

**Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua
Facultad de ciencias Médicas
UNAN – León**



Protocolo de investigación para optar al título de:
Doctor en Medicina y Cirugía

Cesárea en primigestas menores de veinte años en el Hospital “Dr. Juan Antonio Brenes” de de Somoto. 2001 a 2007.

Autor:

Br. Erick José Velásquez Lanzas

Tutor:

Dr. Juan Almendárez Peralta

León, marzo del 2,009.

Índice

Contenido	Páginas
1. Introducción	1
2. Objetivos	4
3. Marco teórico	5
4. Diseño metodológico	22
5. Resultados	
6. Discusión	
7. conclusiones	
8. recomendaciones	
9. Referencias bibliográficas	25
10. Anexos	30
• Instrumento de recolección de datos	31

Introducción

Las condiciones de salud de las mujeres en la región de las Américas y el Caribe continuarían siendo causa de gran preocupación; no solo por que las mujeres constituyen aproximadamente la mitad (50%) de la población en las que el 25% de ellas son mujeres en edad fértil¹; sino por que las mujeres adolescentes representan un 20% de la población total en las regiones de América Latina¹ y en Nicaragua constituyen el 25%². Si a esto le agregamos la disminución en la edad de la menarca, el anticipo en la edad de su unión conyugal, los cambios de valores, la influencia de los medios de comunicación, así como la declinación de la familia, hacen de su vida una enorme cantidad de riesgos reproductivos en los que se incluye un gran número de embarazos no deseados en adolescente (27%)².

El embarazo de la adolescente, expresado demográficamente como tasa de fecundidad, es en la actualidad un motivo de preocupación mundial, regional y nacional en muchos países debido a que supone una condicionante de alto riesgo obstétrico y peri natal; comprometiendo el futuro de salud y desarrollo de la madre y su hijo², lo que es agravado por factores contextuales como la pobreza, la desnutrición, la falta de servicios higiénicos y sanitarios, la interrupción de los estudios y la expulsión de los hogares que muy frecuentemente anteceden a la situación del embarazo³.

El riesgo de mortalidad peri natal es alto en aquellas mujeres con edades inferiores a los 20 años, especialmente en aquellas menores de 15. Sin embargo el efecto de la edad cronológica en el embarazo, no se puede separar de la acción de otros factores principalmente sociales entre los que se menciona la primiparidad, bajo nivel socio económico y educativo, alta incidencia de enfermedades de transmisión sexual, atención médica deficiente durante su embarazo y un escaso apoyo familiar.-

En vista de esta situación en nuestro país se han implementado programas para la atención a la mujer durante el embarazo a nivel primario y normas para la atención de embarazos complicados y partos a nivel hospitalario, con el objetivo de mejorar la calidad de atención que se les brinda a estos pacientes.

Sin embargo la proporción de adolescentes que culminan su embarazo en cesáreas es elevado, pudiendo llegar hasta casi la mitad del total de embarazos en adolescentes. Nicaragua no se escapa a esta excepción y muchas adolescentes culminan su embarazo en cesárea. Y el problema se convierte en un problema médico porque limita la fertilidad de la joven aún cuando su estabilidad conyugal no está bien definida y la supervivencia de su hijo no está del todo asegurada.

Nuestro trabajo se orienta a identificar la frecuencia en que los embarazos en adolescentes culminan en cesárea y las razones que aduce el personal médico para indicar la cesárea.

Los resultados de este estudio permitirán hacer una valoración de la validez de las justificaciones para la indicación y sugerir acciones de prevención del embarazo en adolescentes y definición de los criterios para la indicación de las cesáreas de tal forma que mejore la calidad de atención hospitalaria a adolescentes y se le dé un mejor pronóstico a la salud y el futuro reproductivo de la adolescente.

OBJETIVOS

Objetivo General:

Determinar la frecuencia de Cesárea y sus indicaciones, en mujeres primigesta menores de 20 años en el Hospital de Somoto, Dr. Juan Antonio Brenes, del 01 de Enero del 2001 al 30 de Junio del 2007.-

Objetivos Específicos:

- 1.- Establecer las características sociodemográficas de las adolescentes embarazadas por primera vez que culminaron con cesárea.-
- 2.- Descubrir las alteraciones durante el embarazo y el trabajo de parto de las adolescentes Cesariadas.-
- 3.- Identificar las causas de indicaciones de cesárea reportadas en la población de estudio.-
- 4.- Determinar la condición de los recién nacidos y su madre en el post operatorio y al egreso.-

Marco teórico

La adolescencia no es un proceso meramente biológico, sino también psicológico social que asume características diferentes según las estructuras sociales y culturales de cada sociedad en particular. Según la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia comprende el grupo etáreo de 10-19 años de edad ⁵.

La adolescencia se ha dividido en dos etapas:

✍ Adolescencia precoz : 10-14 años.

✍ Adolescencia tardía : 15-19 años.

Salud Sexual y Reproductiva en la Adolescencia

La sexualidad es parte integral de nuestras vidas desde el nacimiento hasta la muerte. Para los adolescentes, el hacerse cargo de su emergente sexualidad es parte del proceso natural de transformación en adulto.

Para entender la sexualidad en la adolescencia debemos considerar el desarrollo del adolescente y la sexualidad humana en su sentido más amplio.

Cuando uno piensa en “sexo”, en general piensa en la conducta sexual. Sin embargo el sexo, o la sexualidad, es mucho más que el comportamiento.

Cuando se analizan las tasas de fecundidad por grupos de edad, se observa que hay una tendencia a disminuir en las mujeres con edades superiores a los 20 años no ocurriendo lo mismo en las menores de 20, de ahí que la proporción de embarazos en adolescentes ha pasado a tener mayor importancia.

Del total de embarazos en una población determinada no todos llegan a feliz término, ya que existen diversos factores que influyen en el buen desarrollo del

feto. La tasa de mortalidad perinatal en las madres de 10-15 años es 1.8 veces mayor que en las madres de 16-19 años ⁶.

En América Latina en comparación con los nacidos de madres de 20-34 años de edad, los hijos de madres adolescentes tienen más probabilidades de tener bajo peso al nacer de sufrir malnutrición o malformaciones congénitas ⁶.

Embarazo en la adolescencia

Se define como aquella gestación que ocurre durante los dos primeros años ginecológicos de la mujer (edad ginecológica de la mujer 0 = edad de la menarquía) y/o cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de la familia parental.

Cada año 3,312,000 adolescentes latinoamericanas llevaran a término un embarazo, se ignoran la cantidad de abortos ⁶.

La adolescente embarazada implica una conceptualización más amplia que los límites de la organicidad Gineco-obstétrica, por ser un área que debe estar centrada en la ginecotocología, incluye también aspectos sociales, legales y de salud mental, indispensables en el manejo clínico de éstas niñas.

El costo de término de morbilidad y mortalidad materno-infantil y el impacto psicosocial del embarazo es importante si se considera que es un fenómeno **prevenible**. La etiología se relaciona con factores que incluyen nivel socioeconómico bajo, inestabilidad familiar, expectativa del grupo de pares respecto a la iniciación de las relaciones sexuales, declinación de las barreras sociales para el ejercicio de la sexualidad.

Por lo tanto, cuando no es posible su prevención, esto constituye una situación condicionante de alto riesgo obstétrico y perinatal; sin embargo en aquellas adolescentes del grupo de 15-19 años cuando la familia y la sociedad le brindan

su apoyo, incluyendo un eficiente control prenatal y atención profesional del parto y del recién nacido, el riesgo materno – perinatal es semejante al de embarazadas adultas y francamente menor que el de adolescentes embarazadas no incluidas en un sistema de atención integral ¹.

La mayor parte de la información disponible sobre fecundidad de las adolescentes, se registra en el grupo de 15-19 años, sin embargo también se registran embarazos en grupo de 10-14 años, pero, salvo en algunos países, no se cuenta con información al respecto, esta resulta imprescindible porque, si bien numéricamente no es importante, este grupo tiene un mayor riesgo de complicaciones y muerte.

Si bien las tasas de fecundidad de 10-14 años no son tan altas, comparadas con el grupo de 15-19 años, debe recordarse que la adolescente precoz, (10 a 14 años), aún se haya en proceso de crecimiento físico, y desarrollo psicoemocional, y por lo tanto tendrá mayor probabilidad de complicaciones en un eventual embarazo y parto³.

Aspectos demográficos de la adolescencia en Nicaragua según la encuesta sobre salud familiar en Nicaragua, realizada por Pro-Familia 1992-1993 concluyó, que un 19.3% de la población son adolescentes e inician su vida sexual a partir de los 15 años, y que hay un margen corto de tiempo, entre su primera experiencia y su primer parto; mucho antes de los 20 años, tienen dos o más hijos, y en la mayoría de los casos, producto de embarazos no deseados; esto se asocia a tasas altas de fecundidad, que en el ámbito mundial son del 30% para embarazos en adolescentes.

Nuestro país ocupa el cuarto lugar en América Latina, en tener alto porcentaje de embarazo en adolescente, siendo anualmente del 23.7% ⁷.

La tasa de fecundidad general de las adolescentes es más alta en el área rural que la urbana, los países con tasas de fecundidad más baja son los que tienen

mayor proporción de la población en el área urbana, esto es lo que explica en parte, su tan marcado descenso en algunos países en donde el proceso de urbanización se ha acelerado³.

Las adolescentes embarazadas aún cuando lo sospechan, una gran proporción de ellas tienden a negar su embarazo, y esta es la razón por la cual llegan a la consulta aduciendo otros motivos. La sospecha de embarazo, debe estar presente en toda consulta médica y la disponibilidad, de pruebas de embarazo es fundamental³.

Con frecuencia no se sospecha el embarazo hasta que es obvio, lo que se traduce en un aumento en la morbilidad y mortalidad en jóvenes embarazadas. Existe relación directa entre las complicaciones del embarazo y número de semanas de embarazo sin atención médica. Si la adolescente procura un aborto cuanto más avanzado este el embarazo, mayor será sus complicaciones. Toda adolescente activa sexualmente tiene alta posibilidad de contraer enfermedades de transmisión sexual, así como bacteriurias sintomáticas o asintomáticas, si la joven queda embarazada es importante el diagnóstico temprano para evitar complicaciones indeseables tanto en ella como en el feto³.

Atención obstétrica de la adolescente embarazada

El sistema de atención de la embarazada adolescente no difiere de lo aplicado técnicamente a las embarazadas adultas. Sin embargo es necesario poner énfasis en algunas acciones, se recomienda que la atención a la embarazada adolescente sea personalizada y en un lugar físico exclusivo para ellas. Esto facilitará las labores de educación participativa y las estimulará a continuar con su control prenatal, ya que la discontinuidad del control prenatal es uno de los problemas más importantes que se presentan en este grupo.

Corresponde al control prenatal regular y periódico del embarazo en adolescencia, con las mismas normas aplicadas a las embarazadas adultas, pues el crecimiento y desarrollo fetal en las madres adolescentes siguen los mismos patrones.

Coll y Robert en 1994, agrega que en lo que se refiere a la capacidad de búsqueda de control prenatal, si incluye la edad, pues las adolescentes carecen de dicha capacidad por varios motivos, por su corta edad, no tienen conciencia de salud, e ignoran la importancia real del cuidado del embarazo, y porque las condiciones emocionales y sociales que rodean el comienzo del embarazo, determinan que ni siquiera piensan en la necesidad de controlarse.⁸

El tipo de atención, que se debe de brindar a la adolescente embarazada no difiere en general, de la atención prenatal que deben de recibir las embarazadas adultas, salvo a edades límites (12 a 14 años) o cuando la variable edad se le suman los factores de riesgo que se presentan a continuación:

VARIABLE	INDICADOR O PUNTO DE CORTE
Edad	Menor de 14 años
Estatura	1.50 mts. o menos
Estado civil	Soltera o sin compañero estable
Peso inicial	Menos de 45 Kg.
Aumento de peso	Menos de 8 Kg. durante todo el embarazo.
Educación	Analfabetismo
Comportamiento	Hábito de fumar, consumo de alcohol drogas, actitud negativa ante el embarazo.
Aspecto Socioeconómico	Ingreso familiar deficiente, embarazo no planificado o no deseado producto del abuso sexual.

Atención en salud Poca accesibilidad a los servicios, ausencia de control prenatal

Condición patológica: Trastorno del embarazo, enfermedades crónicas.

En estos casos el embarazo en la adolescente será atendido como un embarazo de alto riesgo. Es importante comenzar los controles en el primer trimestre, con visitas mensuales hasta su terminación, siempre y cuando no exista ninguna indicación que justifique el aumento de la frecuencia de los controles. Quizá lo más importante del control prenatal, es la educación que se debe brindar a la adolescente embarazada³.

Embarazo reiterado en adolescentes

El segundo embarazo en adolescente es frecuente, cuando no hay un seguimiento post parto intensivo, se estima que cerca del 25% de las madres adolescentes tienen un segundo hijo dentro de los 24 meses posteriores al primero, cerca del 80% de los embarazos a repetición no son planeados ⁹.

Mc Anarney et. al. refiere que la prevención de un segundo embarazo, es un objetivo importante, porque la incidencia de bajo peso al nacer y prematuridad aumentan, y la probabilidad de completar la escuela secundaria, tener un empleo y auto-mantenerse, disminuye con cada embarazo adolescente adicional, datos concernientes al segundo embarazo en las adolescentes, indican que la mera prescripción de control de la natalidad después del parto, no es suficiente para prevenir las recidivas, se requiere de un seguimiento post parto más intensivo.

En medicina perinatal, la mayoría de los fracasos reproductivos proceden de un número relativamente escaso de embarazos complicados. Los estudios realizados demuestran la existencia de grupos de embarazadas que son particularmente vulnerables a la aparición de problemas específicos durante la gestación o que presentan una mayor morbilidad y mortalidad perinatales.

Ante esta evidencia ha surgido el concepto de "embarazo, parto y neonato de alto riesgo", entendiendo como tal a aquellos casos en los que, por incidir durante la gestación, en el parto o en el neonato determinadas circunstancias, sociales, médicas, obstétricas o de otra índole, se acompañan de una morbilidad o mortalidad perinatales superiores a la de la población general⁴.

Con el fin de desarrollar y organizar los servicios de asistencia a la salud materno infantil la OMS ha adoptado el trabajo con " enfoque del riesgo "

Enfoque del riesgo: Es un método de trabajo para la atención en salud de las personas, familia y comunidad; basado en el concepto de riesgo ¹⁰.

La valoración del **riesgo** es necesaria para identificar a la mujer embarazada, al feto y/o al recién nacido en peligro de presentar una enfermedad o desarrollar una lesión residual permanente³⁻⁹.

Riesgo: Es la probabilidad que tiene un individuo o grupo de individuos de sufrir daño a su salud; daño es, por lo tanto, el resultado no deseado en función del cual se mide un riesgo.

Factor de riesgo: Es toda característica o circunstancia identificable en una persona (embarazo, parto, feto y/o neonato) o grupos de personas que se asocia a una probabilidad mayor de sufrir un daño. ⁴⁻¹⁰⁻¹³

El embarazo de alto riesgo es aquel en que la madre, el feto y/o neonato tienen una mayor probabilidad de enfermar, morir o padecer secuelas antes o después del parto.

Riesgo Perinatal: Son factores que pueden incidir negativamente en la evolución de su embarazo y de su producto. El riesgo perinatal se puede definir como un embarazo que tiene la probabilidad de dar como resultado un feto muerto, una muerte neonatal o una lesión residual grave incompatible con una vida de calidad

razonable para un individuo. Se deben distinguir los que se asocian a riesgo potencial y aquellos que se asocian a riesgo real⁹⁻¹³

Factores de riesgo potenciales: Son factores que solos, o asociados, pueden ser significativos en la aparición de un daño, pero que al presente, con las acciones ejecutadas no producen alteraciones al estado de salud de la madre, el feto o ambos y que pueden ser manejados o resueltos por métodos clínicos simples. Pueden ser endógenos o biológicos del individuo: edad, talla, paridad, peso etc.

Factores de riesgo reales: Son factores de riesgo que solo o asociados significan un mayor compromiso y alteraciones en el embarazo, parto o puerperio con repercusiones en el estado de salud de la madre, feto o ambos¹¹.

Mortalidad perinatal: Existen varios indicadores para medir los riesgos perinatales, como peso al nacer, estado neurológico del niño, maduración psiconeurológica en la primera infancia etc. La tasa de mortalidad sigue siendo el instrumento más utilizado.

La muerte del feto puede ocurrir en cualquier momento de la gestación y su expulsión producirse horas después. La mortalidad fetal se divide en tres componentes: temprana, intermedia y tardía.

Mortalidad fetal temprana: esta comprendida entre el inicio de la concepción y las 19 semanas de gestación, momento en que el feto alcanza un peso aproximado de 500 g¹¹⁻¹²⁻⁷

La mortalidad fetal intermedia: está comprendida entre las 20 y 27 semanas de gestación (con pesos fetales entre 500-999 g, respectivamente).

Mortalidad fetal tardía: es la que ocurre a partir de las 28 semanas (1000 g ó más). Esta división se fundamenta en que las causas de muerte del producto de la gestación son distintas para cada uno de los períodos considerados.

Mortalidad infantil: es la que ocurre en el primer año de vida. Se le divide en mortalidad neonatal que es la que sobreviene hasta los 27 días cumplidos después del nacimiento y que a su vez se subdivide en mortalidad neonatal precoz (hasta los 7 días) y mortalidad neonatal tardía (8-27 días); y la mortalidad posneonatal que es la que ocurre entre 28 días a un año. Esta diferencia se basa en el hecho de que la mortalidad neonatal se debe en gran parte a causas vinculadas con el proceso reproductivo (endógenas), mientras que la posneonatal depende principalmente de factores exógenos, vinculados con el medio ambiente en que el niño se desarrolla (infecciones, problemas nutricionales etc.)⁷⁻¹⁴

Como la mortalidad fetal tardía y la neonatal precoz (hasta los 7 días) guardan entre sí estrecha relación, su suma se considera un lógico indicador de la eficiencia del proceso reproductivo: constituyen así la “**mortalidad perinatal**”, la que también es denominada perinatal I para diferenciarla de la perinatal II o ampliada que incluye desde la fetal intermedia hasta la neonatal tardía.

Factores de riesgo perinatal: son características que presentan una relación significativa con un determinado daño. Estas relaciones pueden ser de tipo:

Causal: El factor desencadena el proceso. Por ejemplo, placenta previa muerte fetal por anoxia.

Predictivo: Las características que integran el factor de riesgo tienen una conexión con el daño, pero están asociadas a causas subyacentes no totalmente identificadas o mal entendidas. Por ejemplo, una mujer que ha perdido ya un feto o un recién nacido corre mayor riesgo de perder su siguiente hijo.

Según el momento en que más precozmente pueden llegar a ser identificados, los factores de riesgo se clasifican en preconceptionales, del embarazo, del parto, del posparto y neonatales. Es indispensable determinar el riesgo obstétrico de una mujer en cualquiera de éstas etapas, para poder tomar medidas oportunamente de prevención y tratamiento que correspondan.

Factores de riesgo preconceptionales: su aparición precede al inicio del embarazo, ellos son:

- ✍ Bajo nivel socioeconómico
- ✍ Analfabetismo
- ✍ Malnutrición
- ✍ Baja talla
- ✍ Obesidad
- ✍ Madre adolescente
- ✍ Edad materna avanzada
- ✍ Gran multiparidad
- ✍ Corto período intergenésico
- ✍ Malos antecedentes genéticos
- ✍ Malos antecedentes obstétricos
- ✍ Patología médica previa

Del embarazo: Su aparición recién se produce cuando el embarazo está en curso.

- ✍ Anemia
- ✍ Mal control prenatal
- ✍ Poca ganancia de peso
- ✍ Excesiva ganancia de peso
- ✍ Hábito de fumar
- ✍ Alcoholismo
- ✍ Drogadicción
- ✍ Hipertensión inducida por el embarazo
- ✍ Embarazo múltiple
- ✍ Embarazos postérmino.
- ✍ Hemorragias
- ✍ Retardo del crecimiento intrauterino
- ✍ Rotura prematura de membranas
- ✍ Infección ovular
- ✍ Incompatibilidad sanguínea feto materna

Del parto: Su aparición se produce durante el trabajo de parto y el parto.

- ✍ Inducción del parto
- ✍ Parto Pretérmino
- ✍ Presentación viciosa (pelviana)
- ✍ Trabajo de parto prolongado
- ✍ Insuficiencia cardiorrespiratoria
- ✍ Distocia de contracción
- ✍ Mala atención del parto
- ✍ Procidencia del cordón
- ✍ Sufrimiento fetal
- ✍ Gigantismo fetal
- ✍ Parto instrumental

Del recién nacido

- ✍ Depresión neonatal
- ✍ Pequeño para la edad gestacional
- ✍ Pre término
- ✍ Malformaciones
- ✍ Infección
- ✍ Enfermedad de Membrana Hialina

Edad Materna: Se han realizado múltiples estudios que afirman que cuando la madre es adolescente (10-19 años) o tiene una edad materna avanzada (superior a los 40 años) el recién nacido tiene mayores probabilidades de morir. En esto influyen aspectos relacionados al control prenatal, desproporción feto pelvianas, pre-eclampsia, eclampsia, etc. ¹⁵.

Patología médica previa: Cardiopatías maternas, hipertensión crónica, anemia, diabetes, etc.

Hábito de fumar: Su consumo se asocia a un 10 % de las muertes perinatales por los efectos directos de sus componentes como es el alquitrán, la nicotina y monóxido de carbono. Los efectos que produce sobre el feto son: RCIU, bajo peso al nacer etc ⁹.

Alcoholismo: Su efecto sobre el feto está asociado a los niveles y cronicidad del consumo, edad gestacional, duración de la exposición y sensibilidad del tejido fetal. Influyendo en la diferenciación y crecimiento celular. En el feto produce el síndrome alcohol - fetal que produce una serie de alteraciones como es el retraso del crecimiento pre y postnatal, desarrollo neurológico anormal y las anomalías faciales. La incidencia de abortos y fetos muertos esta duplicada en estos casos ⁴⁻¹³.

Drogadicción: El consumo de drogas durante la gestación se asocia a una gran variedad de complicaciones médicas e infecciosas, causadas tanto por la acción intrínseca de la droga como por los factores vinculados al proceso de la drogadicción. La mayoría de complicaciones neonatales se deben al consumo de otras sustancias tóxicas (tabaco, alcohol), escaso control prenatal, múltiples complicaciones obstétricas (APP, prematuridad, RCIU, infecciones etc), y a la transmisión vertical de enfermedades infecciosas (VIH, Hepatitis) ⁴⁻¹³

Preeclampsia y Eclampsia: Las pacientes con tensión arterial elevada durante el embarazo tiene una incidencia significativa de mayor morbilidad y mortalidad materno-fetal, que las normotensas, produce el 22 % de las muertes perinatales; en las que las principales causas son por prematuridad y asfixia fetal ¹⁶⁻⁹.

Clasificación:

- ✍ Hipertensión Crónica
- ✍ Preeclampsia y eclampsia
- ✍ Hipertensión Crónica complicada con Preeclampsia
- ✍ Hipertensión Transitoria.

Oligoamnios: Se considera cuando los valores del líquido amniótico son menores del quinto percentil para la edad gestacional según valores ya establecidos.

Generalmente se asocia con incremento de morbilidad y mortalidad perinatal a cualquier edad gestacional pero especialmente en el segundo trimestre del embarazo, cuando el riesgo de mortalidad perinatal alcanza del 80 % al 90 %¹⁴

Las alteraciones clínicas habitualmente asociadas con oligohidramnios son: la rotura prematura de membranas, malformaciones del tracto urinario, el crecimiento intrauterino retardado (CIR), el embarazo prolongado, y la insuficiencia placentaria¹⁴

Embarazo múltiple: Su incidencia es aproximadamente del 1.5 % en los Estados Unidos. El embarazo múltiple permanece como una situación de alto riesgo; las tasas de morbilidad y mortalidad materna están aumentadas, con tasas de mortalidad perinatal en países desarrollados que oscilan entre 47 y 120 por 1,000 nacimientos para gemelos. Además que se asocia a otros factores que también incrementan la mortalidad perinatal, tales como: anomalías congénitas, retardo del crecimiento intrauterino, partos pretérminos, presentaciones distócicas, insuficiencias placentarias, hemorragias, etc¹⁴⁻¹⁶

Embarazo postérmino: Es el que se prolonga después de las 42 semanas a partir del primer día del último ciclo menstrual. Se ha observado un incremento en la morbilidad y mortalidad perinatal en estos casos, ya que conlleva a numerosos problemas del feto como es el sufrimiento fetal intraparto causado generalmente por oligohidramnios, aspiración meconial, traumatismo fetal y síndrome de posmadurez¹⁶

Hemorragias: La hemorragia vaginal grave es rara antes de las 24 semanas y, cuando se produce, el tratamiento de la madre se hace sin tener demasiado en cuenta las consideraciones sobre la supervivencia fetal. Sin embargo la supervivencia fetal en el tercer trimestre es significativa. En centros especializados, un neonato de 26 semanas de gestación sin ningún otro compromiso importante tiene altas probabilidades de sobrevivir (75 %). Las causas de hemorragia son entre otras: placenta previa, abrupcio placentae, etc¹⁶

Crecimiento Intrauterino Retardado: Es el peso del neonato por debajo del percentil 10 al momento del nacimiento. Tiene una incidencia del 4 al 8 % en los países desarrollados y del 6 al 30 % en países en desarrollo. La morbilidad y la mortalidad perinatal están de dos a seis veces por encima de la población en general en pacientes con RCIU¹⁴

Rotura prematura de membranas: Es la que se produce antes de que se inicie el trabajo de parto y en la mayoría de los casos sucede espontáneamente. Es la responsable del 30 % de los partos pretérminos y origina una seria morbilidad materna y perinatal. Su principal consecuencia es la infección tanto para la madre como para el bebé; aunque solo el 5.1 % del total de mujeres con corioamnionitis que tienen partos vaginales desarrollan sepsis, mientras que un 10-20 % de sus bebés presentan infección clínica.

Incompatibilidad sanguínea feto materna: Es en la que los hematíes del feto y del recién nacido son hemolizados por isoanticuerpos maternos (anticuerpos capaces de reaccionar con hematíes de la misma especie, pero no con los hematíes del individuo que los produce) que han atravesado la placenta.

Trabajo de parto pretérmino: Es el inicio del trabajo de parto en pacientes con membranas intactas antes de las 37 semanas de gestación. Es un problema importante que se asocia a un alto índice de morbilidad y mortalidad perinatal. En un estudio realizado en Sudáfrica el parto pretérmino fue el responsable del 52 % de las muertes neonatales precoces¹⁶.

Presentación viciosa: Su aparición se debe a factores ovulares, fetales y maternos. Sus efectos en cuanto a mortalidad y morbilidad fetal varían de acuerdo al tipo de asistencia obstétrica. En las presentaciones distócicas la morbimortalidad perinatal está aumentada y se encuentra relacionada con los siguientes factores: mayor número de nacidos prematuros, mayor incidencia de fetos y recién nacidos con peso inferior al esperado para la edad gestacional,

mayor número de patologías placentarias y funiculares, mayor dificultad de control del feto durante el parto, modo de terminación del parto y traumatismo fetal⁴.

Trabajo de parto prolongado: La prolongación del parto conduce a deshidratación y acidosis de la madre, la infección ovular ascendente es otra de las consecuencias de la prolongación del parto. La morbimortalidad fetal aumenta por la frecuencia con que se produce el sufrimiento fetal y por el número y tipo de intervenciones que deben practicarse. En los casos de sufrimiento fetal grave y de desproporción pelvifetal, el mayor riesgo para el feto es la hemorragia cerebral hipóxica, traumática o mixta.

Distocia de contracción: La de mayor importancia es la hipertonia por las consecuencias graves sobre el feto, al disminuir el flujo sanguíneo al espacio intervelloso, y producir una hipoxia fetal, con mayor frecuencia cuanto más grave es la hipertonia. También el otro peligro de extrema gravedad tanto para la madre como para el feto es la rotura uterina.

Asfixia neonatal: Se produce por una anormalidad en el intercambio gaseoso fetal, que da lugar a hipoxia, hipercarbia y acidosis. Generalmente se confunde con Apgar bajo, depresión neonatal, líquido amniótico meconial y encefalopatía neonatal, pero que también puede tener muchas otras causas.

Pretérmino: Es todo aquel niño que nace antes de las 37 semanas de gestación y después de las 20, o con peso inferior a 2500 gramos. La supervivencia neonatal esta directamente relacionada con la edad gestacional y el peso al nacer.

Malformaciones Congénitas: Juegan un importante papel en la morbilidad y mortalidad perinatal. Un dos por ciento de los neonatos tienen una malformación congénita seria

Diseño metodológico

Tipo de estudio: Descriptivo de corte transversal.-

Área de Estudio: Hospital de Somoto “Dr. Juan Antonio Brenes”, el cual es un hospital de referencia del departamento de Madriz. Este hospital cuenta con los servicios básicos y para la atención de gineco obstetricia con un cuerpo de especialistas respaldados por médicos generales y medios de apoyo que son muy básicos.

Población de Estudio: Todas las adolescentes primigestas que culminaron su embarazo con cesáreas siendo un total de 261 pacientes.-

Fuente de Información: Secundaria mediante revisión de expedientes clínicos.-

Instrumento de recolección de datos: Se diseñó un instrumento de recolección de datos, tomando en cuenta los objetivos de estudio y la opinión de diferentes autores de estudios relacionados con las indicaciones de cesáreas. El mismo fue validado mediante una prueba piloto en la que se observó los alcances de los objetivos y el que se ajustara a la información que se brindaba en el expediente clínico- (Ver anexo)

Procedimiento de recolección de datos:

- 1) Antes de iniciar el estudio, el protocolo fue presentado al director del SILAIS y del hospital para valorar su pertinencia a las necesidades de información requeridas por las autoridades municipales y la capacidad de tomar en cuenta las recomendaciones surgidas del estudio.
- 2) Se solicitó permiso a las autoridades hospitalarias para acceder a la información guardada en los expedientes.

- 3) Se revisó el libro hospitalario que lleva el registro de las cirugías ginecológicas y sobre todo se identificaron las cesáreas. Se identificó el número de expediente.
- 4) Se solicitó el expediente clínico en el departamento de registro y se buscó la información que se necesitaba.

Operacionalización de variables:

- **Características socio-demográficas:** Hace referencia a variables que definen a la adolescentes en aspectos básicos de tipo social y demográfico como la edad, el estado civil, la religión que profesan, la escolaridad
- **Alteraciones durante el embarazo:** Hace referencia a la presencia de eventos físicos, mentales y sociales que ocurren durante el embarazo y se alejan su estado de una situación saludable: Infecciones de vías urinarias, amenaza de aborto o parto prematuro, hipertensión gestacional, etc.
- **Alteraciones durante el trabajo de parto:** Son eventos que ocurren durante el trabajo de parto que hacen que el mismo sea considerado distócico: Sufrimiento fetal agudo, ruptura prematura de membranas, infección del canal del parto, etc.
- **Causas de indicaciones de cesárea:** son aquellos eventos que condicionan y justifican la indicación de cesárea: Desproporción céfalo pélvica, circular de cordón, sufrimiento fetal agudo, etc.

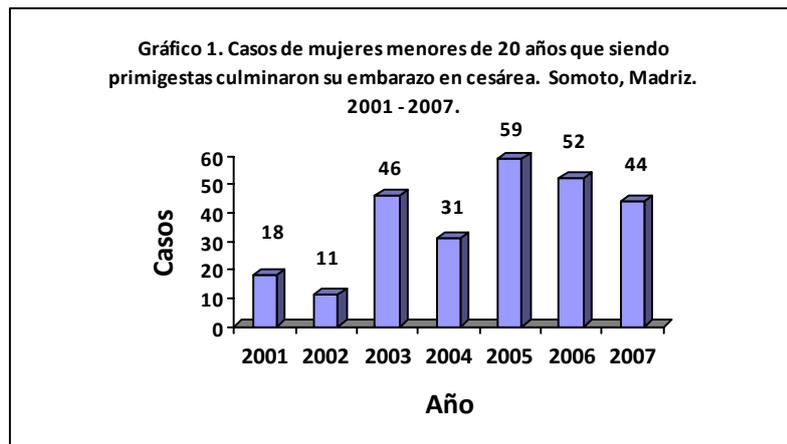
Plan de Análisis:

Los datos fueron procesados y analizados utilizando el paquete estadístico Epi-Info 3.5.1 para Windows. Se estimó la frecuencia simple de las variables de interés. Los resultados se plasman en cuadros y gráficos.-

Resultados

Del 2001 al 2007 realizaron 162 cesáreas en primigestas menores de 20 años en el Hospital “Dr. Juan Antonio Brenes” de la ciudad de Somoto, Departamento de Madriz.-

Del total de pacientes estudiadas, la distribución de casos por año fue: en el 2001 el número de casos fue de 18; en el 2002, 11 casos; en el 2003, 46 casos; e el 2004, 31 casos; en el 2005, 59



casos; en el 2006, 52 casos; en el 2007, 44 casos (ver gráfico 1).-

En la distribución por grupos de edad de éstas primigestas. El 14.2% de ellas tenían 15 años o menos. La mayoría de ellas estaban comprendidas entre las edades de 18 a 19 años y disminuían su frecuencia mientras disminuían los grupos de edad. (ver cuadro #2).-

Del total de pacientes estudiadas encontramos que la distribución según la escolaridad fue el siguiente: La mayoría de éstas primigestas tenían una escolaridad de primaria para un 50.7%. En segundo lugar, con un nivel de secundaria estaban el 27.6% y muy similar a éste, aunque más bajo, estaban las mujeres con ninguna escolaridad para un 20.1%. Educación Técnica o Superior sólo la tenían 4 mujeres para menos del 2%. La escolaridad, que éste grupo de mujeres (menor de 20 años), depende mucho de la edad por lo que habría que ponderarla con respecto a ella. (ver cuadro # 3).-

En la distribución por estado civil encontramos que: sólo el 22.8% (58) de éstas mujeres estaban casadas. La mayoría de ellas estaban acompañadas para un 61%. Solteras eran el 15%. (ver cuadro # 4).-

En la distribución de estas primigestas según ocupación encontramos que: la gran mayoría de estas son amas de casa para un 85.4%- Esto concuerda con que la mayoría tiene una escolaridad primaria y, como ya sabemos, son menores de 20 años. Sólo un 6.7% eran estudiantes, y sólo 2 (0.8%) refirieron que no tenían ocupación (ninguna).- Apenas un 7.1% refirieron que tenían alguna ocupación. (ver cuadro # 5)

La distribución según procedencia de éstas mujeres fue el siguiente: el 62.9% eran procedencia urbana y un 37.1% de procedencia rural (ver cuadro # 6).-

En los antecedentes patológicos y no patológicos de éste grupo de mujeres, encontramos que el principal antecedente es que eran primigestas juveniles (menor de 15 años) con un 14.2 %.- Otro antecedente de importancia fue el no tener controles prenatales con 33 mujeres para un 12.6%. El asma y la baja talla ocuparon 3ro. y 4to. Lugar en los antecedentes respectivamente con menos del 3 % (ver cuadro # 7)

En la distribución de el número de controles prenatales recibidos por éstas mujeres, encontramos que: el 20.1% no recibió ningún control prenatal y el 48.8% solo recibió de 1 a 3 controles prenatales. Si consideramos que recibir de 1 a 3 controles prenatales en este grupo de mujeres es inadecuado, vemos que la mayoría de ellas (68.9 %) no tuvo control prenatal o éste fue inadecuado. Otro dato de importancia fue el hecho que en 97 mujeres para un 37.2%, del total de mujeres en el estudio, no se encontró en el expediente reflejado el número de controles prenatales realizados. Probablemente a la mayoría de ellas no se le realizó el mismo, por lo que el porcentaje de ningún control prenatal puede ser mayor que el descrito aquí.- (ver cuadro # 8).-

En la distribución por semanas de gestación cuando las primigestas fueron cesareadas encontramos que: casi un 75% de estos embarazos fue interrumpido entre las 37 y 40 semanas de cesación. Un 11% fueron interrumpidas con menos de 37 semanas.

El 14.7 % de mujeres cesareadas fue después de las 40 semanas. (ver cuadro #9)

Las principales indicaciones de cesáreas fueron en orden decreciente las siguientes: Trabajo de parto prolongado (21.5%); ruptura prematura de membranas (19.9%); sufrimiento fetal agudo (18.8%); presentación pélvica (14.6%); desproporción céfalo-pélvica (11.5%); el resto estuvo por debajo del 5% del total de mujeres. (ver cuadro #10).-

La distribución según condición del producto al egreso hospitalario fue la siguiente: el 73.3% de los niños fueron sanos. Un 21.4% de ellos fueron prematuros, es decir, uno de cada cinco. Un 4.1% fallecieron y 3 para un 1.2% nacieron obitados. (ver cuadro # 11)

La principal complicación que se presentó fue la infección de la herida quirúrgica en 15 mujeres para un 5.7%. - Tres de ellas presentaron anemia para un 1.1%. - El resto de complicaciones presentadas fueron casos aislados (ver cuadro # 12).-

El apgar al minuto y a los 5 minutos de los recién nacidos de las pacientes en estudio, es el siguiente: un porcentaje importante de los niños (18.4%) resultó con asfixia neonatal leve al minuto; y un 6.3% con asfixia neonatal severa. A los 5 minutos solo un 5% siguieron con asfixia neonatal leve y un 2.5% con asfixia neonatal severa. (ver cuadro % 13)

La distribución por peso en gramos del producto es la siguiente: la mayoría de éstos niños (200 para un 90.3%) pesó 5,500 gramos o más. Un 9.7% pesó menos de 2,500 gramos. Un 5.3% pesó 4,000 gramos o más.- En 33 niños del total estudiado (12.6%) no se encontró dato del peso (ver cuadro # 14)

Cuadro 1. Características generales de las primigestas menores de 20 años cesarizadas en el Hospital “Dr. Juan Antonio Brenes” Somoto – Madriz. 2001 a 2007.

Variables	Número	Porcentaje
Edad		
12 a 13	5	1.9
14 a 15	32	12.3
16 a 17	94	35.6
18 a 19	131	50.2
Escolaridad		
Sin estudios	51	20.1
Primaria	129	50.7
Secundaria	70	27.6
Estudios técnicos	2	0.8
Superior	2	0.8
Estado civil		
Solteras	38	15.0
Acompañadas	155	61.0
Casadas	58	22.8
Otra	3	1.2
Total	254	100.0

**CUADRO 5. PRIMIGESTAS CESAREADAS MENORES DE 20 AÑOS
SEGÚN OCUPACION**

OCUPACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
AMA DE CASA	217	85.4
ESTUDIANTE	17	6.7
SECRETARIA	6	2.4
MAESTRA	3	1.2
CONTADORA	2	0.8
ENFERMERA	2	0.8
NINGUNA	2	0.8
OTRAS	5	1.9
TOTAL	256	100.0

**CUADRO. 6 PRIMIGESTAS CESAREADAS MENORES DE 20 AÑOS
SEGÚN PROCEDENCIA**

PROCEDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
URBANA	161	62.9
RURAL	95	37.1
TOTAL	256	100.0

**CUADRO 7.- PRIMIGESTAS CESAREADAS MENORES DE 20 AÑOS
SEGÚN ANTECEDENTES PATOLOGICOS Y NO PATOLOGICOS**

ANTECEDENTES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
EDAD MENOR 15 AÑOS	37	14.2
SIN CPN	33	12.6
ASMA	7	2.7
TALLA BAJA	5	1.9
HTA	3	1.1
RETARDO MENTAL	2	0.8
ANEMIA	2	0.8
INVALIDEZ	1	0.4
OBECIDAD	1	0.4
IVU	1	0.4
SARAMPION	1	0.4

SECUELA/POLIO	1	0.4
AMENAZA PARTO PREMATURO	1	0.4

**CUADRO 8. PRIMIGESTAS CESAREADAS MENORES DE 20 AÑOS
SEGÚN CPN**

NUMERO DE CPN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NINGUNO	33	20.1
1 – 3	80	48.8
4 – 6	39	23.8
7 – 9	12	7.3
TOTAL	164	100.0

**CUADRO 9 PRIMIGESTAS CESAREADAS MENORES DE 20 AÑOS
SEGÚN SEMANAS DE GESTACION**

SEMANAS DE GESTACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MENOS DE 37	21	11.0
37 – 40	142	74.3
MAYOR DE 40	28	14.7
TOTAL	191	100.0

**CUADRO 10 PRIMIGESTAS CESAREADAS MENORES DE 20 AÑOS
SEGÚN INDICACIONES DE CESAREA**

INDICACIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
TRABAJO DE PARTO PROLONGADO	56	21.5
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	52	19.9
SUFRIMIENTO FETAL AGUDO	49	18.8
PRESENTACION PELVICA	38	14.6
DESPROPORCION CEFALO PELVICA	30	11.5
ECLAMPSIA	12	4.6
INDUCCION FALLIDA	11	4.2
CONDILOMATOSIS	11	4.2
PREECLAMPSIA SEVERA	8	3.1
PREECLAMPSIA LEVE	7	2.7
EMBARAZO GEMELAR	6	2.3
DISTOCIA DE CONTRACCION	6	2.3
SITUACION TRANSVERSA	5	1.9
EMBARAZO POSTERMINO	4	1.5
DISTOCIA OSEA	3	1.1
PRESENTACION DE CARA	3	1.1

PREECLAMPSIA MODERADA	2	0.8
PLACENTA PREVIA	2	0.8
CRECIMIENTO INTRAUTERINO RETARDADO	2	0.8
ENFERMEDAD PSIQUIATRICA	1	0.4
MALFORMACION GINECOLOGICA CONGENITA	1	0.4
PROLAPSO DE CORDON	1	0.4
DPPNI	1	0.4

**CUADRO. 11 PRIMIGESTAS CESAREADAS MENORES DE 20 AÑOS
SEGÚN CONDICION DEL PRODUCTO AL EGRESO**

CONDICION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SANOS	178	73.3
PREMATUROS	52	21.4
FALLECIDOS	10	4.1
OBITADOS	3	1.2
TOTAL	243	100.0

**CUADRO 12. PRIMIGESTAS CESAREADAS MENORES DE 20 AÑOS
SEGÚN COMPLICACIONES PRESENTADAS**

COMPLICACIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
INFECCION DE LA HERIDA	15	5.7
ANEMIA	3	1.1
IVU	2	0.8
BRONCONEUMONIA	1	0.4
QUISTE PARATUBARICO	1	0.4
PERFORACION DURAMADRE	1	0.4
DEHISCENCIA DE LA HERIDA	1	0.4
HIPOTENSION POR SANGRADO	1	0.4

**CUADRO 13 PRIMIGESTAS CESAREADAS MENORES DE 20 AÑOS
SEGÚN APGAR ALMINUTO Y A LOS 5 MINUTOS DEL PRODUCTO**

APGAR	AL 1ER. MINUTO		AL 5TO. MINUTO	
	N°	%	N°	%
CERO	3	1.2	2	0.8
1 – 3	15	6.3	6	2.5
4 – 5	44	18.4	12	5.0
7 – 9	177	74.1	218	91.2
DIEZ	0	0.0	1	0.4
TOTAL	239	100.0	239	100.0

**CUADRO 14 PRIMIGESTAS CESAREADAS MENORES DE 20 AÑOS
SEGÚN PESO DEL PRODUCTO**

PESO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1000 – 1499	1	0.4
1500 – 1999	3	1.3
2000 – 2499	18	7.9
2500 - 2999	64	28.2
3000 – 3499	85	37.4
3500 – 3999	44	19.4
4000 Y +	12	5.3
TOTAL	227	100.0

Discusión de resultados

Analizando la información en los cuadros obtenidos y comparando con los aspectos teóricos del tema, se discutió lo siguiente:

- 1.) La distribución por año del número de casos en estas pacientes fue de la siguiente forma: En el 2001 el número de casos fue de 18; en el 2002, 11 casos; en el 2003, 46 casos; en el 2004, 31 casos; en el 2005, 59 casos; en el 2006, 52 casos; en el 2007, 44 casos. Observamos que en el 2005 – 2007 el número de casos ha aumentado y si la tendencia se sigue, es posible que en los próximos años sea mayor el número de casos. El promedio de primigestas cesáreas menores 20 años en los últimos 6 años (2001 – 2007) ha sido de 36.2 por año. El aumento que se observa puede ser debido a un aumento de las mujeres en edad fértil menores de 20 años en el área de influencia del hospital, una mejora en los registros estadísticos o una mayor captación y referencia hacia el hospital.
- 2.) Analizando la distribución por grupos de edad de estas primigestas, vemos que el 14.2% de ellas tenían 15 años o menos. La mayoría de ellas estaban comprendidas entre las edades de 18 a 19 años y disminuían su frecuencia mientras disminuían los grupos de edades.-
- 3.) Valorando la distribución según la escolaridad, la mayoría de estas pacientes tenían una escolaridad de primaria para un 50.7%. En segundo lugar, con un nivel de secundaria están el 27.6% y muy similar a este, aunque más bajo están las mujeres con ninguna escolaridad para un 20.1%. Educación técnica o superior solo la tiene cuatro mujeres para menos del 2%. La Escolaridad que este grupo de mujeres (menor de 20 años) tiene, depende mucho de la edad por lo que habría que ponderarla con respecto a ella. Creemos que este porcentaje de 50.79% para la escolaridad de primaria fue el más alto ya que en esta región, los pacientes

no cuentan con un nivel cultural adecuado por factores condicionantes tales como: ausencia de escuela, recursos económicos bajos, inaccesibilidad a colegios, etc.

- 4.) La distribución por estado civil de estas pacientes fue: el 22.8% de estas mujeres estaban casadas, el 61% estaban acompañadas, y solteras el 15%.
- 5.) En el cuadro # 5, se puede observar la distribución según ocupación.- La gran mayoría de estas primigestas son amas de casa para un 85.4%, esto concuerda con que la mayoría tiene una escolaridad de primaria, y como ya sabemos son menores de 20 años.- Solo un 6.7%, eran estudiantes, y solo 2 (0-8%) refirieron que no tenían ocupación (ninguna).- Apenas un 7.1% refirieron que tenían alguna ocupación-
- 6.) La distribución según procedencia de estas mujeres es de 62.9% de área urbana y 31.7% de área rural. Como se notará la frecuencia de cesáreas es superior en los pacientes de área urbana para un 62.99%, ya que a éstos se les facilita más el acceso a los servicios de salud y se le detecta cualquier complicación en el embarazo.- En cambio en los pacientes de área rural, éstos acuden menos a los servicios de salud, ya que por el nivel cultural bajo y la inaccesibilidad, son atendidos por parteras, y de complicarse ya sea presentando muerte fetal, éstas no son captadas por el registro de estadísticas.-
- 7.) Referente a los antecedentes patológicos y no patológicos de este grupo de mujeres podemos observar que el principal antecedente es que eran pacientes primigestas juveniles (menor de 15 años) con un 14.2%.- Otro antecedente de importancia fue el no tener controles prenatales con 33 mujeres para un 12.6%.- El asma y la baja talla ocuparon 3ro. y 4to. Lugar en los antecedentes respectivamente con menos del 3%.

- 8.) En la distribución del número de controles prenatales, recibidos por estas mujeres, vemos que el 20.1% no recibió ningún control prenatal y el 48.8% solo recibió de uno a tres controles prenatales. Este hecho coincide con lo reportado para la población general en Nicaragua de tener controles prenatales insuficientes (ausencia de controles, etc.) mal llenado de expediente.-
- 9.) En la distribución por semanas de gestación cuando las pacientes primigestas fueron cesareadas encontramos que: casi un 75% de estos embarazos fue interrumpido entre las 37 y 40 semanas de gestación, que es lo que se considera normal. Un 11% fueron interrumpidas con menos de 37 semanas, lo que podemos considerar hasta cierto punto como normal por que pudieron presentarse por causas inesperadas como por ej: una ruptura prematura de membranas. El 14.7% de mujeres cesareadas después de las 40 semanas no tendría justificación a menos que fueran por una referencia tardía.
- 10.) En el análisis de las indicaciones de cesáreas, estas fueron en orden decreciente las siguientes: trabajo de parto prolongado 21.5%; ruptura prematura de membranas 19.9%, sufrimiento fetal agudo 18.8%, presentación pélvica 14.6%; desproporción céfalo pélvica 11.5%, el resto estuvo por debajo del 5% del total de mujeres. Nuestro trabajo no concuerda con datos encontrados en las literaturas consultadas ya que en los otros estudios la causa más frecuente fueron colocación viciosa (presentación pélvica).-
- 11.) En la distribución según condición del producto al egreso hospitalario encontramos que el 73.2 % de los niños fueron sanos. Un 21.4% de ellos fueron prematuros, es decir, uno de cada cinco.- Solo un 4.1% fallecieron, ya que estos la mayoría fueron bebé de madre con eclampsia. Un 1.2% nacieron obitados. Consideramos que estos datos concuerdan con los otros

estudios realizados en el País, ya que la mayoría de estos niños egresaron sanos.-

12.) Con respecto a las complicaciones podemos observar que la principal complicación que se presentó fue la infección de la herida quirúrgica con 5.7%. Un 1.1% presentaron anemia.- Demostramos que estos resultados son similares a los descritos en las literaturas consultadas. Consideramos que esta cifra no fue mayor ya que se y utilizaron las técnicas de asepsia y antisepsia apropiadas y el antibiótico indicado a tiempo.

13.) En el cuadro # 14 se observa el apgar al minuto y a los 5 minutos de los recién nacidos. Un porcentaje importante de los niños 18.4% resultó con asfixia neonatal leve al minuto y un 6.3% con asfixia neonatal severa. A los cinco minutos solo un 5% siguieron con asfixia neonatal leve y un 2.5% con asfixia neonatal severa. En un estudio realizado en la ciudad de México se demostró la relación que existe entre la cesárea y puntuaciones bajas de APGAR, además del alto riesgo que tiene los infantes de presentar síndromes respiratorios al tener crecimiento por cesárea.-

En el cuadro # 15 se observa la distribución por peso en gramos del producto.- La mayoría de estos niños (200 para un 90.3%) pesó 2,500 gramos o más. Un 9.7% pesó menos de 2,500 gramos. Un 5.3% pesó 4,000 gramos o más.- En 33 niños del total estudiado (12.6%) no se encontró dato del peso. Esto coincide con estudios realizados en literaturas consultadas ya que el mayor porcentaje encontrado fueron niños de peso normal.

Conclusiones

De los siete años estudiados se encontró mayor índice de cesárea en el año 2005 con 59 casos, las edades más afectadas fueron las primigestas entre 18 y 19 años de edad.-

2.- Del total de pacientes estudiados predominaron la origen urbana con 161 casos (62.9%) sobre las de área rural con 95 casos (37.1%), estas últimas se hicieron menos control prenatal.-

3.- De las 261 pacientes estudiadas 142 (74.3%) se vieron interrumpida su embarazo entre las 37 y 40 semanas de gestación, obteniéndose 193 productos con peso ideal.-

4.- Del total de cesáreas realizadas las indicaciones más frecuentes fueron: trabajo en parto prolongado 56 casos (21.5%); ruptura prematura de membrana 52 casos (19.9%); sufrimiento fetal agudo con 49 casos (18.8%).-

5.- La complicación más frecuente de los niños de estas pacientes fue la asfixia neonatal leve para un 18.4%. - El 73.2% de los niños egresaron sanos.-

Recomendaciones

- Incrementar la educación sexual a través de los medios de comunicación hablada y escrito, (radio, televisión, periódicos, y otros), haciendo énfasis sobre edad óptima para la gestación, concepción, atención prenatal, dando a conocer la información sobre embarazo, parto vaginal y cesáreas.-
- 2.- Realizar una mayor y temprana captación de las pacientes embarazadas para la realización de los controles prenatales normados por el Ministerio de Salud (MINSA), y mejorar la calidad de estos, al ser realizados por personal altamente calificado.-
 - 3.- Mejorar los métodos auxiliares de diagnóstico para la realización oportuna de la operación cesárea.-
 - 4.- Brindar especial atención a las gestantes en especial a las primigestas juveniles, por el riesgo que representan así como a las de bajo nivel socio-económico.-
 - 5.- Orientar al personal de Estadísticas ordenamiento adecuado del expediente para facilitar la recopilación de datos.-
 - 6.- Disminuir el tiempo que transcurre entre la indicación y la operación cesárea.-
 - 7.- Mejorar las técnicas de asepsia y antisepsia.-

Bibliografía

- 1.- Pérez Sánchez Alfredo. Obstetricia, segunda edición 1996. P:P: 290 – 299
- 2.- Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud. INEC 1998
- 3.- Maddaleno Matilde. La Salud del Adolescente y del joven. Publicación Científica N° 525, Washington OPS – OMS 1995. P: P: 239 – 242, 252 – 261.
- 4.- González Merlo. Obstetricia. Masson, S. A. 4ta. Edición 1992. P.P. 786, 795 – 796.
- 5.- Ministerio de Salud. Programa de Atención Integral a la adolescencia: Base Programáticas. Ministerio de Salud, 2da. Edición, Minsa/OPS/OMS/ASDI. Agosto 2000.
- 6.- Actividad Sexual y la maternidad entre las adolescentes en América Latina y el Caribe; riesgos y consecuencias. Internacional Program Población. Referente Bureen, INC. Noviembre 1992.-
- 7.- Silber Tomás J. Manual de Medicina de la adolescencia, publicación de la Organización Panamericana de la Salud. Washington, D. C. OPS/OMS 1990.
- 8.- PROFAMILIA C.D.C. Encuesta sobre Salud Familiar en Nicaragua 1992 – 1993.-
- 9.- Mc Anarney et. Al Medicina del Adolescente Editorial Panamericana 1994. Capítulo 74 P:P: 729.-
- 10.- Belitzky, R. et al Resultados Perinatales en madres jóvenes, estudio comparativo en maternidades latinoamericanas. La Salud del adolescente y el joven en las Américas. Publicación científica, OPS, OMS, 1985 N° 489 PP 221- 271.
- 11.- Enfoque de riesgo. Manual de autoinstrucción Centro Latinoamericana de Perinatología y Desarrollo Humano, OPS/OMS Publicación científica CLAP N° 1321.02
- 12.- Schwarcz.- Sala – Diverges: Obstetricia, Librería editorial El Ateneo 5ta. Edición, 1995. PP 562 – 563.

- 13.- Cabero Ronea Lluís. Riesgo elevado Obstétrico Masson SA 1ra. Edición 1996 PP 21 – 22.
- 14.- Lambron, Nicholas C.; Morse, Abraham N.; Wallach Edgard E. the Johns Hopkins, Manual of Gynecology and Obstetrics. Marbán Libros, J: L: Edición en español 2001 P:P: 58 – 73.
- 15.- González Pérez Guillermo, Menendez Valega Ma. Del Carmen. La influencia de la maternidad precoz en el nivel y la estructura de la mortalidad perinatal. Revista cubana Abril – Junio, 1995.-
- 16.- Aras Fernando, M. D. Ph. D. Guía práctica para el embarazo y parto de alto riesgo Harcourt Brace de España S. A. segunda edición 1995. P:P.

ANEXOS

Cesárea en primigestas menores de veinte años en el Hospital “Dr. Juan Antonio Brenes” de Somoto. 2001 a 2007.

I.- Datos generales:			
Edad: /_/_/._.	Escolaridad: <input type="checkbox"/> Sin estudios <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Superior	Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Unión estable <input type="checkbox"/> Casada	Ocupación: <input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/> Oficios varios <input type="checkbox"/> Técnica <input type="checkbox"/> Profesional
Procedencia: <input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Rural			
II.- Antecedentes médicos – personales:			
Historia familiar: <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial <input type="checkbox"/> Diabetes miellitus <input type="checkbox"/> Hipertensión gestacional		Antecedentes médicos personales: <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial <input type="checkbox"/> Diábetes miellitus <input type="checkbox"/> Otras: _____	
III.- Identificación de situaciones de riesgos en la evolución del embarazo:			
Bajo	I	II	III
<input type="checkbox"/> No se pudo encontrar ningún factor de riesgo	<input type="checkbox"/> Anomalías pélvicas <input type="checkbox"/> Cardiopatía I grado <input type="checkbox"/> Condiciones socioeconómicas desfavorables <input type="checkbox"/> Embarazo no deseado <input type="checkbox"/> Estatura baja <input type="checkbox"/> Control insuficiente de la gestación <input type="checkbox"/> Fumadora habitual <input type="checkbox"/> Gestante Rh- <input type="checkbox"/> Incremento excesivo o insuficiente de peso <input type="checkbox"/> Obesidad no mórbida <input type="checkbox"/> ITU o bacteriuria asintomática <input type="checkbox"/> Riesgo laboral <input type="checkbox"/> Metrorragia 1° trimestre	<input type="checkbox"/> Anemia grave <input type="checkbox"/> Cardiopatía grado II <input type="checkbox"/> Cirugía uterina previa <input type="checkbox"/> Diabetes gestacional <input type="checkbox"/> Embarazo gemelar <input type="checkbox"/> Endocrinopatía <input type="checkbox"/> Obesidad mórbida <input type="checkbox"/> Preeclampsia leve <input type="checkbox"/> Infección materna: VHB-VHC Lues Toxoplasmosis VIH <input type="checkbox"/> Pielonefritis <input type="checkbox"/> CMV <input type="checkbox"/> Estreptococo β hemolítico <input type="checkbox"/> Sospecha de malformación fetal	<input type="checkbox"/> Amenaza de parto prematuro <input type="checkbox"/> Cardiopatías III y IV <input type="checkbox"/> Diabetes pregestacional <input type="checkbox"/> Drogadicción y alcoholismo <input type="checkbox"/> Malformación fetal confirmada <input type="checkbox"/> Gestación múltiple <input type="checkbox"/> Retraso del crecimiento intrauterino <input type="checkbox"/> Patología asociada grave <input type="checkbox"/> Placenta previa Preeclampsia grave <input type="checkbox"/> Rotura prematura de membranas en el pretérmino

IV.- Condición de la gestante al ser atendida en la unidad de salud para el parto:		
<input type="checkbox"/> Rotura prematura de membranas <input type="checkbox"/> Trabajo de parto prolongado	<input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Sufrimiento fetal agudo <input type="checkbox"/> Anomalías de presentación <input type="checkbox"/> Embarazo post-término	<input type="checkbox"/> Inducción fallida <input type="checkbox"/> Condilomatosis <input type="checkbox"/> Prolapso del cordón <input type="checkbox"/> Placenta previa <input type="checkbox"/> Otras: _____
V.- Indicaciones médicas de cesárea:		
VI.- Complicaciones:		
Durante el transquirúrgico: <input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Lesiones a otras estructuras <input type="checkbox"/> Reacciones a la anestesia <input type="checkbox"/> Otras _____	En el postquirúrgico. <input type="checkbox"/> Fiebre de origen desconocido <input type="checkbox"/> Infecciones de la herida quirúrgica <input type="checkbox"/> Infecciones nosocomiales <input type="checkbox"/> Otras: _____	
VII.- Tipo de egreso:		
Del bebé <input type="checkbox"/> Alta sano <input type="checkbox"/> Alta con secuelas <input type="checkbox"/> Abandono <input type="checkbox"/> Traslado <input type="checkbox"/> Muerto	De la madre: <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Abandono <input type="checkbox"/> Traslado <input type="checkbox"/> Muerta	
VIII.- Se le indicó algún tipo de anticonceptivos: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si ¿Cuál? _____	Se lo proveyeron: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Observaciones		