

# Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

Facultad de Medicina Humana

Programa Profesional de Medicina Humana



“Frecuencia de algunos factores de riesgo asociados a vías de parto en adolescentes tardías en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital de Apoyo Camaná, 2007-2011”

**Tesis presentada por la Bachiller**

**PAMELA GIANNINA ESPINOZA CHAMA**

Para optar el Título Profesional de

**MÉDICO CIRUJANO**

**Arequipa - Perú**

**2013**

## DEDICATORIA

A Dios porque siempre estuvo ahí cuando  
más lo necesitaba y brindarme paz y protección  
contra mis miedos

A mis padres y hermanas por brindarme su apoyo incondicional en  
este largo trayecto de mi carrera profesional.

A Andrés Barreda por estar ahí cuando más lo necesitaba y  
por darme ánimos para no rendirme nunca..



EPÍGRAFE

JUVENTUD Y ADOLESCENCIA NO SON SINO EXCESO E IGNORANCIA

VILLON, FRANCOIS.

## ÍNDICE GENERAL

RESUMEN .....	v
ABSTRACT.....	vi
INTRODUCCIÓN .....	1
CAPÍTULO I: MATERIAL Y MÉTODOS .....	2
CAPÍTULO II: RESULTADOS.....	7
CAPÍTULO III: DISCUSIÓN Y COMENTARIOS .....	38
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	48
BIBLIOGRAFÍA .....	51
ANEXOS .....	55
Anexo 1: Ficha de recolección de datos.....	56
Anexo 2: Proyecto de Investigación .....	57
Anexo 3: Cálculo estadístico.....	93
Anexo 4: Base de datos .....	96

## RESUMEN

**Antecedente:** El embarazo en adolescentes tardías tiene un comportamiento similar a la de mujeres en edad reproductiva ideal, aunque ciertas características pueden predisponer a la cesárea en este grupo.

**Objetivo:** Determinar la frecuencia de algunos factores de riesgo asociados a vías de parto en adolescentes tardías atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital de Apoyo Camaná, durante el periodo 2007-2011.

**Métodos:** Revisión de historias clínicas de adolescentes tardías atendidas por parto vaginal y cesárea en el hospital. Se comparan los grupos mediante prueba chi cuadrado con asociación univariada mediante odds ratio.

**Resultados:** El 25% de partos culminó en cesárea. El estado civil predominante fue de conviviente (75%). La paridad previa fue similar, con 81,67% de primíparas. El 69,17% de adolescentes tardías tuvo controles prenatales adecuados, del cual el 19,58 % pertenece al grupo de parto por cesárea y el 49,58% al grupo de parto vaginal, ( $p < 0,05$ ). El 21,46% de gestantes adolescentes tardías tuvo anemia perteneciendo 6,46% de éstas al grupo de cesareadas y 15% al grupo de parto vaginal ( $p > 0,05$ ). Hubo comorbilidades maternas en 2,92% del total de gestantes adolescentes del cual 1,46% perteneció al grupo de madres cesareadas ( $p < 0,05$ ). La patología gestacional se presentó en 4,37% del total de madres adolescentes del cual 3,96% estuvo presente en las cesareadas ( $p < 0,05$ ). En relación a las características neonatales, hubo proporciones similares de varones o mujeres entre los grupos ( $p > 0,05$ ). El peso mayor a 4000 gramos fue mayor en el grupo de madres con cesárea representando este el 3,75% del total de madres adolescentes tardías;  $p < 0,05$ ). La mitad de partos por cesárea se produjeron por alguna patología fetal como Sufrimiento fetal Agudo, distocia de presentación y macrosomía fetal ( $p < 0,05$ ).

**Conclusión:** La patología gestacional como la preclampsia y RPM, la cesárea anterior, el sufrimiento fetal, la distocia de presentación y la macrosomía fetal se asocian en mayor porcentaje a la culminación del embarazo por cesárea en adolescentes tardías.

**PALABRAS CLAVE:** Adolescencia tardía - cesárea - patología gestacional - macrosomía - sufrimiento fetal- distocia de presentación.

## ABSTRACT

**Background:** Late teen pregnancy has a similar behavior of women at ideal reproductive age, but certain features may predispose this group to caesarean section.

**Objective:** To determine the frequency of some risk factors associated with the process of childbirth in late adolescents treated at the Department of Gynecology and Obstetrics of Camaná Support Hospital during the period 2007-2011.

**Methods:** Review of medical records of late adolescents served by vaginal delivery and caesarean section in the hospital. Groups were compared using chi-square test, with univariate association with odds ratio.

**Results:** 25% ended in cesarean deliveries. Marital status was cohabiting predominant (75%). The previous parity was similar, with 81.67% of primiparous. The 69,17% of late adolescents had adequate prenatal care, 19,58% belongs to the cesarean group and 49,58% to the vaginal delivery group ( $p < 0.05$ ). 21,46% of late pregnant late adolescents had anemia ,6,46% belongs to the cesarean group and 15% to the vaginal delivery group ( $p > 0.05$ ). Maternal comorbidities was 2,92% of late adolescents mothers ,1,46% belongs to the cesarean ( $p < 0.05$ ). The gestational pathology occurred in 4,37% of late adolescent mothers ,3,96% occurred in the cesarean group ( $p < 0.05$ ). Regarding neonatal characteristics, similar proportions There was male or female between the groups ( $p > 0.05$ ). The weight greater than 4000 grams was higher in the group of mothers with cesarean delivery representing 3,75% of late adolescent mothers ;( $p < 0.05$ ). Half of cesarean deliveries were produced by fetal pathology such as acute fetal distress, presentation dystocia and macrosomy ( $p < 0.05$ ).

**Conclusion:** gestational pathology such as preclampsy and PRM , previous cesarean, acute fetal distress, , presentation dystocia, and fetal macrosomy are associated in a high percentage to the ending of pregnancy by cesarean in late adolescents.

**KEYWORDS:** late adolescence - Cesarean - gestational pathology-macrosomy- acute fetal distress –presentation dystocia.

## INTRODUCCIÓN

El embarazo en la adolescencia está rodeado de una serie de condiciones desfavorables, como la inmadurez física y mental, falta de control prenatal, rechazo familiar, lo que genera un mayor número de complicaciones durante el embarazo, el parto y puerperio (1,6).

La actividad sexual de los adolescentes va en aumento en todo el mundo incrementando la frecuencia de partos en mujeres de 20 años .La fecundidad adolescente es más alta en países en desarrollo y entre clases sociales menos favorecidas, haciendo pensar que se trata de un fenómeno transitorio porque ,de mejorarse las condiciones , ésta podría ser mejor controlada.

Aunque el parto es un proceso fisiológico el dilema que comúnmente tiene que enfrentar el ginecoobstetra en su práctica diaria, es tener que decidir si realiza el parto por vía vaginal o mediante una cesárea abdominal. (26)

Siendo el embarazo en adolescentes un problema de salud pública (20) presente en la ciudad de Camaná y habiendo sido testigo del dilema antes mencionado mientras realizaba el internado, decidí realizar este estudio.

En esta investigación planteo describir la frecuencia de algunos factores de riesgo asociados a vías de parto en adolescentes tardías en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital de Apoyo Camaná entre los años 2007-2011.Como principales resultados demostramos que el 25% de este grupo de adolescentes culminó su embarazo en cesárea; además los factores asociados a cesárea fueron la cesárea previa, la patología gestacional y el sufrimiento fetal agudo.

## CAPÍTULO I

### MATERIAL Y MÉTODOS

#### 1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

**Técnicas:** En la presente investigación se aplicó la técnica de revisión documentaria.

**Instrumentos:** El instrumento que se utilizó consistió en una ficha de recolección de datos (Anexo 1).

**Materiales:**

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Computadora personal con software de procesamiento de textos, base de datos y procesamiento estadístico.

#### 2. Campo de verificación

**2.1. Ubicación espacial:** El presente estudio se realizó en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital de Apoyo Camaná.

**2.2. Ubicación temporal:** El estudio se realizó en forma histórica en el periodo 2007-2011.

**2.3. Unidades de estudio:** Historias clínicas de gestantes adolescentes tardías con parto atendido en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital de Apoyo Camaná.

**Población:** Totalidad de historias clínicas de gestantes adolescentes tardías con parto atendido en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital de Apoyo Camaná en el periodo de estudio, en un total de 480 casos.

**Muestra:** A partir del universo de 480 partos, se estudiará una muestra constituida por dos grupos: grupo casos, conformada por las gestantes adolescentes tardías que culminen su parto por cesárea, y grupo control, constituido por adolescentes tardías que culminen su parto por vía vaginal en una proporción 1:3 y elegidas aleatoriamente. Además los integrantes de la muestra cumplieron los criterios de selección.

#### **Criterios de selección**

- **Criterios de Inclusión**

- Embarazo en adolescente
- Edad entre 17 y 19 años
- Partos intrahospitalarios por cesárea
- Parto intrahospitalario por vía vaginal

- **Criterios de Exclusión**

- Embarazo múltiple
- Comorbilidades maternas pregestacionales (artritis, cardiopatías, tuberculosis, etc)
- Gestante adolescente tardía referida a centro de atención de mayor complejidad.
- Historias clínicas incompletas

3. **Tipo de investigación:** Se trata de un estudio documental.
4. **Nivel de investigación:** Se trata de un estudio observacional, retrospectivo y transversal según Douglas Altman ; desde el punto de vista epidemiológico se trata de un estudio de casos y controles.
5. **Estrategia de Recolección de datos**

#### 5.1. Organización

Se realizaron las coordinaciones con la dirección del Hospital y la Jefatura del Servicio de Ginecología y Obstetricia para lograr la autorización para la realización del estudio.

Se buscaron los registros de los libros de ingresos y altas del Servicio de Ginecología y Obstetricia para identificar a las gestantes adolescentes tardías. Se separaron aquellas pacientes casos que terminaron el parto por cesárea para conformar el grupo casos; entre las demás gestantes se conformará el grupo control. Una vez identificadas las gestantes de ambos grupos, se procedió a la búsqueda de las Historias Clínicas para la selección de aquellas unidades que cumplieron los criterios de selección, de las que se extrajeron las variables de interés y se registraron en la ficha de recolección de datos.

Una vez concluida la recolección de datos, estos fueron organizados en bases de datos para su posterior interpretación y análisis.

#### 5.2. Validación de los instrumentos

No se requirió de validación por tratarse de un instrumento para recoger información.

### 5.3. Criterios para manejo de resultados

#### a) Plan de Procesamiento

Los datos registrados en el Anexo 1 fueron codificados y tabulados para su análisis e interpretación.

#### b) Plan de Clasificación:

Se empleó una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso. La matriz fue diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2010).

#### c) Plan de Codificación:

Se procedió a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala nominal y ordinal para facilitar el ingreso de datos.

#### d) Plan de Recuento.

El recuento de los datos fue electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

#### e) Plan de análisis

Se empleó estadística descriptiva con distribución de frecuencias (absolutas y relativas), medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas; las variables categóricas se presentan como proporciones. Para la comparación de variables categóricas entre dos grupos independientes (casos y controles), se empleó la prueba Chi cuadrado; se consideró significativa una diferencia de  $p < 0.05$ . La asociación univariada de las variables se realizó mediante el cálculo del odds ratio. Para el análisis de datos se empleó la hoja de cálculo de Excel 2010 con su complemento analítico y el paquete SPSSv.19.0.



**FRECUENCIA DE ALGUNOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A VÍAS DE PARTO EN  
ADOLESCENTES TARDÍAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL  
DE APOYO CAMANÁ, 2007-2011**

**Tabla 1**

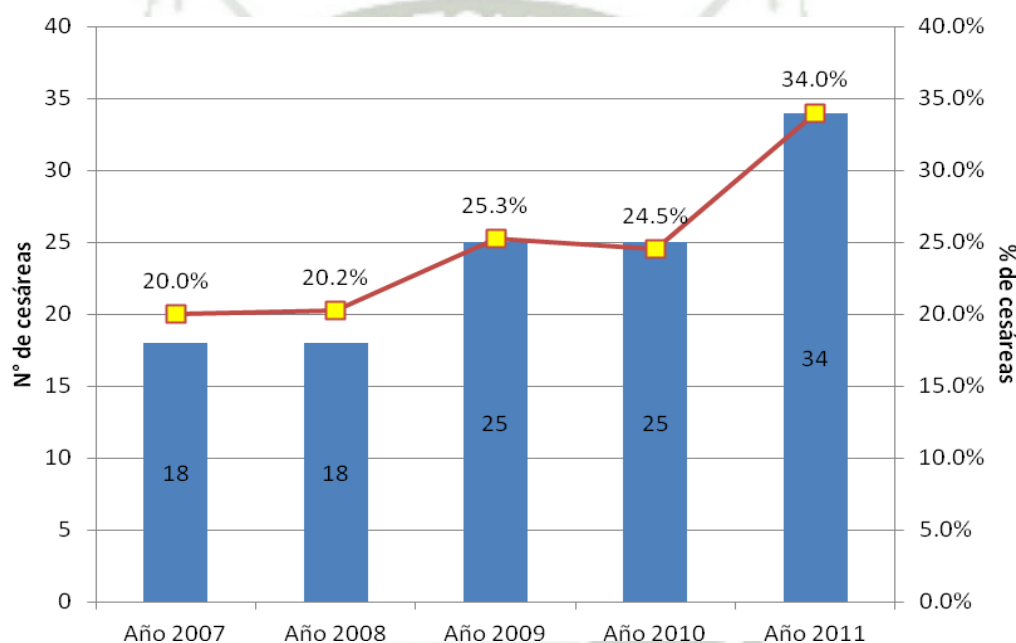
**Frecuencia de cesáreas en adolescentes tardías en el periodo de  
estudio**

	<b>Partos</b>	<b>Cesáreas</b>	<b>%</b>
Año 2007	90	18	20,0%
Año 2008	89	18	20,2%
Año 2009	99	25	25,3%
Año 2010	102	25	24,5%
Año 2011	100	34	34,0%
<b>Total</b>	<b>480</b>	<b>120</b>	<b>25,0%</b>

**FRECUENCIA DE ALGUNOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A VÍAS DE PARTO EN ADOLESCENTES TARDÍAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DE APOYO CAMANÁ, 2007-2011**

**Gráfico 1**

**Frecuencia de cesáreas en adolescentes tardías en el periodo de estudio**



En la **Tabla y Gráfico 1** se observa la frecuencia de intervenciones cesáreas en adolescentes tardías en el periodo de estudio; se aprecia una tendencia creciente de cesáreas de 20% en el año 2007 a 34% en el año 2011, con un global de 25% de cesáreas en el periodo.

**FRECUENCIA DE ALGUNOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A VÍAS DE PARTO EN  
ADOLESCENTES TARDÍAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL  
DE APOYO CAMANÁ, 2007-2011**

**Tabla 2**

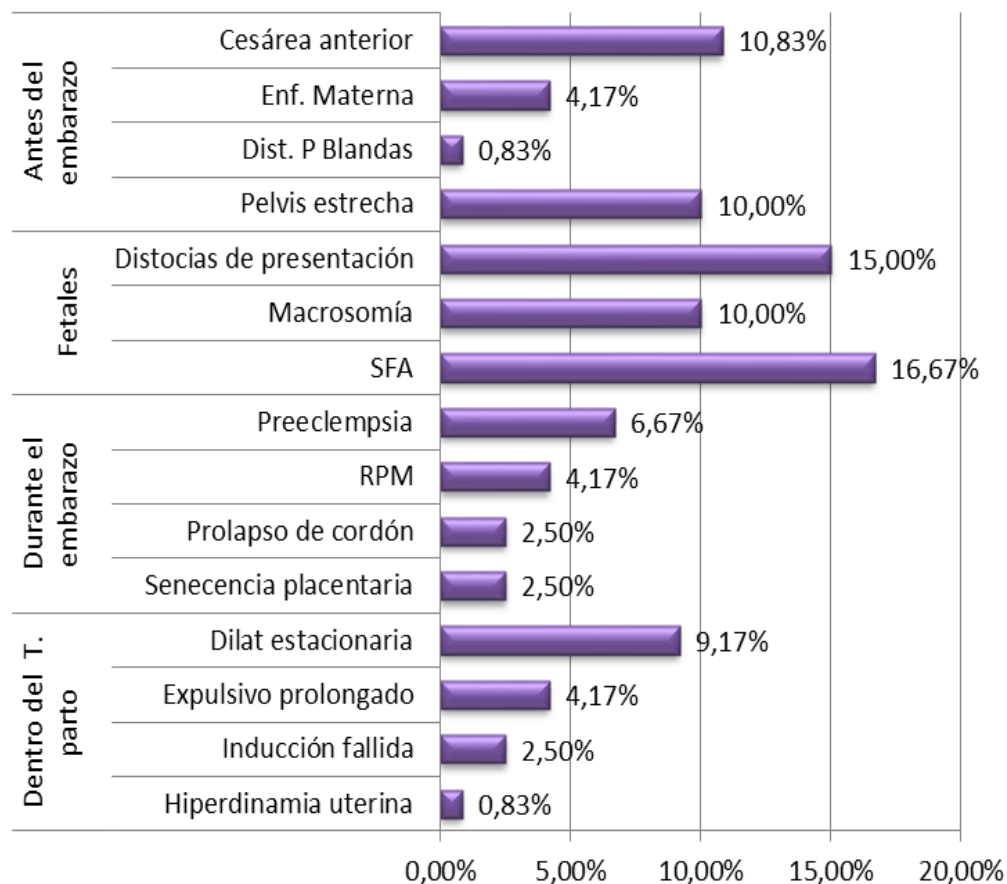
**Indicaciones de la cesárea en las adolescentes tardías**

	N°	%
	13	10,83%
Cesárea anterior		
Enf. Materna		
• Epilepsia	2	1,67%
• Condilomatosis	2	1,67%
• sífilis	1	0,83%
Antes del embarazo		
Disocia de partes blandas		
• Malformación congénita vaginal	1	0,83%
Distocia de partes óseas		
• Pelvis estrecha	12	10,00%
Distocias de presentación	18	15,00%
Fetales		
Macrosomía	12	10,00%
SFA	20	16,67%
Durante el embarazo		
Preeclampsia	8	6,67%
RPM	5	4,17%
Prolapso de cordón	3	2,50%
Senescencia placentaria	3	2,50%
Distocia de partes blandas		
• Dilat estacionaria	11	9,17%
Dentro del T. parto		
Distocia de periodo expulsivo		
• Expulsivo prolongado	5	4,17%
Inducción fallida	3	2,50%
Hiperdinamia uterina	1	0,83%
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100,00%</b>

**FRECUENCIA DE ALGUNOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A VÍAS DE PARTO EN ADOLESCENTES TARDÍAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DE APOYO CAMANÁ, 2007-2011**

**Gráfico 2**

**Indicaciones de la cesárea en las adolescentes tardías**



En la **Tabla y Gráfico 2** muestran las indicaciones de cesárea según patología materna, del embarazo, fetal y dentro del trabajo de parto; 17,50% obedecieron a causas maternas previsibles antes del parto, como son un 10,83% de casos de adolescentes cesareadas anteriormente, enfermedad materna en 4,17%, del cual

epilepsia y condilomatosis correspondieron 1,67% cada uno y sífilis en 0,83%, distocias de partes blandas antes del embarazo como malformación congénita vaginal en 0,83% ,distocia de partes óseas como pelvis estrecha en 10%. Un 41,67% fueron por causas fetales, con 15% de cesáreas que obedecieron a distocias de presentación, 10% por macrosomía fetal y 16,67% a sufrimiento total agudo. El 15,84% se presentó por problemas del embarazo como preeclampsia en 6,67%, RPM en 4,17%, prolapso de cordón o envejecimiento placentario (2,50% cada uno), mientras que 16,67% se dieron por hechos ocurridos en el trabajo de parto, entre ellas distocia de partes blandas como dilatación estacionaria en 9,17% o distocia de periodo expulsivo como periodo expulsivo prolongado en 4,17% entre otras.



**FRECUENCIA DE ALGUNOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A VÍAS DE PARTO EN  
ADOLESCENTES TARDÍAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL  
DE APOYO CAMANÁ, 2007-2011**

**Tabla 3**

**Distribución de adolescentes según tipo de parto y edad**

Edad	Cesárea		P. Vaginal		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
17 años	38	7,92%	88	18,33%	125	26,04%
18 años	24	5,00%	132	27,50%	156	32,50%
19 años	58	12,08%	140	29,17%	198	41,25%
Total	120	25,00%	360	75,00%	480	100,00%

Chi<sup>2</sup> = 11,43      G. libertad = 2      p = 0,003

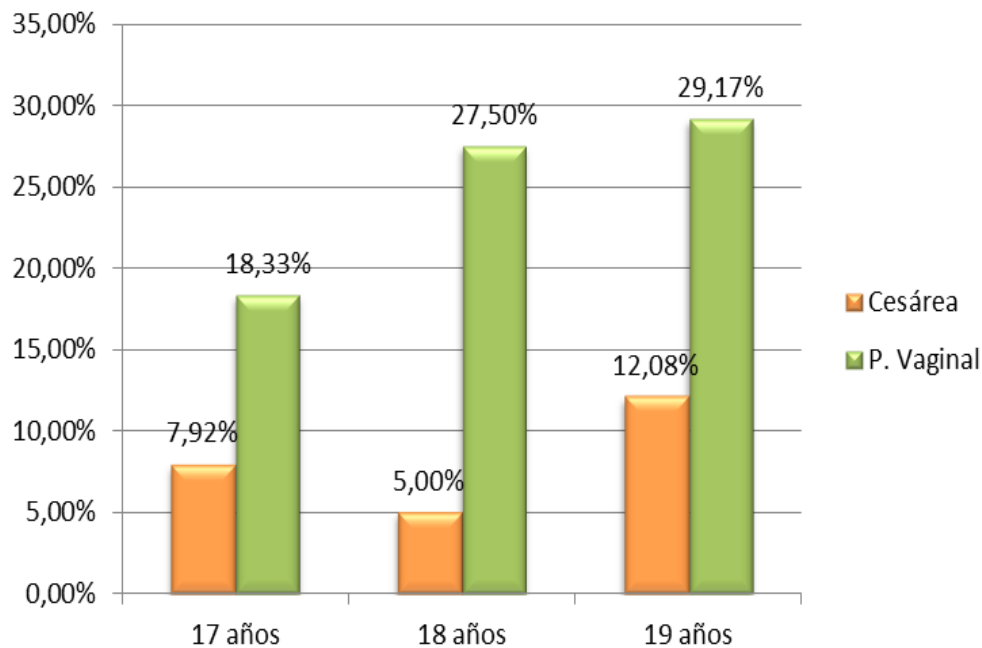
OR 17 años: 1,04      IC 95%: 0,64 - 1,70

OR 18 años: 0,44      0,26 - 0,75

**FRECUENCIA DE ALGUNOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A VÍAS DE PARTO EN ADOLESCENTES TARDÍAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DE APOYO CAMANÁ, 2007-2011**

**Gráfico 3**

**Distribución de adolescentes según tipo de parto y edad**



**En la Tabla y Gráfico 3** se muestra las características maternas relacionadas a la realización de cesárea en cuanto a la edad; donde apreciamos que a los 17 años la cesárea representó un 7,92%, a los 18 años 5 % y a los 19 años un 12,08%, mientras que los partos vaginales aumentaron con la edad; las diferencias fueron significativas ( $p < 0,05$ ); la edad menor (17 años) se asoció a una probabilidad discretamente menor ( $OR = 1,04$ ) de terminar en cesárea.

FRECUENCIA DE ALGUNOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A VÍAS DE PARTO EN  
ADOLESCENTES TARDÍAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL  
DE APOYO CAMANÁ, 2007-2011

Tabla 4

Distribución de adolescentes según tipo de parto y estado civil

E. civil	Cesárea		P. Vaginal		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Soltera	25	5,21%	78	16,25%	103	21,46%
Conviviente	90	18,75%	270	56,25%	360	75,00%
Casada	5	1,04%	12	2,50%	17	3,54%
Total	120	25,00%	360	75,00%	480	100,00%

Chi<sup>2</sup> = 0,21

G. libertad = 2

p = 0,90

OR soltera: 0,77

IC 95%: 0,25 - 2,40

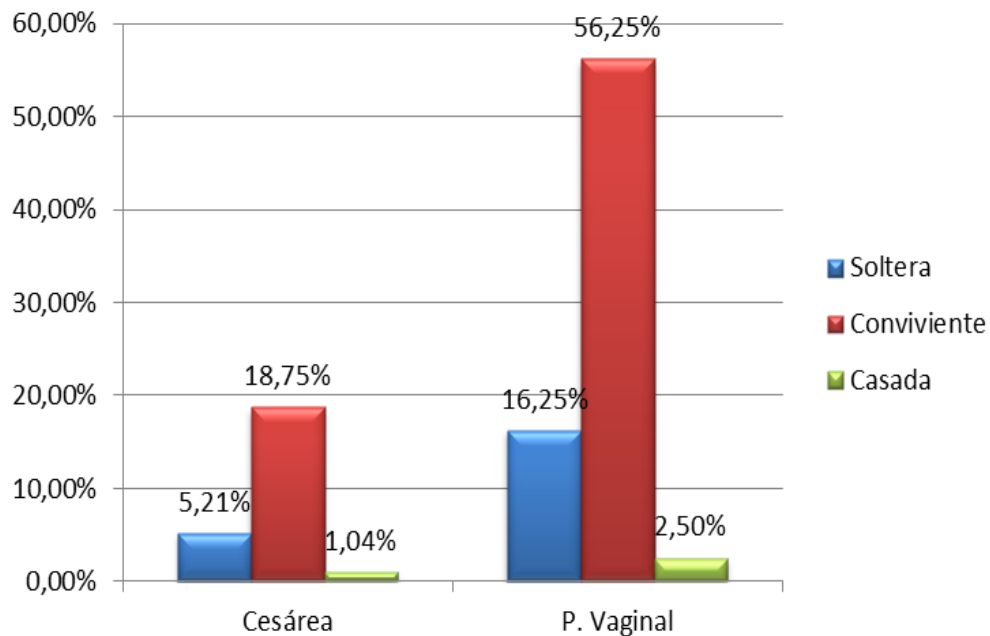
OR conviv.: 0,80

0,27 - 2,33

FRECUENCIA DE ALGUNOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A VÍAS DE PARTO EN  
ADOLESCENTES TARDÍAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL  
DE APOYO CAMANÁ, 2007-2011

Gráfico 4

Distribución de adolescentes según tipo de parto y estado civil



El estado civil de las madres con parto cesárea o vaginal se muestra en la **Tabla y gráfico 4**; el estado civil predominante fue conviviente 75%, representando el 18,75% en las cesareadas y el 56,25% en los partos vaginales, con 21,46% de solteras en el grupo total, siendo el 5,21% en cesareadas y el 16,25% en los partos vaginales, las diferencias fueron no significativas ( $p > 0,05$ ); el estado civil de soltera o conviviente no se relacionaron al parto por cesárea ( $OR < 1$ ).

**FRECUENCIA DE ALGUNOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A VÍAS DE PARTO EN  
ADOLESCENTES TARDÍAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL  
DE APOYO CAMANÁ, 2007-2011**

**Tabla 5**

**Distribución de adolescentes según tipo de parto e instrucción**

Instrucc.	Cesárea		P. Vaginal		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Primaria	20	4,17%	54	11,25%	74	15,42%
Sec. Incompl	38	7,92%	111	23,13%	149	31,04%
Sec. Compl	54	11,25%	150	31,25%	204	42,50%
Superior	8	1,67%	45	9,38%	53	11,04%
Total	120	25,00%	360	75,00%	480	100,00%

Chi<sup>2</sup> = 3,19      G. libertad = 3      p = 0,36

OR primaria: 2,08      IC 95%:      0,84 - 5,18

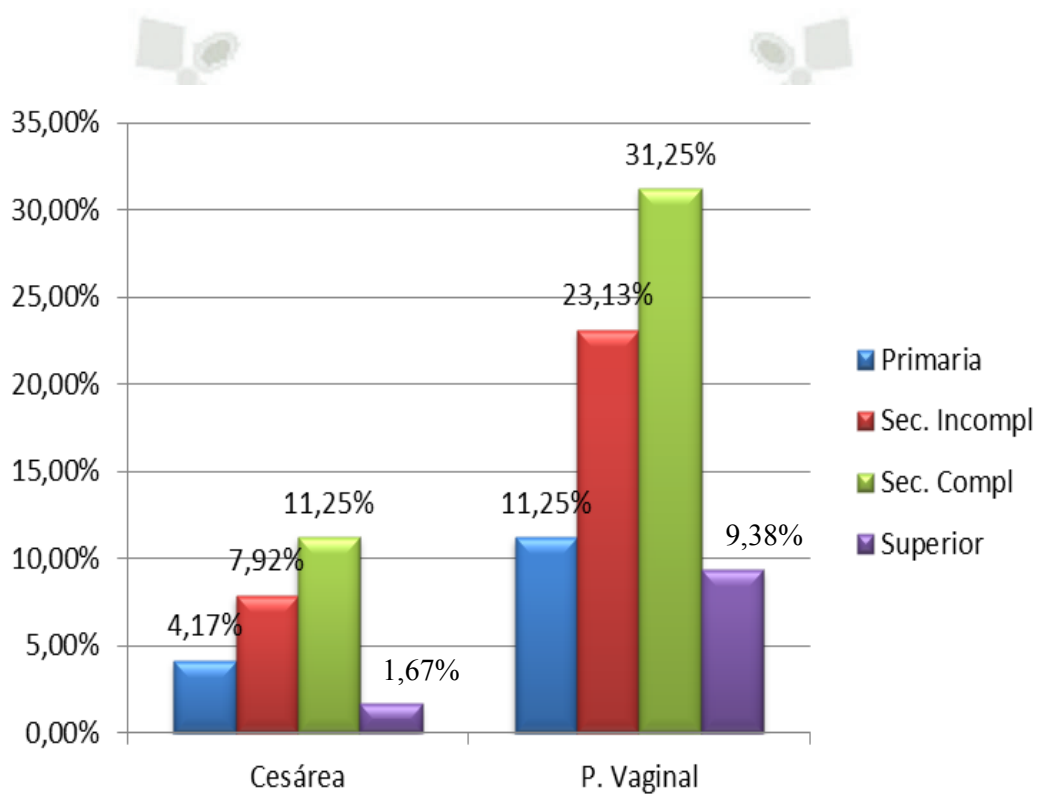
OR sec incomp: 1,93      0,83 - 4,45

OR sec comp: 2,03      0,90 - 4,57

FRECUENCIA DE ALGUNOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A VÍAS DE PARTO EN  
ADOLESCENTES TARDÍAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL  
DE APOYO CAMANÁ, 2007-2011

Gráfico 5

Distribución de adolescentes según tipo de parto e instrucción



En la **Tabla y Gráfico 5** se muestra la instrucción de las madres que dieron a luz por cesárea y parto vaginal; las proporciones de madres con primaria o instrucción secundaria y superior fueron similares entre los dos grupos ( $p > 0,05$ ), con un 15,42% del total con educación primaria, siendo 4,17% de este perteneciente al grupo de cesárea, y el 11,25% al grupo de parto de parto vaginal; 73,54% secundaria, del cual

7,92% fue incompleta en el grupo de cesárea y 23,13% en el grupo de parto vaginal, el 42,50% culminaron sus estudios secundarios, del cual el 11,25% terminaron su parto en cesárea y el 31,25% termino su parto por vía vaginal, siendo la secundaria completa la característica predominante en ambos grupos; y 11,04% con instrucción superior, del cual 1,67% pertenece al grupo de cesárea mientras que el 9,38% al grupo de parto vaginal. La educación primaria de la madre se asoció a una probabilidad 2,08 veces mayor de terminar el embarazo en cesárea, así como la educación secundaria lo hizo con una probabilidad 1,98 veces mayor, en relación a las madres con educación superior.



**FRECUENCIA DE ALGUNOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A VÍAS DE PARTO EN  
ADOLESCENTES TARDÍAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL  
DE APOYO CAMANÁ, 2007-2011**

**Tabla 6**

**Distribución de adolescentes según tipo de parto y ocupación**

Ocupación	Cesárea		P. Vaginal		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Su casa	102	21,25%	303	63,13%	405	84,38%
Estudiante	13	2,71%	40	8,33%	53	11,04%
Independiente	0	0,00%	1	0,21%	1	0,21%
Empleada	5	1,04%	11	2,29%	16	3,33%
Obrera	0	0,00%	5	1,04%	5	1,04%
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>25,00%</b>	<b>360</b>	<b>75,00%</b>	<b>480</b>	<b>100,00%</b>

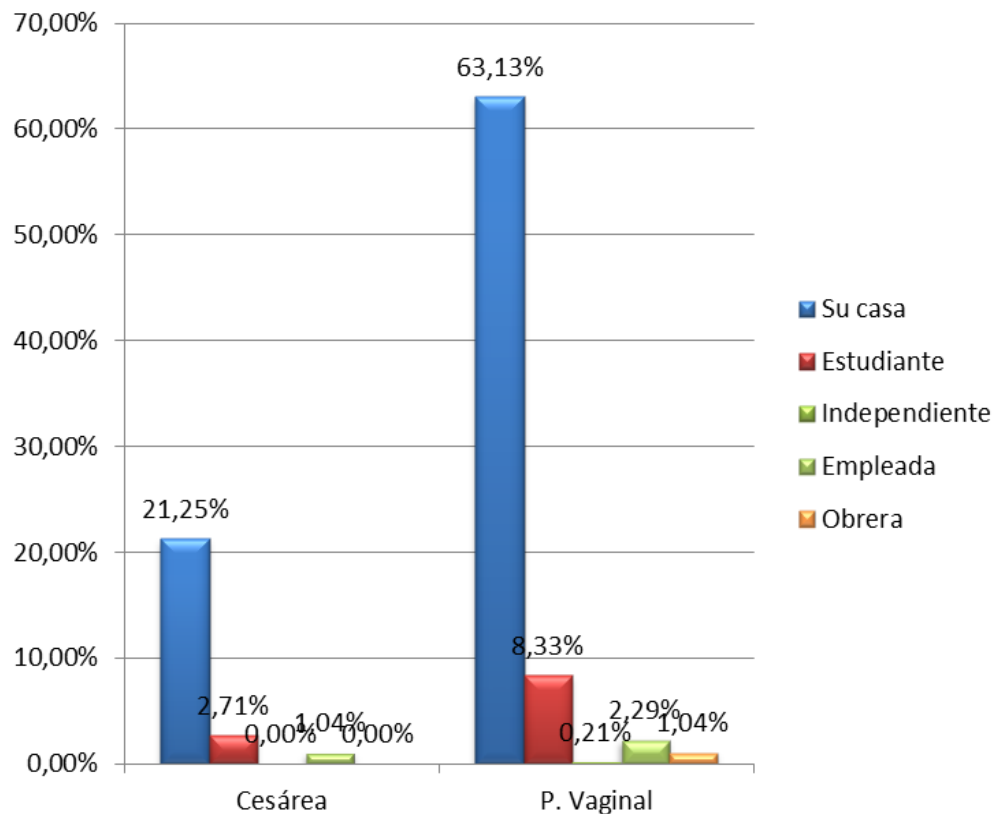
Chi<sup>2</sup> = 2,35      G. libertad = 4      p = 0,67

OR sin ocup.: 1,07      IC 95%: 0,60 - 1,90

**FRECUENCIA DE ALGUNOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A VÍAS DE PARTO EN ADOLESCENTES TARDÍAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DE APOYO CAMANÁ, 2007-2011**

**Gráfico 6**

**Distribución de adolescentes según tipo de parto y ocupación**



En la **Tabla y Gráfico 6** se muestra la ocupación de las gestantes adolescentes tardías según la forma de terminación del embarazo; tampoco se observaron diferencias significativas ( $p > 0,05$ ), con 84,38% del total de madres con ocupación en labores del hogar, del cual 21,25% pertenecen al grupo de cesárea y el 63,13% al grupo de parto vaginal, 11,04% fueron estudiantes, siendo 2,71% del grupo de cesárea y 8,33% del grupo de parto vaginal; y trabajando como independientes, empleadas u obreras en 4,58% de casos. La falta ocupación laboral se asoció a un riesgo 1,07 veces mayor de terminar en cesárea.

FRECUENCIA DE ALGUNOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A VÍAS DE PARTO EN  
ADOLESCENTES TARDÍAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL  
DE APOYO CAMANÁ, 2007-2011

Tabla 7

Distribución de adolescentes según tipo de parto y paridad

Paridad	Cesárea		P. Vaginal		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Ninguno	95	19,79%	297	61,88%	392	81,67%
Uno	23	4,79%	56	11,67%	79	16,46%
Dos	1	0,21%	6	1,25%	7	1,46%
Tres	1	0,21%	1	0,21%	2	0,42%
Total	120	25,00%	360	75,00%	480	100,00%

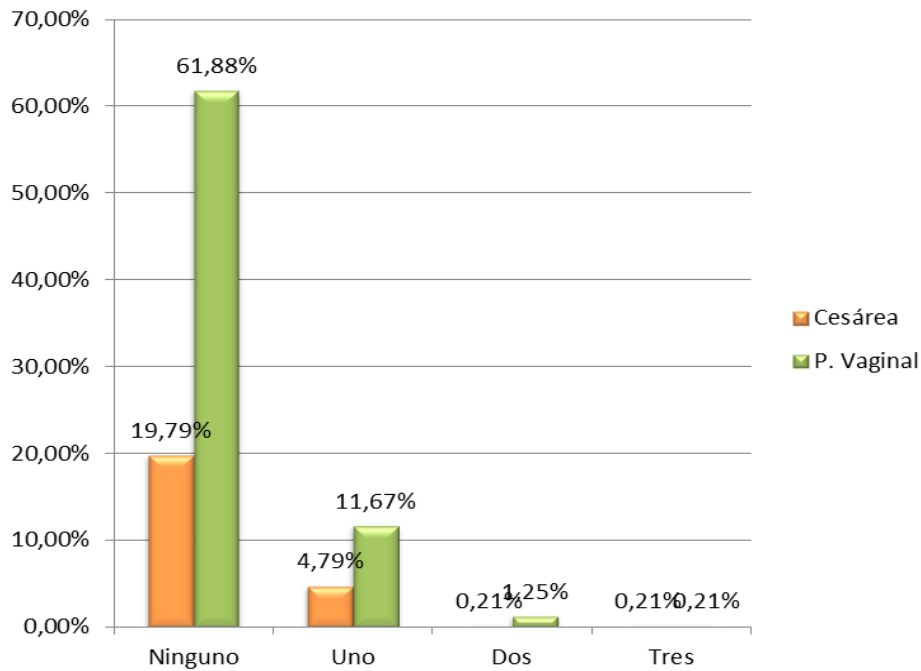
Chi<sup>2</sup> = 1,93      G. libertad = 3      p = 0,59

OR P previo: 1,24      IC 95%: 0,74 - 2,08

**FRECUENCIA DE ALGUNOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A VÍAS DE PARTO EN ADOLESCENTES TARDÍAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DE APOYO CAMANÁ, 2007-2011**

**Gráfico 7**

**Distribución de adolescentes según tipo de parto y paridad**



En relación a la paridad de las madres adolescentes tardías se muestra en la **Tabla y Gráfico 7**, que fue su primer embarazo en un 81,67% del total siendo 19,79% del grupo de cesárea y 61,88% del grupo de parto vaginal ; ya habían sido madres una vez antes el 16,46% de casos, 4,79% de estos en el grupo de cesárea y 11,67% en el grupo de parto vaginal ; a su vez 1,46% fueron madres por segunda vez ó 0,42% por tercera vez, porcentajes similares entre mujeres con y sin parto actual por cesárea ( $p > 0,05$ ); la paridad previa se asoció a una probabilidad 1,24 veces mayor de terminar en cesárea.

FRECUENCIA DE ALGUNOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A VÍAS DE PARTO EN  
ADOLESCENTES TARDÍAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL  
DE APOYO CAMANÁ, 2007-2011

Tabla 8

Distribución de adolescentes según tipo de parto y antecedente de  
cesárea

Parto previo	Cesárea		P. Vaginal		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Cesárea	14	15,91%	7	7,95%	21	23,86%
Vaginal	11	12,50%	56	63,64%	67	76,14%
Total	25	28,41%	63	71,59%	88	100,00%

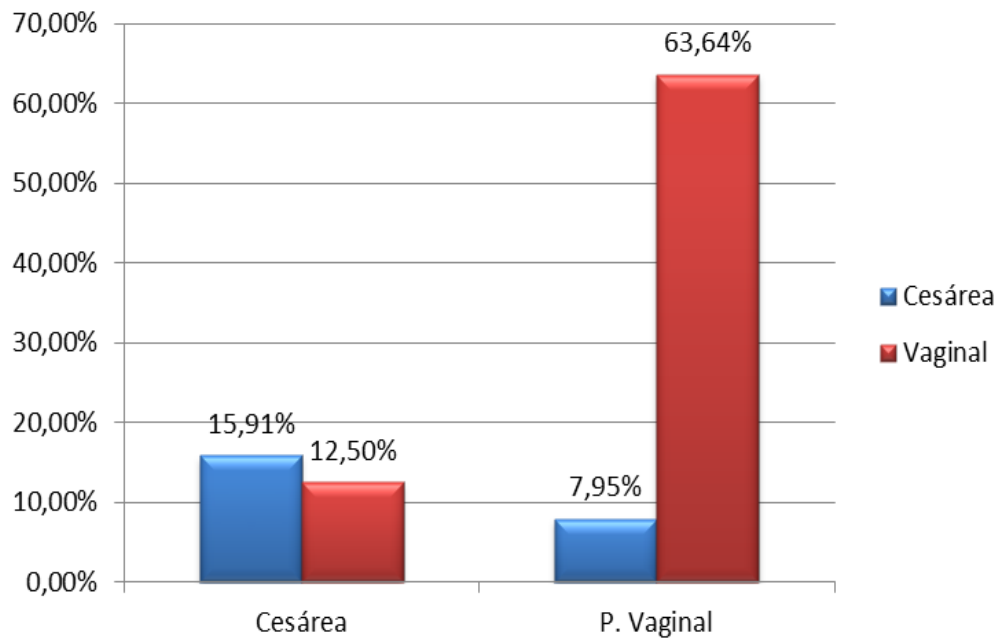
Chi<sup>2</sup> = 19,84      G. libertad = 1      p < 0,01

OR ces. previa: 10,18      IC 95%: 3,34 - 31,02

FRECUENCIA DE ALGUNOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A VÍAS DE PARTO EN  
ADOLESCENTES TARDÍAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL  
DE APOYO CAMANÁ, 2007-2011

Gráfico 8

Distribución de adolescentes según tipo de parto y antecedente de cesárea



En los casos de adolescentes con antecedente de haber sido madres, la **Tabla y Gráfico 8** muestran el antecedente de cesárea previa en sus partos anteriores; el 23,8% del total ya había sido cesareada anteriormente, representando el 15,91% de este a las madres con parto cesárea actual y 7,95% a las madres con parto vaginal actual; esta diferencia es significativa ( $p < 0,05$ ), y se asoció a un riesgo 10,18 veces mayor de volver a terminar en cesárea.

FRECUENCIA DE ALGUNOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A VÍAS DE PARTO EN  
ADOLESCENTES TARDÍAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL  
DE APOYO CAMANÁ, 2007-2011

Tabla 9

Distribución de adolescentes según tipo de parto y controles  
prenatales

CPN	Cesárea		P. Vaginal		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Inadecuado	26	5,42%	122	25,42%	148	30,83%
Adecuado	94	19,58%	238	49,58%	332	69,17%
Total	120	25,00%	360	75,00%	480	100,00%

Chi<sup>2</sup> = 6,30

G. libertad = 1

p = 0,01

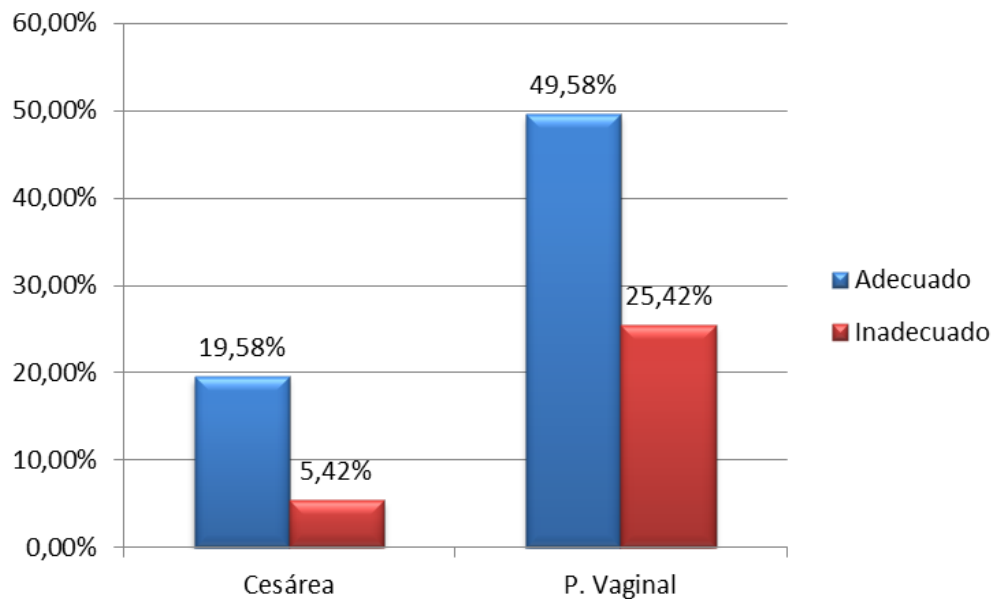
OR CPN ad: 1,85

IC 95%: 1,14 - 3,01

**FRECUENCIA DE ALGUNOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A VÍAS DE PARTO EN ADOLESCENTES TARDÍAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DE APOYO CAMANÁ, 2007-2011**

**Gráfico 9**

**Distribución de adolescentes según tipo de parto y controles prenatales**



En cuanto a los controles prenatales en el embarazo actual, la **Tabla y Gráfico 9** muestran que el 69,17 del total de madres adolescentes tuvo controles prenatales adecuados, 19,58% de éste corresponde al grupo de cesárea y el 49,58% al grupo de parto vaginal; diferencia significativa ( $p < 0,05$ ), lo que se asoció a una probabilidad 1,85 veces mayor de terminar el embarazo en cesárea.

FRECUENCIA DE ALGUNOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A VÍAS DE PARTO EN  
ADOLESCENTES TARDÍAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL  
DE APOYO CAMANÁ, 2007-2011

Tabla 10

Distribución de adolescentes según tipo de parto y anemia

Anemia	Cesárea		P. Vaginal		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Con anemia	31	6,46%	72	15,00%	103	21,46%
Sin anemia	89	18,54%	288	60,00%	377	78,54%
Total	120	25,00%	360	75,00%	480	100,00%

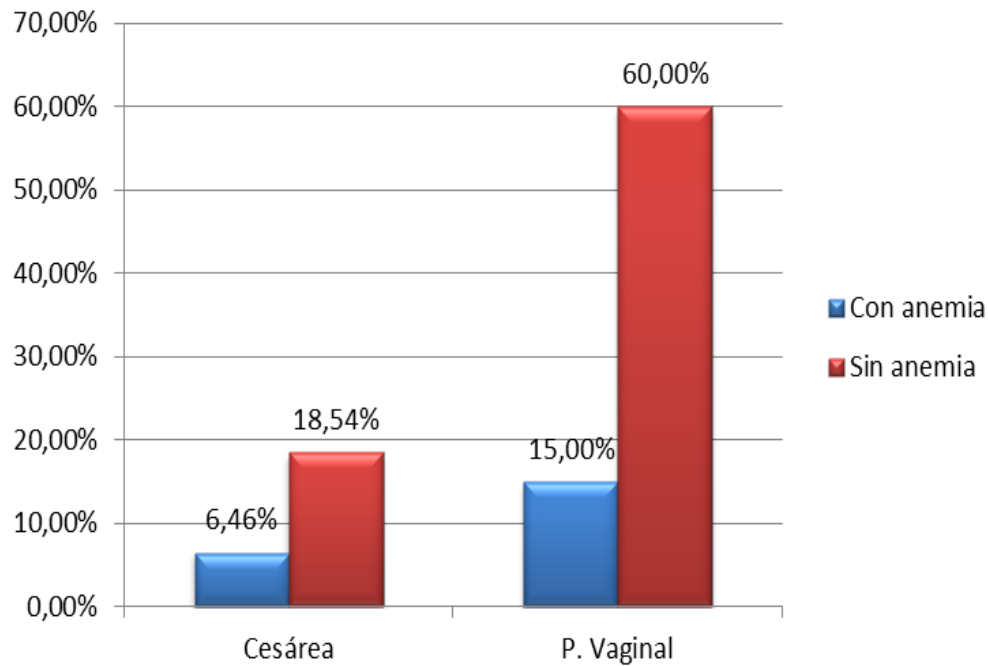
Chi<sup>2</sup> = 1,82      G. libertad = 1      p = 0,18

OR anemia: 1,39      IC 95%: 0,86 - 2,26

FRECUENCIA DE ALGUNOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A VÍAS DE PARTO EN  
ADOLESCENTES TARDÍAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL  
DE APOYO CAMANÁ, 2007-2011

Gráfico 10

Distribución de adolescentes según tipo de parto y anemia



La **Tabla y Gráfico 10** muestran la influencia de la anemia en la terminación del parto por cesárea; donde un 21,46% del total presento la enfermedad (6,46% en parto cesárea, 15% en parto vaginal;  $p > 0,05$ ) no habiendo diferencia significativa y una asociación de la anemia con un riesgo 1,39 veces mayor de cesárea.

**FRECUENCIA DE ALGUNOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A VÍAS DE PARTO EN  
ADOLESCENTES TARDÍAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL  
DE APOYO CAMANÁ, 2007-2011**

**Tabla 11**

**Distribución de adolescentes según tipo de parto y morbilidad materna**

Comorbilidad	Cesárea		P. Vaginal		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Sin patología	113	23,54%	353	73,54%	466	97,08%
Asma	1	0,21%	1	0,21%	2	0,42%
VDRL (+)	1	0,21%	0	0,00%	1	0,21%
Malf congénita vaginal	1	0,21%	0	0,00%	1	0,21%
Gastritis	1	0,21%	3	0,63%	4	0,83%
Epilepsia	2	0,42%	2	0,42%	4	0,83%
Aborto habitual	1	0,21%	0	0,00%	1	0,21%
Cardiopatía	0	0,00%	1	0,21%	1	0,21%
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>25,00%</b>	<b>360</b>	<b>75,00%</b>	<b>480</b>	<b>100,00%</b>

Chi<sup>2</sup> = 4,81

G. libertad = 1

p = 0,03

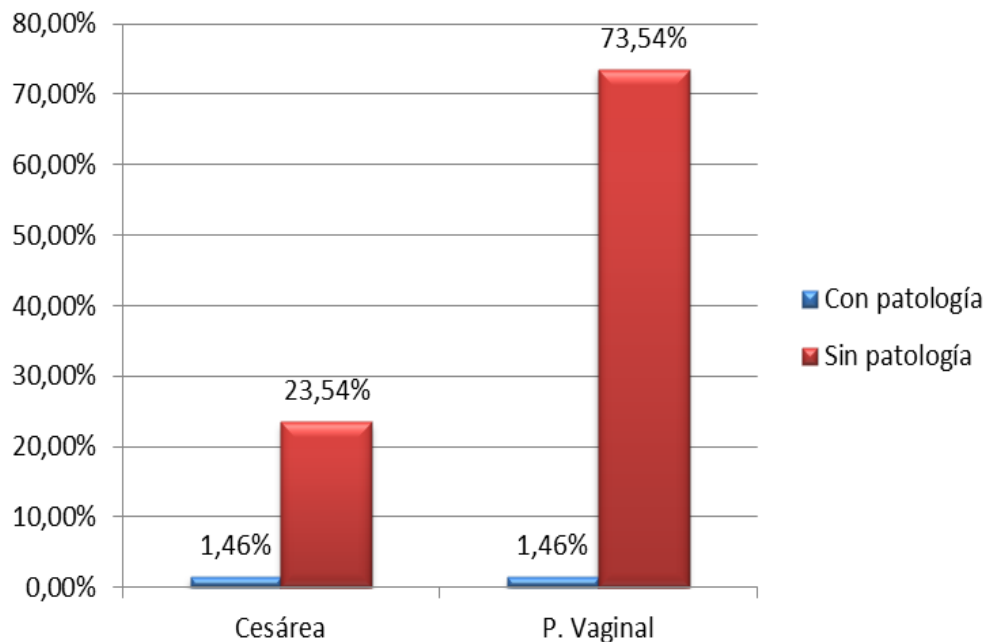
OR comorbilid: 3,12

IC 95%: 1,07 - 9,10

**FRECUENCIA DE ALGUNOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A VÍAS DE PARTO EN ADOLESCENTES TARDÍAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DE APOYO CAMANÁ, 2007-2011**

**Tabla 11**

**Distribución de adolescentes según tipo de parto y morbilidad materna**



La presencia de comorbilidades maternas con el término del embarazo por cesárea se muestra en la **Tabla y Gráfico 11**; un 2,92% del total de madres presentó comorbilidades, del cual el grupo de cesárea y de parto vaginal corresponden a 1,46% cada uno, existiendo diferencia significativa ( $p < 0,05$ ), que se asoció a una probabilidad 3,12 veces mayor de cesárea; las principales comorbilidades maternas fueron epilepsia, cardiopatías o malformaciones congénitas vaginal, entre otras.

FRECUENCIA DE ALGUNOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A VÍAS DE PARTO EN  
ADOLESCENTES TARDÍAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL  
DE APOYO CAMANÁ, 2007-2011

Tabla 12

Distribución de adolescentes según tipo de parto y enfermedad  
gestacional

Patología	Cesárea		P. Vaginal		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Ninguna	101	21,04%	358	74,58%	459	95,63%
Preclampsia / Eclampsia	11	2,29%	0	0,00%	11	2,29%
RPM	4	0,83%	2	0,42%	6	1,25%
Corioamnioitis	2	0,42%	0	0,00%	2	0,42%
P Previa	2	0,42%	0	0,00%	2	0,42%
Total	120	25,00%	360	75,00%	480	100,00%

Chi<sup>2</sup> = 52,75      G. libertad = 4      p < 0,01

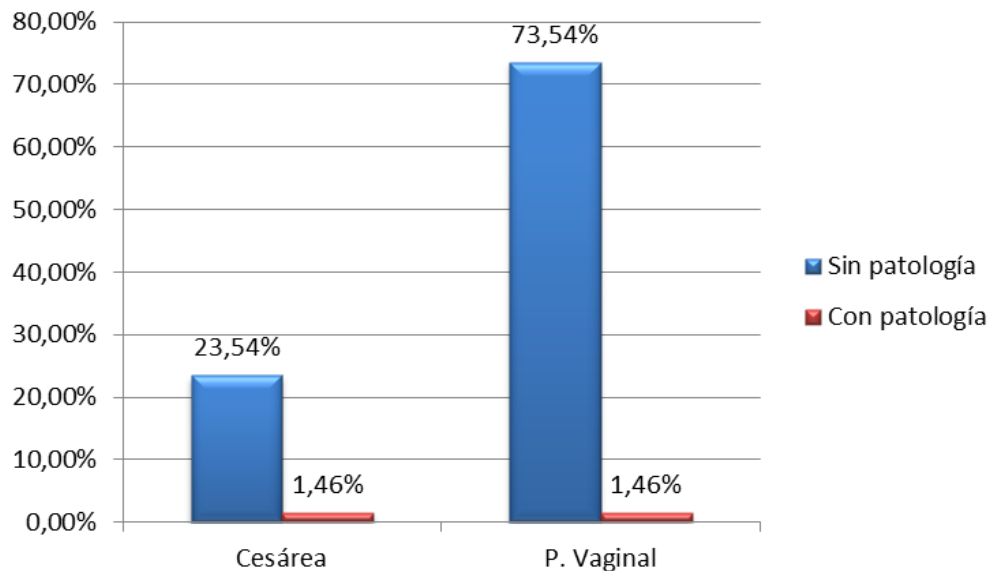
OR patología: 3,12      IC 95%:      1,07 – 9,10

OR RPM: 7,09      1,28 - 39,26

**FRECUENCIA DE ALGUNOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A VÍAS DE PARTO EN ADOLESCENTES TARDÍAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DE APOYO CAMANÁ, 2007-2011**

**Gráfico 12**

**Distribución de adolescentes según tipo de parto y enfermedad gestacional**



De manera similar, las patologías gestacionales de la madre se muestran en la **Tabla y Gráfico 12**; éstas se presentaron en 4,37% del total, 3,96% de este correspondió al grupo de cesárea y 0,42% al grupo de parto vaginal; lo que se asoció con un OR 3,12 mayor, principalmente cuando se trata de ruptura prematura de membrana (RPM) que se encontró en 0,83% del total de patologías gestacionales en grupo de cesareadas y en 0,42% en el grupo de controles (OR = 7,09); las demás comorbilidades como preeclampsia / eclampsia, corioamnioititis o placenta previa fueron razones exclusivas de cesárea (OR no calculable).

FRECUENCIA DE ALGUNOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A VÍAS DE PARTO EN  
ADOLESCENTES TARDÍAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL  
DE APOYO CAMANÁ, 2007-2011

Tabla 13

Distribución de adolescentes según tipo de parto y sexo del RN

Sexo RN	Cesárea		P. Vaginal		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Mujer	55	11,46%	178	37,08%	233	48,54%
Varón	65	13,54%	182	37,92%	247	51,46%
Total	120	25,00%	360	75,00%	480	100,00%

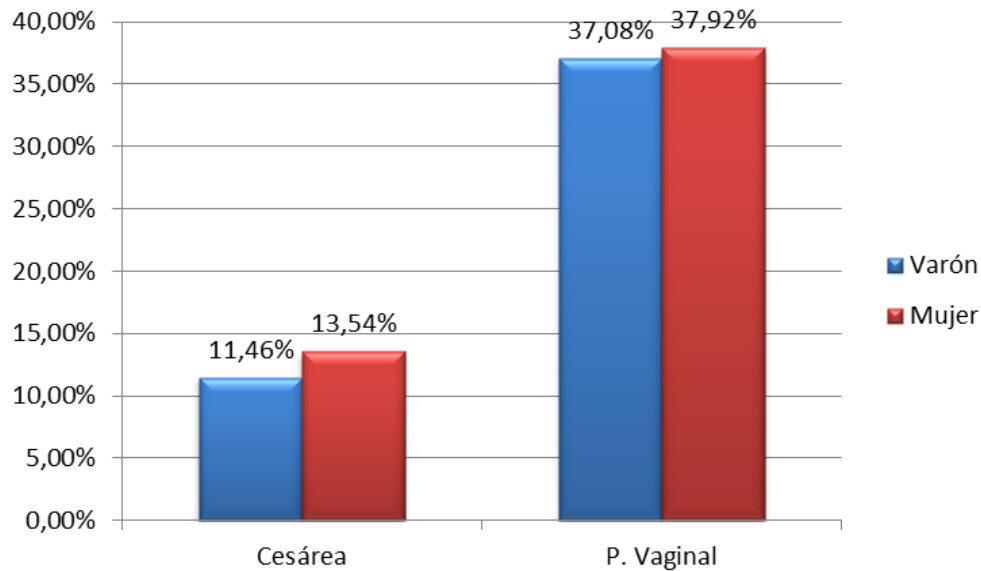
Chi<sup>2</sup> = 0,47      G. libertad = 1      p = 0,49

OR varón: 1,16      IC 95%: 0,76 - 1,75

FRECUENCIA DE ALGUNOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A VÍAS DE PARTO EN  
ADOLESCENTES TARDÍAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL  
DE APOYO CAMANÁ, 2007-2011

Gráfico 13

Distribución de adolescentes según tipo de parto y sexo del RN



En relación a las características neonatales asociadas a la cesárea, la **Tabla y Gráfico 13** muestran la distribución de neonatos por sexo; el 51,46% del total de partos fueron varones y 48,54% fueron mujeres, con proporciones similares entre los grupos ( $p > 0,05$ ) no hubo diferencia significativa, aunque el sexo masculino se asoció a un riesgo 1,16 veces mayor de cesárea.

**FRECUENCIA DE ALGUNOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A VÍAS DE PARTO EN  
ADOLESCENTES TARDÍAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL  
DE APOYO CAMANÁ, 2007-2011**

**Tabla 14**

**Distribución de adolescentes según tipo de parto y peso del RN**

Peso RN	Cesárea		P. Vaginal		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
< 2500 g	2	0,42%	6	1,25%	8	1,67%
2500-3999 g	100	20,83%	343	71,46%	443	92,29%
≥ 4000 g	18	3,75%	11	2,29%	29	6,04%
Total	120	25,00%	360	75,00%	480	100,00%

Chi<sup>2</sup> = 22,64

G. libertad = 2

p < 0,01

OR p bajo: 1,14

IC 95%: 0,23 - 5,75

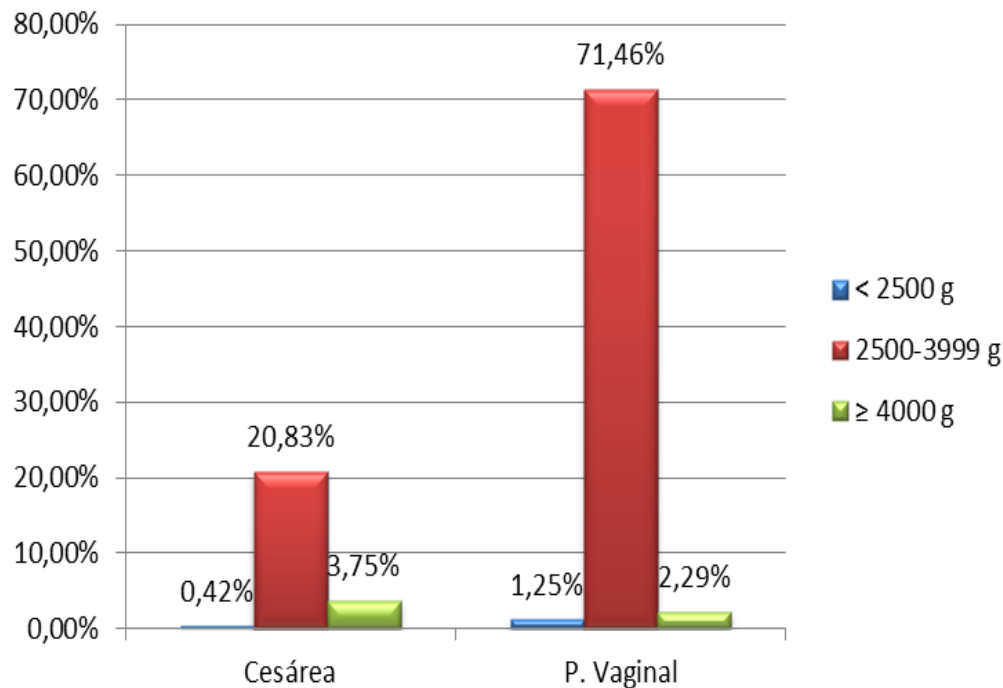
OR macrosomía: 5,61

2,57 - 12,27

**FRECUENCIA DE ALGUNOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A VÍAS DE PARTO EN ADOLESCENTES TARDÍAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DE APOYO CAMANÁ, 2007-2011**

**Gráfico 14**

**Distribución de adolescentes según tipo de parto y peso del RN**



La **Tabla y Gráfico 14** muestran el peso de los neonatos nacidos por cesárea o por parto vaginal; los neonatos con peso mayor a 4000 gramos en el grupo de cesárea fue de 3,75% del total de recién nacidos y 2,29% en el grupo de parto vaginal ; con 1,67% del total de productos con bajo peso, del cual 0,42% pertenece al grupo de cesárea y 1,25% al grupo de parto vaginal ; estas diferencias resultaron significativas ( $p < 0,05$ ), y el peso bajo se asoció a un riesgo 1,14 veces mayor de cesárea, mientras que el peso mayor a 4000 gramos lo hizo con un riesgo 5,61 veces mayor.

**FRECUENCIA DE ALGUNOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A VÍAS DE PARTO EN  
ADOLESCENTES TARDÍAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL  
DE APOYO CAMANÁ, 2007-2011**

**Tabla 15**

**Distribución de adolescentes según tipo de parto y patología fetal**

Patología.	Cesárea		P. Vaginal		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Ninguna	70	14,58%	347	72,29%	417	87,08%
Dist presentac	18	3,75%	0	0,00%	18	3,75%
Macrosomía	12	2,50%	11	2,29%	23	4,79%
SFA	20	4,17%	2	0,42%	22	4,58%
Total	120	25,00%	360	75,00%	480	100,00%

Chi<sup>2</sup> = 165,30

G. libertad = 4

p < 0,01

OR patología: 27,60

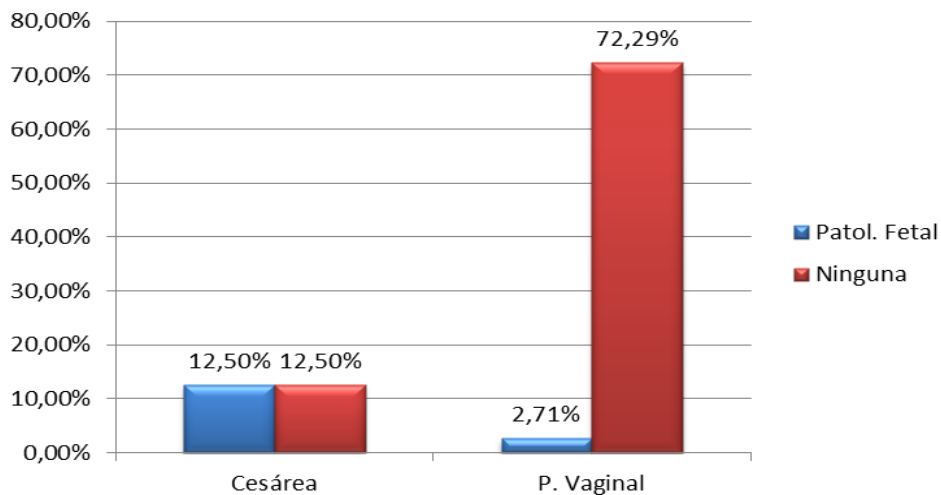
IC 95%:

14,27 - 53,36

**FRECUENCIA DE ALGUNOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A VÍAS DE PARTO EN ADOLESCENTES TARDÍAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DE APOYO CAMANÁ, 2007-2011**

**Gráfico 15**

**Distribución de adolescentes según tipo de parto y patología fetal**



La **Tabla y Gráfico 15** muestra la asociación de las patologías fetales relacionadas a la forma de terminación del parto; el 12,92% del total de partos en adolescentes se produjeron por alguna patología fetal, siendo 10,42% de este en el grupo de cesárea y 2,71% en el grupo de parto vaginal, con diferencia significativa ( $p < 0,05$ ), donde predominó la macrosomía fetal 4,79% del total de partos (2,50% en el grupo de cesárea y 2,29% en el grupo de parto vaginal) seguido del sufrimiento fetal agudo con 4,58% del total (SFA; 4,17% nacidos por cesárea, 0,42% en el grupo de parto vaginal), en segundo lugar la distocia de presentación con 3,75% de nacidos por cesárea mientras que ningún caso en el grupo de parto vaginal. La presencia de alguna patología fetal se asoció a una probabilidad 27,60 veces mayor de terminar el parto por cesárea



## DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

El presente estudio buscó determinar la frecuencia de algunos factores de riesgo asociados a vías de parto en adolescentes tardías atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital de Apoyo Camaná, durante el periodo 2007-2011. La motivación para realizar el presente trabajo fue mi experiencia personal al ser testigo del dilema que día a día enfrenta el especialista ginecobstetra al momento de decidir si se realizará un parto por vía vaginal o por cesárea, especialmente en el grupo de gestantes adolescentes tardías quienes aun se encuentran en el proceso de culminación de su desarrollo biopsicosocial.

Para tal fin se realizó una revisión de las historias clínicas de adolescentes tardías atendidas por parto en el hospital en el periodo de estudio, aplicando criterios de selección. Se muestran los resultados mediante estadística descriptiva y se comparan grupos mediante prueba chi cuadrado y con asociación univariada con odds ratio.

**Tabla y Gráfico.1** Un estudio de Monterrosa –Castro Ay Arias Martínez M (15) del hospital de maternidad Rafael Calvo, Colombia “partos vaginales y cesáreas en adolescentes :comportamiento entre 1993 y 2005” mostró un incremento significativo de la incidencia de cesárea en menores de 20 años al pasar de 11,5% en 1993 al 57,9% en el 2005 lo cual muestra una similitud a nuestro estudio por lo que deducimos que este incremento se debe al aumento del número de especialistas a nivel de América Latina en los servicios de ginecoobstetricia además que al pasar los años se ha observado un aumento en la adquisición de equipos de apoyo al

diagnóstico que permiten tener un mejor control materno-fetal permitiendo distinguir objetivamente la vía de parto.

**Tabla y gráfico 2.** En el estudio de Abad P.(18) del hospital Hipólito Unánue – Lima en 1999 “Cesárea en adolescentes” se obtuvo que las principales indicaciones para cesárea fueron DFP en 16,5% y la distocia de presentación en un 14,6%, al comparar estos datos con nuestro trabajo tenemos una similitud en la frecuencia de distocias de presentación por lo que deducimos ésta es una indicación de cesárea prevalente en adolescentes, al mismo tiempo a diferencia del trabajo mencionado la mayor indicación de cesárea en nuestro estudio fue el SFA, lo cual se explica porque aun existe un inadecuado control prenatal por parte de las gestantes adolescentes lo que dificulta un diagnóstico precoz de enfermedades predisponentes del SFA tales como enfermedad hipertensiva del embarazo ,además en los últimos años se ha implementado los servicios de ginecoobstetricia con equipos electrónicos de apoyo al diagnóstico que permiten detectar objetivamente esta patología, aumentando la tasa de ésta.

**Tabla y gráfico 3.** Un estudio de Mayer. M (21) del hospital doctor Ramón Madariaga “Complicaciones perinatales y vía de parto en recién nacidos de madres adolescentes tempranas y tardías en el 2004” mostró que las adolescentes tempranas constituyeron un 0,93% y las adolescentes tardías un 99,07%, además la frecuencia de cesáreas en adolescentes constituyó el 14,07% del total de adolescentes siendo 0,09% en adolescentes tempranas y 13,98% en adolescentes tardías. A comparación del nuestro se muestra una similitud en el aumento del número de embarazos al aumentar la edad. Asimismo al comparar el número de cesáreas en adolescentes tardías observamos que nuestro estudio mostró un mayor porcentaje de éstas y un

menor porcentaje de partos eutócicos, de lo que podemos deducir que las gestantes adolescentes tardías al aumentar en edad buscan mas información acerca del embarazo y sus posibles complicaciones, lo cual se refleja en un adecuado control prenatal, permitiendo de esta forma la detección temprana de situaciones que pueden terminar en cesárea. Asimismo la edad menor de 17 años se asoció a una probabilidad discretamente menor de terminar en cesárea debido al desarrollo biopsicológico incompleto en este grupo etáreo.

**Tabla y gráfico 4.** Un estudio de Llerena Cárdenas F(20) del Hospital de Apoyo Camaná del 2010 mostró que el 65.06% eran convivientes, 16,87% casadas y 18,07% solteras mostrando semejanza con el nuestro, siendo mayor el porcentaje de estado civil conviviente lo que se puede explicar debido a que este grupo etáreo aún no tiene un plan de vida definido ni ha recibido una adecuada orientación en cuanto a planificación familiar conllevándolas a embarazos no deseados y a la convivencia, a su vez las solteras ocuparon el segundo lugar en frecuencia en ambos estudios, dentro está incluidas los embarazos provenientes de abuso sexual ,inmadurez psicosocial por parte del padre adolescente haciendo que este no asuma el rol de cabeza del núcleo familiar. De la misma manera encontramos que el estado civil de no tiene relación con la terminación del embarazo por cesárea.

**Tabla y gráfico 5.** En el trabajo de Llerena Cárdenas F (20), se observó que el grado de instrucción predominante fue primaria con un 53,01%, secundaria 31,93%, 7,83% el grado superior y 7,23% analfabetas, comparado con nuestro estudio observamos diferencias significativas en cuanto al grado instrucción predominante el cual fue secundaria completa . Lo que demuestra que existe mayor interés por parte

de las adolescentes tardías en culminar sus estudios, además existe un mayor riesgo de terminar el parto en cesárea por parte de aquellas gestantes con grado de instrucción primaria, ya que al truncar sus estudios no se relacionan con adolescentes de su misma edad ni tienen acceso a información acerca del embarazo y de la importancia del bienestar materno- fetal, por lo que culminan su embarazo sin el respectivo seguimiento por parte del personal de salud, lo que podría condicionar la indicación de cesárea al momento de la atención del parto ante la presencia del compromiso de la vida del feto como en el caso del SFA por preclampsia el cual pudo ser prevenido con un seguimiento adecuado del embarazo.

**Tabla y grafico 6.** En el estudio de Llerena Cárdenas (20) el 49,4% de gestantes se dedican a labores del hogar y el 37,35% son estudiantes, estos resultados obtenidos en grupos de adolescencia temprana, media y tardía difieren de nuestros resultados obtenidos en adolescentes tardías ya que este grupo etáreo en su mayoría ha culminado con sus estudios secundarios dedicándose así a labores del hogar. También se observó que existe un mayor riesgo en el grupo de adolescentes sin ocupación de terminar el embarazo en cesárea ya que al estar confinadas en su hogar no cuentan con un adecuado seguimiento del embarazo.

**Tabla y grafico 7.** En el estudio de Mayer M, Barrias (21) en el hospital Ramón Madariaga de Argentina en el 2004 se encontró que del total de adolescentes; las adolescentes tardías nulíparas representaron el 63,18% y las múltiparas las 35.88% existiendo una tasa elevada de adolescentes múltiparas a comparación a nuestro estudio que puede deberse a características socioculturales e interpersonales propias de ese medio influyendo en la iniciación temprana de relaciones sexuales.

Asimismo en nuestro estudio demostramos que la paridad previa se asoció a un riesgo insignificante de terminar el siguiente embarazo en cesárea que puede ser explicada por la presencia de cesárea anterior o por la aparición de patologías gestacionales ,fetales o del trabajo de parto que no aparecieron en el primer embarazo..

**Tabla y grafico 8** .Nuestros resultados muestran que no toda madre con el antecedente de haber sido cesareada anteriormente tiene que ser sometida a cesárea nuevamente, sino que un gran porcentaje de estas fueron sometidas a trabajo de parto, obteniendo un producto viable por parto eutócico. Demostrando de esta manera que el antecedente de ser cesareada anterior no es indicación absoluta de una nueva cesárea. Al mismo tiempo las madres con cesárea previa tuvieron mayor riesgo de terminar su embarazo en cesárea debido a patologías maternas preexistentes diagnosticadas en el primer embarazo.

**Tabla y grafico 9** .En el estudio de Llerena Cárdenas F (20) el 77,11% de las madres en el momento de atención del parto habían cumplido con sus controles prenatales dejando un importante 22,89% que no tuvo controles prenatales antes de su atención en el hospital, lo que difiere con los resultados de nuestro trabajo ,ya que encontramos que las gestantes de nuestra población tuvieron un control prenatal adecuado (6 a más) por lo que deducimos que al ser nuestro grupo de adolescentes tardías , éstas acuden con más frecuencia a sus controles para asegurar un embarazo sin complicaciones. De la misma manera las madres con controles prenatales adecuados tuvieron una mayor probabilidad de terminar el embarazo en cesárea, ya que al tener un embarazo con un seguimiento adecuado por parte del personal de

salud es posible detectar patologías gestacionales, fetales y dentro del trabajo de parto que puedan condicionar una cesárea, aumentando de esta forma la indicación de ésta.

**Tabla y grafico 10.** En el estudio de Johnny Casas (16), el parto en la adolescente, estudio de tres grupos: adolescencia temprana, tardía y grupo control en el Hospital María Auxiliadora en 1998, al estudiar la patología materna en cada grupo se observó que el 28,6% de las adolescentes tardías presentaban anemia, comparado con nuestro estudio la tasa de anemia en este grupo fue ligeramente menor por lo que se deduce que el control prenatal de las gestantes ha aumentado, detectando y tratando patologías como ésta, brindando además orientación en cuanto a la nutrición. Al mismo tiempo con nuestros resultados demostramos que existe un riesgo insignificante de cesárea en las pacientes con anemia que puede explicarse por que los bajos niveles de hemoglobina condicionan un aporte deficiente de oxígeno al feto por parte de la sangre materna que conlleva a un sufrimiento fetal, siendo éste una indicación de cesárea.

**Tabla y grafico 11.** En el trabajo de Johnny Casas (16) la frecuencia de otras patologías diferentes a anemia en adolescentes tardías fue 8,7% que al ser comparado con nuestro estudio existe relativa similitud en la frecuencia de éstas. Con nuestros resultados observamos que la comorbilidad materna como malformación congénita vaginal y epilepsia se asociaron a un mayor riesgo de terminar el embarazo en cesárea debido a que estas patologías pueden interferir en el proceso del trabajo de parto, comprometiendo el bienestar fetal debiéndose terminar el parto por cesárea.

**Tabla y grafico 12.**En el estudio de Johnny Casas (16) se encontró que 30,3% de adolescentes tardías presentaron algún tipo de enfermedad gestacional siendo este porcentaje el doble de la tasa encontrada por nosotros. Lo que puede deberse a una deficiencia en el diagnóstico de éstas patologías en el hospital de Camaná por ser un establecimiento de menor nivel por lo que cuenta con menos equipos de ayuda diagnóstica. Al mismo tiempo el aporte de nuestro estudio refleja que la presencia de cualquier tipo de enfermedad gestacional se relaciona directamente con la culminación del embarazo por cesárea debido a que estas patologías de ésta por estar en juego la vida del feto.

**Tabla y grafico 13.**Según el informe anual del INEI del 2009 (25) se estima mundialmente que cada año nacen 105 niños por 100 niñas, estimación que concuerda con los resultados obtenidos en nuestro estudio. Asimismo no existe una influencia del sexo con tipo de parto.

**Tabla y grafico 14.**El estudio de Urbina y Pacheco (13) mostró que el 84,4% de los recién nacidos pesó entre 2500 gr y 3999 gr y 12% menos de 2500 gr, resultados que van de acuerdo a los nuestros en el grupo de los de peso adecuado, a su vez en nuestro estudio encontramos un porcentaje menor de recién nacidos con un peso menor a 2500, y un porcentaje mayor de recién nacidos con un peso mayor a 4000, lo que podría explicarse por la excesiva alimentación de algunas gestantes y población de la zona, siendo el sobrepeso un patología frecuente en Camaná. A su vez el peso mayor a 4000 gramos se asoció a un riesgo mayor a terminar el embarazo por cesárea debido a que el desarrollo de las estructuras envueltas en el trabajo de parto no han alcanzado una madurez plena.

**Tabla y grafico 15.**En el estudio de Hatem Y, et al.(27) en el hospital J.M. Casal Ramos –Venezuela 1990-1993 que estudió la cesárea en adolescente ,donde se encontró que la distocia de presentación asociada a cesárea fue de un 27,63% y el sufrimiento fetal fue de 9.8%;estos resultados concuerdan con los encontrados en nuestro estudio permaneciendo la distocia de presentación y el sufrimiento fetal como patologías más frecuentes asociadas a cesárea , a su vez a diferencia del trabajo mencionado nosotros encontramos un mayor porcentaje de sufrimiento fetal agudo en nuestras pacientes ,que puede explicarse por una mayor disponibilidad de equipos de apoyo diagnostico en una gran parte de los servicios de ginecoobstetricia de los hospitales de América Latina. A su vez la presencia de alguna patología fetal se asocio a una mayor probabilidad de terminar el parto por cesárea ya que la presencia de estas patologías es indicación de cesárea ya que esta en compromiso la vida del feto.



## CONCLUSIONES

- Primera.** La frecuencia de parto por cesárea en adolescentes tardías atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital de Apoyo Camaná, durante el periodo 2007-2011 fue de 25%, con una tendencia creciente en los últimos años.
- Segunda.** El factor de riesgo materno más frecuente que se asocia a cesárea en adolescentes tardías atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital de Apoyo Camaná, durante el periodo 2007-2011 fue la cesárea anterior.
- Tercera.-** Los factores de riesgo gestacionales mas frecuentes que se asocian a cesárea en adolescentes tardías atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital de Apoyo Camaná, durante el periodo 2007-2011 fueron la preeclampsia y la ruptura prematura de membranas.
- Cuarta.-** Los factores de riesgo fetales más frecuentes que se asocian a cesárea en adolescentes tardías atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital de Apoyo Camaná, durante el periodo 2007-2011 fueron el sufrimiento fetal agudo , distocia de presentación y la macrosomía fetal.
- Quinto.-** Los principales factores de riesgo asociados a cesárea en gestantes adolescentes tardías atendidas en el servicio de ginecoobstetricia del hospital de Apoyo Camaná durante el periodo 2007-2011, fueron la edad de 19 años , la Cesárea previa ,la patología gestacional ,el sufrimiento fetal agudo .

## SUGERENCIAS

- 1) Se recomienda a la Dirección de Salud de Camaná tomar medidas destinadas a prevenir complicaciones en gestantes adolescentes tardías a través de campañas de información acerca del embarazo y la importancia de los controles prenatales.
- 2) Se recomienda al Ministerio de Educación que incentiven a las adolescentes tardías a informarse acerca de las complicaciones que pueda presentar el embarazo en esta edad y de la importancia de acudir a un centro de salud ante la identificación de uno de estos factores.
- 3) Se recomienda a los estudiantes de Medicina de la UCSM realizar estudios en adolescentes tardías en cuanto al nivel de conocimiento de factores de riesgo del embarazo.
- 4) Se recomienda a los profesionales de la salud participar en campañas educativas enfocadas en los factores de riesgo más frecuentes en gestantes adolescentes tardías.
- 5) Al servicio de ginecobstetricia se recomienda poner mayor énfasis en la identificación y control exhaustivo de las gestantes adolescentes para prevenir complicaciones posteriores.

## BIBLIOGRAFIA

### BIBLIOGRAFIA CONSULTIVA

1. Gómez-Sotelo A et al. Representaciones sociales del embarazo y la maternidad en adolescentes primigestantes y multigestantes en Bogotá. Rev salud pública.2012;14(2):189-199.
2. Freyre R. Embarazo en Adolescentes. Barcelona – España: Editorial Omega; 1998.
3. Cunningham F. Cesarean Delivery and Postpartum hysterectomy In:Williams Obstetrics. 22nd edition.McGraw-Hill;2007.
4. Mena P. Operación cesárea. En: Pérez-Sánchez A, Donoso-Siña E. Pérez Sánchez – Obstetricia. 3ª ed. Santiago-Chile: Mediterráneo; 2001. p. 290-300.
5. Sehdev H, Pritzker J. Cesarean Delivery. 2ª ed. Pennsylvania: 2002.
6. Saez V. Embarazo y adolescencia. Resultados perinatales en la ciudad de la Habana. Revista cubana ginecol.2005 May-Ago;31(2).
7. Benitez N, Locatelli V, Obregon K, Abreo G. Resultados perinatales en madres adolescentes en Argentina. Revista de Postgrado de la VIa Cátedra de Medicina.2008 Nov (187):6-9.
8. Dominguez-Anaya R, Herazo-Beltran Y. Edad de la gestante adolescente como factor de riesgo para complicaciones en el embarazo en Cartagena en el 2009:estudio de corte transversal. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2011;62(2):141-147.

9. Paredes J, Mondragon F, Ortiz M. Complicaciones maternas perinatales del embarazo en primigestas adolescentes: estudio caso-control. Rev Per Ginecol Obstet. 2007;53(1):28-34.
10. Huanco D, Ticona M, Huanco F. Frecuencia y repercusiones maternas y perinatales del embarazo en adolescentes atendidas en hospitales del Ministerio de Salud del Perú, año 2008. Rev chil obstet ginecol. 2012;77(2):122-128.
11. Ulanowicz M, Parra K, Wendler G. Riesgos en el embarazo adolescente. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina. 2006 Ene;(153): 13-17.
12. Menendez G, Navas I, Hidalgo Y, Espert Castellanos J. El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2012;38(3):333-342.
13. Urbina C, Pacheco J. Embarazo en adolescentes. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Red Asistencial Rebagliati, EsSalud. Lima, Perú. Rev Per Ginecol Obstet. 2006; 52(1):118-123.
14. Monterrosa-Castro A, Arias-Martínez M. Partos vaginales y cesáreas en adolescentes: comportamiento entre 1993 y 2005 Hospital de Maternidad "Rafael Calvo", Cartagena (Colombia). Rev Colomb Obstet Ginecol.2007;58(2):108-115.
15. Monterrosa-Castro A, Arias-Martínez M. Partos vaginales y cesáreas en adolescentes: comportamiento entre 1993 y 2005, Hospital de Maternidad "Rafael Calvo", Cartagena (Colombia). Rev Colomb Obstet Ginecol.2007;58(2):107-114.

16. Casas J, Chumbe O, Inguil R, Gonzales L, Mercado F. El parto en la adolescente: estudio de tres grupos :adolescencia temprana, tardía y grupo control. Rev Per Obstet Ginecol. 1998;44(2):101-106.
17. Monterrosa-Castro A, Arias-Martínez M. Partos vaginales y cesáreas en adolescentes: comportamiento entre 1993 y 2005, Hospital de Maternidad "Rafael Calvo", Cartagena (Colombia). Rev Colomb Obstet Ginecol.2007;58(2).
18. Abad P. Cesárea en adolescentes. Rev Per Obstet Ginecol.2004;50:202-208
19. Molina R. Etica de atención en salud sexual y reproductiva para adolescentes:” una experiencia clínica”. En Molina R., Sandoval J, Gonzales E, salud Sexual y Reproductiva en la adolescencia. Santiago: Editorial Mediterráneo, 2003; 562-610.
20. Llerena F. Características sociodemográficas y culturales relacionadas al embarazo en adolescentes consultantes del Hospital de Apoyo Camaná-Arequipa 2010. [Tesis]. Facultad de Medicina Humana, Universidad Católica de Santa María, Arequipa: 2011.
21. Mayer M, Barrias A, Barboza S, Fochesatto. Complicaciones perinatales y vías de parto en recién nacidos de madres adolescentes tempranas y tardías. Revista de posgrado de la VIa Cátedra de Medicina .2006 Ago;(160):1-4.
22. Zea J. Complicaciones obstétricas en adolescentes Atendidas en el servicio de gineco obstetricia del hospital Jose Maria Velasco Ibarra en el Periodo Agosto 2008 –Julio 2009.[Tesis]. Escuela Superior Politécnica de Chimborazo ,Ecuador :2009.

### Hemerografía

23. INEI - Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES Continua, 2009. Informe Principal. Lima: INEI;2010.
24. OMS/OPS. "La salud del adolescente y el joven de las Américas". Publicación N°489. Twenty Third Street. New York. Washington D.C: OMS/OPS; 2005.
25. INEI."Estado de la población peruana 2009; Situación de la mujer". Lima – Perú. INEI; 2009.

### Páginas WEB

26. Karolinsky A."Hay más complicaciones por cesáreas "Recuperado de:  
<http://www.pagina12.com.ar/diario/elpais/1-49139-2005-03-31.html>  
[www.pagina12.com.ar/31-03-05](http://www.pagina12.com.ar/31-03-05).
27. Hatem Y et al .Cesáreas en adolescentes en el hospital J.M. Casal Ramos Acarigua-Araure-Estado portuguesa-Venezuela 1990-1993.  
Disponible:  
[http://bibmed.ucla.edu.ve/DB/psm\\_ucla/edocs/BM1103/BM110301.pdf](http://bibmed.ucla.edu.ve/DB/psm_ucla/edocs/BM1103/BM110301.pdf)
28. [http://www.encolombia.com/obstetricia50299\\_contenido3.htm](http://www.encolombia.com/obstetricia50299_contenido3.htm)



**Anexo 1:**

**Ficha de recolección de datos**

Grupo de estudio: Cesárea  P. Vaginal

**Factores maternos**

Edad materna \_\_\_\_\_ años

Estado civil: Soltera  Casada  Conviviente  otro  \_\_\_\_\_

G. instrucción: Ilustrada  primaria  secundaria  superior

Ocupación: Su casa  estudiante  obrera  empleada   
independiente

Paridad: \_\_\_\_\_ partos Cesárea previa: Sí  No

Controles prenatales: \_\_\_\_\_ CPN

**Enfermedad materna**

Morbilidad gestacional:

Preeclampsia o Eclampsia  Ruptura prematura Mb   
Corioamnioititis  Placenta previa  Otras

**Factores fetales**

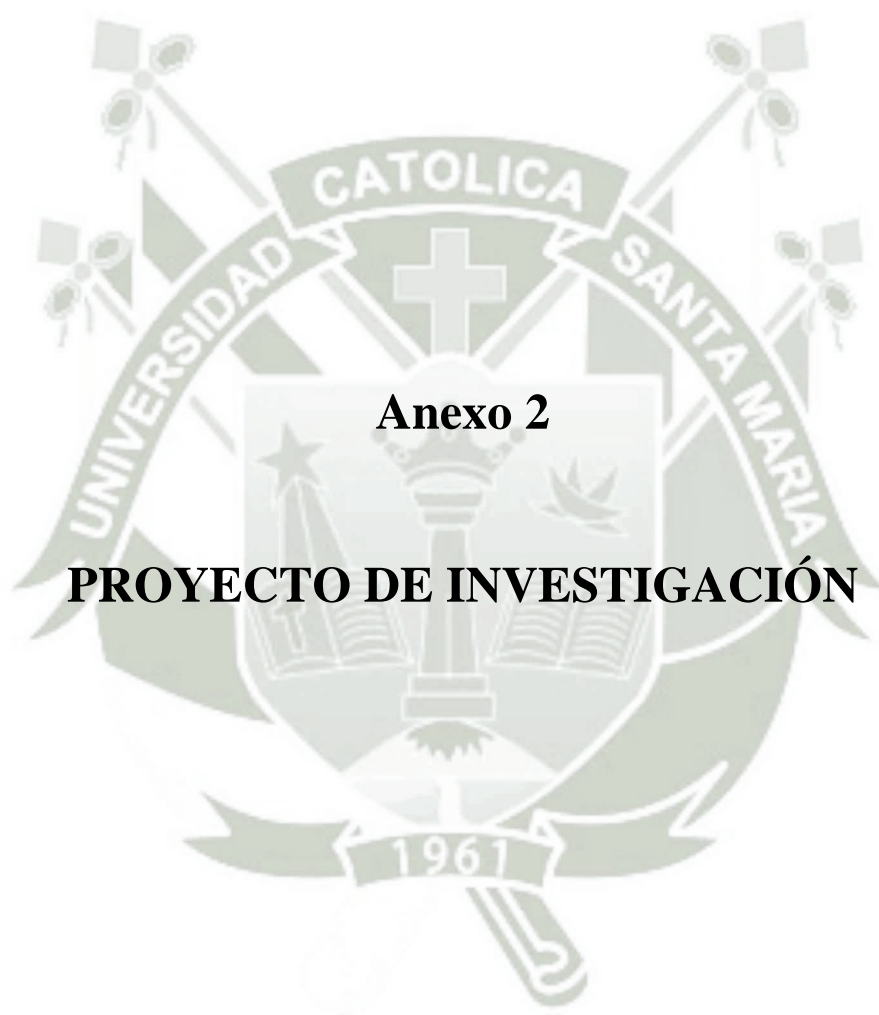
Sexo: varón  mujer

Desproporción feto-pélvica  Peso al nacer <2500g   
2500-4000g   
≥ 4000g

RCIU  SFA  Malformación congénita

Otra  \_\_\_\_\_

Observaciones: .....



# Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

Facultad de Medicina Humana

Programa Profesional de Medicina Humana



“Frecuencia de algunos factores de riesgo asociados a vías de parto en adolescentes tardías en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital de Apoyo Camaná, 2007-2011”

**Autora:**

**PAMELA GIANNINA ESPINOZA CHAMA**

Proyecto de Investigación para optar el Título Profesional de  
Médico Cirujano

**Arequipa - Perú  
2013**

## I. PREÁMBULO

En mis siete años como estudiante de medicina, fui testigo de la carencia de nuestro sistema de salud en cuanto a la cobertura de salud, ya que a menudo se veían pacientes afligidos por alguna enfermedad los cuales no contaban con los medios para poder solventar satisfactoriamente su tratamiento y hospitalización, haciendo esto que surgiera en mí; una preocupación especial en este grupo de personas hasta cierto punto "desprotegidas".

Al realizar mis prácticas como estudiante medicina tuve la oportunidad de conocer un paciente con criptococosis pulmonar asociado a infección por HTLV-1 lo cual me llamó la atención ya que no es muy frecuente en nuestro medio razón por la que decidí presentar un caso clínico de este paciente Paraguay, la cual gane experiencia y sobre todo pude presenciar de la gran competencia que hay hoy en día

Con toda la experiencia que gane durante mis 6 años de estudio me di cuenta que la carrera profesional de medicina es una carrera muy hermosa porque se preocupa por la salud de las personas ayudándoles a solucionar sus problemas de salud obteniendo al final un gran mérito al plasmar una sonrisa en los rostros de los pacientes llevándome a esmerarme cada día para ser mejor persona tanto intelectual como espiritual hacia mis pacientes y así llevar una carrera exitosa.

Es así que en el último año de estudios, en las prácticas del internado, me despertó interés la especialidad de la gineco-obstetricia, donde pude observar diferentes patologías obstétricas como pacientes con prolapso genital ,infecciones vaginales ,cáncer de cuello uterino ,abortos incompletos ,embarazos ectópicos y gestantes; viendo que algunas de ellas eran adolescentes tardías las cuales presentaban morbilidades del embarazo que llevaban a que terminen su embarazo por

vía vaginal o cesárea, razón por la que surge en mí el interés por conocer las características de riesgo que motivan tal o cual vía de terminación del parto, y no encontrando información reciente, considero que la presente investigación aportará importantes datos para dar cuenta de la magnitud del problema y diseñar estrategias de manejo oportuno a estos factores de riesgo.

## II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

### 1. Problema de investigación

#### 1.1. Enunciado del Problema

¿Cuáles la Frecuencia de algunos factores de riesgo asociados a vías de parto en adolescentes tardías atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital de Apoyo Camaná, durante el periodo 2007-2011?

#### 1.2. Descripción del Problema

##### a) Área del conocimiento

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área específica: Medicina Humana
- Especialidad: Gineco-Obstetricia
- Línea: factores de riesgo –parto en adolescentes

**b) Análisis de Variables**

Variable	Indicador	Subindicador	Categorías o valores	Tipo de variable
Algunos factores de riesgo asociados a vías de parto	F. maternos	Edad materna	17 a 19 años	Numérica de intervalo
		Estado civil	Soltera,conviviente,casada	Catégorica nominal
		Grado de instrucción	Iletrada,primaria,secundaria comp e incomp, superior	Catégorica ordinal
		Ocupación	Su casa, estudiante, empleada, obrera, independiente	Catégorica nominal
		Paridad	Nulípara, primípara, múltipara	Catégorica ordinal
		Cesárea previa	Presente/ausente	Catégorica nominal

	F. gestacionales	Controles prenatales	Inadecuados (1-5)/Adecuados(6 a mas)	Categórica nominal
		Patología materna	Anemia, diabetes,cardiopatía,etc.	Categórica nominal
		Morbilidad gestacional	Enfermedad hipertensiva del embarazo, infección urinaria,corioamnioitis, RPM,placenta previa, etc	Categórica nominal
	F. fetales	Sexo del RN	Varón /mujer	Categórica nominal
		Desproporción feto-pélvica	Relación entre cabeza fetal y pelvis materna	Categórica nominal
		Peso al nacer	Peso: <2500 2500-3999g >o igual 4000g	Categórica nominal
		Patología fetal	RCIU, malformaciones congénitas, SFA, etc	Categórica nominal
Vías de parto	Parto vaginal Cesárea	Vía de terminación	Cesárea / Vaginal	Categórica nominal

c) **Interrogantes básicas**

1. ¿Cuáles la frecuencia y tipo de partos en adolescentes tardías atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital de Apoyo Camaná, durante el periodo 2007-2011?
2. ¿Qué factores de riesgo maternos se asocian a las vías de parto en adolescentes tardías atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital de Apoyo Camaná , durante el periodo 2007-2011?
3. ¿Qué factores de riesgo gestacionales se asocian a las vías de parto en adolescentes tardías atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital de Apoyo Camaná, durante el periodo 2007-2011?
4. ¿Qué factores de riesgo fetales se asocian a las vías de parto en adolescentes tardías atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital de Apoyo Camaná, durante el periodo 2007-2011?

d) **Tipo de investigación:** Se trata de un estudio documental.

e) **Nivel de investigación:** Se trata de un estudio observacional, retrospectivo y transversal según Douglas Altman y desde el punto de vista epidemiológico es un estudio de casos y controles.

**1.3. Justificación del problema**

El presente estudio busca conocer la Frecuencia de algunos factores de riesgo asociados a las vías de parto en adolescentes tardías atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital de Apoyo Camaná,

durante el periodo 2007-2011. Existe un estudio previo a nivel descriptivo en Camaná para conocer las características sociodemográficas y culturales relacionadas al embarazo en adolescentes, pero ninguno evalúa los factores de riesgo que determinan la vía del parto en las adolescentes tardías, no existiendo estudios de esta naturaleza en la provincia de Camaná, por lo que el estudio es **original**.

Tiene **relevancia científica**, ya que si bien es cierto se conoce los factores de riesgo en gestantes adolescentes aun no se ha determinado la frecuencia de estos asociada a la vía de parto.

Tiene **relevancia práctica** porque los resultados obtenidos con el presente trabajo serán útiles para el personal de salud a cargo de la atención de este grupo etéreo ya que les permitirá orientar la historia clínica de la paciente hacia las patologías más frecuentes y determinar según éstas la vía de parto

Tiene **relevancia social**, ya que constituirá un beneficio a adolescentes tardías no gestantes quienes podrán recibir información del riesgo estarían sometidas si llegaran a concebir lo cual influiría en los futuros controles prenatales dado el caso.

El estudio es **contemporáneo** ya que el incremento de los embarazos en adolescentes es un problema actual que constituye un desafío en salud pública.

El estudio es **factible** de realizar por tratarse de un diseño retrospectivo en el que se cuenta con el apoyo de las autoridades del hospital y de recursos humanos de estadística quienes nos facilitaron el acceso a la

información en las historias clínicas perinatales de atención de partos en adolescentes.

Además de satisfacer la **motivación personal** porque tuve la oportunidad de conocer pacientes gestantes adolescentes que presentaron patologías como la enfermedad hipertensiva del embarazo, desproporción feto pélvica, anemia, entre otras lo que me impulsó a querer conocer en qué forma afectaban estas patologías a la forma de terminación de parto motivo por el cual decidí realizar este trabajo.

#### 1.4. Glosario de términos

- **Frecuencia:** Número de casos de una patología dada. Se puede expresar como una frecuencia absoluta (número total de casos) o como una frecuencia relativa (en relación a 100 o porcentaje, o en relación a 1 o proporción); las frecuencias relativas son útiles con fines de comparación. La incidencia y la prevalencia son dos medidas de frecuencia de la enfermedad, es decir, miden la frecuencia (el número de casos) con que una enfermedad aparece en un grupo de población.
- **Incidencia:** Es el número de casos nuevos de una enfermedad en un período de tiempo determinado.

$$I = \frac{\text{n}^\circ \text{ casos nuevos en un periodo de tiempo}}{\text{Población en riesgo al inicio de ese tiempo}}$$

- **Prevalencia:** Es el número de casos nuevos y antiguos de una enfermedad en un periodo dado.

$$P_v = \frac{\text{n}^\circ \text{ total de casos de enfermedad}}{\text{Población en ese momento}}$$

- **Factor asociado:** Factor asociado es una variable o conjunto de variables que se encuentran relacionadas con o que explican el resultado de otra variable.
- **Riesgo:** Constituye una probabilidad de daño o condición de vulnerabilidad, siempre dinámica e individual. No implica necesariamente daño, no otorga certezas, ni relaciones directas y deterministas, sino una probabilidad de ocurrencia de éste.
- **Riesgo relativo:** Es el cociente de los que están expuestos a determinado factor de riesgo entre los que no están expuestos al mismo.

$$RR = \frac{\text{Incidencia en expuestos}}{\text{Incidencia en no expuestos}}$$

- **Riesgo absoluto:** Mide la incidencia del daño en la población total.

$$RA = \frac{\text{Incidencia de enfermos}}{\text{Población total}}$$

- **Riesgo atribuible:** Diferencia entre la incidencia de enfermedad en expuestos y no expuestos al factor de riesgo.

$$R.\text{atribuible} = \text{Incidencia expuestos} - \text{Incidencia no expuestos}$$

- **Daño:** Es el mal, menoscabo o perjuicio que sufre una cosa o una persona, pudiendo ser en este último caso material, físico o moral.
- **Factor de riesgo:** Es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad o

cualquier otro problema de salud.

- **Parto eutócico:** Parto natural que se produce cuando el bebé nace cruzando por la vagina de la madre, con la asistencia de poca tecnología o ninguna y sin la ayuda de fármacos.
- **Cesárea:** Tipo de parto en el cual se practica una incisión quirúrgica en el abdomen (laparotomía) y el útero de la madre para extraer uno o más fetos. Suele practicarse cuando un parto vaginal podría conducir a complicaciones médicas.
- **Adolescencia:** La adolescencia es un periodo en el desarrollo biológico, psicológico, sexual y social inmediatamente posterior a la niñez y que comienza con la pubertad. Su rango de duración varía según las diferentes fuentes y opiniones médicas, científicas y psicológicas. Según la OMS se clasifica en adolescencia temprana (10 a 13 años), adolescencia media (14 a 16 años) y adolescencia tardía (17 a 19 años).

## **2. MARCO CONCEPTUAL**

### **2.1. ADOLESCENCIA (23)**

La adolescencia es el periodo de crecimiento y desarrollo intermedio entre la infancia y la edad adulta, periodo en el cual suceden la mayoría de los cambios de orden físico, psicológico y emocional.

La OMS define como adolescencia a la etapa de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, considera que se inicia a los 10 años y culmina a los 19 años aproximadamente, diferenciando en este grupo tres etapas según la edad: adolescencia inicial o temprana (10–13 años), adolescencia media (14–16 años) y adolescencia final o tardía (17-19 años).

Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, sabiendo que: "una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores.

#### **2.1.1. ETAPAS DE DESARROLLO DE LA ADOLESCENCIA**

Es posible conceptuar la adolescencia esquemáticamente en tres fases o subetapas de desarrollo psicosocial:

##### **a. Adolescencia Temprana (10 a 13 años)**

Biológicamente, es el periodo peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca que tiene repercusión fundamental en el desarrollo psicosocial del adolescente. Los cambios físicos producen desconcierto e inseguridad en los adolescentes, preocupados por la normalidad del proceso de maduración sexual y crecimiento corporal, los que los lleva a

revisar y comparar con sus compañeros los hallazgos encontrados. Se reestructura la imagen corporal.

Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres, lo que provoca una ambivalencia afectiva. Hay tendencia al comportamiento impulsivo y los estados emocionales fluctúan frecuentemente; esto genera tensión y conflictos familiares. El adolescente inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo, lo que les ayuda a afirmar su masculinidad o feminidad.

Esta fase es la que genera más conflictos en el adolescente por los cambios biopsicosociales que no llega aun a comprender y al incertidumbre con respecto a su rol, los desacuerdos con los padres, la masturbación y preocupación por la normalidad del proceso de desarrollo, provocarían mucha ansiedad, conductas regresivas, problemas de rendimiento escolar, etc; sobre todo en los adolescentes varones.

#### **b. Adolescencia media (14 a 16 años)**

Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento su desarrollo somático está muy avanzado y los caracteres sexuales secundarios están en sus estadios 4 o 5, con la velocidad de crecimiento declinado. Los adolescentes muestran mayor preocupación por los cambios físicos, pero la imagen corporal aun no está plasmada. Hay menor interés por la familia, se dan mayores conflictos por ello y la actitud desafiante con deseos de emancipación cada vez mayores.

El adolescente se apoya mucho en los amigos, mostrando una fuerte vinculación y dependencia del grupo, con el que se identifica y le permitirá lograr la independencia emocional de los padres; pero a la vez lo puede presionar a asumir conductas de riesgo como demostración de poder (experimentación con drogas, sexualidad irresponsable, accidentes, etc.).

Hay un progreso en el desarrollo del pensamiento abstracto, lo que les brinda una sensación de “omnipotencia intelectual”. El adolescente toma conciencia de sus capacidades y limitaciones lo que las puede fortalecer o resentir. Todavía no se ha establecido un código de valores propios dejándose llevar por las conductas y modelos de los amigos, así se contrapongan a los principios inculcados por la familia.

El desarrollo intelectual lleva al adolescente a intereses académicos específicos y realistas, con mayor capacidad de proyección hacia el futuro. Hay mayor participación en actividades sociales, en inicios grupales y posteriormente en parejas, con actividades sexual impulsiva.

**c. Adolescencia Tardía (17 a 19 años en mujeres y de 18 a 21 años en los varones)**

Los adolescentes alcanzan la madurez biológica y completan su desarrollo sexual, con una imagen corporal definida. Se completa asimismo, la sensación de autonomía, resurgiendo el interés por la familia con relaciones maduras y conflictos. Desaparece la dependencia del grupo de amigos, siendo una relación más independiente.

La adolescencia logra una identidad personal y autoestima satisfactoria, con conciencia realista del yo, un código de normas propias, perspectiva orientada hacia el futuro, con vocación definida y/o en plena ejecución, lo que le brinda una estabilización socioeconómica y cultural propia del adulto.

Las relaciones sociales son más individualizadas y responsables, logrando un desenvolvimiento social aceptable. Sus relaciones afectivas muestran reciprocidad e integración de lo erótico y psicoafectivo, que se manifiesta en amores más duraderos, íntimos y auténticos como preparación a la vida matrimonial, con una actividad más madura y responsable.

## **2.2. EMBARAZO EN LA ADOLESCENTE**

Es aquella condición de gestación que ocurre durante la edad de la adolescencia, que comprende mujeres de hasta 19 años de edad. También se suele designar como embarazo precoz, en atención a que se presenta antes de que la madre haya alcanzado la suficiente madurez emocional para asumir la compleja tarea de la maternidad. Aunque en muchas culturas aún persiste la idea de que la mujer debe iniciar tempranamente su vida reproductiva, son diversos los argumentos que la contradicen (7).

El embarazo en la adolescente es una situación condicionante de alto riesgo obstétrico y perinatal. Frecuentemente se utiliza el término de primigesta precoz para referirse a aquella joven embarazada menor de 19 años. La primiparidad precoz se asocia a diversas patologías del embarazo, parto y del recién nacido. Frente a esta situación consideramos más adecuado el concepto de adolescente embarazada en lugar de primigesta precoz. 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 ginecotología incluye también aspectos sociales, legales y de salud mental indispensables en el manejo clínico de estas niñas (8).

Cuando la familia y la sociedad brindan apoyo a la adolescente embarazada, incluyendo un eficiente control prenatal y atención profesional del parto y del recién nacido, el riesgo materno-perinatal es semejante al de las embarazadas adultas y francamente menor que el de las adolescentes embarazadas no incluidas en un sistema de atención integral. En consecuencia, los problemas orgánicos derivados del embarazo en la adolescencia pueden ser solucionados con un sistema de atención médica multidisciplinario que acepte abiertamente y sin prejuicios a estas embarazadas. En tanto los problemas más difíciles de resolver son los sociales, económico y psicológico.

La OMS considera como embarazo de riesgo el que ocurre en mujeres menores de 20 años, ya que es la causa principal de mortalidad de las jóvenes que tienen entre 15 y 19 años de edad debido a complicaciones relacionadas con el parto, y los abortos practicados en condiciones de riesgo (23).

Muchos embarazos no deseados se producen en la adolescencia, cuando las jóvenes y sus parejas inician actividad sexual sin tener en cuenta las necesidades de utilizar método anticonceptivo o sin haber accedido a servicios de salud adecuados. El 91 % de todas las adolescentes en el Perú no usa métodos anticonceptivos, a pesar que 98% de ellas los conoce. Es preocupante que más de 40% de las que usan el método del ritmo no conocen adecuadamente el período fértil (8).

### 2.2.1. EPIDEMIOLOGIA

El embarazo en la adolescencia se convierte en un problema de salud pública importante por el costo biológico y psicosocial que implica. El embarazo de la adolescente, en oportunidades, no es un hecho sorpresivo, sino que es buscado conscientemente como reacción a la falta de cariño, afecto y comunicación con el medio familiar. Las jóvenes que se embarazan por estos motivos presentan una fuerte disminución de su autoestima; el embarazo es buscado con la falsa percepción de encontrar libertad y de obtener un objeto de amor que realmente les pertenezca (6).

El embarazo se presenta, frecuentemente, en adolescentes de coeficiente intelectual normal, pero con gran ignorancia sobre el proceso reproductivo humano; experiencia que se ha comprobado tanto en países en vías de desarrollo como en países desarrollados (23).

El puerperio en la adolescente es muy complejo, por los problemas de orden perinatal, familiar, legal y social que debe enfrentar. Los aspectos de salud mental adquieren su mayor relevancia en este período, especialmente después del tercer mes del parto, período en el que la adolescente toma verdadera responsabilidad y percibe con claridad su dependencia del lactante. Enfrenta su proceso de maduración psicológica con las exigencias ineludibles del niño. La vida sexual seguramente se reanuda y será necesario aportarle una completa educación sexual que incluya información sobre procedimientos de planificación familiar. Dentro del primer año después del parto, el 70% de las adolescentes prosigue la vida sexual activa, con la misma pareja o con otra, con alto riesgo de un nuevo embarazo (9).

Las adolescentes con frecuencia son objeto de abusos sexuales reiterados que pueden terminar en embarazo. En nuestro medio, los agresores suelen ser parientes, el conviviente de la madre o conocidos de la familia que utilizan el engaño o la intimidación psicológica. En ocasiones, la agresión es efectuada por desconocidos que actúan con violencia física. El seguimiento y tratamiento de estos casos es mandatorio.

En las parejas adolescentes, el embarazo a menudo es un hecho inesperado, sorpresivo y no deseado. El abandono de la adolescente embarazada por su pareja es frecuente y no más de un 40% de ellas cuenta con el apoyo de su pareja al término del embarazo. Este abandono, habitualmente aumenta un año después del parto, lo cual implica un alto deterioro del rol paterno para estos hijos. Con frecuencia, la actitud de la familia es también negativa. Ello produce reacciones de angustia y trastornos del desarrollo de la personalidad de la madre adolescente.

### **2.2.2. IMPACTO DEL EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES**

Los aspectos psicosociales del embarazo y la procreación en adolescentes tienen probabilidad de ser más agobiantes que los temas médicos. Freyre (2) corrobora lo dicho por Klein (1978) en lo que se refiere a que el embarazo en adolescentes es prácticamente el inicio del síndrome de fracaso: fracaso en la educación, en la familia, en su entorno social y fracaso personal.

### **2.2.3. PATOLOGIA OBSTETRICA Y PERINATAL EN LA ADOLESCENTE**

En estudios de seguimiento efectuados en Chile, se ha determinado una alta morbilidad obstétrica y perinatal en la embarazada adolescente. El seguimiento de 652 embarazadas adolescentes chilenas permitió observar que el 44,2% presentaron

algún tipo de patología médica u obstétrica durante el embarazo; en el parto, el 37,6% de ellas presentó patologías y el 36,7% de los recién nacidos fueron considerados como patológicos. Las patologías obstétricas más relevantes fueron: síndrome hipertensivo, síntomas de parto prematuro e infección urinaria. En el parto destaca la detención del período expulsivo y la desproporción feto-pélvica. En el recién nacido se aprecian los problemas secundarios inherentes a prematuridad y a asfixia perinatal (22).

De forma global se describe mayor morbilidad en la gestación adolescente; en la literatura se describen (3,10):

- Abortos
- Anemia
- Infecciones urinarias
- Bacteriuria asintomática
- Hipertensión gestacional
- Preeclampsia – Eclampsia
- Escasa ganancia de peso
- Malnutrición materna
- Hemorragias asociadas con afecciones placentarias
- Parto prematuro
- Rotura prematura de membrana
- Desproporción feto-pélvica
- Cesárea

## 2.3. CESÁREAS

### 2.3.1. DEFINICIÓN (4)

La cesárea es la intervención quirúrgica que tiene como objetivo extraer el producto de la concepción y sus anexos ovulares a través de una laparotomía e incisión de la pared uterina.

### 2.3.2. TIPOS DE CESÁREA (4)

A. Según antecedentes obstétricos de la paciente.

- Primera: Es la que se realiza por primera vez.
- Iterativa: Es la que se practica en una paciente con antecedentes de dos o más cesáreas.
- Previa: es cuando existe el antecedente de una cesárea anterior.

B. Según indicaciones

- Urgente: Es la que se practica para resolver o prevenir una complicación materna o fetal en etapa crítica.
- Electiva: Es la que se programa para ser realizada en una fecha determinada por alguna indicación médica y se ejecuta antes de que inicie el trabajo de parto.

C. Según técnica quirúrgica.

- Corporal o clásica.
- Segmento corporal (Tipo Beck).
- Segmento arciforme (Tipo Kerr).

### 2.3.3. INDICACIONES DE LA OPERACIÓN CESÁREA (3,5)

La indicación para realizar una operación cesárea puede ser por causas:

Maternas, Fetales o Mixtas.

#### A) Causas maternas

Distocia de partes óseas (desproporción feto-pélvica):

- Estrechez pélvica.
- Pelvis asimétrica o deformada.
- Tumores óseos de la pelvis.

Distocia de partes blandas:

- Malformaciones congénitas.
- Tumores del cuerpo o segmento uterino, cérvix, vagina y vulva que obstruyen el conducto del parto.
- Cirugía previa del segmento y/o cuerpo uterino, incluyendo operaciones cesáreas previas.
- Cirugía previa del cérvix, vagina y vulva que interfiere con el progreso adecuado del trabajo del parto.

Distocia de la contracción.

- Hemorragia (placenta previa o desprendimiento prematuro de la placenta normoinserta)
- Patología materna incluyendo nefropatías, cardiopatías, hipertensión arterial o diabetes mellitus, etc.

B) Causas fetales:

- Macrosomía fetal que condiciona desproporción feto-pélvica.
- Alteraciones de la situación, presentación o actitud fetal
- Prolapso de cordón umbilical
- Sufrimiento fetal
- Malformaciones fetales incompatibles con el parto
- Embarazo prolongado con contraindicación para parto vaginal
- Cesárea posmortem

C) Causas mixtas:

- Síndrome de desproporción feto-pélvica
- Preeclampsia/eclampsia
- Embarazo múltiple
- Infección amniótica
- Isoinmunización materno-fetal

#### 2.3.4. PARTO VAGINAL EN LA ADOLESCENTE

Aunque el parto es un proceso fisiológico, existen circunstancias que dependen de diversos factores que hacen que se decida si realiza un parto por vía vaginal o mediante una cesárea abdominal.

En general, las adolescentes tienen los mismos parámetros de evaluación para decidir la vía de terminación del parto cerca al término, con evaluación de la

capacidad de la pelvis, la valoración del tamaño del producto, y la ausencia de potenciales complicaciones que se advierten durante el monitoreo fetal.

En las adolescentes más jóvenes puede no haberse completado el desarrollo del esqueleto pélvico, configurando una desproporción feto-pélvica relativa, mientras que en las adolescentes intermedias y tardías la pelvis puede sostener un parto natural sin mayores dificultades.

La recomendación es entonces valorar la capacidad de la pelvis materna mediante pelvimetría clásica, y la relativa proporción del tamaño fetal para decidir la vía del parto. En caso de parto vaginal, las recomendaciones son las mismas que para otros grupos de edad, realizando maniobras de protección perineal y/o episiotomía (15).

### **2.3.5. PARTO CESÁREA EN LA ADOLESCENTE**

Se ha reportado que la cesárea tiene una incidencia de operación muy aproximada a la de las gestantes de otras edades, con 18,9% para la adolescencia temprana, 14,9% para la adolescencia tardía y de 20,5% para las adultas (17). Aunque se menciona que la adolescencia no es un factor indicativo para cesárea, la cesárea como en toda paciente requiere una juiciosa y adecuada valoración obstétrica para establecer la relación pelvis presentación fetal. Las normas obstétricas y no la edad de la paciente, son los indicadores de la conducta que se deben seguir en la atención del parto.

### 3. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

#### 3.1. A nivel local

##### 1. Autor: Llerena Cárdenas F.(20)

**Título:** Características sociodemográficas y culturales relacionadas al embarazo en adolescentes consultantes del Hospital de Apoyo Camaná. Arequipa 2010.

**Fuente:** Tesis para optar el título profesional de médico cirujano. Facultad de Medicina Humana, Universidad Católica de Santa María, 2011

**Resumen:** Revisión retrospectiva de historias clínicas perinatales de gestantes adolescentes (entre 10 y 19 años). De los 979 partos atendidos en el 2010 en Camaná, 166 (16,96%) fueron en adolescentes. El 79,52% de embarazos se dieron entre los 17 y 19 años (adolescencia tardía), con el 20,48% estante entre 14 y 16 años (adolescencia media). La edad promedio de embarazo en adolescentes es de 17,61 años. El 65,06% fueron convivientes, 16,87% casadas y 18,07% solteras. El nivel de instrucción predominante fue de primaria (53,01%) con 7,23% de adolescentes analfabetas. La procedencia fue en 72,29% de zona urbana; el 49,40% de gestantes se dedica a labores del hogar y 37,35% son estudiantes. El ingreso socioeconómico no alcanza la canasta familiar en 74,70%. El 19,28% de gestantes eran multíparas, y 31,33% habían presentado un aborto. El 22,89% no tuvo controles prenatales antes de su atención. El parto fue a término en 86,75% de casos. La complicación más frecuente fue la preeclampsia en 12,05% de casos.

### 3.2. A nivel nacional

#### 1. Autor: Urbina C, Pacheco J. (13)

**Título:** Embarazo en adolescentes. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Red Asistencial Rebagliati, EsSalud. Lima, Perú.

**Fuente:** Rev Per Obstet Ginecol. 2006; 52(1):118-123.

**Resumen:** El estudio tuvo como objetivo analizar las características perinatales en mujeres gestantes adolescentes, que tuvo como diseño un estudio retrospectivo, descriptivo, como lugar el Hospital Nacional Rebagliati Martins, EsSalud, hospital docente, se utilizaron como análisis todos los partos en adolescentes atendidos durante el período enero 2000 a diciembre 2004, como resultados hubo un total de 443 partos en adolescentes, con edad promedio de 18,3 años, 16,3% de ellas con 17 años o menos y 83,7% (371) entre 18 y 19 años. Para 81,3%, era su primer embarazo; el parto pretérmino ocurrió en 17,1%; la tasa de cesárea fue de 41,5%; 84,4% de los recién nacidos pesó entre 2 500 y 3 999 g y 12% menos de 2500 g, finalmente tiene como conclusiones: Hubo más partos pretérmino y mortalidad perinatal en las adolescentes que en la gestante en general, principalmente en las adolescentes de 17 años o menos, convirtiéndose en el grupo de mayor riesgo.

#### 2. Autor: Johnny Casas, Ovidio Chumbe, Rosario Inguil, Luis Gonzales ,Francisco Mercado (16)

**Título:** el parto en la adolescente. Estudio de tres grupos: adolescencia temprana, tardía y grupo control

**Fuente:** Rev Ginecología y obstetricia , Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología 1998 , vol.44, n.2:101-106

**Resumen:** El estudio tuvo como objetivo determinar diferencias en los resultados en las diferencias materno perinatal influenciada en la adolescencia para lo cual se desglego la adolescencia en temprana y tardía y se la compara con un grupo control (20 a 24 años),cuyos resultados fueron :la incidencia de parto en adolescente fue de 18,3%.El 1,24% correspondió a adolescencia temprana y 17,1% a adolescencia tardía .La preeclampsia y eclampsia ,amenaza de parto prematuro ,anemia, infección puerperal fueron significativamente mas frecuentes en el grupo de adolescencia temprana ;el control prenatal fue menos frecuente y hubo mayor incidencia de parto prematuro y de asfíxia al nacer en el grupo de adolescencia temprana, mientras que la infección del recién nacido fue menor .No hubo mayor diferencia entre la adolescencia tardía y el grupo control. La conclusión fue: los riesgos materno perinatales en el embarazo en adolescentes se dan en el grupo de adolescencia temprana, pues en la adolescencia tardía los resultados no difieren del grupo control.

**3. Autor:** Abad P (18)

**Título:** Cesárea en adolescentes

**Fuente:** Rev Per Obstet Ginecol, 2004 , vol.50:202-208

**Resumen:** El estudio tuvo como objetivo determinar la frecuencia de cesáreas en gestantes adolescentes y la morbilidad materna y perinatal relacionada que tuvo como diseño un estudio retrospectivo de casos y controles como lugar el Hospital Hipólito Unánue Lima-Perú ,se utilizaron como estudio 212 adolescentes sometidas a cesárea durante el periodo de 1 Enero de 1999 al 31 de Diciembre de 1999comparadas con 966 gestantes no adolescentes. La información se obtuvo del banco de datos del sistema Informático Perinatal.

Como resultados hubo un total de adolescentes 19.6%,13.3% de abortos,21.4% de los partos fueron vaginales ,17.9% (212 cesáreas),91.2% no tenía unión estable ,74.1% primigestas,15.7% sin control prenatal,57.3% inició el trabajo de parto en forma espontánea,87.7% fue cesareada por primer vez y 85.3% ingresó a sala de operaciones como emergencia. Las indicaciones principales de cesárea fueron desproporción céfalo pélvica 16.5% y la distocia de presentación 14.6%.La complicación postoperatoria mas frecuente fue la fiebre de 11.8%.No hubo mortalidad materna y perinatal, finalmente tiene como conclusiones 20% de gestaciones fue de adolescentes y de ellas 17.9% termino su gestación por cesárea siendo causas principales desproporción céfalo-pélvica y distocia de presentación

### 3.3. A nivel internacional

1. **Autor:** Mayer M, Barrías A, Barboza S, Fochesatto N. (21)

**Título:** Complicaciones perinatales y vía de parto en recién nacidos de madres adolescentes tempranas y tardías.

**Fuente:** Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina - N° 160 – Agosto 2006 Pág. 1-4

**Resumen:** Estudio analítico, observacional, comparativo entre adolescentes tempranas y tardías en relación con el tipo de parto y las complicaciones perinatales en el Hospital “Dr. Ramón Madariaga” de Posadas-Misiones entre enero de 2004 y diciembre de 2004. Durante el período de estudio hubo 4855 partos, de los cuales 1073 (22.10%) correspondieron a gestantes adolescentes. Las adolescentes tempranas constituyeron un 0.93% (n = 10) y las adolescentes tardías un 99.07% (n = 1063). Con respecto de la paridad, el 64.11% de todas las

adolescentes fueron nulíparas, siendo entre las adolescentes tempranas 10 (0.93%) y entre las adolescentes tardías 678 (63.18%); mientras que el 35.88% del total de adolescentes fueron múltiparas, de las cuales 0 (0%) fueron adolescentes tempranas y 385 (35.88%) adolescentes tardías. Se encontró que de la totalidad de partos en adolescentes, 898 (83.69%) fueron eutócicos y 175 (16.30%) distócicos. Al comparar el grupo de adolescentes tempranas y tardías se halló 2 partos distócicos para el primer grupo y 173 para el segundo. El número de cesáreas en adolescentes fue 151 (14.07% del total de adolescentes), siendo 1 (0.09%) en adolescentes tempranas y 150 (13.98%) en adolescentes tardías. En relación con los partos instrumentados, se tuvo 1 (0,09%) en adolescentes tempranas y 23 (2.14%) en adolescentes tardías. Con respecto a los recién nacidos la Frecuencia de parto entre las 28 a 36 semanas (<36 semanas) fue 0.18% (n=2) en adolescentes tempranas y 14.35% (n=154) en adolescentes tardías.

**2. Autor:** Monterrosa-Castro Á, Arias-Martínez M. (14)

**Título:** Partos vaginales y cesáreas en adolescentes: comportamiento entre 1993 y 2005 Hospital de Maternidad “Rafael Calvo”, Cartagena (Colombia).

**Fuente:** Rev Colomb Obstet Ginecol 2007, vol.58, n.2:108-115.

**Resumen:** Estudio de corte transversal por períodos anuales. Se incluyeron los registros de las mujeres que presentaron parto vaginal o parto por cesárea entre 1993 y 2005 y aquellos embarazos con edad gestacional mayor a 28 semanas a su terminación. Se evaluaron la edad y vía del parto. Se ha incrementado la maternidad en adolescentes desde el 22,7% en el año 1993 hasta el 29,8% en el año 2005. La Frecuencia de maternidad en adolescentes menores de 15 años se

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

**3. Autor:** Yonny Hatem ,Jesús Escalona, Lérica Suárez, María V. Pérez , Rafael Agüero , María Dora Rodríguez , Senaida Rodríguez(27)

**Título:** Cesareas en adolescentes en el hospital "J. M. Casal Ramos" acarigua - araure,- estado portuguesa ; Venezuela 1990-1993

**Fuente:** [http://bibmed.ucla.edu.ve/DB/psm\\_ucla/edocs/BM1103/BM110301.pdf](http://bibmed.ucla.edu.ve/DB/psm_ucla/edocs/BM1103/BM110301.pdf)

**Resumen:** Este estudio tiene como finalidad determinar la incidencia de cesáreas en adolescentes, se realizó un estudio en el Hospital "J. M. Casal Ramos" Acarigua-Araure del Estado Portuguesa-Venezuela, se revisaron historias clínicas de pacientes adolescentes embarazadas, entre 10 y 19 años, durante 1990-1993, que ameritaron atención obstétrica, encontrándose 4.049 casos de embarazos, de los cuales el 9,72% (396 casos) culminó en cesárea, donde el 92,92% de estas correspondió al grupo de adolescencia tardía (15-19 años) y 7,07% a la adolescencia temprana (10-14 años). El 73,39% de la población estudiada provenía del medio urbano. El control prenatal no se realizó en el 59,59% de las pacientes. El 79,79% de los embarazos que terminaron en cesáreas, fueron a término y 9,09% pre-término. Las indicaciones más frecuentes de cesárea fueron distocia de posición y rotación 27,63%, desproporción cefalo-pélvica 13,59% y sufrimiento fetal agudo, pre-eclampsia, eclampsia, cesárea anterior y distocia de dilatación con 9, 8% para cada una de ellas. La anestesia general fue usada en el 68,43% de las pacientes. No hubo mortalidad materna.

Los recién nacidos; presentaron peso y talla adecuado al nacer en un 85% y 83% respectivamente. La incidencia de acuerdo al número de nacimientos por cesárea en el presente estudio fue de mortalidad fetal 4,7% y de malformaciones congénitas del; 5.7%, siendo deformidad de pies y luxación congénita de cadera las más frecuentes. Se recomienda medidas efectivas con respecto al control prenatal, educación sexual y métodos de control de natalidad.

#### **4. Objetivos.**

##### **4.1. General**

Describir la Frecuencia de algunos factores de riesgo asociados a vías de parto en adolescentes tardías atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital de Apoyo Camaná, durante el periodo 2007-2011.

##### **4.2. Específicos**

- 1) Conocer la Frecuencia y tipo de parto en adolescentes tardías atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital de Apoyo Camaná, durante el periodo 2007-2011.
- 2) Identificar los factores de riesgo maternos que se asocian a vías de parto en adolescentes tardías atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital de Apoyo Camaná, durante el periodo 2007-2011.
- 3) Identificar los factores de riesgo gestacionales que se asocian a vías de parto en adolescentes tardías atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital de Apoyo Camaná, durante el periodo 2007-2011.
- 4) Identificar los factores de riesgo fetales que se asocian a vías de parto en adolescentes tardías atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del

Hospital de Apoyo Camaná, durante el periodo 2007-2011.

### 5. Hipótesis

Dado que las adolescentes aún no han culminado su proceso de maduración física, y el desarrollo fetal puede hacer que se presente una desproporción relativa, es probable que existan factores gestacionales y fetales asociados a la forma de terminación del embarazo por vía vaginal o cesárea en este grupo de gestantes adolescentes.



### III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

#### 1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

**Técnicas:** En la presente investigación se aplicará la técnica de la revisión documentaria de historias clínicas.

**Instrumentos:** El instrumento que se utilizará consistirá en una ficha de recolección de datos (Anexo 1).

**Materiales:**

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos.

#### 2. Campo de verificación

**2.1. Ubicación espacial:** Esta investigación se realizará en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital de Apoyo Camaná.

**2.2. Ubicación temporal:** El estudio se realizará en forma histórica en el periodo 2007-2011.

**2.3. Unidades de estudio:** Historias clínicas de gestantes adolescentes tardías con parto atendido en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital de Apoyo Camaná.

**2.4. Población:** Totalidad de historias clínicas de gestantes adolescentes tardías con parto atendido en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital de Apoyo Camaná en el periodo de estudio, en un total de 480 casos.

**Muestra:** A partir del universo de 480 partos, se estudiará una muestra constituida por dos grupos: grupo cesárea, conformada por las gestantes adolescentes tardías que culminen su parto por cesárea, y grupo parto vaginal, constituido por adolescentes tardías que culminen su parto por vía vaginal, en una proporción 1:3, y elegidas aleatoriamente. Además los integrantes de la muestra deberán cumplir los criterios de selección.

**Criterios de selección:**

♦ **Criterios de Inclusión**

- Embarazo en adolescente
- Edad entre 17 y 19 años
- Partos intrahospitalarios por cesárea
- Parto intrahospitalario por vía vaginal

♦ **Criterios de Exclusión**

- Embarazo múltiple
- Natimueertos
- Gestante adolescente tardía referida a centro de atención de mayor complejidad.
- Historias clínicas incompletas

**3. Estrategia de Recolección de datos**

**3.1. Organización**

Se realizarán las coordinaciones con la dirección del Hospital y la Jefatura del Servicio de Ginecología y Obstetricia para lograr la autorización para la realización del estudio.

Se buscarán los registros de los libros de ingresos y altas del Servicio de Ginecología y Obstetricia para identificar a las gestantes adolescentes tardías. Se realizará un muestreo aleatorio sistemático para conformar los grupos de estudio. Una vez identificadas las gestantes de ambos grupos, se procederá a la búsqueda de las Historias Clínicas para la selección de aquellas unidades que cumplan los criterios de selección, de las que se extraerán las variables de interés y se registrarán en la ficha de recolección de datos.

Una vez concluida la recolección de datos, éstos serán organizados en bases de datos para su posterior interpretación y análisis.

### **3.2. Recursos**

- a) Humanos
  - Investigadora, asesor.
- b) Materiales
  - Fichas de investigación
  - Material de escritorio
  - Computadora personal con programas procesadores de texto, bases de datos y software estadístico.
- c) Financieros
  - Autofinanciado

### **3.3. Validación de los instrumentos**

No se requiere de validación por tratarse de una ficha para recoger información.

### **3.4. Criterios para manejo de resultados**

#### **a) Plan de Procesamiento**

Los datos registrados en el Anexo 1 serán luego codificados y tabulados para

su análisis e interpretación.

**b) Plan de Clasificación:**

Se empleará una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso. La matriz fue diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2010).

**c) Plan de Codificación:**

Se procederá a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala continua y categórica para facilitar el ingreso de datos.

**d) Plan de Recuento.**

El recuento de los datos será electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

**e) Plan de análisis**

Se empleará estadística descriptiva con medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas; las variables categóricas se presentarán como proporciones. Para la comparación de variables categóricas entre grupos independientes, se empleará la prueba Chi cuadrado; se considerará significativa una diferencia de  $p < 0.05$ . La asociación univariada de las variables se realizó mediante el cálculo del odds ratio. Para el análisis de datos se empleará la hoja de cálculo de Excel 2010 con su complemento analítico y el paquete SPSSv.19.0.

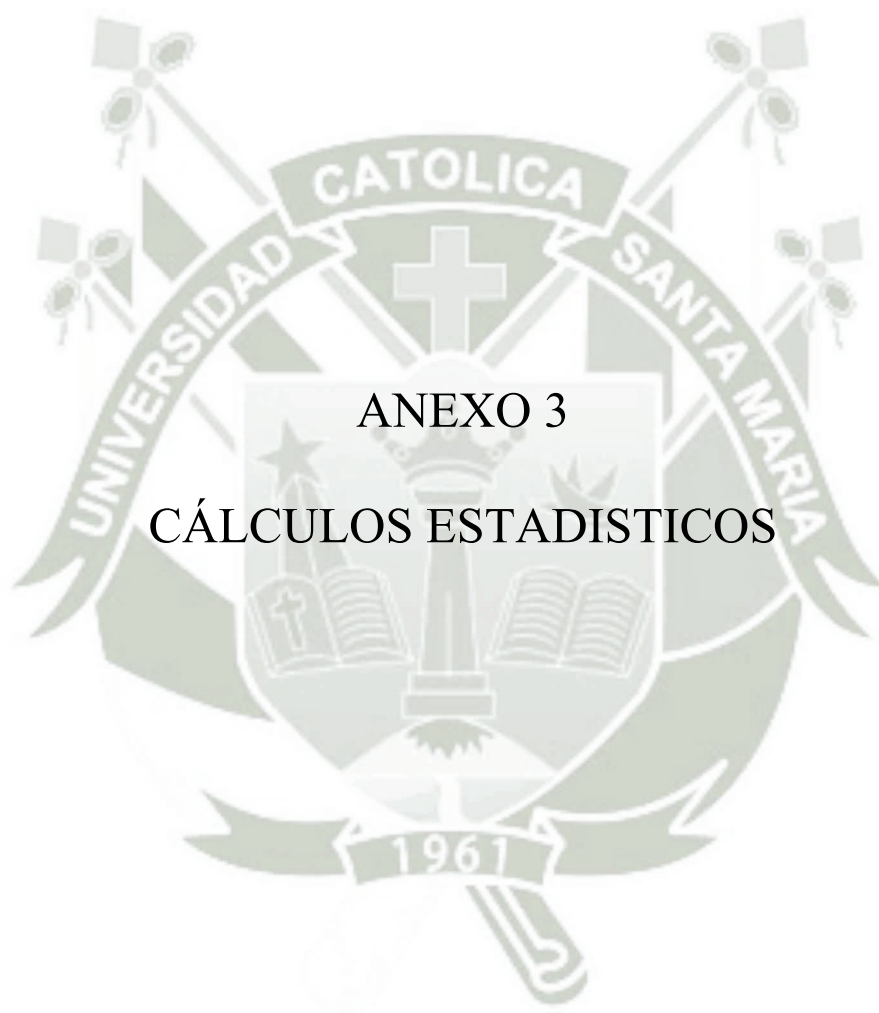
#### IV. Cronograma de Trabajo

Actividades	Diciembre 12				Enero 13				Febrero 13				
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
1. Elección del tema													
2. Revisión bibliográfica													
3. Aprobación del proyecto													
4. Ejecución													
5. Análisis e interpretación													
6. Informe final													

**Fecha de inicio:** 03 de Diciembre 2012

**Fecha probable de término:** 25 de Febrero 2013





## ANEXO 3

# CÁLCULOS ESTADÍSTICOS

Chi cuadrado:

$$\chi^2 = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$$

O = valores observados

E = valores esperados

Ejemplo:

**Tabla 6**  
**Distribución de adolescentes según tipo de parto y antecedente de cesárea**

	<b>Cesárea</b>	<b>P. Vaginal</b>	<b>Total</b>
<b>Anteced.</b>	<b>N°</b>	<b>N°</b>	<b>N°</b>
Cesárea	14	7	21
Vaginal	11	56	67
Total	25	63	88

Valores esperados= (Total fila x total columna ) / Gran total

Tabla de valores esperados:

	<b>Cesárea</b>	<b>P. Vaginal</b>	<b>Total</b>
<b>Anteced.</b>	<b>N°</b>	<b>N°</b>	<b>N°</b>
Cesárea	5,97	15,03	21
Vaginal	19,03	47,97	67
Total	25	63	88

O	E	O-E	(O-E) <sup>2</sup>	(O-E) <sup>2</sup> /E
14	5,97	8,03	64,55	10,8192
11	19,03	-8,03	64,55	3,3911
7	15,03	-8,03	64,55	4,2934
56	47,97	8,03	64,55	1,3457
$\Sigma$ 88	$\Sigma$ 88	$\Sigma$ 0	$\Sigma$ 258,19	$\Sigma$ 19,85

Valor de  $\chi^2 = 19,85$

Odds Ratio:

**Odds Ratio (OR)**

Contingency (or 2 x 2) Table

	Cases	Controls	Total
Exposed	a	b	a+b
Unexposed	c	d	c+d
Total	a+c	b+d	a+b+c+d

$$OR = (a/c) / (b/d)$$

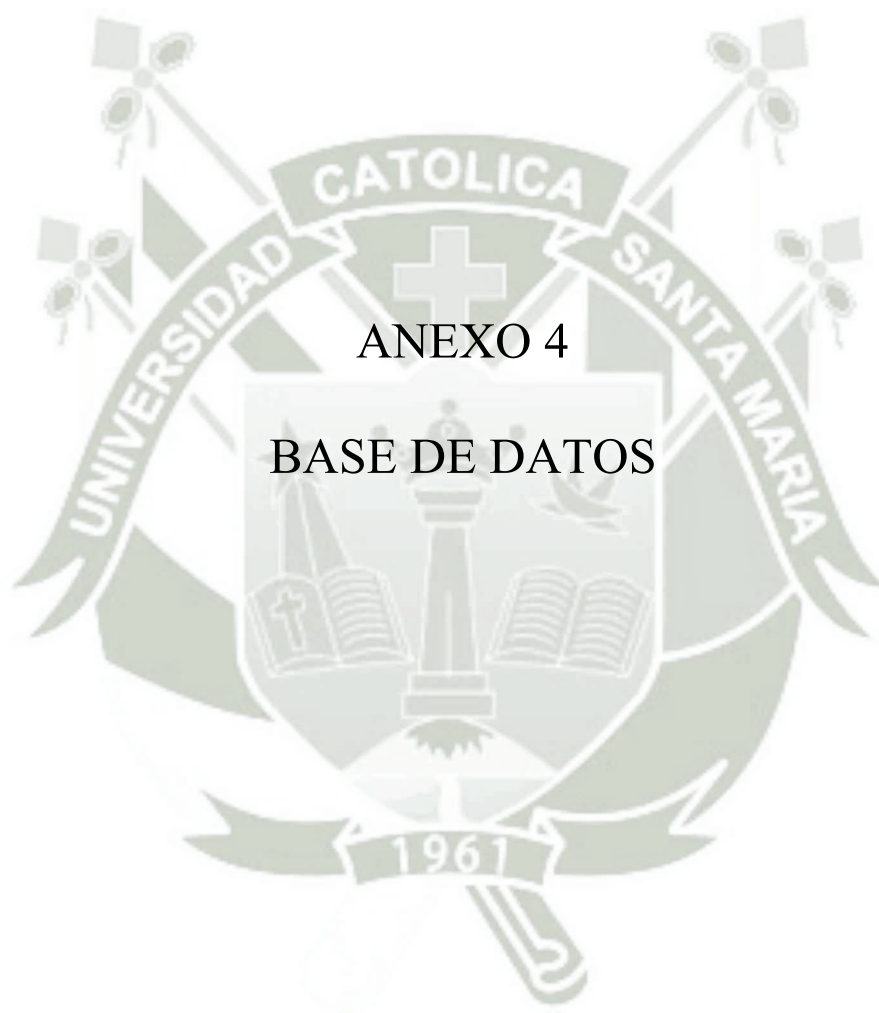
$$= (a*d) / (b*c)$$

Ejemplo:

**Tabla 6**  
**Distribución de adolescentes según tipo de parto y antecedente de cesárea**

	Cesárea	P. Vaginal	Total
	N°	N°	N°
Cesárea	14	7	21
Vaginal	11	56	67
Total	25	63	88

$$OR = (14*56) / (11*7) = 1,85$$





N°	Grupo	Edad	E civil	Instrucc	Ocupacion	Partos	Ces previa	CPN	Enf Anem	Cat anem	Patol mat	Dast patol mat	Prec/E clim	RPM	Corio mmo	P Previa	Otra	Sexo RN	Peso	Cat peso	DFP	Macros om	SFA	Otra	
52	Cesárea	19	Soltera	Secundaria	Su casa	1	0	7	12.1	No	-	0	-	-	-	-	-	Mujer	3900	2500-3999 g	-	-	1	-	
105	Cesárea	19	Conviviente	Primaria	Su casa	3	0	9	12.2	No	-	0	-	-	-	-	-	Mujer	4000	4000+ g	-	-	1	-	
218	Cesárea	19	Conviviente	Secundaria	Su casa	1	0	9	8	No	-	0	-	-	-	-	-	Varón	3900	2500-3999 g	-	-	1	-	
473	Cesárea	19	Casada	Secundaria	Estudiante	1	0	0	0	No	-	0	-	-	-	-	-	Mujer	3500	2500-3999 g	-	-	-	-	
35	Cesárea	19	Conviviente	Secundaria	Su casa	1	1	8	11.9	No	-	0	1	-	-	-	-	Mujer	3500	2500-3999 g	-	-	-	-	
61	Cesárea	17	Soltera	Superior	Su casa	1	1	6	11.4	No	-	0	-	-	-	-	-	Mujer	4500	4000+ g	-	-	1	-	
191	Cesárea	17	Conviviente	Secundaria	Su casa	1	1	3	11.8	No	-	0	-	-	-	-	-	Varón	4150	4000+ g	1	1	-	-	
293	Cesárea	19	Conviviente	Secundaria	Su casa	1	1	9	9	No	-	0	-	-	-	-	-	Mujer	3550	2500-3999 g	-	-	-	-	
403	Cesárea	17	Casada	Secundaria	Su casa	1	1	9	9.5	Si	-	0	-	-	-	-	-	Mujer	3950	2500-3999 g	1	-	-	-	
478	Cesárea	19	Conviviente	Secundaria	Su casa	1	1	8	11.7	No	-	0	-	-	-	-	-	Varón	4000	4000+ g	-	-	-	-	
111	Cesárea	18	Conviviente	Secundaria	Su casa	0	0	4	10.2	Si	-	0	-	-	-	-	-	Varón	3200	2500-3999 g	-	-	-	-	
25	Cesárea	19	Conviviente	Secundaria	Su casa	0	0	7	11	No	-	0	-	-	-	-	-	Mujer	3500	2500-3999 g	-	-	-	-	
38	Cesárea	19	Soltera	Secundaria	Su casa	0	0	7	11.7	No	-	0	-	-	-	-	-	Mujer	4000	4000+ g	-	-	1	1	
64	Cesárea	19	Conviviente	Primaria	Su casa	0	0	8	10.3	Si	-	0	1	-	-	-	-	Varón	3650	2500-3999 g	-	-	-	-	
71	Cesárea	19	Soltera	Secundaria	Su casa	0	0	9	9.6	Si	-	0	-	-	-	-	-	Varón	4000	4000+ g	-	-	1	1	
81	Cesárea	19	Conviviente	Secundaria	Su casa	0	0	6	11.5	No	-	0	-	-	-	-	-	Mujer	3200	2500-3999 g	-	-	-	-	
93	Cesárea	19	Soltera	Secundaria	Su casa	0	0	9	8.8	Si	-	0	-	-	-	-	-	Varón	2600	2500-3999 g	-	-	-	-	
94	Cesárea	19	Soltera	Secundaria	Su casa	0	0	8	10.3	Si	-	0	-	-	-	-	-	Mujer	3300	2500-3999 g	-	-	-	-	
113	Cesárea	18	Conviviente	Superior	Estudiante	0	0	7	10.3	Si	-	0	1	-	-	-	-	Mujer	3300	2500-3999 g	-	-	-	-	
123	Cesárea	18	Conviviente	Secundaria	Su casa	0	0	7	8.3	Si	-	0	-	-	-	-	-	Mujer	4600	4000+ g	-	-	1	-	
129	Cesárea	18	Conviviente	Secundaria	Estudiante	0	0	7	10.6	Si	-	0	-	-	-	-	-	Varón	4650	4000+ g	-	-	1	1	
133	Cesárea	19	Conviviente	Primaria	Su casa	0	0	8	11.3	No	-	0	-	-	-	-	-	Varón	3800	2500-3999 g	1	-	-	-	
134	Cesárea	19	Soltera	Secundaria	Su casa	0	0	7	11.7	No	-	0	-	-	-	-	-	Mujer	4000	4000+ g	-	-	1	1	
135	Cesárea	18	Conviviente	Secundaria	Su casa	0	0	9	11	No	-	0	-	-	-	-	-	Mujer	3500	2500-3999 g	-	-	-	-	
141	Cesárea	18	Conviviente	Primaria	Su casa	0	0	8	10.9	Si	-	0	-	-	-	-	-	Mujer	4025	4000+ g	1	1	-	-	
147	Cesárea	17	Conviviente	Secundaria	Su casa	0	0	9	11.8	No	-	0	-	-	-	-	-	Varón	3975	2500-3999 g	-	-	-	-	
149	Cesárea	17	Conviviente	Secundaria	Su casa	0	0	4	9.6	Si	-	0	-	1	-	-	-	Mujer	3575	2500-3999 g	1	-	-	-	
158	Cesárea	19	Soltera	Secundaria	Su casa	0	0	4	10.8	Si	-	0	-	1	-	-	-	Mujer	2900	2500-3999 g	-	-	-	-	
170	Cesárea	19	Conviviente	Secundaria	Su casa	0	0	7	11.4	No	-	0	-	-	-	-	-	Varón	3200	2500-3999 g	-	-	-	-	
171	Cesárea	19	Conviviente	Secundaria	Su casa	0	0	9	10.4	No	-	0	-	-	-	-	-	Varón	3200	2500-3999 g	-	-	-	-	
173	Cesárea	19	Conviviente	Superior	Estudiante	0	0	8	10.6	Si	-	0	-	-	-	-	-	Varón	3200	2500-3999 g	1	-	-	-	
178	Cesárea	18	Conviviente	Primaria	Su casa	0	0	10	12.2	No	-	0	-	-	-	-	-	Mujer	3700	2500-3999 g	1	-	-	-	
245	Cesárea	18	Soltera	Primaria	Empleada	0	0	8	8	No	-	0	1	-	-	-	-	Mujer	3100	2500-3999 g	-	-	-	-	
257	Cesárea	17	Conviviente	Secundaria	Su casa	0	0	7	7	No	-	0	-	-	-	-	-	Varón	4000	4000+ g	1	1	-	-	
275	Cesárea	18	Conviviente	Secundaria	Su casa	0	0	7	7	No	-	0	-	-	-	-	-	Varón	3800	2500-3999 g	-	-	-	-	
286	Cesárea	17	Soltera	Secundaria	Su casa	0	0	6	6	No	-	0	-	-	-	-	-	Mujer	4400	4000+ g	1	1	-	-	
287	Cesárea	17	Soltera	Secundaria	Estudiante	0	0	8	8	No	-	0	-	-	-	-	-	Varón	3700	2500-3999 g	-	-	-	-	
299	Cesárea	17	Conviviente	Secundaria	Su casa	0	0	7	7	No	-	0	-	-	-	-	-	Varón	3400	2500-3999 g	-	-	-	-	
315	Cesárea	19	Soltera	Secundaria	Su casa	0	0	8	8	No	-	0	-	-	-	-	-	Varón	3600	2500-3999 g	-	-	-	-	
322	Cesárea	19	Conviviente	Primaria	Su casa	0	0	8	8	No	-	0	-	-	-	-	-	Varón	3800	2500-3999 g	1	-	-	-	
335	Cesárea	17	Conviviente	Secundaria	Su casa	0	0	7	7	No	-	0	-	-	-	-	-	Varón	3350	2500-3999 g	1	-	-	-	
342	Cesárea	19	Conviviente	Secundaria	Su casa	0	0	6	6	No	-	0	-	-	-	-	-	Varón	4250	4000+ g	-	-	1	1	
354	Cesárea	19	Conviviente	Secundaria	Su casa	0	0	7	9	No	-	0	-	-	-	-	-	Mujer	3950	2500-3999 g	1	-	-	-	
363	Cesárea	18	Soltera	Secundaria	Su casa	0	0	9	9	No	-	0	1	-	-	-	-	Mujer	3100	2500-3999 g	-	-	-	-	
375	Cesárea	19	Conviviente	Secundaria	Su casa	0	0	8	8	No	-	0	-	-	-	-	-	Varón	3350	2500-3999 g	-	-	-	-	
376	Cesárea	18	Conviviente	Secundaria	Su casa	0	0	9	9	No	-	0	-	-	-	-	-	Mujer	4200	4000+ g	1	1	1	-	
380	Cesárea	17	Soltera	Secundaria	Estudiante	0	0	7	7	No	-	0	-	-	-	-	-	Mujer	2500	2500-3999 g	-	-	-	-	
384	Cesárea	19	Conviviente	Secundaria	Su casa	0	0	5	5	No	-	0	1	-	-	-	-	Varón	3650	2500-3999 g	-	-	-	-	
389	Cesárea	19	Conviviente	Secundaria	Su casa	0	0	8	8	No	-	0	-	-	-	-	-	Varón	2500	2500-3999 g	-	-	-	-	
434	Cesárea	19	Soltera	Secundaria	Su casa	0	0	4	4	No	-	0	-	-	-	-	-	Varón	3650	2500-3999 g	-	-	-	-	
435	Cesárea	19	Conviviente	Primaria	Soltera	0	0	6	6	No	-	0	-	-	-	-	-	Varón	3300	2500-3999 g	1	-	-	-	
442	Cesárea	18	Soltera	Primaria	Su casa	0	0	6	6	No	-	0	-	-	-	-	-	Varón	2500	2500-3999 g	1	-	-	-	
443	Cesárea	19	Conviviente	Secundaria	Su casa	0	0	3	3	No	-	0	-	-	-	-	-	Varón	2500	2500-3999 g	-	-	-	-	
457	Cesárea	17	Conviviente	Secundaria	Su casa	0	0	3	11	No	-	0	-	-	-	-	-	Mujer	2500	2500-3999 g	-	-	-	-	
461	Cesárea	18	Conviviente	Secundaria	Su casa	0	0	0	0	No	-	0	-	-	-	-	-	Mujer	4150	4000+ g	1	1	-	-	
466	Cesárea	19	Conviviente	Secundaria	Su casa	0	0	7	10.1	Si	-	0	-	1	1	-	-	Mujer	2500	2500-3999 g	-	-	-	-	
471	Cesárea	17	Conviviente	Secundaria	Su casa	0	0	6	6	No	-	0	1	-	-	-	-	Varón	2500	2500-3999 g	-	-	-	-	
379	Cesárea	18	Conviviente	Secundaria	Empleada	0	0	7	7	No	-	0	-	-	-	-	-	Varón	3500	2500-3999 g	-	-	-	-	
15	Cesárea	19	Conviviente	Secundaria	Su casa	0	0	5	11.1	No	-	0	-	-	-	1	-	Varón	2500	2500-3999 g	-	-	-	-	
292	Cesárea	17	Soltera	Secundaria	Estudiante	1	1	0	0	No	-	0	-	-	-	-	-	is anter	Varón	2500	2500-3999 g	-	-	-	-
306	Cesárea	18	Conviviente	Secundaria	Su casa	1	1	3	3	No	-	0	-	-	-	-	-	is anter	Varón	3650	2500-3999 g	-	-	-	-
321	Cesárea	17	Conviviente	Secundaria	Su casa	1	1	8	8	No	-	0	-	-	-	-	-	is anter	Varón	3700	2500-3999 g	-	-	-	-
357	Cesárea	19	Conviviente	Primaria	Su casa	1	1	5	5	No	-	0	-	-	-	-	-	is anter	Varón	3000	2500-3999 g	-	-	-	-
358	Cesárea	19	Conviviente	Secundaria	Su casa	1	1	9	9	No	-	0	-	-	-	-	-	is anter	Varón	3700	2500-3999 g	-	-	-	-
479	Cesárea	17	Conviviente	Secundaria	Su casa	1	1	8	8	No	-	0	-	-	-	-	-	is anter	Varón	2500	2500-3999 g	-	-	-	-
82	Cesárea	19	Conviviente	Secundaria	Su casa	0	0	6	11.3	No	-	0	-	-	-	-	-	estacio	Varón	3150	2500-3999 g	-	-	-	-
83	Cesárea	17	Conviviente	Secundaria	Su casa	0	0	9	10.2	Si	-	0	-	1	-	-	-	estacio	Mujer	3850	2500-3999 g	-	-	-	-
99	Cesárea	19	Conviviente	Secundaria	Su casa	0	0	6	12.6	No	-	0	-	-	-	-	-	estacio	Varón	3550	2500-3999 g	-	-	-	-
182	Cesárea	19	Conviviente	Secundaria	Su casa	0	0	9	11.4	No	-	0	-	-	-	-	-	estacio	Varón	4100	4000+ g	-	-	1	-
270	Cesárea	19	Conviviente	Secundaria	Su casa	0	0	9	9	No	-	0	-	-	-	-	-	estacio	Mujer	3100	2500-3999 g	-	-	-	-
276	Cesárea	19	Conviviente	Secundaria	Su casa	0	0	7	7	No	-	0	-	-	-	-	-	estacio	Mujer	3100	2500-3999 g	-	-	-	-





