UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE ENFERMERÍA

TEMA: "FRECUENCIA Y CAUSAS DE PARTO QUIRÚRGICO EN MUJERES ADOLESCENTES, DURANTE EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2008, EN LA POLICLÍNICA MUNICIPAL "JULIA ESTHER GONZÁLEZ DELGADO", DE LA CIUDAD DE LOJA."

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA.

AUTOR:

EDINSON FERNANDO PINZÓN CALERO

DIRECTORA:

LIC. MG. SC JUDITH ENCALADA.

LOJA – ECUADOR

2010

CERTIFICACIÓN

Lic. Mg. Sc. Judith Encalada Elizalde docente de la carrera de Enfermería del Área de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja, directora de tesis.

Certifica que ha dirigido el proceso de elaboración de tesis de Licenciatura en Enfermería presentado por el egresado Edinson Fernando Pinzón con el tema: "FRECUENCIA Y CAUSAS DE PARTO QUIRÚRGICO EN MUJERES ADOLESCENTES, DURANTE EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2008, EN LA POLICLÍNICA MUNICIPAL "JULIA ESTHER GONZÁLEZ DELGADO", DE LA CIUDAD DE LOJA" una vez que se han cumplido por parte del postulante las observaciones y sugerencias realizadas, autoriza la presentación del trabajo ante las instancias correspondientes.

Loja, Enero del 2010.

…….....

Lic. Mg. Sc. Judith Encalada Elizalde

DIRECTORA DE TESIS

AGRADECIMIENTO

Deseo expresar mi profundo agradecimiento a la Universidad Nacional de Loja, que luchan para alcanzar la excelencia académica, a los docentes del Área de la Salud Humana y en especial a las de la Carrera de Enfermería por haber impartido sus conocimientos para la formación de profesionales de calidad.

Mi cordial y efusivo reconocimiento de gratitud a la Lic. Mg. Sc. Judith Encalada Elizalde, quien en calidad de Directora, con su experiencia y capacidad profesional me supo orientar a lo largo del presente trabajo de tesis.

Al gerente de la Policlínica Municipal “Julia Esther González Delgado” de la ciudad de Loja por haber dado las facilidades para el acceso de información.

A mi familia, amigos y a todas las personas quienes con su aporte material e intelectual apoyaron en la realización de la presente investigación.

Edinson Fernando Pinzón.

AUTORÍA

Las ideas, puntos de vista y desarrollo del contenido de la presente investigación son de exclusiva responsabilidad del autor.

Que este aporte en beneficio de la Universidad, favorezca al avance de futuros proyectos tanto en el campo de la salud como al desarrollo de la visión productiva de la Universidad.

Edinson Fernando Pinzón.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo con todo mi amor: a Dios que es el sostén de mi vida, a mi familia, con mucho cariño, por su gran bondad, generosidad de impartirme enseñanzas de esfuerzo, sacrificio y lucha para conducirme a ser un hombre de bien y que han sido mi apoyo incondicional. A mis docentes, compañeras de clase, a mis amigos/as que recuerdo con aprecio, mediante sus consejos, me han permitido que a la vida la pueda enfrentar con retos y oportunidades, y a todas las personas que me apoyaron en la elaboración de este trabajo.

Edinson Fernando Pinzón.

ÍNDICE

CERTIFICACIÓN……. II

AGRADECIMIENTO…… III

AUTORÍA…….. IV

DEDICATORIA……. V

ÍNDICE…….. VI

TEMA……. VII

RESUMEN……. 8

SUMARY……... 9

INTRODUCCIÓN…….…. 10

ESQUEMA DE CONTENIDOS…….……. 12

MARCO TEÓRICO…….…. 13

MATERIALES Y MÉTODO……. 29

RESULTADOS……. 30

DISCUSIÓN…….. 37

CONCLUSIONES….…… 40

RECOMENDACIONES…… 41

BIBLIOGRAFÍA…….. 42

ANEXOS……. 46

TÍTULO

“FRECUENCIA Y CAUSAS DE PARTO QUIRÚRGICO EN MUJERES ADOLESCENTES, DURANTE EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2008, EN LA POLICLÍNICA MUNICIPAL “JULIA ESTHER GONZÁLEZ DELGADO”, DE LA CIUDAD DE LOJA.”

RESUMEN

RESUMEN

El presente estudio es de tipo descriptivo-retrospectivo, cuyo objetivo es determinar la frecuencia y causas de los partos quirúrgicos en mujeres adolescentes (10-19 años) realizadas en la Policlínica Municipal "Julia Esther González", en la ciudad de Loja, en el periodo de Enero-Diciembre del 2008.

El universo está constituido por adolescentes atendidas de enero a diciembre del 2008 y que están registradas en el libro de cesáreas existente en el departamento de Centro Obstétrico siendo un total de 319 usuarias. La muestra la conforman 45 adolescentes con edades comprendidas entre 13 19 años de edad, y que fueron atendidas de parto quirúrgico en esta institución de salud.

Luego de la tabulación de datos, análisis e interpretación de resultados se pudo determinar que las causas para el parto quirúrgico son: desproporción céfalo pélvica con un 42,3 %, parto distócico con un 17,8% y sufrimiento fetal agudo con un 13,2%; información que se relaciona con la bibliografía existente donde señalan que éstas son las principales causas para decidir por el parto quirúrgico en adolescentes.

Se espera que este trabajo investigativo pueda servir como información general para desarrollar estudios posteriores y de esta manera contribuir para que los lectores tengan conocimiento de esta realidad.

Palabras claves: embarazo en adolescencia, parto quirúrgico y causas de parto quirúrgico en adolescentes.

SUMARY

SUMARY

This study is, descriptive-retrospective which aims to determine the frequency and causes of surgical deliveries in teenage women in the municipal polyclinic (10-19 years) "Julia Esther González", in Loja city, during the months of January - December of 2008.

The universe is made up of attended teenagers from January to December 2008 and that are registered in the book of Caesarean sections in the Department of Centre Obstétrico with a total of 319 users. The sample is 45 adolescents with aged between 13 19 years old, and were attended surgical delivery in this health institution.

After of the tabulation of data, analysis and interpretation of results could be determined that causes for surgical delivery are: pelvic cephalus disproportion with 42.3 % distócico birth with 17.8 % acute fetal distress with 13.2 %, and information that relates to the existing literature where indicate that these are the main causes to decide for surgical delivery in adolescents.

It is expected that this investigative work can serve as overview to develop further studies and thus contribute to that readers are aware of this reality.

Keywords: pregnancy in adolescence, surgical delivery and surgical childbirth causes.

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud estableció que la adolescencia transcurre entre los 10 y 19 años de edad, subdividida en temprana: 10-14 años, y tardía: 15-19 años. La adolescencia es la etapa del desarrollo que señala el final de la niñez y el inicio de la vida adulta. Es período de crecimiento y maduración, de aparición de los caracteres sexuales secundarios y de la adquisición de la capacidad reproductiva, se adquiere madurez en el desarrollo cognoscitivo, personalidad y valores ético - morales y se produce adaptación al grupo socio - cultural de su tiempo y entorno.

En Ecuador, más del 20% de las adolescentes son madres o están embarazadas. En el Ecuador viven cerca de dos millones y medio de adolescentes entre 10 y 19 años, Los/as adolescentes representan el 20% del total de la población ecuatoriana. La tendencia de la fecundidad adolescente en el país en la última década va en incremento, siendo la más alta de la sub-región andina y oscila alrededor de 100 nacimientos por cada mil mujeres. Dos de cada tres adolescentes de 15-19 años sin educación son madres o están embarazadas por primera vez. Las proporciones de maternidad adolescente son hasta cuatro veces más altas entre las que no tienen educación (43%), comparadas con las de niveles educativos más altos (11% con secundaria completa). Ecuador es uno de los países con menor asistencia de adolescentes al nivel secundario de educación, con menos del 50%, lo que supone un factor de riesgo para la ocurrencia del embarazo en estas edades, así como una consecuencia del mismo.[1]

Fueron estos los motivos que impulsaron a realizar el presente estudio denominado: “FRECUENCIA Y CAUSAS DE PARTO QUIRÚRGICO EN MUJERES ADOLESCENTES, DURANTE EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2008, EN LA POLICLÍNICA MUNICIPAL “JULIA

---

[1] *GUZMÁN M. Boletín Demográfico 68. América Latina y Caribe: Fecundidad 1950-2050. Santiago de Chile; Encuestas DHS; CELADE (2004)*

ESTHER GONZÁLEZ DELGADO", DE LA CIUDAD DE LOJA.", esto permitirá la promoción de la salud y buscar estrategias destinadas a la prevención de los embarazos en adolescentes y así reducir el parto quirúrgico en este grupo poblacional.

El objetivo general que persiguió este estudio es : Determinar frecuencia y causas de los partos quirúrgicos en mujeres adolescentes de 10-19 años realizadas en la Policlínica Municipal "Julia Esther González Delgado", en la ciudad de Loja, en el periodo de Enero a Diciembre del 2008.

Los objetivos específicos que se plantearon se describen a continuación: 1. Cuantificar las causas maternas y fetales que decidieron los médicos para ejecutar el parto quirúrgico; 2. Determinar la edad de las embarazadas; 3. Conocer la paridad de las adolescentes y los controles prenatales que se realizaron las adolescentes.

El estudio básicamente comprende dos capítulos: el capítulo I, hace referencia a las generalidades del estudio, embarazos en adolescentes, parto quirúrgico (cesárea), causas maternas y fetales.

El capítulo II, describe la presentación de resultados, discusión, conclusiones y finalmente las recomendaciones.

ESQUEMA DE CONTENIDOS

REVISIÓN DE LITERATURA

ESQUEMA DE CONTENIDOS

TÍTULO I: GENERALIDADES

1.1. CONCEPTO DE ADOLESCENCIA……..…13

1.2. CONCEPTO DE PARTO QUIRÚRGICO……14

TÍTULO II:

2. EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA…….……....15

TÍTULO III:

3. PARTO QUIRÚRGICO (CESÁREA)……..……..19

3.1. CAUSAS MATERNAS……..……..20

3.2. CAUSAS FETALES…….…….……..25

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I

TÍTULO I: GENERALIDADES

1.1 CONCEPTO DE ADOLESCENCIA.

Aunque los aspectos biológicos de la adolescencia han sido reconocidos como característicos de un período de transición en la mayoría de las sociedades, el significado del término adolescencia varia de una cultura a otra. La duración y las características que definen la adolescencia varían en el tiempo, entre culturas y entre condiciones socioeconómicas. Por lo tanto, es difícil encontrar una definición universal, como tampoco existe consenso sobre cuando comienza y termina la adolescencia.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia es un periodo durante el cual:

1) el individuo pasa de la aparición inicial de las características sexuales secundarias a la madurez sexual;

2) vive la evolución de los procesos psicológicos y los patrones de identificación de niño/a a adulto/a y,

3) se da una transición de un estado de total dependencia económica y social a un estado relativo de dependencia en estas áreas (WHO, 2002).

La falta de consenso sobre el significado de la adolescencia ha llevado a definir a los adolescentes en términos de un rango de edad lo suficientemente amplio: 10 a 19 años. Dado que durante este periodo se dan cambios físicos y psicológicos profundos.

1.2 . CONCEPTO DE PARTO QUIRÚRGICO.

Intervención quirúrgica en la que se realiza una incisión del abdomen y del útero produciéndose el nacimiento transabdominal del feto. Se efectúa cuando existen anomalías maternas o fetales que con probabilidad provocarían un parto vaginal peligroso. Entre las indicaciones maternas para la intervención se incluyen la hemorragia secundaria a placenta previa o a desprendimiento de placenta, preeclampsia grave y parto disfuncional. El parto quirúrgico en una primípara ya no se considera como indicación absoluta de repetición del parto quirúrgico en partos posteriores. La incisión cutánea del abdomen puede ser horizontal o vertical independientemente del tipo de incisión interna del útero.

TÍTULO II:

2. EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

INTRODUCCIÓN

El embarazo adolescente es aquella condición de gestación que ocurre en la edad de la adolescencia, que comprende mujeres de hasta 19 años de edad, independiente de la edad ginecológica.[2] Es una condición que mundialmente se encuentra en aumento principalmente en edades más precoces, debido a que cada vez con más frecuencia, la proporción de adolescentes sexualmente activas es mayor, dado fundamentalmente por el inicio precoz de la actividad sexual.[3]

El embarazo en la adolescencia se considera, desde el punto de vista médico y social como una situación de riesgo.[4] Muchos de estos embarazos presentan problemas debido a que la madre adolescente tiene rechazo del entorno e inmadurez biopsicosocial. La conjunción de estos factores incide de manera adversa tanto en la salud de la madre como en la del hijo.[5]

Las pacientes adolescentes embarazadas sufren posteriormente problemas de tipo socioeconómicos, determinados por una menor educación, mayor dificultad para conseguir empleo, generalmente el abandono de su pareja y finalmente mayor pobreza en la población. [6]

La causa del embarazo en la adolescencia es políticamente discutibles, de gran carga emocional. Se deben analizar muchos factores, además de

---

[2] *RUOTI A: Patología obstétrica en la adolescente embarazada. Rev Sogia 1994; 1(2): 70-2*
[3] *FORREST JD: Timing of reproductive life stages. Obstet Gynecol 1994; 82: 105.*
[4] *DÍAZ SV. El embarazo en las adolescentes en México. Gaceta Médica de México 2003, 139(1): 23-28.*
[5] *CARREÓN VJ, Mendoza SH, Pérez HC, Gil AI, Soler HE, Gonzalez SR. Factores socioeconómicos asociados al embarazo en adolescentes. Archivos de medicina Familiar 2004, 6(3): 70-73.*
[6] *PADILLA de Gil: Aspectos médicos y sociales de la maternidad en la adolescencia. Rev Sogia 2000; 7(1): 16-25.*

la causa obvia que es que los adolescentes mantienen relaciones sexuales sin las medidas de contracepción adecuadas. [7]

En el año 2006, más del 10 por ciento de todos los nacimientos en EE.UU. correspondió a madres de menos de 20 años de edad. La mayoría de los nacimientos entre madres adolescentes (alrededor del 67 por ciento) corresponde a niñas de entre 18 y 19 años de edad.[8]

RIESGOS ASOCIADOS CON EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENTE

Riesgos maternos

Si existe un riesgo biológico intrínseco asociado con el parto en la adolescente, es probable que sea más evidente en las madres adolescentes jóvenes que conciben antes de cumplir los 16 años. Aunque las adolescentes embarazadas muy jóvenes tienen un riesgo más alto de presentar las complicaciones medicas enumeradas en la siguiente tabla:

PRENATALES	**POSPARTO**
Tamaño pequeño	Complicaciones puerperales
Anemia	Nuevo embarazo
Hipertensión inducida por la gestación	Obesidad
Abuso de sustancias	Hipertensión
Infecciones del tracto genitourinario trasmitidas sexualmente	Infecciones del tracto genitourinario trasmitidas sexualmente
Atención prenatal deficiente	

***Fuente**: adaptado con autorización de Stevens-Simón C. MC Anamey ER: adolescent pregancy: continuing challenges. En Greydanus DE, Wolraich ML (dir.): Behavioral Pediatrics. Nueva York. Springer-Veriag. 1991*

[7] *RAMOS, C. Cesárea en adolescente en el Hospital JM. M. obstetricia, SALVAT, editores. Barcelona-España. 1995. Pág.: 606-608*

[8] *MARTIN, J.A. et al. Births: Final Data for 2006. National Vital Statistics Report, volumen 57, número 7, 7 de enero de 2009, www.cdc.gov/nchs/data/nvsr.*

Riesgos del lactante: La prematurez y el bajo peso de nacimiento son los dos riesgos más serios y frecuentes a los que está expuesto el recién nacido asociados con el parto de madres adolescente. Los lactantes nacidos de madres menores de 16 años de edad tienen una probabilidad de más del doble de tener bajo peso de nacimiento, que los nacidos de madres mayores.[9]

Consecuencias fisiológicas para la madre adolescente.

Los datos sobre las consecuencias fisiológicas a largo plazo del embarazo adolescentes son mínimos. Aunque se ha comunicado de manera regular que las madres adolescentes son más bajas que las madres adultas, no está esclarecido si esto es un resultado de los mayores niveles de hormonas gonadales asociados con el embarazo, que acelera la velocidad de cierre epifisario y, por ende, detención permanente del crecimiento, o si obedece a que las madres adolescentes maduran temprano y, por lo tanto, cabe esperar que sean más bajas que sus homologas adultas que maduran en etapas más tardías.

Consecuencias psicológicas y sociales para la madre adolescente.

Problemas psicosociales comunes de las adolescentes embarazadas y madres:

- Pobreza
- Educación deficiente, fracaso escolar
- Oportunidades profesionales limitadas
- Inestabilidad conyugal
- Aislamiento social
- Depresión, estrés

---

[9] *MCANARNEY Elizabeth/KREIPE Richard/ORR Donald /COMERCI George. Medicina del Adolescente, Editorial Panamericana S.A. Buenos Aires, 1994. Cap. 74., pág. 686*

Embarazo reiterado en la adolescencia

El segundo embarazo en la adolescente (recidiva) es frecuente; cuando no hay un seguimiento posparto intensivo, se estima que la prevalencia de segundos embarazos en adolescentes en el año que sigue al primer parto es del 30%; durante el segundo año posparto, el 25-50% de las madres adolescentes conciben. [10]

Las que presentan el mayor riesgo recidiva son las mujeres jóvenes que:

1) son menores de 16 años en el momento de primera concepción,

2) tienen un novio mayor de 20 años,

3) abandonan la escuela,

4) están por debajo de su nivel de grado esperado en el momento del primer embarazo,

5) se toman dependientes de la beneficencia después del primer parto,

6) tienen complicaciones durante el primer embarazo y

7) abandonan el hospital o no acuden para el control de natalidad.

Atención prenatal

Las adolescentes que continúan con el embarazo deben ser derivadas de inmediato para atención prenatal. Los programas de maternidad adolescente integrales contempla las necesidades nutricionales, psicosociales y educacionales de las madres adolescentes, y, por motivos no conocidos, parecen reducir los riesgos asociados con la maternidad de esta edad, sobre todo cuando la madre tiene menos de 15 años en el momento de la concepción.

---

[10] *Catherine Stevens- Simón y Elizabeth R. McAnarney*

TÍTULO III:

3. PARTO QUIRÚRGICO (CESÁREA)

La cesárea es una intervención obstétrica en la que se realiza la extracción del feto a través de una incisión en la pared abdominal y otra en la uterina (histerotomía). Diversos factores, pero sobre todo su seguridad con las técnicas actuales, han hecho que su papel sea cada día más importante dentro de la cirugía. Sin, embargo hay que reconocer que no está exenta de peligros, por lo que su indicación debe obedecer a unos motivos estrictos y su realización debe reunir las condiciones y técnicas adecuadas.

RIESGOS: La mortalidad materna es cuatro veces mayor en caso de cesárea que en partos vaginales.

- La mortalidad materna en casos repetidos de cesárea es doble que en los partos.
- La morbilidad materna es mucho mayor después de una cesárea y los riesgos se originan por:
    - Infección del útero y del sistema genital - Infección de las vías respiratorias y urinarias
    - Hemorragia
    - Reacciones adversas a medicamentos
    - La lactancia es más difícil o imposible por:
        - Dolor, debilidad, actividades limitadas
        - Medicamentos que pueden excretarse en la leche materna.
        - Sentimiento de falta de adecuación para atender al RN

3.1. CAUSAS MATERNAS

La mayoría de las cesáreas se realizan cuando ocurren problemas inesperados durante el parto. Entre ellos se encuentran las siguientes indicaciones:

- Operación cesárea repetida
- Distocia.- En medicina, el término **distocia** se emplea cuando el parto o alumbramiento procede de manera anormal o difícil. Puede ser el resultado de contracciones uterinas incoordinadas, de una posición anormal del feto, de una desproporción cefalopélvica relativa o absoluta o por anormalidades que afectan el canal blando del parto.[11] Sin embargo, un embarazo complicado por distocia puede, con frecuencia, llegar a término con el empleo de maniobras obstétricas, como los partos instrumentados por ejemplo, el uso de fórceps[12] o, más comúnmente, por una cesárea.
- Desproporción feto pélvica.- La desarmonía fetopélvica conocida también como desproporción feto-pélvica o céfalo-pélvica, se define como la imposibilidad del parto por vía vaginal, cuando el conducto pélvico es insuficiente para permitir el paso del feto ya sea por disminución de las dimensiones de la pelvis en relación a un determinado feto o bien porque el volumen parcial o total del feto resulte excesivo para una determinada pelvis.
    - Pelvis ósea
        - Estrecho pélvico (por lo general diámetro anteroposterior 10 cm)

---

[11] *Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (2007). Fundamentos de Obstetricia (en español). Gráficas Marte, S.L., pp. 671, 737*

[12] *REQUENA LLIBRE, Jorge, ISLA VALDES, Ariana, ZAYAS LEON, María Dolores et al. Parto instrumentado en la distocia de rotación: Resultados materno-perinatales (1997-2002). Rev Cubana Obstet Ginecol. [online]. Mayo-ago. 2005, vol.31, no.2 [citado 11 Diciembre 2007],*

- Pelvis media (por lo general distancia entre espinas isquiáticas 9.5 cm)

- Salida pélvica (problemas muy poco frecuentes, y por tanto casi nunca vistos en ausencia de otras contracturas pélvicas)

- Placenta de ubicación baja (sobre todo implantada hacia atrás).- En esta alteración la placenta puede cubrir el orificio cervical interno de forma completa (placenta previa total) o parcial (placenta previa parcial), o bien puede traspasarlo (placenta de implantación baja o placenta previa marginal). La placenta previa tiene lugar en 1 de cada 200 partos, generalmente en multíparas y en pacientes con cesáreas previas o con anomalías uterinas (p. ej., miomas) que impiden la implantación normal. La exploración ecográfica inicial durante el embarazo puede detectar una placenta previa o de implantación baja pero en muchos casos se resuelve al aumentar el útero de tamaño. [13]

- Leiomiomas uterinos.- Los leiomiomas uterinos, llamados también miomas o fibromas, son tumores benignos proliferativos, bien circunscritos y pseudoencapsulados compuestos por músculo liso y tejido conjuntivo fibroso. Son las masas uterinas más comunes y se presentan en un 20 a 40% de las mujeres de 35 años de edad o mayores. Pueden ubicarse en órganos fuera del útero, lo que incluye las trompas de Falopio, vagina, ligamento redondo, ligamentos úterosacros, vulva y tubo digestivo. [14]

---

[13] *Manual de MERCK, 10ª edición, sec. 18, Cap. 252.*
[14] *www.temeds.org/modules/FCKeditor/upload/Image/CapsulaMedica/miomas2/.jpg [acceso :22/09/2009]*

- Tumores ováricos.- Los tumores ováricos constituyen el grupo más diverso histológicamente. Al menos el 80% de los tumores de ovario derivan del epitelio celómico. El tipo más frecuente es el cistoadenocarcinoma seroso, que supone un 75% de los casos de cáncer ovárico epitelial. Otros tipos incluyen los carcinomas mucinosos, endometrioides, de células transicionales, de Brenner, de células claras y no clasificadas. El 20% restante de los tumores ováricos malignos son tumores de células germinales y tumores de células de los cordones sexuales y del estroma, que no son de origen epitelial, y los tumores metastásicos (más frecuentemente de origen en carcinomas de mama y GI). Los tumores de células germinales, que crecen a partir de las células germinales primarias del ovario, aparecen en mujeres jóvenes y son infrecuentes por encima de los 30 años. Los tumores de células germinales malignos incluyen los disgerminomas, teratomas inmaduros, tumores del seno endodérmico, carcinomas embrionarios, coriocarcinomas y poliembriomas. Los tumores del estroma malignos son principalmente los tumores de células de la teca y de la granulosa y los tumores de células de Sertoli y Leydig. [15]

- Otras neoplasias de las vías genitales (raras)

- Gestación múltiple

  - Gemelos

  - Gemelo A en cualquier presentación, salvo de vértex

  - Gemelo B no adecuado para el parto vaginal

---

[15] *Manual de MERCK, 10ª edición, sec. 18, Cap. 241.*

        - Fracaso de la versión externa durante el trabajo de parto
        - Sufrimiento fetal (incluso si el gemelo A ha nacido por vía vaginal)
        - Todos los gemelos mono amnióticos
        - Tripletos o número mayor
- Anomalías del trabajo de parto (poderes)
    - Inercia uterina primaria
        - Fase latente prolongada (poco frecuente, pero > 20 horas en la nulípara y > 14 horas en la multípara)
        - Trastornos por prolongación
            - Dilatación de fase activa prolongada (nuligrávida < 1.2 cm/hora, multigrávida 1.5 cm/hora)
            - Descenso prolongado (nuligrávida < 1 cm/hora, multigrávida < 2 cm/hora)
        - Trastornos de paro
        - Fase prolongada de desaceleración (nulíparas ≤ 3 horas, multíparas ≤1 hora)
        - Paro secundario de la dilatación (no hay dilatación durante ≥ 2 horas)
        - Paro de la fase adiva de descenso (≥ 1 hora)
        - Descenso insuficiente en la fase de desaceleración o durante la segunda etapa (≥ 1 hora)
            - Inercia uterina causada por desproporción fetopélvica

        - Inducción fallida

- Infecciones

    - Corioamnionitis grave.- Actualmente, la infección intraamniótica se define como la presencia de un cultivo positivo en líquido amniótico obtenido por amniocentesis, y se denomina corioamnionitis o infección ovular clínica a la presencia de síntomas en una paciente que tiene una infección intraamniótica.[16]-[17]

    - Herpes genital materno activo

    - Algunos casos de condilomas acuminados genitales

- Complicaciones maternas, fetales o de ambos tipos influidas en potencia de manera negativa por el trabajo de parto, el parto vaginal o ambos

    - Pruebas previas al parto que indican intolerancia al trabajo de parto.

    - Distocia cervical

    - Indicaciones médicas

        - Preeclampsia y eclampsia fulminantes

        - Diabetes (sólo está indicada en ocasiones)

        - Eritroblastosis

        - Cardiopatía materna grave

---

[16] *CASTRO M, CANCELA M, REPETTO M, GUTIÉRREZ, Fiol V, Piriz G, Castillo E, Medina E, Lattof M, Bustos R. Corioamnionitis histológica en el recién nacido menor de 1.000 gramos. Incidencia y resultados perinatales. Revista Arch Pediatr Urug 2006; 77(3): 244-249*

[17] *GÓMEZ R, ROMERO R. Rotura prematura de membrana y corioamnionitis. En: Pérez Sánchez A, Donoso Siña E. Obstetricia. 3a edición. Santiago de Chile: Editorial Mediterraneo, 2005: 659-666.*

- Indicaciones quirúrgicas
- Retracción cervical o uterina cuya extensión entraña el peligro de que ocurra estallamiento con el trabajo de parto (p. ej., miomectomia extensa, traquelorrafia)
- Cerclaje cervical
    - Todos los cerclajes cervicales abdominales
    - Ciertos cerclajes vaginales (p. ej., no pueden retirarse)
    - Problemas maternos graves (p. ej., fístula vesicovaginal o rectovaginal)
- Operaciones plásticas vaginales extensas previas
    - Carcinoma del cuello uterino

3.2. CAUSAS FETALES

- Complicaciones fetales (pasajero)
    - Feto normal
    - Macrosomía (> 4 000 g).- "El crecimiento exagerado del feto puede ocasionar DFP, imposibilitando el trabajo de parto vaginal".[18]
    - Mal posición y mal presentación.- Existen dos términos para denominar cómo está situado el bebé en el cuerpo de la madre: presentación y posición. Aunque algunas fuentes usan estos términos sin consistencia, presentación hace referencia a qué parte del bebé se "presenta" primero en la vagina; en otras palabras, si el bebé tiene la cabeza arriba (nalgas),

[18] *ALVARADO, Juan, Manual de Obstetricia, Apuntes Médicos de Perú, Edición 2006, Pág. 282*

cabeza abajo (cefálica) u hombros o costados (transversa). Por su parte, posición se refiere a cómo la nuca del bebé se sitúa respecto de la columna vertebral de la madre (hacia su columna u opuesta a ella, etc.).[19]

- Transversa: el bebé presenta primero el hombro o un costado, aumentando el riesgo de prolapso de cordón. El bebé tiene que girar (o ser girado) para nacer o nacer por cesárea. Si el bebé no gira y se necesita cesárea, la incisión puede ser baja vertical o quizás "clásica" (de arriba abajo) por la difícil posición.

Se puede prevenir o solucionar a través de la posición de la madre o "versión externa", pero pocos médicos lo intentan.

- Nalgas: la cabeza del bebé está arriba, en las costillas de su madre; las piernas o trasero presentan primero, en lugar de la cabeza. Esta presentación implica más riesgos para el bebé, nazca por cesárea o vaginalmente. Muchos obstetras hoy no han aprendido el arte del parto vaginal de nalgas, y por tanto hacen cesárea de forma rutinaria (a pesar de la evidencia cuestionable de que mejora el resultado); algunas comadronas y obstetras todavía saben cómo atender partos de nalgas (y deseosos de ello). Entre los bebés de nalgas, hay un número de variaciones de cómo se presenta el bebé exactamente. Algunas son más favorables para un parto vaginal seguro que otras:

- Nalgas puras: el bebé se presenta con las nalgas primero; es la posición más favorable para parto vaginal.

- Podálica: presenta primero los pies; es una posición difícil para parto vaginal y muy pocos lo intentarían, aunque algunos saben cómo asistirlo. Puede ser con un solo pie o con los dos.

---

[19] *www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/1006/1/Parto-en-presentacion-podalica-Situacion-transversa.html*

- Feto anómalo

  - Meningomielocele.- Es un defecto del tubo neural como resultado de la herniación o saculación de las meninges y de la médula espinal a través de la falla del cerramiento del arco y lámina vertebral presentándose con mayor frecuencia en la región lumbosacra. [20]

  - Hidrocefalia.- "Es la dilatación del sistema ventricular cerebral secundario a una alteración en la dinámica del líquido cefalorraquídeo en general, se asocia con un aumento de la presión intracraneal y una circunferencia cefálica grande" [21]

  - Teratoma sacrococcígeo.- El Teratoma Sacrococcigeo es una neoplasia de origen embrionario formada por tejidos que provienen de las 3 capas germinales. Esta neoplasia es más frecuente en edad pediátrica y puede ser benigna, maligna o una mezcla de ambos componentes. [22]

  - Anomalías fetales diversas

- Sufrimiento fetal

  - Insuficiencia uteroplacentaria

  - Accidentes del cordón

  - Acidosis metabólica

- Hemorragia obstétrica (materna, fetal o de ambos tipos)

---

[20] *Dr. CASSÍS MARTÍNEZ ROBERTO (Ginecólogo). Disponible en: www.medicosecuador.com/drcassis*

[21] *GOMELLA, CUNNINGHAM, Eyal, Zenk, Neonatología, Quinta edición, Año de publicación 2005, Pág. 544.*

[22] *Grosfeld J. L.,Thomas V. N., Lowe D. Etal: Beningand Malignant Teratomas in Children: Analysis of 85 patients. Surgery 1976,80 (3):297-305*

- Desprendimiento prematuro de placenta
- Placenta previa
- Rotura de útero.- Es un accidente que sufre el músculo uterino, siendo frecuente durante el parto. “Puede ocurrir en un útero intacto (ruptura uterina primaria) o en una cicatricial (ruptura uterina secundaria) en forma espontanea o traumática.

Clasificación: Según el grado de compromiso del peritoneo se distinguen dos tipos de ruptura uterina:

- RU Completa.- afecta todas las capas del útero, incluso al peritoneo, de modo que hay comunicación entre las cavidades uterinas y abdominales.
- RU Incompleta.- el peritoneo esta inminente y separa ambas cavidades (uterina de abdominal).

Roturas del cuerpo uterino: por lo general son completas y tanto el feto como la placenta suelen pasar al abdomen. Las roturas incompletas del uterino son excepcionales.[23]

- Vasos previos

[23] *ALVARADO, Juan, Manual de Obstetricia, Apuntes Médicos de Perú, Edición 2006, Pág. 220-223.*

MATERIALES

Y

MÉTODO

MATERIALES Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO

La presente investigación tiene las características de un estudio descriptivo-retrospectivo que comprende; determinar la frecuencia y causas de partos quirúrgicos en las mujeres adolescentes, que fueron atendidas en esta casa de salud.

UNIVERSO Y MUESTRA

El universo lo constituyeron 319 mujeres gestantes atendidas en la Policlínica Municipal "Julia Esther González Delgado", en la ciudad de Loja, en el periodo de Enero a Diciembre del 2008, que obtuvieron su producto a través del parto quirúrgico.

La muestra la representan por 45 mujeres de (10-19 años), seleccionadas por corresponder al grupo de adolescentes en quienes se basa este estudio.

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se utilizó la técnica de observación, con un instrumento guía de observación diseñado por el investigador (ver anexo Nº 1), para obtener información requerida de las historias clínicas archivadas en el departamento Estadística de la Policlínica Municipal "Julia Esther González Delgado", en la ciudad de Loja, en el periodo de Enero a Diciembre del 2008 en la que consta: edad, causas maternas-fetales, paridad, controles prenatales etc.; así mismo se revisaron y contabilizaron en los partes diarios de los libros de la sala de cesárea la totalidad de los partos quirúrgicos. Además se realizaron consultas bibliográficas, revistas e Internet; necesarias para la comprensión de la problemática a investigar.

Los datos obtenidos se presentan en tablas simples, seguido de la interpretación y su respectivo análisis, lo que permitirá plantear las conclusiones respectivas y las recomendaciones pertinentes.

RESULTADOS

RESULTADOS

TABLA Nº 1

FRECUENCIA DE PARTO QUIRÚRGICO

TOTAL DE PARTOS 2008		
TIPO DE PARTO	**MUJERES ADOLESCENTES (10-19 AÑOS)**	
	FRECUENCIA	**PORCENTAJE**
EUTÓCICO	83	64,8%
DISTÓCICO	45	35,2%
TOTAL	**128**	**100,0%**

FUENTE: *Libro de Cesáreas de la Policlínica Municipal "Julia Esther González".*

ELABORACIÓN*: Edinson Pinzón Calero*

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En la Policlínica Municipal "Julia Esther González Delgado", de la ciudad de Loja, en el periodo de Enero a Diciembre del 2008 se atendieron 83 partos eutócicos y 45 partos quirúrgicos (distócicos); que corresponde el 35.2% de las mujeres adolescentes de 10-19 años, dando un total de 128.

TABLA Nº 2

PRINCIPALES CAUSAS DE PARTO QUIRÚRGICO

CAUSAS MATERNAS-FETALES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Desproporción céfalo pélvica	19	42,3%
Parto distócico	8	17,8%
Sufrimiento fetal agudo	6	13,2%
Rotura prematura de membranas	4	8,8%
Pre eclampsia	2	4,4%
Embarazo gemelar	2	4,4%
Oligohidramnios	2	4,4%
Desprendimiento de placenta	1	2,3%
Cesárea anterior	1	2,3%
TOTAL	**45**	**100,0%**

FUENTE: *Libro de Cesáreas de la Policlínica Municipal "Julia Esther González".*

ELABORACIÓN*: Edinson Pinzón Calero*

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En relación a las causas para que se realice el parto quirúrgico en la gestantes adolescentes podemos observar que el mayor porcentaje corresponde a la desproporción céfalo-pélvica, con un 42% que se relaciona con un desarrollo incompleto de la pelvis materna y según esto determina una incapacidad del canal del parto para permitir el paso del

feto, estas distocias provocan aumento de los partos operatorios e instrumentados; seguido por parto distócico con 18% (considerándose parto distócico al expulsivo prolongado, distocia de presentación y distocia de dilatación.) y con un 13% se presenta el sufrimiento fetal agudo. Con mínimo porcentaje tenemos: Rotura Prematura De Membranas (9%); Pre Eclampsia, Embarazo Gemelar y Oligohidramnios(4%); Desprendimiento De Placenta y Cesárea Anterior con un 2%.

TABLA Nº 3

CAUSAS MATERNAS Y FETALES

CAUSAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Maternas	28	62,2%
Fetales	13	28,9%
Materno-fetales	4	8,9%
TOTAL	**45**	**100,0%**

FUENTE: *Libro de Cesáreas de la Policlínica Municipal "Julia Esther González".*

ELABORACIÓN*: Edinson Pinzón Calero*

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

La población estuvo conformada por 45 adolescentes a quienes se les practicó el parto quirúrgico. De ellos, 28 (62.2%) correspondieron a causas maternas;(Desproporción céfalo pélvica, Rotura prematura de membranas, Pre eclampsia, etcétera) seguido de 13 (28.9%) por causas fetales; y materno-fetales o de ambos tipos, se encontraron 4 casos que corresponde al 8.9%, se dio en situaciones como: oligohidramnios y embarazo gemelar.

TABLA Nº 4

EDAD DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES INTERVENIDAS QUIRÚRGICAMENTE

EDAD EN AÑOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
13 años	1	2 %
14 años	3	7 %
15 años	2	4 %
16 años	7	16 %
17 años	7	16 %
18 años	15	33 %
19 años	10	22 %
TOTAL	**45**	**100** %

FUENTE: *Libro de Cesáreas de la Policlínica Municipal "Julia Esther González".*

ELABORACIÓN*: Edinson Pinzón Calero*

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En la actualidad, los adolescentes están iniciando la actividad sexual a una edad más temprana que las generaciones pasadas, las citas constantes en etapas tempranas de la adolescencia han sido asociadas con actitudes permisivas y primer coito a una edad temprana. Es probable que los adolescentes sin supervisión adulta aprovechen estar juntos a solas y sigan la progresión normal de las conductas sexuales. El divorcio, el ser hijo de una madre adolescente y la pobreza son factores contribuyentes a la iniciación temprana de las relaciones sexuales.

Una relación sexual madura en la que la pareja puede distinguir entre la verdadera intimidad y la sexualidad genital, y puede practicar

anticoncepción efectiva, se suele alcanzar hacia la adolescencia tardía (18 a 21 años de edad), sin embargo en este estudio, hay que resaltar su incremento en los 18 años con un porcentaje del 33%, a los 19 años con 22%, a los 16-17 con un 16%. Sin dejar a lado las adolescentes de 13-15 que representan un 13% cifra considerada alta comparada con el total de la muestra. El embarazo a cualquier edad constituye un hecho biopsicosocial muy importante, pero durante la adolescencia conduce a una serie de situaciones que pueden atentar tanto contra la salud de la madre que todavía no alcanzan su madurez física y mental, en un medio familiar poco receptivo para aceptarlo y protegerlo como la del hijo, por lo que constituye un problema que no debe ser considerado solamente en términos del presente, sino también del futuro por las complicaciones que genera.

TABLA Nº 5

PARIDAD DE LAS ADOLESCENTES

PARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Primigesta	44	98 %
Segundigesta	0	0 %
Trigesta	1	2 %
TOTAL	**45**	**100** %

FUENTE: *Libro de Cesáreas de la Policlínica Municipal "Julia Esther González".*

ELABORACIÓN*: Edinson Pinzón Calero*

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

La conveniencia es que el espacio intergenésico no sea menor a 18 meses desde el último parto por los posibles efectos perinatales adversos.[24] La recidiva de embarazos es frecuente cuando no hay un seguimiento postparto intensivo especialmente porque son menores de 16 años en el momento de la primera concepción, abandono escolar o tienen un novio mayor a los 20 años, refriéndose a la paridad, se observa que el 98% de las adolescentes intervenidas son primigestas y un 2% que corresponde a adolescentes trigestas que se presento en un caso. Los estudios indican que las madres adolescentes que reciban asistencia con sus lactantes en la misma consulta tienen una atención regular, cumpliendo así las prescripciones anticonceptivas y posponen un segundo embarazo por periodos más prolongados.

[24] *Bortman M. [Risk factors for low birth weight] RevPanamSaludPublica1998; 3:314-21.*

TABLA Nº 6

NUMERO DE CONTROLES PRENATALES DE LAS ADOLESCENTES

RANGOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Normal De 9-12 controles	12	27 %
Mínimo Aceptable De 5-8 controles	18	40 %
Mínimos De 0-4 controles	15	33 %
TOTAL	**45**	**100** %

FUENTE: *Libro de Cesáreas de la Policlínica Municipal "Julia Esther González".*

ELABORACIÓN*: Edinson Pinzón Calero*

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

La frecuencia de los controles prenatales dependerá del nivel de riesgo médico, social y psicológico para prevenir y controlar oportunamente los factores de riesgo. Sin embargo los datos nos refleja que el 33% de las adolescentes embarazadas había llegado al menos cuatro controles prenatales, más de la tercera parte, (40%) tenía el mínimo aceptable de cinco consultas que se considera un control prenatal adecuado y un 27% llego al número de controles prenatales normales.

DISCUSIÓN

DISCUSIÓN

La adolescencia se ha considerado por lo general un período relativamente libre de enfermedades; pero en los últimos años, debido a que la actividad sexual entre adolescentes se ha incrementado y los nacimientos en mujeres menores de 20 años representan una proporción creciente de todos los partos; este grupo requiere atención especial en búsqueda de proporcionarles mejoras tanto en su salud sexual como reproductiva. A través de ejecución de programas de recreación dirigido a los/as adolescentes y incentivar a los padres cuidar de sus hijos.

"El embarazo en adolescentes siempre ha ocurrido en todos los países observándose tasas más altas en aquellos en vías de desarrollo, tales como los de América Latina y el Caribe".[25]

La prevención de los embarazos en la época de la adolescencia se ha convertido en una prioridad en muchos países y ha dado lugar a que se estudien las motivaciones y comportamientos que colocan a una joven en alto riesgo para embarazarse. Coinciden los investigadores en destacar el abandono escolar y la carencia de estabilidad emocional en el hogar por ausencia de la figura paterna, así como el poco conocimiento y temor al uso de métodos de planificación familiar como causas preponderantes.

La realidad situacional de nuestros adolescentes comparte en muchos de sus aspectos la realidad Latinoamericana, con todas sus limitaciones, pero toda su oportunidad de ser agentes de cambios para sus propias ciudades, países y la humanidad. Por ello debemos dar a los adolescentes competencia social, es decir, la capacidad de integrar afecto, conocimiento y conductas para lograr un adecuado desarrollo en su cultura. Ir hasta donde está el adolescente. Dado que, en el sistema escolar es donde permanecen la gran mayoría de los jóvenes por mayor

---

[25] *MONTERROSA A, M Partos vaginales y operación cesárea en adolescentes. Rev. Colomb Obstet Ginecol. 1999: 50: pág.: 67-69*

tiempo, las escuelas son lugares ideales para aplicar intervenciones grupales.

Cuando una adolescente se embaraza, toda la sociedad debe movilizarse, porque afecta el desarrollo de las mujeres y hombres adolescentes, en el sentido de que se ven abocadas/os a nuevas situaciones que truncan o modifican sus proyectos de vida, en torno especialmente a estudiar, recrearse, profesionalizarse y realizar su metas personales.

En el presente estudio realizado en la Policlínica Municipal “Julia Esther González Delgado”, en la ciudad de Loja, en el periodo de Enero a Diciembre del 2008, se encontró que de 778 partos atendidos, el 10.67% de madres adolescentes tuvieron su parto por vía vaginal y el 5.78% tuvieron parto quirúrgico.

En relación a las causas para que los médicos decidan por el parto quirúrgico en la gestantes adolescentes podemos observar que sobresale la desproporción céfalo-pélvica, con un 42,3% que se relaciona con un desarrollo incompleto de la pelvis materna; seguido por parto distócico con 17,8%; (considerándose parto distócico al expulsivo prolongado, distocia de presentación y distocia de dilatación.) y con un 13,2% se presenta el sufrimiento fetal agudo.

La muestra está conformada por 45 adolescentes (5.78%) con partos quirúrgicos, de ellos, 25 (62.2%) correspondieron a causas maternas; seguido de 13 (28.9%) por causas fetales; y materno-fetales o de ambos tipos, se encontraron 4 casos que corresponde al 8.9% se dio en situaciones como: oligohidramnios y embarazo gemelar.

Una relación sexual madura en la que la pareja puede distinguir entre la verdadera intimidad y la sexualidad genital, y puede practicar anticoncepción efectiva, se suele alcanzar hacia la adolescencia tardía (18 a 21 años de edad), sin embargo en este estudio, hay que resaltar su

aumento en los 18 años con un porcentaje del 33%, a los 19 años con 22%, a los 16-17 con un 16%. Sin dejar a lado las adolescentes de 13-15 que representan un 13% cifra considerada alta comparada con el total de la muestra.

La literatura señala que el espacio intergenésico no debe ser menor a 18 meses desde el último parto por los posibles efectos perinatales adversos. La recidiva de embarazos es frecuente cuando no hay un seguimiento postparto intensivo especialmente porque son menores de 16 años en el momento de la primera concepción, abandono escolar o tienen un novio mayor a los 20 años, refriéndose a la paridad, se observa que el 98% de las adolescentes intervenidas son primigestas y un 2% que corresponde a adolescentes trigestas que se presento en un caso.

La frecuencia de los controles prenatales dependerá del nivel de riesgo médico, social y psicológico para prevenir y controlar oportunamente los factores de riesgo. Sin embargo los datos nos refleja que el 33% de las adolescentes embarazadas había llegado al menos cuatro controles prenatales, más de la tercera parte, (40%) tenía el mínimo aceptable de cinco consultas que se considera un control prenatal adecuado y un 27% llego al número de controles prenatales normales.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

1.- La frecuencia de cesáreas en este grupo de edades es significativa ya que, de 128 gestantes adolescentes atendidas en el periodo Enero a Diciembre del 2008, 45 adolescentes de 13 – 19 años fueron intervenidas quirúrgicamente para resolver su parto. Posiblemente esto se debe al aumento en la frecuencia de los embarazos a tan temprana edad, cuando aún no existe la preparación física ni psíquica para afrontar las exigencias de la maternidad, debida a varios factores como: maduración sexual más temprana, inicio temprano de los coitos, desconocimiento en planificación familiar, en reproducción y genitalización de la sexualidad.

2.- Entre las principales causas para decidir por el parto quirúrgico sobresalen: desproporción céfalo - pélvica, parto distócico y sufrimiento fetal agudo, que guardan relación con la bibliografía existente.

3.- Las edades en las que se presenta con mayor frecuencia los partos quirúrgicos son de 16-19 años con mayor porcentaje en las adolescentes de 18 años.

4.- Con respecto a la paridad, el 98% revelan que son primigestas, cabe señalar que el 2% que representa un caso de adolescente es trigesta. La frecuencia de los controles prenatales nos ilustra datos significantes que al tratarse de gestantes adolescentes van a presentar mas factores riesgos a nivel físico, social y psicológico; sin embargo son pocos los controles prenatales realizados por adolescentes llegando a ocho controles en el 73% de las adolescentes.

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES

Considerando que el embarazo en adolescentes es un problema multifactorial que incide negativamente en el desarrollo psicosocial de nuestras jóvenes, mas aun cuando el parto es resuelto quirúrgicamente; deberían considerarse estrategias por parte de los diversos actores sociales que logren mejorar y modificar los valores y estimular las acciones que lo prevengan. En base a los resultados del presente estudio y la realidad particular de nuestra población, puedo recomendar:

- Que el Ministerio de Salud Pública, difunda efectivamente sobre los beneficios de la ley de la maternidad gratuita para de esa manera las mujeres embarazadas especialmente adolescentes den importancia a los controles prenatales y acudan oportunamente a las instituciones de salud.

- Que la Universidad Nacional de Loja, Área de la Salud Humana, fomente a través de acciones de vinculación con la colectividad programas educativos a la población joven promocionando la paternidad responsable y sensibilizándola sobre la necesidad de formar hogares estables que permitan el desarrollo completo de sus hijos e hijas.

- Que la Policlínica Municipal con los talentos humanos profesionales en salud que ahí se desempeñan promocionen la salud sexual y reproductiva con programas en el área de consulta externa.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

1 ALVARADO, Juan, Manual de Obstetricia, Apuntes Médicos de Perú, Edición 2006, Pág. 220-223.

2 ALVAREZ, R. Temas de Medicina General Integral. La Habana. Editorial Ciencias Médicas. 2001.

3 CARREÓN VJ, Mendoza SH, Pérez HC, Gil AI, Soler HE, Gonzalez SR. Factores socioeconómicos asociados al embarazo en adolescentes. Archivos de medicina Familiar 2004, 6(3): 70-73

4 CASTRO M, CANCELA M, REPETTO M, GUTIÉRREZ, Fiol V, Piriz G, Castillo E, Medina E, Lattof M, Bustos R. Corioamnionitis histológica en el recién nacido menor de 1.000 gramos. Incidencia y resultados perinatales. Revista Arch Pediatr Urug 2006; 77(3): 244-249

5 GABBE, S. NIEBYL, J. LEIGH, J. Obstetricia. Madrid-España. Marbán SL. 2000. Cap.: 11. Págs.: 249-268

6 GOMELLA, CUNNINGHAM, Eyal, Zenk, Neonatología, Quinta edición, Año de publicación 2005, Pág. 544.

7 GÓMEZ R, ROMERO R. Rotura prematura de membrana y corioamnionitis. En: Pérez Sánchez A, Donoso Siña E. Obstetricia. 3a edición. Santiago de Chile: Editorial Mediterraneo, 2005: 659-666.

8 HERRIOT, S. LOUFER, M. PETER, D. Ginecología En Pediatría Y La Adolescente. Cuarta edición. México. Mc Graw-Hill Interamericana Editores S.A. 2000. Cap.: 18. Págs.: 521-550

9 HIRSCH, H. KÄSER, O. IKLÉ, F. Atlas De Cirugía Ginecológica. Quinta Edición. 2003. Cap.: 10. Págs.: 165-180.

10 MARTIN, J.A. et al. Births: Final Data for 2006. National Vital Statistics Report, volumen 57, número 7, 7 de enero de 2009, www.cdc.gov/nchs/data/nvsr

11 MOLINA, R. SANDOVAL, J. GONZALES, E. Salud Sexual y Reproductiva en la Adolescencia. Chile. Editorial Mediterránea Ltda. 2003. Cap.: 1. Págs.: 3-13

12 MOLINA, R. SANDOVAL, J. GONZALES, E. Salud Sexual y Reproductiva en la Adolescencia. Chile. Editorial Mediterránea Ltda. 2003. Cap.: 29. Págs.: 451-427

13 PELAEZ, J. Ginecología Pediátrica y de la Adolescente. La Habana-Cuba. Editorial Científico - Técnica. 2007.

14 PEREZ, A. Ginecología. 3ª ed. Chile. Salesianos S.A. 2003. Cap.: 8. Págs.: 30-144.

15 REEDER, S. MARTIN, L. KONIAK, D. Enfermería Materno Infantil, 17ª Edición. México. Editorial Interamericana McGraw-Hill. 2001.

PAGINAS DEL INTERNET

1. Agüer 0/Avilán J Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela [en lineaJlSSN 0048-7732 [acceso en: 07 de julio del 2009 URL disponible en: www.2.bvs.org.ve/scielo.php?pid=S0048-7732200100300002&script=sci_arttext&tlng=es

2. Arnez A. Atención y Promoción de la salud Integral al adolescente en Santa Cruz: Análisis Situacional y Propuestas desde un enfoque de la Medicina General. [en línea] [fecha de acceso: 24 de junio del 2009]. URL disponible en: http://www. monografias.com/trabajos29/salud-integral-adolescente/salud-integral-adolescente2.shtml

3. Avanza/Sosa/Giusti/Alegre/Benítez/Rivero. Frecuencia e indicaciones de cesárea en la población adolescente de un centro hospitalario [en línea][fecha de acceso: 24 de junio del 2009]. URL disponible en: http://med .unne.edu.ar/fisiologia/revista5/cesarea.PDF

4. CASAS/CHUMBE/INGUIL!GONZALES/MERCADO. El parto en la adolescente. Estudio de 3 grupos adolescencia temprana, tardía y grupo control. [en línea] julio 1998 [fecha de acceso: 7 de julio del 2009] 44 (2). URL disponible - en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/BvRevistas/ginecologia/vol_44N2/el_parto.htm

5. Díaz AlSanhueza R/Yaksic 8 Revista chilena de obstetricia y ginecología [en línea] ISSN 0717-7526[acceso en: 07 de julio del 2009] URL disponible en: www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262002000600009&script=sci_arttext&tlng=en

6. Gallego .Apuntes de Ginecologia. Apuntes de Medicina [en línea] 2008 [acceso en: 22 de sep. del 2009]. URL disponible en: www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/1006/1/Parto-en-presentacion-podalica-Situacion-transversa.html

7. Menkes ¡Suárez. Sexualiodad y embarazo en mexico.[en lineal 2003 [fecha de acceso: 24 de junio del 2009]. 65. URL disponible en:http://www.insp.mx/Portal/produccion/pdfs/65.pdf

8. Pantelides E. ASPECTOS SOCIALES DEL EMBARAZO Y LA FECUNDIDAD ADOLESCENTE EN AMÉRICA LATINA [en línea] [fecha de acceso: 24 de junio del 2009].URL disponible en: http:www.eolac.org/uubricacones/xrnL9/22069/lcg2229-p1.pdf

9. Saucedo M. la adolescencia es un factor de riesgo para la adolescencia [en línea] [fecha de acceso: 7 de julio del 2009].

URL disponible en: http:/Jdigeset.ucol.mxftesis_posgrado/Pdf/Marcelo_%2OSaucedo%2oDelgado.pdf

10. Valdés/Essien/Bardales/Saavedra/Bardales Embarazo en la adolescencia. Incidencia, riesgos y complicaciones [en línea] [fecha de acceso: 24 de junio deI 2009]. URL disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol28_2_02/gin04202.htm

11. Villanueva L. características obstétricas de la adolescente embarazada [en Línea] 1999 [fecha de acceso: 7 de julio del 2009]; 67 (356). URL disponible en: http://bvssida.insp.mx/articulos/2851.pdf

12. YUNES, J. & RAJS, D. Trends in Mortality Due to Violent Causes in the Overall Population and Among Adolescents and Young People in the Americas.[en línea] 1 994.[acceso en: 07 de Julio del 2009] 88-125 . URL disponible en: http://www.scielosp.org/pdf/csp/v10s1/v10supl1a07.pdf

ANEXOS

ANEXO Nº 1.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

POLICLÍNICA MUNICIPAL "JULIA ESTHER GONZÁLEZ" CESÁREAS 2008								
EDAD DE MUJERES (10-19 AÑOS)	**CAUSAS**						**PARIDAD**	**CONTROLES PRENATALES**
	MATERNAS		**FETALES**		**OTRAS**			
	Desproporción céfalo pélvica		Sufrimiento fetal agudo		Embarazo gemelar			
	Rotura prematura de membranas		Taquicardia fetal		Oligohidramnios			
	Pre eclampsia		Distocia de presentación					
	Cesárea anterior							
	Distocia							
	Embarazo pre termino							

Elaborado por: *Edinson Pinzón Calero*