminadas a atenderla y ofrecerle un seguimiento médico más conveniente.³⁷

-Ovulares:

Placenta previa

Se conoce con el nombre de placenta previa un proceso caracterizado, anatómicamente, por la inserción de la placenta en el segmento inferior del útero y, clínicamente, por hemorragias de intensidad variable.²³

La hemorragia, aunque frecuente, puede no estar presente en el proceso; existen por lo tanto formas anatómicas sin expresión clínica. Esta variedad constituye el 25 por ciento de los casos y carece de importancia.²³

La frecuencia de este proceso es distinta sí se consideran solamente los casos de inserción baja o aquellos en los que, además, se le suman las hemorragias. Estas últimas, que son las que realmente interesan, se presentan en las estadísticas con una frecuencia sumamente variable, pero en conjunto se puede establecer la proporción de 1 cada 200 o 300 embarazos. Dicha frecuencia es en las multíparas mayor que en las nulíparas, y en las mujeres de más de 35 años mayor que en las de menos de 25 años.²³

Como consecuencia de la ubicación anómala de la placenta, ésta, al actuar como un impedimento para el descenso, dificulta el encajamiento y produce presentaciones viciosas (tronco, pelviana); además expone, al romperse las membranas por su fragilidad, al parto prematuro y a las procidencias del cordón.²³

Desprendimiento prematuro de placenta:

Representa urgencia obstétrica, pues cuando la placenta se separa del útero o matriz antes del parto, el bebé deja de recibir oxígeno. Las consecuencias para la madre no son menos graves, ya que puede sufrir hemorragia que pone en peligro su vida.³⁸

En la mayoría de los embarazos dicha estructura permanece unida con firmeza a la parte superior de la pared uterina; sin embargo, en algunas mujeres puede separarse. “En estos casos, tiene lugar la aparición de un coágulo entre placenta y útero o matriz que va causando el desprendimiento y que, obviamente, puede ocasionarle la muerte al bebé y complicaciones severas a la madre.”³⁸

Este problema obstétrico, también conocido como abruptio placentae o placenta abrupta, es causa de sangrado después de la segunda mitad de la gestación y debe tratarse como emergencia.³⁸

La paciente llega con dolor intenso en el vientre y, durante la revisión, observamos que el útero está contraído y no se relaja. Una contracción normal de trabajo de parto tiene una duración de 45 a 60 segundos, pero en la placenta

abrupta esta condición se mantiene. Así mismo, es muy difícil localizar la frecuencia cardíaca del bebé y puede haber sufrimiento fetal porque se está desconectando la vía de traspaso de oxígeno y nutrientes.³⁸

Lo primero que debe hacerse es estabilizar a la paciente mediante reemplazo de líquidos por vía intravenosa, así como buscar si hay signos de sufrimiento fetal, es decir, ritmo cardíaco muy alto o bajo en el producto. Cuando esto último ocurre es indispensable interrumpir el curso del embarazo mediante cesárea. La única razón por la que este procedimiento no aplica es cuando la madre llega con trabajo de parto avanzado y el bebé ya está en el canal vaginal; en tal circunstancia se abrevia la expulsión con ayuda de fórceps, ya que de esta forma se evitan más contracciones y el riesgo de ocasionar sangrado profuso.³⁸

No obstante, más del 80 por ciento de los casos se resuelven mediante cesárea. “La mayoría de los desprendimientos que ocurren son importantes; incluso, las mujeres llegan con dolor fuerte y contracción uterina persistente”.³⁸

Procidencia de cordón:

Procidencia de cordón (PC) hace referencia al descenso del cordón a través del cuello o del orificio cervical cuando las membranas están rotas.³⁹

Laterocidencia de cordón es la presencia de cordón umbilical entre la presentación y el cuello en presencia de membranas íntegras.³⁹

Procúbito de cordón es la presencia del cordón umbilical entre la presentación y la pared vaginal o el cuello en presencia de membranas íntegras.³⁹

La incidencia de PC es de 0,1 a 0,6 por ciento de todos los nacimientos. En presentaciones pelvianas la incidencia es levemente superior al 1 por ciento. La incidencia es mayor en fetos masculinos y en gestaciones múltiples. Se estima que se asocia a una mortalidad perinatal de 9,1 por ciento. Prematurez, malformaciones congénitas y asfixia perinatal son las patologías más frecuentemente asociadas.³⁹

La principal causa de asfixia es la compresión del cordón y el vasoespasmo de la arteria umbilical que altera el flujo de sangre hacia y desde el feto.³⁹

Factores de riesgo³⁹

A) Generales

1. Multiparidad
2. Peso al nacer menor de 2.500 gramos,
3. Prematurez
4. Malformaciones congénitas
5. Presentación pelviana
6. Situación transversa, oblicua o inestable
7. Segundo gemelar
8. Polhidramnios
9. Presentación móvil
10. Inserción baja de la placenta

B) Asociada a procedimientos

1. Ruptura artificial de membranas (RAM),
2. Versión externa,
3. Versión interna,
4. Inserción de transductor de presión intrauterina.

Algunos autores señalan que las anomalías de cordón (nudos reales o escasez de gelatina de Wharton) y acidosis fetal pueden alterar la consistencia del cordón y predisponer a la PC. El 50 por ciento de las PC están precedidas por alguna maniobra. Las versiones fetales y la RAM son las más frecuentes.³⁹

Modo de parto

Si el parto no es inminente se recomienda la cesárea. Debe ser cesárea de urgencia (diagnóstico nacimiento en menos de 30 minutos y con anestesia general) si hay alteraciones de la FCF. Puede ser cesárea convencional (anestesia regional) si el patrón de FCF es normal. Si hay dilatación completa se puede intentar el parto vaginal normal o instrumental, siempre que tengamos la seguridad de que será rápido y seguro. En un estudio de PC en período expulsivo el porcentaje de Apgar menor de 7 al 5to minuto fue: 5 por ciento si el tiempo entre

diagnóstico y nacimiento fue menor a 10 minutos, 30 por ciento si estuvo entre 10 y 20 minutos y 71 por ciento si fue entre 20 y 30 minutos.³⁹

IV.1.5. Epidemiología

En 1985, la Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso que, del total de los nacimientos, el porcentaje de cesáreas debería ser de entre 5 y 15 por ciento; un porcentaje menor al 5 por ciento sugeriría una limitación en la realización de cesáreas, mientras que un porcentaje mayor de cesáreas al señalado no representaría beneficios adicionales.⁴⁰

Actualmente existen dos preocupaciones al respecto: mientras los países emergentes buscan implementar acciones que permitan una mayor accesibilidad a este procedimiento, en los países más desarrollados o en los sectores de poblaciones con mejores condiciones económicas existe un aumento creciente en el porcentaje de cesáreas que se realizan. Tan sólo en los Estados Unidos de América (EUA), en el 2006 se alcanzó un récord histórico de cesáreas. En ese año, el porcentaje de nacimientos por vía abdominal fue del 31.1 por ciento, con un incremento del 50 por ciento en la última década.⁴⁰

Como respuesta al mayor índice de cesáreas, el *American College of Obstetricians and Gynecologists Task Force on Cesarean Delivery Rates* (2000) recomendó dos estándares de referencia para Estados Unidos para el año 2010. Los objetivos comprenden una tasa de cesáreas de 15.5 por ciento para mujeres nulíparas con un embarazo de 37 semanas o más y presentación cefálica de un producto único y, en segundo lugar, una tasa de partos vaginales después de una cesárea previa de 37 por ciento en pacientes con embarazos de 37 semanas o más y feto único en presentación cefálica con cesárea transversa baja previa. Estos objetivos concuerdan con la tasa de cesáreas de 15 por ciento establecido por el programa para mujeres primíparas con riesgo reducido del *U.S. Department of Health and Human Services Healthy People 2010*. Sin embargo, la revisión del programa realizado a la mitad del decenio (2006) no demostró que hubiera avances en cuanto a este objetivo.⁴⁰

Las razones por las cuales la tasa de cesáreas sigue aumentando no se comprenden por completo, pero las siguientes son algunas explicaciones:⁴⁰

Las siguientes son algunas explicaciones:⁴⁰

1. Las mujeres tienen cada vez menos hijos, por lo que un mayor porcentaje de los nacimientos ocurre en nulíparas, que tienen un mayor riesgo de cesárea.⁴⁰

2. La edad materna promedio está aumentando y las mujeres añosas tienen mayor riesgo de cesárea.⁴⁰

3. Hay un amplio uso de la vigilancia fetal por medios electrónicos, técnica que se vincula con una mayor tasa de cesáreas en comparación con la auscultación intermitente de la frecuencia cardíaca fetal. Aunque la cesárea llevada a cabo principalmente por «sufrimiento fetal» constituye sólo una pequeña parte de esas intervenciones quirúrgicas, en muchos otros casos la preocupación por un trazo anómalo o «desalentador» de la frecuencia cardíaca fetal disminuye el umbral para recurrir a la cesárea por avance alterado del trabajo de parto.⁴⁰

4. Gran parte de los fetos en presentación pélvica se extrae hoy por cesárea.⁴⁰

5. La frecuencia de aplicaciones de fórceps medio y extracciones por vacío desde el plano medio ha disminuido.⁴⁰

6. Las tasas de inducción del trabajo de parto continúan aumentando y, sobre todo en nulíparas, que aumentan el riesgo de cesárea.⁴⁰

7. La prevalencia de obesidad ha aumentado de manera notoria y este trastorno también incrementa el riesgo de cesárea.⁴⁰

8. La frecuencia de la cesárea de mujeres con preeclampsia se ha incrementado, mientras que la frecuencia de la inducción del trabajo de parto en estas pacientes se ha reducido. Por ejemplo, en Noruega la cesárea se incrementó de 16.4 por ciento en nulíparas con preeclampsia de 1967 a 1978 a 35.4 por ciento en el lapso de 1979 a 1990 y a 37 por ciento en los años 1991 a 2003.⁴⁰

9. El parto vaginal después de una cesárea (VBAC) ha descendido de 26 por ciento en 1996 a 8.5 por ciento en 2007.⁴⁰

10. La frecuencia de cesáreas electivas aumenta cada vez más por diversas indicaciones, como la posibilidad de lesionar el piso pélvico durante el parto

vaginal, el nacimiento prematuro por indicación médica, para reducir el riesgo de lesión fetal y por solicitud de la paciente.⁴⁰

11. Las *demandas por imprudencia profesional* siguen contribuyendo de manera considerable a la tasa actual de cesáreas. En una recopilación de datos sobre demandas por imprudencia profesional entre 1985 y 2003, las de tipo obstétrico correspondieron al mayor número de demandas pagadas. Uno de los problemas más frecuentes fue el del lactante con daño cerebral y, en general, la indemnización promedio que se pagó por demandas obstétricas fue 28 por ciento mayor que para las otras 24 especialidades incluidas en la publicación. Esta información es especialmente problemática en vista de la bien demostrada falta de relación entre la cesárea y alguna disminución de los trastornos neurológicos infantiles. Según Foley et al. (2002), la incidencia de crisis convulsivas neonatales y parálisis cerebral no se redujo conforme aumentara la tasa de cesáreas.⁴⁰

En los países emergentes como China, la cesárea representa un porcentaje cercano al 40 por ciento de los nacimientos, de manera semejante a Corea del Sur. Belizan y colaboradores reportaron que en países de América Latina las tasas de cesárea en 12 de 19 países examinados excedieron el porcentaje máximo recomendado por la OMS donde cuatro de cada diez partos se realizaron por cesárea (38,9%).⁴¹

Chile tiene un alto porcentaje de cesáreas en la población general con el 40 por ciento, incrementándose hasta un 51 por ciento en instituciones privadas.⁴¹ Brasil, con 200 millones de habitantes, tiene un promedio de 54 por ciento de partos por cesáreas. En los servicios privados, la cifra se dispara por sobre el 80 por ciento, convirtiéndolo en lugar del mundo donde más se realiza esta intervención. Lo inverso ocurre en Haití, donde el escaso acceso a los servicios de salud coloca la tasa en 5,5 por ciento por debajo de lo recomendado. Las cifras crecen incluso en países con una mayor composición indígena e histórico predominio de los partos naturales, como Bolivia, donde las cesáreas pasaron de 14,6 por ciento en 2008 a 19 por ciento en 2012, o Perú, donde saltaron de 15,8 por ciento a 25 por ciento.⁴²

México no es ajeno a estos incrementos; en el año 2009, la Secretaría de Salud informó un total de 2, 188,592 nacimientos, de los cuales el 41 por ciento ocurrió por cesárea; la población no derecho habiente tuvo un porcentaje del 38 por ciento, mientras que la población asegurada lo tuvo del 50 por ciento. Diversos estudios en diferentes países han señalado que el factor para el incremento del porcentaje de las cesáreas es multifactorial y difícil de estudiar. Entre los factores identificados se señalan, en primer lugar, los cambios en las características maternas y su relación con la práctica obstétrica que se ha modificado debido a las preocupaciones relacionadas con el feto y la seguridad de la madre, seguido por los factores sociales e institucionales.⁴¹

República Dominicana tiene un índice del 56 por ciento del total de nacimientos registrados, frente al 15 por ciento recomendado por la Organización Mundial de la Salud, según un estudio elaborado por el Observatorio de Ejercicio Ciudadano de las Mujeres, presentado en compañía de la organización humanitaria Oxfam, el 42 por ciento de los nacimientos en establecimientos públicos dominicanos son “cesáreas innecesarias”. En el caso de las clínicas privadas, la tasa asciende hasta “un increíble 87 por ciento de los alumbramientos.”⁴³

Todos los ministerios de Salud pública a nivel mundial deben de establecer un control tanto en lo público como privado para reducir las altas tasas de cesáreas.⁴⁴

El Consejo Federal de Medicina de Brasil en junio del 2016 decidió que las cesáreas a pedido de las embarazadas solo serán permitidas a partir de las 39 semanas de gestación, una medida que busca proteger a los recién nacidos en el campeón mundial de partos por cesárea.⁴⁴

Establecieron además que cuando no hay justificaciones médicas que indiquen la necesidad de una cesárea las madres que la soliciten deberán firmar un documento que garantiza que recibieron información sobre el derecho a escoger la vía de parto y que son conscientes de los beneficios y riesgos de la decisión. La nueva medida «reducirá los casos de recién nacidos con dificultades de adaptación a la vida extrauterina y por ende reducirá las tasas de internación en unidades de terapias intensiva neonatal».⁴⁴

En el sector privado, más de 80 por ciento de las madres brasileñas son sometidas a cesáreas, en la mayoría de los casos sólo para poder elegir la fecha de parto. Otras veces es por conveniencia del médico, que prefiere agendar el procedimiento que ser llamado a realizar un parto en la mitad de la noche o en un domingo.⁴⁴

El ministerio de Salud de Brasil estableció nuevas reglas para intentar disminuirlas donde los médicos y hospitales deben proveer información a sus pacientes sobre las diferentes opciones de parto y completar un documento gráfico donde es registrado todo lo que pasa desde la fase del trabajo de parto hasta el nacimiento del bebé.⁴⁴

Si los profesionales de la salud no entregan las informaciones, pueden ser multados en hasta 8.000 dólares.⁴⁴

IV.1.6. Complicaciones

La cesárea, a pesar de su alta seguridad, no está exenta de complicaciones, algunas impuestas por la propia indicación para realizar el procedimiento (situaciones maternas de extrema urgencia), y otras derivadas de la técnica en sí. No es correcto ignorar el incremento de morbilidad neonatal y materna que se deriva de su práctica, por no mencionar el aumento de riesgo, de 2.8 a 6 veces más de muerte materna. Las infecciones son más frecuentes que en el parto vaginal y en ocasiones fuerzan a terapéuticas muy agresivas (histerectomía). La necesidad de transfusión, con sus particulares complicaciones, se requiere del 1 al 6 por ciento de las ocasiones. Hay posibilidad de daño en órganos vecinos y en ocasiones se presentan cuadros de íleo paralítico que son muy raros en el parto vaginal. El hecho de requerir anestesia constituye otra fuente de eventuales complicaciones. El post-operatorio es mucho más molesto y prolongado, con mucho alto riesgo de tener que abandonar la lactancia materna. Su costo es también superior al del parto vaginal, llegando una cesárea sin complicaciones, a costar más del doble de los gastos generados por el primero.⁴⁵

Complicaciones intraoperatorias⁴⁶

Se producen complicaciones relevantes en el 1-2 por ciento de los casos.⁴⁶

Complicaciones infecciosas: Las complicaciones infecciosas son la principal causa de morbilidad asociada a la cesárea, siendo esta última el factor de riesgo más importante de infección materna posparto. La cesárea tiene entre 5 y 20 veces más riesgo de infección que el parto vaginal. Las complicaciones infecciosas después de una cesárea incluyen: fiebre, infección de la herida quirúrgica y del tracto urinario, endometritis, bacteriemia e infecciones severas (absceso pélvico, tromboflebitis pélvica séptica y shock séptico). Factores como la cesárea emergente, duración del parto, rotura de membranas, estado socioeconómico, número de 33 exploraciones vaginales, monitorización interna, infecciones del tracto urinario, anemia, pérdida hemática severa, obesidad, diabetes, técnica quirúrgica y experiencia del cirujano están involucradas en la incidencia de tal complicación.⁴⁶

Endometritis: Es la complicación infecciosa más frecuente de la cesárea. Su incidencia sin la administración de antibióticos es de 20-40 por ciento. El uso de antibióticos profilácticos ha disminuido estas cifras en un 5 por ciento. Es una infección polimicrobiana causada generalmente por bacterias presentes en el tracto genital inferior, las manifestaciones clínicas suelen aparecer a las 24-48 horas de la intervención.⁴⁶

Tromboflebitis pélvica séptica: La incidencia de tromboflebitis pélvica séptica es en algunas series 10 veces más alta después de una cesárea. Es más frecuente en pacientes con anemia, rotura prematura de membranas, presencia de meconio y prolapso de cordón, siendo menos común en las cesáreas electivas. Para su prevención se aconseja una correcta preparación quirúrgica de la piel y una técnica quirúrgica cuidadosa.⁴⁶

Infecciones del tracto urinario: Son una complicación relativamente frecuente con incidencia variable entre el 2 y 16 por ciento y se relacionan fundamentalmente con la duración del sondaje vesical.⁴⁶

Enfermedad tromboembólica: Poco frecuente durante el embarazo, la tromboembolia venosa es una de las principales causas de muerte materna en el

mundo desarrollado, el riesgo de trombosis venosa profunda es entre 3 y 5 veces superior después de una cesárea que después de un parto vaginal. Además el parto por cesárea particularmente si es emergente, incrementa el riesgo de embolia pulmonar letal más de 10 veces en relación con el parto vaginal. Sin embargo, el riesgo de trombosis puede atenuarse con la administración profiláctica de heparina, sobre todo en pacientes de riesgo por historia familiar, personal o predisposición genética. Es necesario mencionar que no está justificada la administración sistémica profiláctica de 34 heparina por el incremento de morbilidad que ello condiciona, sin embargo en los casos antes mencionados, su utilización es más que razonable, por no decir imperativa.⁴⁶

Mortalidad y morbilidad maternas:²¹

En Estados Unidos, las muertes maternas atribuibles tan sólo a la cesárea son inusuales. De cualquier manera, se cuenta con grandes conjuntos de datos que confirman el riesgo de mortalidad. Clark et al.(2008), al revisar casi 1.5 millones de embarazos, encontraron una mortalidad materna de 2.2 por 100 000 cesáreas. En otro estudio, Hall y Bewley (1999) compilaron datos de más de 2 millones de nacimientos en el Reino Unido de 1994 a 1996. Ellos mostraron que en tanto una cesárea urgente conllevaba un riesgo casi nueve veces mayor de fallecimiento materno en relación con el parto vaginal, incluso la cesárea electiva se vinculaba con un riesgo casi del triple. En Estados Unidos, la tasa de complicaciones obstétricas graves se incrementó entre 1998 y 1999 así como entre 2004 y 2005. Gran parte de este aumento fue consecutivo a la mayor frecuencia de cesáreas.²¹ La morbilidad materna es dos veces mayor con la cesárea en comparación con el parto vaginal (Villar et al., 2007). Las principales causas abarcan infección puerperal, hemorragia y tromboembolias (Burrows et al., 2004). Declerq et al. (2007) observaron que la hospitalización reiterada en los primeros 30 días después de una cesárea, es más de dos veces más frecuente que luego de un parto vaginal (75 en comparación con 17 hospitalizaciones por 1 000 partos). Rajasekar y Hall (1997) publicaron que la incidencia de laceraciones vesicales con la cesárea era de 1.4 por 1 000 intervenciones quirúrgicas y la de

las lesiones ureterales correspondió a 0.3 por 1 000. Aunque la lesión vesical se identificaba de inmediato, el diagnóstico de lesión ureteral solía ser tardío.²¹

La infección uterina es relativamente frecuente después de la cesárea. En las mujeres con una cesárea previa, la frecuencia de rotura uterina en un embarazo ulterior es más frecuente que en las que sólo han tenido partos vaginales. Sin embargo, afortunadamente el riesgo de rotura es reducido y Spong et al. (2007) encontraron que el riesgo global es cercano a 0.3 por ciento. La morbilidad vinculada con la cesárea aumenta de manera notoria en mujeres con obesidad. Todas esas alteraciones patológicas, así como el mayor tiempo de recuperación generan una duplicación de los costos de la cesárea con respecto al parto vaginal.²¹

IV.2. Adolescencia

IV.2.1. Definición

La palabra adolescente viene del latín *adolescens*, *adolescentis* y significa que está en período de crecimiento, que está creciendo.⁴⁷

Según la Real Academia Española, adolescencia es la edad que sucede a la niñez y que transcurre desde la pubertad hasta el completo desarrollo del organismo.⁴⁷

Según Dina Krauskopf, es un período crucial del ciclo vital en que los individuos toman una nueva dirección en su desarrollo, alcanzan su madurez sexual, se apoyan en los recursos psicológicos y sociales que poseen, asumen para sí las funciones que les permiten elaborar su identidad y plantearse un proyecto de vida propio.⁴⁷

Según Marcelo Viñar, es un tiempo transformacional de progresos y retrocesos, de logros y fracasos, cuyo tiempo de comienzo coincide con los primeros cambios puberales, y la fecha de cierre se ha estirado favorecida por el aumento de la expectativa de vida al nacer, y, en los grupos cultos, por la extensión casi al infinito de estudios y diplomas de capacitación. Señala, también, que el tránsito adolescente no es madurativo, sino que es transformacional, es

algo que se logra, se conquista con trabajo psíquico y cultural, o se estanca y se fracasa).⁴⁷

La OMS define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, superado únicamente por el que experimentan los lactantes. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos. El comienzo de la pubertad marca el pasaje de la niñez a la adolescencia.⁴⁸

Los determinantes biológicos de la adolescencia son prácticamente universales; en cambio, la duración y las características propias de este periodo pueden variar a lo largo del tiempo, entre unas culturas y otras, y dependiendo de los contextos socioeconómicos. Así, se han registrado durante el pasado siglo muchos cambios en relación con esta etapa vital, en particular el inicio más temprano de la pubertad, la postergación de la edad del matrimonio, la urbanización, la mundialización de la comunicación y la evolución de las actitudes y prácticas sexuales.⁴⁸

IV.2.2. Clasificación

Adolescencia temprana⁴⁹

Esta etapa se encuentra caracterizada por el crecimiento acelerado y desarrollo somático, inicio de los cambios puberales y de los caracteres sexuales secundarios. Comprende las edades de 10 – 13 años. Existe para el individuo una preocupación por los cambios físicos, torpeza motora, marcada curiosidad sexual, búsqueda de autonomía e independencia, por lo cual los conflictos con la familia, maestros u otros adultos son más marcados.⁴⁹

Adolescencia media

La adolescencia media comprende los 14–16 años, y se caracteriza por ser el periodo de rápido crecimiento cognitivo cuando emergen pensamientos

operacionales formales. Los adolescentes comienzan a entender conceptos abstractos y pueden cuestionar los juicios de los adultos. El individuo entonces se conecta del mundo egocéntrico del adolescente temprano, al mundo sociocéntrico del adolescente medio y tardío y comienza a modular su conducta impulsiva.⁴⁹

Adolescencia tardía

Esta fase comprende las edades de 17 – 19 años, y se caracteriza por la culminación en gran parte del crecimiento y desarrollo, en esta etapa el adolescente va a tener que tomar decisiones importantes en su perfil educacional y ocupacional. Se ha alcanzado un mayor control de los impulsos y maduración de la identidad, inclusive en su vida sexual.⁴⁹

Pubertad

Este término es empleado para identificar los cambios somáticos dados por la aceleración del crecimiento y desarrollo, considerándose no un proceso exclusivamente biológico, sino interrelacionado con factores psicológicos y sociales.⁴⁹

Juventud

Comprende el periodo entre los 15 – 24 años de edad, considerada como una categoría psicológica que coincide con la etapa post puberal de la adolescencia, ligada a procesos de interacción social, de definición de identidad, de tomas de decisiones y responsabilidades. Es por esto que la condición de juventud no es uniforme y varía de acuerdo al grupo social que se considere.⁴⁹

Características de la adolescencia

Siendo considerada como un periodo de transición en la vida, que divide la infancia de la adultez, existen ciertas condiciones que permiten identificarla de manera tanto biológica, psicológica y socialmente. Esto con el fin de conocer estas características universales, con el objeto de identificar la normalidad de dichas

manifestaciones y evitar que erróneamente sean consideradas como aspectos o conductas patológicas.⁴⁹

-Crecimiento corporal dado por aumento de peso, estatura y cambios de forma y dimensiones corporales.⁴⁹

Se produce aumento de la masa muscular y de la fuerza muscular, siendo este más marcado en el varón. Acompañado de aumento en la capacidad de transportación de oxígeno, incremento de los mecanismo amortiguadores de la sangre, que permiten neutralizar de manera más eficiente los productos químicos derivados de la actividad muscular, así como un incremento en la maduración de los pulmones y el corazón teniendo por tanto un mayor rendimiento y recuperación más rápida frente al ejercicio físico.⁴⁹

- El incremento en la velocidad de crecimiento, los cambios en la forma y dimensiones corporales, los procesos endocrino metabólicos no siempre ocurren de manera armónica por lo que es común se presente torpeza motora, incoordinación, trastornos del sueño, que pueden generar trastornos emocionales y conductuales de manera transitoria.⁴⁹

- El desarrollo sexual está caracterizado por la maduración de los órganos sexuales, la aparición de los caracteres sexuales secundarios y el inicio de la capacidad reproductiva.⁴⁹

Aspectos psicosociales:

- Búsqueda de sí mismos y de su identidad, necesidad de independencia.⁴⁹
- Tendencia grupal.⁴⁹
- Evolución del pensamiento concreto al abstracto.⁴⁹
- Manifestaciones y conductas sexuales con desarrollo de identidad sexual.⁴⁹
- Contradicciones en las manifestaciones de su conducta y constantes fluctuaciones de su estado anímico.⁴⁹
- Relaciones conflictivas con los padres que oscilan entre la dependencia y necesidad de separación de los mismos.⁴⁹
- La elección de una ocupación y la necesidad de adiestramiento y capacitación para su desempeño.⁴⁹
- Necesidad de formulación y respuesta de un proyecto de vida.⁴⁹

IV.2.3. Embarazo en la adolescencia

El embarazo en las adolescentes es un problema de reconocida trascendencia. Diariamente podemos observar a jóvenes embarazadas en los núcleos familiares y en las calles, en ocasiones en las escuelas, en las tiendas y en otros lugares.⁴⁹

Son muchos los factores que conllevan al ejercicio cada vez más temprano de la sexualidad en los y las adolescentes y por ende a los embarazos precoces. Según el boletín “Desafíos”, una publicación de la CEPAL y UNICEF, estos factores incluyen los cambios socioeconómicos, nuevos estilos de vida e insuficiente educación sexual.⁴⁹

También en algunos países de América Latina y el Caribe se carece de políticas públicas de salud sexual y reproductiva, no se valoran los derechos sexuales y reproductivos de las adolescentes. En el ámbito de esa población joven tienen también mucho impacto la presión de grupo, la curiosidad, el abuso sexual, el sexo como paga por dinero, y la falta de orientación de los padres y madres.⁴⁹

-Las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las muchachas de 15 a 19 años en todo el mundo.⁴⁹

-Cada año, unos 3 millones de muchachas de 15 a 19 años se someten a abortos peligrosos.⁴⁹

-Los bebés de madres adolescentes se enfrentan a un riesgo considerablemente superior de morir que los nacidos de mujeres de 20 a 24 años.⁴⁹

IV.2.4. Epidemiología

Se estima que 16 millones de mujeres adolescentes en edades entre 15 y 19 años y aproximadamente 1 millón de niñas menores de 15 años dan a luz cada año, aportando el 11 por ciento de todos los nacimientos a nivel mundial. Cerca del 95 por ciento de estos partos, se presentan en países en vía de desarrollo, con un rango que va del 2 por ciento en China al 18 por ciento en América Latina y el Caribe. La mitad de estos nacimientos ocurren principalmente en siete países:

Bangladesh, Brasil, República del Congo, Etiopía, Nigeria, India y los Estados Unidos.⁵⁰

En las Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014 se indica que la tasa media de natalidad mundial entre las adolescentes de 15 a 19 años es de 49 por 1000 muchachas. Las tasas nacionales oscilan de 1 a 299 nacimientos por 1000 muchachas, siendo las más altas las del África Subsahariana.⁵⁰

El embarazo en la adolescencia sigue siendo uno de los principales factores que contribuyen a la mortalidad materna e infantil y al círculo de enfermedad y pobreza.⁵⁰

En Chile, nacen cada año alrededor de 40.355 recién nacidos cuyas madres tienen entre 15 y 19 años. A esta cifra, se agregan otros 1.175 nacimientos en menores de 15 años. De esta forma, en nuestro país la incidencia del embarazo en la adolescencia es de alrededor de 16,16 por ciento, siendo mayor en la octava región (25%).⁵¹

Uno de los problemas más complejos que actualmente confronta la reproducción humana se produce justamente en este período: el embarazo en la adolescencia, considerado como un problema biomédico con elevado riesgo de complicaciones durante el embarazo y parto, que conlleva un incremento en las tasas de morbilidad y mortalidad materna, perinatal y neonatal. Tiene además implicancias socioculturales y psicológicas con elevado costo personal, educacional, familiar y social.⁵¹

Desde la perspectiva sociocultural, la adolescente embarazada limita sus oportunidades de estudio y trabajo, puesto que la mayoría de ellas se ve obligada a desertar del sistema escolar, quedando la adolescente con un nivel de escolaridad muy bajo que no le permite acceder a un trabajo digno que le permita satisfacer, al menos, sus necesidades básicas. Esta situación se ve agravada por su condición de madre soltera en que queda la mayoría de estas adolescentes, debido a que la pareja es generalmente un adolescente o joven que no asume su responsabilidad paterna, provocando una situación de abandono afectivo, económico y social en la madre y el niño.⁵¹

No obstante, esta realidad, existe escasa investigación sistemática sobre el efecto del embarazo precoz en la deserción escolar. Existen aún menos estudios en el grupo de adolescentes que ha desertado antes del embarazo. Sólo algunos estudios epidemiológicos señalan en sus aspectos socioculturales, datos de incidencia de deserción escolar por causa de embarazo.⁵¹

Epidemiología en República Dominicana

A pesar de que, en los últimos 25 años, desde el 1991 hasta el 2013, el embarazo en adolescentes ha permanecido invariable con una tasa de nacimiento a los 19 años de un 43 por ciento, la República Dominicana permanece entre los primeros cinco países de América Latina con tasa más alta de embarazo en adolescentes. De acuerdo con el informe "El embarazo en adolescentes en la República Dominicana: Tendencias observadas a partir de las Encuestas Demográficas y de Salud, (ENDESA 1986-2013)", presentado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y Profamilia, el 43.9 por ciento de los adolescentes de 19 años ha tenido ya por lo menos un parto.⁵²

La investigación, realizada por el doctor Eddy Nelson Pérez-Then, director de la Escuela de Medicina de la Universidad Dominicana O&M (O&MED), analiza los principales hallazgos observados en la ENDESA 2013 y los contrasta con las realizadas desde 1986. Establece que la comparación de la ENDESA 2013 con la del 2007 permitió observar que el mayor porcentaje de madres adolescentes embarazadas por primera vez corresponde a la edad de 17 años.⁵²

Además, revela que casi dos de cada cinco (36.8%) de las mujeres con edades de 15 a 19 años no habían superado la enseñanza primaria. El 35.1 por ciento de las más pobres se había embarazado alguna vez y el 30.1 por ciento ya era madre; mientras que las pertenecientes al grupo económico más alto los casos se situaban entre 10.5 por ciento y 6.2 por ciento respectivamente.⁵²

De igual manera, revela que en el país 11 por ciento de cada mil adolescentes antes de los 15 años ya se han unido en matrimonio; y antes de cumplir los 18 años 37 por ciento de cada mil, este mismo informe dice que un 18 por ciento de las mujeres entre 15-19 años actualmente están casadas o unidas.⁵²

IV.2.5. La maternidad adolescente

El embarazo y la maternidad de adolescentes es un problema social y es una de las experiencias más difíciles que afectan la salud integral de los (as) adolescentes, así como de los padres de familia, la sociedad y el niño que está por nacer ya que no se reduce solamente a una problemática de salud biológica.⁵³

En sí la maternidad implica cambios en nuestra identidad como mujeres, el tener un hijo cambia muchos aspectos de nuestra vida, debido a que el ser mamá será nuestra nueva identidad para siempre.⁵³

La maternidad se puede vivir de muchas formas, hay algunas mujeres para las cuales la maternidad es algo maravilloso y la viven de forma placentera pero para algunas otras el ser madres se vuelve una carga.⁵³

Desafortunadamente en nuestro país nos han venido enseñando e introyectando la idea que toda mujer debe tener hijos y nosotras mujeres hemos venido reproduciendo y aceptando esta ideología por mucho tiempo, sin detenernos a pensar si realmente nos gustaría ser madres, en qué momento y de qué manera.⁵³

La maternidad debe venir acompañada de la crianza física y emocional para los hijos, este rol es para la mujer madre una experiencia emocional y psicológica profunda. La exigencia de entrega, tolerancia y amor incansable, es un ideal que la propia sociedad a impuesto, así como también ha contribuido a una sociedad de doble moral en la cual se exigen unas cosas mientras que otras tantas se mantienen ocultas, como lo es la educación sexual, el derecho a la información y la apertura sexual así como la falta de vínculos afectivos y el nivel de cercanía de redes sociales (mamá, papá, hermanos, tíos, amigas, novio, etc...) indispensables para la adolescente.⁵³

La presencia de un embarazo en la adolescencia generalmente se da por el inicio temprano de la sexualidad, el no uso de métodos anticonceptivos, falta de información sexual, bajo nivel de expectativas, sentimiento de soledad, rechazo, baja autoestima, desvalorización femenina, etc...⁵³

A veces las mujeres adolescentes tienen grandes vacíos dentro, y tienen la fantasía de que el hijo o hija lo van a llenar, ya que puede llegar a haber una gran

satisfacción afectiva y puede existir también la fantasía de que el hijo e hija les dará un valor como mujeres. La adolescente inconscientemente está buscando a partir de este hecho satisfacer sus necesidades afectivas.⁵³

El miedo a estar sola es una causa principal para que la adolescente esté vulnerable a tener un embarazo precoz. Ya que la adolescente se siente sola y por tal motivo busca sentirse estimada e importante para alguien.⁵³

Otro aspecto de origen psicológico es la posibilidad de sentirse adulta debido a que la adolescente tiene la necesidad de sentirse grande, ser estimada, respetada y desempeñar un papel de adulta que probablemente le va a dar un reconocimiento dentro de la sociedad y ella cree que el rol materno le va a dar ese reconocimiento.⁵³

La carencia de afecto es otro punto importante ya que la adolescente tiene la necesidad de ser amada, respetada, de dar amor y recibir el afecto que en su familia no le brindan debido a que vive dentro de una familia disfuncional e inestable donde existe la ausencia física y emocional de alguna de las Figuras Parentales y donde en ocasiones ambos padres son personas pasivas, poco afectivas y con debilidad de autoridad moral.⁵³

Riesgos asociados a embarazos durante la adolescencia⁵⁴

La adolescencia suele ser la edad de las contradicciones e incomprendiones donde se hace posible el descubrimiento en uno, de los demás y de la ampliación del horizonte individual. El perfeccionamiento y madurez de estas características psicosociales se desplazan, en el adolescente, a edades más avanzadas de la vida, a diferencia de la precoz madures biológica imperante en esta etapa. Todo esto unido a la desinformación y a la falta de educación en el orden sexual, posibilita que los adolescentes se crean aptos para concebir, por lo que se considera este período como importante grupo de riesgo en la salud reproductiva, que pudieran dar lugar a una maternidad y paternidad precoz.⁵⁴

Más del 10 por ciento de los nacimientos que se registran anualmente en el mundo se producen en madres adolescentes. Cada año nacen 15 millones de niños de madres adolescentes; cada día 41 095; cada hora 1 712. En América

Latina los países con mayor tasa de maternidad en adolescentes se encuentran en las regiones de Nicaragua, Guatemala, Honduras, El Salvador y Venezuela representando entre un 15-25 por ciento de los adolescentes.⁵⁴

Resulta alarmante saber que casi la tercera parte de unos 175 millones de embarazos que se producen anualmente, no son deseados y que gran parte de estos son de adolescentes. A pesar de ello y de conocerse que los adolescentes no planifican la familia, aún existen criterios erróneos en relación con el uso de los métodos anticonceptivos en esas edades como favorecedores de la relación sexual y la promiscuidad entre otros aspectos produciéndose un cuestionamiento moral acerca de la difusión del uso de los mismos.⁵⁴

Muchas veces estos embarazos se presentan como un evento no deseado o no planificado, producto de un relación débil de pareja lo que determina una actitud de rechazo y ocultamiento de su condición por temor a la reacción de su grupo familiar. Es por eso que el trabajo con los adolescentes debe ser puntual, creciente, paciente y sobre todo constante, solamente de esta manera estaremos en condiciones de mejorar la salud sexual y reproductiva de las nuevas generaciones.⁵⁴

Todo esto trae consigo que en esta etapa de la vida se considera a la adolescencia como uno de los sectores de población con un elevado riesgo reproductivo. Se necesita encaminar mejor la educación sexual para lograr la prevención del embarazo en la adolescencia y así una correcta planificación familiar. Por estas razones se considera que el embarazo en la adolescencia se comporta como riesgo elevado haciéndose necesario el desarrollo de una política de salud y sobre todo de educación sexual y sanitaria que encaminen a la reducción de las tasas de embarazo en este grupo etéreo garantizando un mejor pronóstico de vida tanto para la madre como para la descendencia y una recuperación positiva en el desarrollo futuro de la sociedad. La prevención del embarazo no deseado se logra por la información de la sexualidad asegurada.⁵⁴

IV.2.6.Complicaciones

Las altas tasas de maternidad adolescente, y su persistencia, son preocupantes debido a las consecuencias y peligros derivados para esa población.⁴⁹

Según el Estado Mundial de la Infancia 2007, las niñas menores de 15 años tienen cinco veces más probabilidades de morir durante el embarazo que las mujeres mayores de 20 años. Si una madre tiene menos de 18 años la probabilidad de que su bebé muera durante el primer año de vida es un 60 por ciento; incluso en caso de que sobreviva existe una mayor probabilidad de que sufra de bajo peso al nacer, de desnutrición o de retraso en el desarrollo físico y cognitivo.⁴⁹

Entre los factores que provocan que esto suceda está la mala alimentación, un organismo que aún no está apto para concebir, el maltrato a que con frecuencia son sometidas las adolescentes y la discriminación de género.⁴⁹

Otras consecuencias son los obstáculos para la formación escolar y laboral, las desventajas en las perspectivas de vida de los progenitores frecuentemente tanto el padre como la madre son estudiantes-que podrían verse obligados a abandonar sus estudios. Asimismo, las madres adolescentes tienen mayor probabilidad de ser madres solteras enfrentando la ausencia e irresponsabilidad de los padres del niño o niña.⁴⁹

V. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variables	Definición	Indicador	Escalas
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la realización del estudio.	Años cumplidos	Numérica
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja.	Casada, soltera, unión libre, divorciada	Nominal
Antecedentes obstétricos	Historia obstétrica de la madre	Gesta, parto, aborto, Cesárea	Numérica
Factores de riesgo	. Es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.	Eclampsia, preeclampsia, diabetes	Nominal
Controles prenatales	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.	Numero de chequeo de embarazo	Numérica
Edad gestacional	es el período de tiempo comprendido entre la concepción y el nacimiento	Semanas de embarazo	Numérica

Causas	Motivo por el cual fue indicada la cesárea.	Desproporción fetopelvica, placenta previa oclusiva, inminencia de rotura uterina, rotura uterina, situación transversa, pelviana, cara , frente, prolapso del cordón umbilical, cesárea anterior, inducción de parto fallida, distocia de dilatación o descenso, parto estacionado.	Nominal
--------	---	--	---------

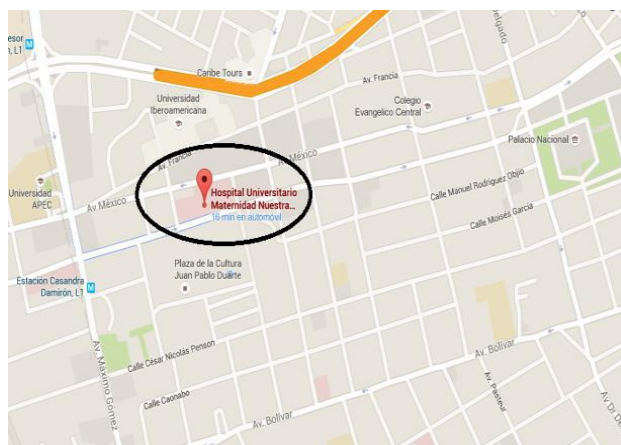
VI. MATERIAL Y MÉTODOS

VI.1. Tipo de estudio

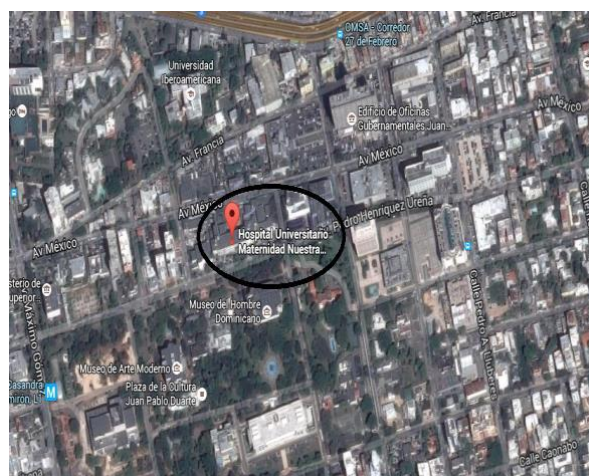
Se realizó un estudio descriptivo, transversal de recolección de datos prospectivo, con el objetivo de determinar las indicaciones de cesárea en adolescentes del Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia. (ver anexo XII.1. cronograma)

VI.2 Área de estudio

El estudio se realizó en el Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia (HUMNSA). Este hospital está ubicado en la Av. Pedro Henríquez Ureña #49, Gazcue, Distrito Nacional, República Dominicana. Delimitado, al Norte, por la Av. México, al Sur, por la Av. Pedro Henríquez Ureña; al Este, por la calle Félix María del Monte y al Oeste, por la calle Benito Juárez. (Ver mapa cartográfico y vista aérea).



Mapa cartográfico



Vista aérea

VI.3. Universo

Estuvo representado por 6857 los partos y cesáreas realizados en adolescentes Y no adolescentes del Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia entre noviembre de 2016 y abril de 2017.

VI.4. Muestra

La muestra estuvo representada por 1852 adolescentes que se desembarazaron (partos y cesáreas) ocurridos en el Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia en el periodo señalado.

VI.5. Criterios

VI.5.1. De inclusión

1. Pacientes adolescentes cesareadas.

VI.5.2 De exclusión

1. Barrera idiomática
2. Rechazo a la participación

VI.6. Instrumento de recolección de datos

Para la recolección de los datos se elaboró un formulario que contiene 8 preguntas: (2 abiertas y 6 cerradas). Contiene datos sociodemográficos tales como: edad, estado civil y escolaridad. Datos relacionados a la cesárea tales como: Antecedentes obstétricos, factores de riesgo, controles prenatales, edad gestacional, indicación de cesárea, entre otros (ver anexo XII.2. Instrumento de recolección de datos).

VI.7. Procedimiento

Se elaboró un formulario dirigido a las adolescentes que hayan finalizado su gestación por cesárea. Después de haber decidido aceptar participar espontáneamente, se procedió a identificar las adolescentes que se les haya realizado cesárea, continuando con la firma de parte de las adolescentes el consentimiento informado y finalmente culminando con el llenado del formulario, el cual se tomó aproximadamente entre 5-8 minutos. Dichos formularios fueron entregados por las internas Rocío Gomez Quezada y Andreina Estévez Rodríguez cada día turnándose entre sí, ambas pertenecientes a la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU), durante los meses de noviembre y abril en el

centro hospitalario ya mencionado, entre 2:00 pm y las 7:00 pm. (Ver anexo VIII.3. Instrumento de recolección de datos).

Luego de llenado el formulario se procedió a valorar los resultados de estas encuestas y posteriormente la tabulación de los datos. Esta entrevista será ejecutada por las sustentantes en el periodo noviembre 2016- abril 2017.

VI.8. Tabulación

Los datos recolectados fueron tabulados mediante el programa computarizado, Microsoft Excel 2010.

VI.9. Análisis

Los datos obtenidos fueron analizados en frecuencia simple.

VI.10. Consideraciones éticas

El presente estudio fue ejecutado con apego a las normativas éticas internacionales, incluyendo los aspectos relevantes de la Declaración de Helsinki⁵⁵ y las pautas del Consejo de Organizaciones Internacionales de la Ciencias Médicas (CIOMS)⁵⁶. El protocolo del estudio y los instrumentos diseñados para el mismo fueron sometidos y aprobados por la Coordinación de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, previa revisión de la Escuela de Medicina. Así como la Unidad de Enseñanza del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Altagracia, cuya aprobación será el requisito para el inicio del proceso de recopilación y verificación de datos.

El estudio no implica el manejo de datos identificatorios de las pacientes que califican para la recolección de datos.

Todos los datos recopilados en este estudio fueron manejados con el estricto apego a la confidencialidad.

Finalmente, toda información incluida en el texto del presente anteproyecto, tomada de otros autores, será justificada por su llamada correspondiente.

VII. RESULTADOS

De un total de 1852 pacientes adolescentes que ingresaron embarazadas durante los meses de investigación, 896 de estas finalizaron su gestación por cesárea, teniendo una frecuencia de 48.4 por ciento (cuadro 1).

Cuadro 1: Distribución de adolescentes cesareadas, según fueron cesareadas o no. Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia (HUMNSA). Noviembre- abril 2017.

Cesáreas	Frecuencia	%
Si	896	48.4
No	956	51.6
Total	1852	100.0

Fuente: Directa

Las cesáreas realizadas a las adolescentes dieron en el siguiente orden: adolescencia tardía, media y temprana. La edad promedio fue de 17.2 años con un rango de 12-19 años (cuadro2).

Cuadro 2: Distribución de adolescentes cesareadas, según la edad. Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia (HUMNSA). Noviembre- abril 2017.

Edad(años)	Frecuencia	%
10-13.	10	1.2
14-16	221	24.6
17-19	665	74.2
Total	896	100.0

Fuente: Directa

El 68.8 por ciento de las adolescentes tenían una relación de unión libre, mientras que fueron seguidas por las solteras, pocas casadas siendo tan solo el 1.1 por ciento todas teniendo la mayoría de edad (cuadro 3).

Cuadro 3: Distribución de adolescentes cesareadas, según el estado civil. Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia (HUMNSA). Noviembre-abril 2017.

Estado civil	Frecuencia	%
Soltera	269	30.1
Casada	10	1.1
Unión Libre	617	68.8
Total	896	100.0

Fuente: Directa

En cuanto a los antecedentes obstétricos en su mayoría habían recibido cesárea por primera vez, siendo el 84.2 por ciento (cuadro4).

Cuadro 4: Distribución de adolescentes cesareadas, según antecedentes obstétricos. Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia (HUMNSA). Noviembre- abril 2017.

Antecedentes obstétricos	Frecuencia	%
Gesta		
1	584	65.1
2	272	30.3
3	40	4.6
Aborto		
1	65	6.5
2	10	1.1
Parto		
1	73	8.1
2	14	1.5
Cesárea		
1	755	84.2
2	129	14.3
3	12	1.5
Total	896	100.0

Fuente: Directa

De la mayoría de las pacientes que finalizaron su gestación por cesárea no tenían ningún factor de riesgo para su realización, mientras que fue seguido por el síndrome hipertensivo del embarazo con un 14.8 por ciento (cuadro 5).

Cuadro 5: Distribución de adolescentes cesareadas, según factores de riesgo. Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia (HUMNSA). Noviembre- abril 2017.

Factores de riesgos	Frecuencia	%
Síndrome hipertensivo del embarazo	133	14.8
Diabetes gestacional	62	6.9
Rotura prematura de membrana	36	4.1
No tuvieron	665	74.2
Total	896	100.0

Fuente: Directa

De las adolescentes cesareadas en su mayoría tuvieron más de 5 controles prenatales con un 74.6 por ciento, mientras que el 24.6 por ciento tuvieron 5 o menos controles. Con un promedio de 5.5 controles prenatales y con un rango de 3-9 controles (cuadro6).

Cuadro 6: Distribución de adolescentes cesareadas, según la cantidad de controles prenatales. Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia (HUMNSA). Noviembre- abril 2017.

Edad(años)	Total (%)	≤ 5	≥5
10-13	10 (1.1)	0	10
14-16	221 (24.6)	71	150
17-19	665 (74.2)	248	417
Total	896(100.0%)	319	577

Fuente: Directa

De las adolescentes en su mayoría fueron a términos para la edad gestacional con 656 pacientes, mientras que la cantidad menor se dio en aquellas pacientes pos término con tan solo 16 pacientes con un promedio de 38.1 semanas de gestación, con un rango de 27-42 semanas de gestación (cuadro 7).

Cuadro 7: Distribución de adolescentes cesareadas encuestadas, según la edad gestacional. Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia (HUMNSA). Noviembre- abril 2017

Edad(años)	Total	<37	37-41	≥42
10-13	10	4	5	1
14-16	221	61	153	7
17-19	665	159	498	8
Total	896	224	656	16

Fuente: Directa

La causa más frecuente fue la preeclampsia severa siendo el 20 por ciento de todas las causas, seguida por la cesárea anterior con 14.3 por ciento (cuadro 8).

Cuadro 8: Distribución de adolescentes cesareadas, según las causas o indicaciones. Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia (HUMNSA). Noviembre- abril 2017.

Causas	Total	Edad (años)		
		10-13	14-16	17-19
Desproporción cefalopélvica	51	2	17	32
prolapso del cordón	12	0	0	12
Gemelar	14	0	2	12
Restricción del Crecimiento intrauterino	19	0	8	11
Presentación pélvica	27	0	6	21
Sufrimiento fetal agudo	76	1	30	45
Sufrimiento fetal crónico	56	0	14	42
Cronológicamente prolongado	16	1	7	8
DPPNI	17	1	8	8
Situación Transversa	4	1	0	3
Parto prematuro en Evolución	17	0	3	14
Inducción fallida	140	2	35	103
Preeclampsia severa	181	2	57	122
Distocia ósea	18	0	10	8
Oligoamnio severo	70	1	17	52
Polidramnio severo	4	0	0	4
Cesarea anterior	141	0	10	131
Macrosomía fetal	49	0	8	41
Madre VIH	15	0	7	8
Rotura Prematura de membrana	40	0	10	30
Eclampsia	6	1	2	3
Otros	16	0	5	11
Total	989	12	256	721

Fuente: Directa

VIII. DISCUSIÓN

En el presente estudio se encontró que la frecuencia de cesárea en adolescentes fue de 48.4 por ciento, mayor a los resultados de Albornoz A. y Reátegui T. cuya frecuencia fue 44.6 por ciento.⁵⁷ No obstante el trabajo de Salinas et al. presenta una frecuencia menor con un 24.3 por ciento.⁵⁸ Esto nos señala que las tasas de cesáreas están por encima de lo recomendado por la OMS que es de un 10 a 15 por ciento.⁵⁹

Avanza M, et al. refiere que la edad media de las cesareadas es de 17.6 años semejante a la edad de nuestras paciente que fue de 17.2 años.⁶⁰ En cuanto al estado civil de las adolescentes se encontró que la mayoría están en unión libre. Esto difiere en Lima, Perú en el estudio realizado por Albornoz A. y Reátegui donde la mayoría de las adolescentes están solteras. Sin embargo coincidimos, al afirmar que la mayoría de adolescentes eran primigestas.⁵⁷ Cabe destacar que una cifra mínima fueron tercigestas, es alarmantes por la problemática que implica que una adolescente vuelva a salir embarazada de manera reiterativa, factores como la ausencia y escasez de conocimiento en salud sexual y reproductiva y planificación familiar no estarían siendo abarcados de manera total y eficiente por toda la población adolescente.

Destacando que la gran mayoría no presento ningún factor de riesgo en toda la gestación, en desacuerdo con las literaturas que describen que las adolescentes presentan embarazos de alto riesgo por no estar preparadas físicamente para pasar por el proceso y esto conlleva a más complicaciones.

Un hallazgo interesante ha sido, las atenciones prenatales, todas las adolescente tuvieron al menos tres, no siendo el caso del estudio hecho en Perú donde el 11.6 por ciento no se realizó ningún chequeo.⁵⁷ En lo que respecta a la edad gestacional promedio fue de 38.1 semanas igual a la encontrada por Manzano Espejo.⁶¹ Un promedio de 15 pacientes le realizaron la cesárea sin tener el total de semana confirmado por sonografía, siendo la referencia el fin de la última menstruación o la clínica de la paciente.

De acuerdo con los resultados de nuestro estudio, la principal indicación de cesárea fue preeclampsia severa. Esto no coincide con lo reportado por Albornoz

A. y Reátegui T. presentando como primera causa el sufrimiento fetal agudo.⁵⁷

Las adolescentes son intervenidas como cesáreas de emergencia en mayor frecuencia que cesáreas programadas, esto demuestra pues que la mayor parte de intervenciones quirúrgicas se decidieron de manera imprevista por la presencia de una complicación o patología de aparición súbita que obligó a la culminación del embarazo en la brevedad posible, a diferencia de las cesáreas programadas cuyas causas fueron identificadas durante el control del embarazo.

Nos parece alarmante que la cantidad de partos y cesáreas en adolescentes estén casi a la par. Asimismo, causa desconcierto la existencia de diagnósticos que aparentemente no poseen la suficiente pertinencia para determinar un parto por vía quirúrgica, como es el caso de infecciones del tracto urinario, vulvovaginitis, anemias y otros que pudieron haberse detectado en los chequeos prenatales. Por el número de cesáreas justificadas por el fallo a inducción de parto, nos surge una incógnita, serían por petición de las pacientes o por comodidad de los residentes. Sin embargo, consideramos la posibilidad de que pudieron tratarse de casos excepcionales o de gravedad, lo cual implicó que se determinara el parto por vía abdominal para beneficio de la madre y el feto.

Esto sugiere posibles deficiencias no sólo en la calidad de la atención integral que brinda el profesional de salud durante la atención prenatal, sino también refleja la desidia de la gestante, la pareja y la familia a participar consciente y responsablemente durante este proceso.

IX. CONCLUSIONES

Luego de haber analizado y discutido los resultados llegamos a las siguientes conclusiones:

1. La frecuencia de adolescentes cesareadas fue de 48.4 por ciento.
2. 74.2 por ciento de las adolescentes cesareadas corresponde a adolescencia tardía.
3. El 68.8 por ciento de las adolescentes cesareadas eran de unión libre.
4. El 65.1 por ciento de las adolescentes habían estado embarazadas por primera vez. 6.5 por ciento de ellas había tenido un aborto.
5. El 74.2 por ciento de las adolescentes no tuvo factores de riesgo.
6. El 64.4 por ciento de las adolescentes se hacía más de 5 controles prenatales.
7. El 73.2 por ciento de las adolescentes tenían de 37-41 semanas de gestación.
8. El 18.3 por ciento de las adolescentes se les realizó la cesárea por preeclampsia severa, seguida por el 14.3 por ciento que fue por cesárea anterior, quien fue continuada por la inducción de parto fallido con 14.2 por ciento de las adolescentes.

X. RECOMENDACIONES

1. Formar un comité de vigilancia de la operación cesárea, que analice las indicaciones de la cesárea y retroalimente a su personal.
2. Elaborar una guía estándar de manejo de la operación cesárea, que sea revisada periódicamente.
3. Educar a las pacientes, médicos y enfermeras de los beneficios del parto vaginal y manejo activo del trabajo de parto.
4. No realizar cesárea por petición materna cuando no hay ninguna otra indicación médica.
5. Se recomienda promover que toda adolescente deberá egresar del hospital con un método temporal o definitivo de anticoncepción.

XI. REFERENCIAS

1. Manrique, R., Rivero, A., Ortunio, M., Rivas, M., Cardozo, R. and Guevara, H. (2008). Parto pretérmino en adolescentes. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, [online] 68(3), pp.141-143. Available [Accessed 22 Jun. 2016].
2. Panduro.G(2012) Operación cesárea: ¿indicación justificante o preocupación justificada? [Accessed 18 Jun. 2016].
3. S.A., E. (2015). *OMS preocupada por "epidemia de cesáreas" innecesarias en América Latina*. [online] Elpais.com.co. Available at: <http://www.elpais.com.co/elpais/internacional/noticias/oms-preocupada-por-epidemia-cesareas-innecesarias-america-latina> gran epidemias de cesarea [Accessed 18 Jun. 2016].
4. Lopez.M, Santamaria., A(2013) Frecuencia de cesárea ante un parto pretérmino en adolescentes.Revista universitaria ciencia de la salud [Accessed 18 Jun. 2016].
5. Zapata.M,(2012) frecuencia e indicacion de cesarea en adolescentes de 13-19 anos. [Accessed 26 Jun. 2016].
6. Bendezú, G., Espinoza, D., Bendezú-Quispe, G., Torres-Román, J. and Huamán-Gutiérrez, R. (2016). Características y riesgos de gestantes adolescentes. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, [online] 62(1), pp.13-18.[Accessed 26 Jun. 2016].
7. Revistas.lasalle.edu.co.(2016)<http://revistas.lasalle.edu.co/index.php/sv/articulo/viewFile/3294/2621> [Accessed 26 Jun. 2016].
8. Gallardo.H, Guerrero.I, Villaveces.M,Nino.J.(2015) adolescencia maternal y su asociacion con la realizacion de cesarean. [Accessed 26 Jun. 2016]
9. Encuesta demográfica y de salud Republica Dominicana 2013. Disponible en<http://countryoffice.unfpa.org/dominicanrepublic/drive/DRDHS2013-Final02-10-2013.pdf>
10. Molina. H. El Comercio. (2016). *Partos por cesárea: buscan conocer cuántos fueron innecesarios*. [online] [Accessed 22 Jun. 2016].
- 11.Saucedo,M(2006)La adolescencia, ¿Es un factor de riesgo para cesárea?

- [Accessed 26 Jun. 2016].
12. Cuadernos hospitales de clínica (2015) http://www.fertilab.net/ver_impression.aspx?id_articulo=518 [Accessed 2 Oct. 2016].
 13. Arencibia JR. Operación cesárea: recuento histórico. Rev Salud Pública 2002; 4: 170-85. [Accessed 2 Oct. 2016].
 14. Delgado GG. Algunos aspectos históricos de la operación cesárea. Cuadernos de Historia de la Salud Pública 1998; 84: 13-25. [Accessed 2 Oct. 2016].
 15. Lugones BM. La cesárea en la historia. Rev Cubana Obstet Ginecol 2001; 27: 53-6 [Accessed 2 Oct. 2016].
 16. Uribe ER. La invención de la mujer. Nacimiento de una escuela médica. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica, 2002: 76-7. [Accessed 2 Oct. 2016].
 17. Gary F. et al. Obstetricia de Williams. Vigésima tercera edición. Mc Graw Hill Interamericana. España 2011. [Accessed 2 Oct. 2016].
 18. MEDINA B. Cesárea Un Problema de Salud Pública; Quito – Ecuador. 2000. págs. 29- 35. [Accessed 2 Oct. 2016].
 19. Bessio M. Cesárea vs Parto vaginal una perspectiva ética. Scielo. Chile 1999. [Accessed 2 Oct. 2016].
 20. Dirección General de Salud Reproductiva. Lineamiento técnico para la cesárea segura. [sitio en internet]. Consultado: 11 mayo de 2011. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7101.pdf> [Accessed 2 Oct. 2016].
 21. Rodríguez. L (2012) Declaración de la oms de tasas de cesarea . [Accessed 2 Oct. 2016].
 22. Clark, 2009; Oshiro, 2009; Tita et al., 2009) [Accessed 2 Oct. 2016].
 23. Obstetricia/ Ricardo Leopoldo Schwarcz, Ricardo Fescina y Carlos Diverges, sexta edición, Buenos Aires: El ateneo, 2005 [Accessed 2 Oct. 2016].
 24. Severino. M, (2012) Medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/obstetricia/cesarea.pdf [Accessed 3 Oct. 2016].

25. Simm A, et al. Operación cesárea. Intramed. 2008. disponible en: <http://www.intramed.net/contenido.asp?contenidoID=53029> [Accessed 3 Oct. 2016].
26. Mendoza. N (2012) *Dificultades durante el parto: todo sobre el parto distócico.* [Accessed 3 Oct. 2016].
27. Valladolid, A (2015) http://www.sego.es/Content/pdf/Curso_TocurgiaR2/iv/j15/6.Distocia_del_parto_2015.pdf [Accessed 3 Oct. 2016].
28. . Obstetricia de Williams. Vigésima tercera edición. Mc Graw Hill Interamericana. España 2011. Pag 1193 [Accessed 2 Oct. 2016].
29. Quintanilla. M, Diaz. V, Varela. Y (2011) Dirección General de Salud Reproductiva. Lineamiento técnico para la cesárea segura. [sitio en internet]. Consultado: 11 mayo de 2011. [Accessed 2 Oct. 2016].
30. Napoles, D, Piloto M (2012) Consideraciones actuales sobre la operacion cesarea htm [Accessed 3 Oct. 2016].
31. Fernandez. R (2012) Hipertension arterial y embarazo htm [Accessed 3 Oct. 2016].
32. Galvan, E (2014) Tasa de incidencia de cesárea en el hospital "San José" del callao, periodo enero-diciembre 2013
33. Manterola. D, Hernandez. J, Estrada. A, Enfermedad renal crónica durante el ambarazo. [Accessed 3 Oct. 2016].
34. *Revista de Obstetricia y Ginecología Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse | Artículos.* [online] Available at: <http://www.revistaobgin.cl/articulos/ver/393> [Accessed 3 Oct. 2016].
35. Xochiltl. K, Avila. J (2012) cesarea en adolescentes factores [Accessed 3 Oct. 2016].
36. Santin. G (2011) cesarea por desproporcion cefalopelvica. <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2011/gom116f.pdf> desproporcion feto perlvica factores que intervienen [Accessed 3 Oct. 2016].

37. Napoles. D, Couto. D, Montes de oca. A, (2012) Modalidades terapéuticas en la fase latente prolongada del trabajo de parto. [Accessed 3 Oct. 2016].
38. Saludymedicinas (2016). *Desprendimiento prematuro de placenta: gestación en peligro.* [online] Available at: <http://www.saludymedicinas.com.mx/centros-de-salud/embarazo/articulos/desprendimiento-prematuro-de-placenta-gestacion-en-peligro.html> [Accessed 3 Oct. 2016].
39. Valenti. E, (2010) guía de prociencia del cordón. Available at: <http://www.redalyc.org/pdf/912/91211281005.pdf> [Accessed 3 Oct. 2016].
40. Gary F. et al. Obstetricia de Williams. Vigésimo segunda edición. Mc Graw Hill Interamericana. España 2006. Pagina 544-545 [Accessed 3 Oct. 2016].
41. Ruiz. J, Espino. S, Vallalejos. A, Duran. L, (2013) cesarea, tendencias y resultados. Available at: <http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2014/ip141f.pdf> [Accessed 3 Oct. 2016].
42. Hernandez, R. Diario, L. (2015). *RD registra altas tasas de nacimientos por cesáreas.* [online] listindiario.com. Available at: <http://www.listindiario.com/la-republica/2015/04/17/363811/rd-registra-altas-tasas-de-nacimientos-por-cesareas> [Accessed 3 Oct. 2016].
43. Fernandez. L (2015) *Dominicana tiene la tasa de cesáreas más alta del mundo*(2015) [Accessed 3 Oct. 2016].
44. Silva.P(2014)*Brasil prohíbe cesáreas “a pedido” antes de las 39 semanas de gestación.* [Accessed 3 Oct. 2016].
- 45.: Ayala, R (2012)Abalos E.Técnicas y materiales alternativos para cesárea, Abril 2009. Accessed 3 Oct. 2016].
46. Cabero L, Cabrillo E.(2012) Finalización del embarazo con cesárea. En: Cabero, Saldivar. Operatoria Obstétrica: una visión actual.5 edición. Chapultepec, México: Editorial Medica Panamericana; 2009.231-5 [Accessed 3 Oct. 2016].

47. Posquinini. D, Llorens. A,(2013) salud y bienestar adolescente. Available at:
<http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/otras%20pub/SaludBienestarAdolescente.pdf> [Accessed 3 Oct. 2016].
48. Valenzuela. J. (2015) Organización Mundial de la Salud. (2016). *Salud del adolescente*. [online] Available at: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/es/ [Accessed 3 Oct. 2016].
49. UNICEF República Dominicana - Salud - Embarazo en Adolescentes. [online] Available at: http://www.unicef.org/republicadominicana/health_childhood_10191.htm [Accessed 3 Oct. 2016].
50. Baez. I (2012) En las Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014 se indica que la tasa media de natalidad mundial entre las adolescentes de 15 a 19 años es de 49 por 1000 muchachas. [Accessed 3 Oct. 2016].
51. Molina S, M., Ferrada N, C., Pérez V, R., Cid S, L., Casanueva E, V. and García C, A. (2004). Embarazo en la adolescencia y su relación con la deserción escolar. *Revista médica de Chile*, 132(1). Accessed en 3 Oct 2016
52. UNFPA y PROFAMILIA lanzan un estudio sobre embarazo en adolescentes.(2012)
53. Nava. C(2009) *LA MATERNIDAD EN LA ADOLESCENCIA*. [online] Available [Accessed 3 Oct. 2016].
54. González Sáez, Y., Hernández Sáez, I., Conde Martín, M., Hernández Riera, R. and Brizuela Pérez, S. (2010). El embarazo y sus riesgos en la adolescencia. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, [online] 14(1), pp.0-0. [Accessed 3 Oct. 2016].
- 55.44. Manzini JL. Declaración de Helsinki: principios éticos para la investigación medica sobre sujetos humanos. *Acta Bioethica* 2000; VI (2):321. Accessed 3 Oct 2016
56. Baez. R (2015) International Ethical Guidelines for Biomedical Research

Involving Human Subjects. Prepared by the Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS) in collaboration with the World Health Organization (WHO). Genova, 2002

57. Albornoz Aliaga, Reátegui Tarazona. (2013). Cesáreas en adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Santa Rosa durante el periodo 2010 – 2012. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3447/1/Albornoz_al.pdf
58. Salinas Avalos, et al. (2008), Vías de terminación de embarazo adolescente versus embarazo adulto. Disponible en: http://med.unne.edu.ar/revista/revista191/3_191.pdf
59. OMS. (2015). Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/es/
60. Avanza, MJ; Sosa, TR; Giusti, SA, Alegre C, Benitez A. (2004). Revista Médica del Nordeste. Frecuencia e indicaciones de cesarea en la población adolescente de un centro hospitalario. Disponible en: <http://www.maternoinfantil.org/archivos/C18.PDF>
61. Manzano Espejo. (2011). Incidencia y factores asociados a cesárea iterativa en adolescentes: Hospital Nacional Sergio E. Bernales, 2005 – 2009. Disponible: http://www.medicina.usmp.edu.pe/medicina/horizonte/2011_2/Art3_Vol11_N2.pdf

XII. ANEXOS

XII.1. Cronograma

Variable		Tiempo
Selección del tema	2016	Octubre
Búsqueda de referencias		Octubre
Elaboración del anteproyecto		Octubre-diciembre
Sometimiento y aprobación	2017	Enero
Ejecución encuesta		Enero-abril
Tabulación y análisis de la información		Mayo
Redacción de informe		Mayo
Revisión de informe		Junio
Encuadernación		Junio
Presentación		Junio

XII.2. Instrumento de recolección de datos

INDICACIONES DE CESÁREA EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNIDAD NUESTRA SEÑORA DE LA ALTAGRACIA (HUMNSA). NOVIEMBRE, 2016 - ABRIL, 2017.

Form. No. _____

Fecha: _____

1. Edad: _____ años
2. Estado civil: OSoltera OCasada U otro: _____
3. Antecedentes obstétricos: OGesta OAborto OParto OCesárea
4. Factores de riesgo: O síndrome hipertensivo del embarazo ODiabetes gestacional ORotura prematura de membrana U otro, especificar: _____
5. Controles prenatales: O Sí ONo
Si es sí, especificar cantidad: _____
6. Edad gestacional: _____ semanas
7. Indicación de cesárea: OSí ONo
Si la respuesta es sí, responder la siguiente pregunta (causa):
8. ¿Cuál fue el motivo por el que le realizaron cesárea?
 - O Desproporción fetopélvida
 - O Placenta previa oclusiva
 - O Inminencia de rotura uterina
 - O Rutura uterina
 - O Presentación pélvica
 - O Situación transversa
 - O Trastorno de la salud materna
 - O Prolapso del cordón umbilical
 - O Anomalías estructurales de la pelvis
 - O Cesárea anterior
 - O Inducción de parto fallida
 - O Distocia de dilatación o descenso
 - O Parto estacionado
 - O Otra especifique: _____

XII.3. Consentimiento informado

Este consentimiento informado provee a las pacientes adolescentes embarazadas que finalizan su gestación por cesárea, una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en esta investigación.

Esta investigación está siendo realizada por dos internas de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU). Rocío Gomez Quezada y Andreina Estévez Rodríguez. El objetivo principal de esta investigación es determinar las indicaciones de cesárea en pacientes adolescentes del Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia.

Si usted acepta participar de esta investigación, se le pedirá responder un total de 8 preguntas en una encuesta. No tendrá ningún riesgo al llenar este formulario, está libre de costos, es totalmente gratuito.

La participación en esta investigación no es de carácter obligatorio, es totalmente voluntario. La información que se recolecte será de carácter confidencial y no se realizara para ningún otro propósito fuera de esta investigación. Las respuestas que selecciones y las encuestas serán codificadas, por lo que en ambas serán anónimas.

Cualquier duda que tenga sobre este proyecto, tiene el derecho de preguntar en cualquier momento mientras participe en el estudio. Y puede comunicarse con el ginecólogo obstetra Dr. Plinio Cabrera:809-303-4112 asesor de esta investigación. Puede retirarse en cualquier momento sin que esto le perjudique de alguna forma.

Reconozco que la información que yo prevea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será utilizada para ningún otro propósito fuera de lo de esta investigación sin mi consentimiento.

He sido informado (a) de que puedo hacer cualquier pregunta sobre el estudio en cualquier momento cuando así lo decida. Sin que esto acarree algún perjuicio sobre mi persona.

Nombre del participante

Firma

XII.4. Costos y recursos

VIII.2.1. Humanos				
* 2 sustentante				
* 2 asesores (metodológico y clínico)				
* personal médico calificado				
VIII.2.2. Equipos y materiales		Cantidad	Precio	Total
papel bond 20(8 1/2 x 11)	2 resmas	150.00	300.00	
Papel mistique	2 resmas	200.00	400.00	
lápices	4 unidades	5.00	20.00	
Boligrafos	2 unidades	5.00	10.00	
Computador Hardware				
pentium IV 700 Mhz : 500 GB RAM				
20 GB H. D, CD- ROM 52X				
Impresora HP 932C				
Software				
Microsoft Windws X				
microsoft Office 2010				
MSN Internet service				
Omnipage Pro 10				
Presentación				
HP SVGA VPL-SD2 Digital data				
Proyector				
Cartuchos HP 45 A y 78 D	2 unidades	700.00	1400.00	
Calculadora	2 unidades	250.00	500.00	
VIII.2.3. Información				
Adquisición de libros				
Revistas				
Otros documentos				
Referencias bibliográficas (ver listado de referencias)				
VIII.2.4. Económicos				
Papelería Copias	4,200 copias	0.50	2100.00	
Encuadernación	12 informes	200.00	2400.00	
Alimentación			3000.00	
Transporte			5000.00	
Inscripción al curso				
Inscripción del anteproyecto				
inscripción de tesis				
Imprevistos				
Total				15130.00

*Los costos totales de la investigación fueron cubiertos por el sustentante.

XII.5. Evaluación

Sustentantes:

Rocío Gómez Quezada

Andreina Estévez Rodríguez

Asesores:

Dr. Plinio Cabrera (Clínico)

Rubén Darío Pimentel (Metodológico)

Jurado:

Autoridades:

Dr. José Asilis Zaiter
Decano Facultad Ciencias de la Salud

Dr. Eduardo García
Director Escuela de Medicina

Calificación: _____

Fecha de entrega: _____