

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD**



**MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGÍA
Ocotal 2011-2014**

**TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE:
Master en Epidemiología**

**“FRECUENCIA DE CESÁREAS EN ADOLESCENTES
MUNICIPIO DE COMAYAGUA, DEPARTAMENTO DE
COMAYAGUA HONDURAS 2012”**

Autora: Hilda Magdalena Rosales

Tutora: Alice Pineda Whitaker

Msc. Epidemiología

Msc. Desarrollo social eco sostenible

Ocotal, Nueva Segovia, Nicaragua, Febrero 2014

AGRADECIMIENTO

En primer lugar agradezco a Dios por darme la salud, el tiempo y así lograr la finalización de una de las etapas de mi vida profesional ,alcanzando mis objetivos propuestos para este proyecto que será de provecho para mi vida personal y profesional.

Agradeciendo también al personal Médicos y catedráticos de la UNAN por su tiempo, conocimientos y consejos impartidos, para el desarrollo y mejoramiento de nuestra vida profesional

A las autoridades de administración del Hospital Regional Santa Teresa por darnos la oportunidad y motivación de crecimiento de superación de la carrera de Salud.

A los compañeros de la carrera por el apoyo mutuo que compartimos durante todo el periodo que se llevó acabo para lograr el objetivo.

A mi familia, que me apoyaron en todo momento y me dieron ánimos para seguir adelante y que son motivo de inspiración para la realización de mis sueños.

DEDICATORIA

A Dios creador del universo y de todas las cosas, que me ha dado fortaleza y el coraje para lograr la realización de mis sueños y metas propuestas.

Por ello, con toda la humildad de mi corazón que puede emanar dedico primeramente mi trabajo a Dios de igual forma dedico esta tesis a mis hijos que siempre han estado junto a mí, a mi padre que está en el cielo pero espiritualmente me a compañía, a mi madre, mis hermanos y familia en general que me han brindado su apoyo incondicional por compartir conmigo buenos y malos momentos.

RESUMEN

Esta investigación se realizó en el Hospital Regional Santa Teresa de la ciudad de Comayagua Comayagua Honduras, periodo 2012

Con el objetivo de conocer las frecuencias de cesáreas en adolescentes que fueron atendidas. En el Hospital Regional Santa Teresa de Comayagua Honduras año 2012 Es un estudio de descriptivo de corte transversal cuya población en estudio fueron 102 adolescentes la fuente de datos fueron secundarios (expedientes clínicos y libros de Registros, Censos

Se encontró una prevalencia de cesáreas en adolescentes en el Hospital de 17% cantidad que supera las normas establecidas de la OMS (Organización Mundial de La Salud) es el 10 al 15% lo que provoca un 2% de descompensación de las normas establecidas por la OMS.

La mayoría de las adolescentes cascareadas eran de 15 a 19 años con una escolaridad de primaria cuyo estado civil es unión libre y una procedencia urbano de Comayagua y con 3 controles o más prenatales cumplidos

Las causas maternas que conllevaron a la realización de cesáreas fue (DCP) Desproporción cefalopelvica en de la mitad de los casos seguido por preclamsia

Las Causas Fetales que conllevaron a cesáreas fueron (SFA) Sufrimiento fetal Agudo un poco menos que la mitad seguido por parto pélvico

La Organización mundial de la Salud (OMS) establece que, el porcentaje para la realización de las cesáreas debe ser un 10% al 15%. Lo que en este estudio realizado revela un 17% de cesáreas realizadas

INDICE.

| | |
|--|----|
| AGRADECIMIENTO | 2 |
| DEDICATORIA | 3 |
| RESUMEN | 4 |
| INTRODUCCIÓN | 6 |
| ANTECEDENTES | 7 |
| JUSTIFICACIÓN | 10 |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 11 |
| OBJETIVOS | 12 |
| General:..... | 12 |
| Específicos: | 12 |
| VARIABLE | 13 |
| MARCO TEÓRICO | 14 |
| DISEÑO METODOLÓGICO | 30 |
| CONSIDERACIONES ETICAS | 31 |
| GUIA DE REVISION DE EXPEDIENTES | 32 |
| RESULTADOS | 34 |
| ANALISIS DE RESULTADOS | 37 |
| CONCLUSIÓN | 40 |
| RECOMENDACIONES | 41 |
| BIBLIOGRAFÍA | 42 |
| ANEXO | 43 |
| Fuente..... | 57 |

INTRODUCCIÓN

Embarazo en adolescente en el mundo Cada año, 15 millones de adolescentes de entre 15 y 19 años dan a luz en el mundo, lo que representa la quinta parte de todos los nacimientos. En los países en desarrollo, en promedio, el 40% de las mujeres son madres antes de los 20 años, variando entre un 8% en Asia Oriental y el 56% en África Occidental, según datos contenidos .En muchos países desarrollados, sólo el 10% de las adolescentes tienen su primer embarazo precozmente. No obstante, en Estados Unidos, aproximadamente el 19% de las mujeres adolescentes dan a luz antes de los 20 años.

La cesárea es una de las intervenciones quirúrgicas más frecuentes en el mundo. Una cesárea es el parto quirúrgico de un bebé que implica la realización de incisiones en la pared abdominal y el útero de la madre, los posibles riesgos que conlleva, entre otros, son la posibilidad de daño de estructuras abdominales, infección o sangrado. Ello, unido al hecho de que en los últimos años se ha producido un incremento notable en la tasa de cesáreas principalmente en adolescentes requiere una evaluación. 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.

Por lo que esta investigación se centra en el estudio y evaluación de frecuencias de cesáreas en adolescentes; enfocado en un centro hospitalario público de la ciudad de Comayagua, Comayagua Honduras, teniendo como fin encontrar las frecuencias de cesarías en adolescentes y las causas que conllevan a realización de dicho procedimiento.

ANTECEDENTES

La Cesárea es la intervención quirúrgica que tiene como objetivo extraer el producto de la concepción a través de una laparotomía e incisión de la pared uterina. Tiene complicaciones maternas y fetales y estas pueden presentarse en el trans y post operatorio. Hacer o no la operación cesárea es un dilema de la práctica cotidiana del obstetra. Aunque es reconocida como un recurso de extraordinaria utilidad y está concebida como medida salvadora para la madre y el feto, no se debe devaluar su efecto negativo sobre la salud de la madre. Sus indicaciones son precisas y están relacionadas con el bienestar materno y fetal. En sus inicios, la altísima mortalidad materna atribuible a la cesárea hizo que los obstetras comenzaran a concederla con cierto temor hasta que, finalmente, con el advenimiento de la hemoterapia, la anestesiología y gracias al empleo de los antibióticos, la morbimortalidad materna por esta causa comienza a descender.

En un estudio de 40 años de cesárea realizado por el profesor Botella, se evidencia que producto de todas estas circunstancias favorecedoras, el índice de cesárea se fue elevando, incrementándose, considerablemente, en los últimos años. Como respuesta a este aumento la OMS estableció, como un objetivo fundamental, un índice de cesárea de un 15,0%. Esta recomendación es aun reconocida en los países desarrollados, siendo los países nórdicos los que constituyen el estándar con tasas menores al 15,0%, por ejemplo Suecia con un índice de 11,0%

En otros países industrializados, como Francia el índice es de 15,9%, en Japón de 11,9% y un 20,0% en el Reino Unido. En España, en clínicas privadas, el 35,0% de los niños nacen mediante operación cesárea, mientras que en los hospitales públicos este número disminuye y solo el 23,0% de los partos se verifica por esta vía. En Holanda y otros países, donde favorecen el parto natural, la cesárea no supera el 8,0%, otro ejemplo es Canadá, país desarrollado que exhibe un índice de cesárea del 21,0% con variaciones regionales

En Estados Unidos de Norteamérica la disminución de hijos por familia y la mejor aceptación y conocimiento de los procedimientos quirúrgicos que ha adquirido la población, ha condicionado que se ejerza cierta presión sobre los profesionales para

que estos opten por la vía más rápida. La cesárea es considerada por algunos como más segura frente a problemas reales o temidos, por lo que uno de cada tres nacimientos en este país ocurren mediante esta intervención posibilitando esto que el índice haya aumentado progresivamente a un 40,0%, aproximadamente, en los últimos años. Simultáneamente, el mundo occidental muestra resultados similaresⁱ

Pesar de la creciente conciencia acerca de los costos humanos y financieros de las cesáreas innecesarias, las autoridades de salud en la mayoría de los países latinoamericanos han actuado con lentitud. Parte de la razón es que la mayor incidencia de cesáreas ocurre en clínicas privadas donde la influencia del gobierno es limitada. En Chile, por ejemplo, la tasa de cesáreas es de 58 por ciento en el sector privado y de 28 por ciento en los centros públicos.

Incluso en el sector estatal, sin embargo, las autoridades no pueden forzar un cambio fácilmente. Una razón es que la mayoría de los sistemas de salud pública no recompensa la buena gerencia financiera. “Los hospitales públicos no tienen incentivos para reducir sus costos operativos reduciendo el número de cesáreas innecesarias, porque si lo hacen, probablemente su presupuesto será recortado el año siguiente”, apunta Ana Langer, una experta de salud pública que ha estudiado el problema de las cesáreas en Brasil y México. Langer, quien dirige la filial mexicana de The Population Council, una institución de investigación de Nueva York, dice que el gobierno brasileño ha dado pasos notables al reducir la diferencia entre el pago que los hospitales públicos reciben por cesáreas y el que reciben por partos normales, por ejemplo. Pero ella cree que los administradores pondrían mucha más presión sobre los doctores si los hospitales pudieran quedarse con los ahorros derivados de la reducción de la tasa de cesáreas.ⁱⁱ

El embarazo en adolescentes representa un 26% del total de embarazos, lo que implica que un 15% será parto por cesárea, y esto debido a las complicaciones que presenta la concepción prematura. La nutrióloga e investigadora Katia García, señala que la cesárea debe utilizarse como alternativa de último recurso, aunque en los últimos años se incrementado su uso pese a que existen factores de riesgo tanto para la

madre como para el feto. Por ejemplo México es el país con más cesáreas en el mundo, ya que el porcentaje total de nacimientos por cesáreas reportado para 2012 fue de 45.2% (20.5% programado y 25.7% por urgencias) el cual es alarmante ya que supera por mucho el límite máximo recomendado por las propias regulaciones mexicanas que es de 20%; y en segundo lugar Estados Unidos con un 31% según datos de la UNISEF.

En América del sur, en países como: Brasil, Chile, Venezuela y Ecuador la cantidad de cesáreas sobrepasa por mucho el límite y esto debido a que dichos partos son atendidos por el sector privado el cual cubre un 70% de los partos, en su mayoría innecesarias; por recomendación de los médicos de cabecera quienes aducen que la cesárea es rápida, no hay dolor y se evitan el trámite del trabajo de parto prolongado. Por su parte en Centro América, Honduras, Guatemala y El Salvador son los países que más aumento de cesáreas existe; los embarazos precoces se ubican como la primera casusa y la que más preocupa a las autoridades sanitarias.

Esta investigación se enfoca en “Frecuencia de Cesáreas en Adolescentes”, en Honduras, que ocupa el segundo lugar con un 7.9% y específicamente en el Municipio de Comayagua 17%. Primeramente ubicando las causas dentro de un contexto general, se encuentran las cesáreas entre los 15 y 19 años por factores de riesgo materno, siendo la talla un factor muy asociado. El nivel educativo, especialmente en primaria donde no existe una educación sexual adecuada a ese nivel. Con esto se pretende conocer el porcentaje real de cesáreas y establecer las principales causas que conllevan a realizarla, a su vez conocer el costo que acarrea para la Secretaria de Salud.

JUSTIFICACIÓN

La importancia de este trabajo se basa en que actualmente sería necesario entender las diferentes variables que se asocian a las indicaciones de cesárea en adolescentes, para conocer cuál es la situación actual en el Municipio y de ésta manera poder proponer con mayor certeza planes que permitan a las instituciones responsables en salud y bienestar social relacionadas con las adolescentes en el Municipio para prevenir y asumir esta problemática de manera efectiva.

Desde el punto de vista de salud esta tesis busca aportar un mayor conocimiento que verifique cual es la población más vulnerable, así como la frecuencia con que se presenta esta situación en nuestras adolescentes, para así, tener una noción más cercana a la realidad de lo que significa el abordaje de las involucradas, de igual manera contribuir a realizar un consenso estadístico en lo que se refiere a las indicaciones de cesárea de las adolescentes que acuden a nuestro centro de hospitalario.

La siguiente investigación se realizó en el Municipio de Comayagua a través de datos que fueron recolectados y suministrados directamente del Hospital Regional Santa Teresa. El abordaje a este tema se debe al elevado porcentaje de embarazos que terminan en cesárea, debido, en primer lugar, a las condiciones físicas que no son aptas para la terminación normal de parto, y además a la gama de complicaciones a la se expone tanto la joven madre como el bebe, y en segundo el costo económico que acarrea para la Secretaria de Salud, ya que es de aproximadamente 15,000.00 lempiras, lo cual representa un cifra muy significativa para el presupuesto asignado al centro hospitalario.

Por lo tanto este estudio se justifica, porque actualmente el embarazo en adolescentes es considerado un problema de salud pública, por lo que es importante conocer el número de adolescentes que son sometidas a esta intervención.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la situación de las adolescentes que se les realizó cesárea en el hospital Sta. Teresa de Comayagua Honduras periodo 2012?

Tomando en cuenta el anterior descrito planteo el siguiente problema:

- a) ¿Cuáles son las características sociodemográficas de la población en estudio?
- b) ¿Cuáles son las causas maternas que están asociados a un parto por cesárea en la población en estudio?
- c) ¿Cuáles son las causas fetales que están asociados a un parto por cesárea en la población en estudio?

OBJETIVOS

General:

- Conocer las frecuencias de cesárea en adolescentes que son atendidas en el Hospital Regional Santa Teresa de Comayagua Honduras periodo 2012

Específicos:

1. Describir las características demográficas de la población en estudio que dieron a luz por parto cesárea en el Hospital Regional Santa Teresa del municipio de Comayagua Honduras periodo 2012
2. Identificar las causas maternas que están asociados a un parto por cesárea en la población en estudio.
3. Identificar las causas fetales que conllevan a un parto por cesárea en la población en estudio.

VARIABLE

Objetivo 1

- Edad
- Escolaridad
- Estado civil
- Procedencia

VARIABLE

Objetivo 2

- Conocer el porcentaje de adolescentes que se les realizo cesáreas por causas maternas en el Hospital Santa Teresa del municipio de Comayagua Honduras periodo 2012

- Como: DCP (Desproporción Cefalopelvica)
- Preclamsia
- Condilomas
- Cesaría Anterior
- Ruptura Prematura de Membrana (RPM)
- Periodo Intergenesico Corto
- Cardiopatía
- Inducción Fallida
- Distocia partes blandas y VIH Sida
-

- VARIABLE

Objetivo 3

Conocer las causas fetales que conllevan a la realización de cesárea A las adolescentes del municipio de Comayagua Honduras periodo 2012

-
- Sufrimiento Fetal Agudo (SFA)
 - Pélvico
 - Gemelar
 - Prolapso de cordón
 - Oligohidrannios
 - Circular de Cordón
 - Macrosomico
-

MARCO TEÓRICO

Conceptos básicos

1. Embarazo: es la gestación o proceso de crecimiento y desarrollo de un nuevo individuo en el seno materno. Abarca desde el momento de la concepción hasta el nacimiento pasando por la etapa de embrión y feto. Es el ser humano la duración media es de 269 días (cerca de 10 meses lunares o 9 meses calendario). Cuadro clínico: Amenorrea, náuseas y vómito mastalgia, micción frecuente y urgente, percepción de movimiento fetal (después de 14 semanas) y antojos.
2. **Cesárea:** es un procedimiento quirúrgico que consiste en la extracción del feto (vivo o muerto) y placenta, a través de una incisión que se realiza en la pared abdominal materna y pared uterina. Aspecto histórico de la cesárea: el término cesárea proviene del Emperador romano Julio César del cual fue traído al mundo de esta manera. En Roma solo eran autorizadas este tipo de operaciones solo cuando la madre había fallecido antes del parto, para así salvar la vida del bebé. A fines del siglo XIX con el desarrollo de las técnicas quirúrgicas y asépticas se reducen los riesgos de muerte por infección se comenzó a utilizar esta intervención.

2.1. Tipos de cesáreas:

Se dividen a las cesáreas en 2 grupos A) Cesáreas programadas: la razón para efectuar esta operación se conoce con antelación al trabajo de parto e incluso muchas veces es posible establecer cómodamente fecha y hora del procedimiento. B) Cesáreas de urgencia En las cesáreas de urgencia la causa para efectuar esta operación surge durante el trabajo de parto. Implica la resolución urgente de un problema, para evitar riesgos en la salud materna o del bebé.

2.2. Indicaciones o casusas que llevan a realizar una cesárea:

Los motivos que exige una cesare por causas maternas fetales son:

Maternas:

- Desproporción céfalos pélvicas
- Baja talla
- Cesáreas anteriores
- Ruptura prematura de membranas
- Ruptura uterina
- Disfunción de distocia uterina
- Estrechez pélvica
- Por carcinoma
- HIV
- Preclamsia
- Tuberculosis pulmonar
- Inducción fallida
- Primigravida añosa
- Cardiópata controlada
- Fetales

Fetales:

- Sufrimiento fetal agudo
- Circular de cordón (bradicardia)
- Prolapso de cordón
- Polisistolia fetal (taquicardia)
- RCIU (retardo de crecimiento intrauterino)
- Óbito fetal si la inducción falla.
- Situación transversa.
- De nalgas (en caso de madres primigestas o nuliparas)
- De cara.
- Macrostomia fetal.

- Desprendimiento prematuro de placenta.
- Placenta previa.

Factores de riesgo asociados al incremento de la operación cesárea

Los principales factores conducen que se han identificado incluyen principalmente las características del hospital: afluencia de pacientes, público o privado, con formación o no de recursos humanos; el uso cada vez más frecuente de la ultrasonografía y de la monitorización electrónica de la frecuencia cardíaca fetal, lo que puede inducir al sobre diagnóstico de complicaciones fetales, más aun cuando el conocimiento de estas tecnología no es el adecuado; y las preferencias del obstetra misma o del servicio obstétrico en su conjunto. En el sistema público las cesáreas son menos frecuentes que el medio privado, debido a que las acciones del médico están más orientadas al cumplimiento de metas programáticas, y también a que este profesional está menos presionado por la responsabilidad personal sobre un paciente. Por último, en los servicios públicos, la autonomía de la madre está regulada a un mínimo de expresión. Si bien este el escenario predominante, en los recientes se ha observado una tendencia a su formación, debido a la sobrecarga asistencial de una población creciente cada más informada (o pseudoinformada) y demandante. En el sector publico los incentivos a la práctica de una medicina defensiva debido al aumento de demandas judiciales por mal resultado neonatal, lo que provoca en el medico la sensación de que no vale la pena en el esfuerzo por obtener un parto vaginal, y así la toma de decisiones se realiza más en el morco de evitar los posibles conflictos legales. Igualmente, se han argumentado como factores que contribuyen a elevar la práctica de la cesárea, la comodidad del médico, evitando las largas horas de vigilancia del trabajo de parto, mediante un proceso más rápido, mas controlable y en horarios hábiles; el aprendizaje de los futuros obstetras, en el época de la residencia; y por solicitud de la paciente: -Por temor al dolor o al eventual daño para su hijo:

- Por razones de comodidad, al poder programas su parto.
- Por razones de tipo estético.
- Por temor a los prolapsos genitales o las disfunciones sexuales.

Otros factores que pueden participar son la reducción en el entretenimiento del parto operatorio, de la versión por maniobras externas y de la atención del parto vaginal en presentación pélvica aun en presencia de todas las condiciones favorables por su ejecución. Lo anterior no sería preocupante de no ser porque la cesárea representa un riesgo de morbi-mortalidad para la madre 3ª 30 veces mayor en comparación al del nacimiento atendido por vía vaginal, así como por el impacto económico, que llega a duplicar los costos de un parto normal.

Tradicionalmente, la cesárea se ha asociado a un incremento en el riesgo de complicaciones como: hemorragia, la necesidad de transfusión sanguínea, infección, lesión de vejiga en intestino, y trombosis venosa profunda de miembros inferiores. Por su frecuencia, el desarrollo de infecciones de hospitalización.

Se han identificado diferentes factores de riesgo asociados al desarrollo de una infección post-cesárea, que incluyen:

- La presencia de infecciones preoperatoria en otro sitio.
- La ruptura de membranas de más de seis horas de evolución y carioamnioititis.
- La existencia comorbilidad.
- La pre eclampsia
- La obesidad
- La multiparidad
- La pérdida sanguínea transoperatoria
- La cesárea de emergencia.
- La condición socioeconómica.
- Numero de revisiones vaginales.

Antibioticoterapia en la operación cesárea

Como en otras intervenciones quirúrgicas, la realización de la operación cesárea conlleva riesgo de infección; la frecuencia y severidad de las infecciones depende de las condiciones en las que se realiza y con base en ello, puede considerarse como: a) Limpia: Se considera que una operación cesárea es limpia cuando se realiza en condiciones asépticas, sin defectos de la técnica, ni lesiones en los aparatos gastrointestinal o urinario. No hay reacción inflamatoria en la vecindad y la cavidad

uterina no está contaminada. En ésta no hay necesidad de utilizar antibióticos. b)

Contaminada: Se considera de este modo cuando existen:

- Trabajo de parto de más de 6 hrs.
- Más de 6 tactos vaginales
- Membranas rotas entre 6 y 24 hrs.
- Antecedentes de amniocentesis o instrumentaciones.
- Alto grado de dificultad en la técnica quirúrgica.
- Anemia severa (Hb. menor de 9 mg /dl).
- Líquido amniótico meconial

Se utilizarán antibióticos de manera profiláctica desde el momento en el que se realiza el pinzamiento del cordón umbilical. c) Séptica: Cuando hay evidencia de infección clínica, supuración o presencia de materia fecal; en esta categoría se incluyen las cesáreas con uno o más de los siguientes factores:

- Cuadro febril.
- Líquido amniótico fétido o caliente.
- Ruptura de las membranas ovulares de más de 24 hrs.
- Cesáreas con alto grado de dificultad en la técnica quirúrgica.

La antibioticoterapia se mantendrá por vía endovenosa 72 hrs y se completará el esquema según la evolución de la paciente, si ésta es desfavorable, se revalorará la conducta y se adecuará el antibiótico, de acuerdo a los protocolos del Comité para el uso racional de antibióticos de la unidad hospitalaria.

Requisitos preoperatorios

La orientación y consejería en salud reproductiva se deberá iniciar desde la etapa prenatal, haciendo especial énfasis en la prolongación del periodo intergenésico y promoviendo la lactancia materna y el alojamiento conjunto. Estas acciones deberán reforzarse al ingreso de la paciente y durante su estancia en la sala de labor. Antes de la operación cesárea deberán cubrirse los siguientes requisitos preoperatorios:

- Historia clínica perinatal completa, incluyendo exámenes de laboratorio y gabinete.

- Consentimiento informado de la mujer o de un familiar responsable, y firma de la autorización para realizar la operación cesárea. Previamente se informará a la paciente el motivo de la operación cesárea, así como los riesgos que esto implica, en el caso de que la paciente opte por un método anticonceptivo transcesárea o pos cesárea, se recomendarán aquellos que no interfieran con la lactancia materna (dispositivo intrauterino medicado con cobre, oclusión tubaria bilateral o anticonceptivos hormonales que sólo contienen progestina) y se deberá contar con el consentimiento informado de la mujer. En el caso de la oclusión tubaria bilateral, por ser un método anticonceptivo permanente se requiere además la firma de consentimiento de la paciente en el formato institucional específico, de acuerdo a los lineamientos de la Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar
- Nota preoperatoria en el expediente clínico en la que se fundamente la indicación de la operación cesárea.
- La decisión de la mujer de que se le practique oclusión tubaria bilateral en la resolución del embarazo actual, no constituye por sí misma una indicación para realizar una operación cesárea.

Cuidados preoperatorios y postoperatorios

Los cuidados preoperatorios incluyen:

- Valoración pre anestésica de acuerdo a la NOM-170-SSAI-1998, Para la Práctica de Anestesiología
- Ayuno preoperatorio de 8 horas o más (cuando el caso lo permita) • Rasurado suprapúbico y aseo completo, con especial énfasis en la vulva y perineo.
Colocación de sonda vesical
- Disponibilidad de sangre segura y compatible Los cuidados postoperatorios consistirán en: Medición horaria de signos vitales durante las primeras cuatro horas y posteriormente cada 8 horas hasta el alta de la paciente.
- Vigilancia de la diuresis durante las primeras 12 hrs y del inicio de la micción espontánea, después de retirar la sonda vesical.

- Administración de líquidos por vía oral después de 8 hora; una vez iniciado el peristaltismo intestinal se indicará dieta blanda.
 - Deambulación paulatina a partir de las 12 horas de postoperatorio.
 - Estrecha vigilancia de la hemorragia transvaginal.
 - Reforzamiento de la orientación-consejería en salud reproductiva a través de comunicación interpersonal.
 - Vigilar sangrado de herida quirúrgica. • Retiro de puntos de sutura totales a los 7 días.
-
- Vigilancia del indicador hospitalario del número de cesáreas en relación al número de nacimientos.
 - Revisión y análisis permanente del indicador hospitalario de cesáreas en relación a las metas institucionales establecidas. • Incorporar como una acción sustantiva del Comité Institucional de Prevención, Estudio y Seguimiento de la Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal, el análisis periódico, retrospectivo, de la toma de decisión para la indicación de la operación cesárea con la participación del personal médico involucrado.
 - Establecer procedimientos intrahospitalarios que contribuyan a disminuir el número de cesáreas innecesarias • Seguimiento de las acciones y compromisos establecidos y retroalimentación al personal de salud de la unidad.
-
- Capacitación permanente del equipo de salud sobre las indicaciones de la operación cesárea.
 - Integrar el Lineamiento Técnico para una Cesárea Segura en el programa de capacitación de cada unidad hospitalaria.
 - Reforzar la enseñanza del personal médico, incluyendo a los médicos residentes de gineco-obstetricia.
 - Instalar, difundir y utilizar la Biblioteca Electrónica de Salud Reproductiva elaborada por la Organización Mundial de la Salud.
 - Capacitar al personal en el uso de la tecnología perinatal moderna.

- Fortalecer la capacitación del personal de salud en técnicas de comunicación interpersonal y de orientación- consejería en salud reproductiva.
- Capacitar al personal del primer nivel de atención para realizar control prenatal de calidad, con el fin de lograr un embarazo seguro, haciendo la detección y manejo temprano de signos y síntomas de alarma durante la gestación.
- Capacitar en forma permanente a las parteras tradicionales y a las auxiliares de salud en la atención del embarazo, con énfasis en la identificación oportuna de signos y síntomas de alarma; para la referencia oportuna de la mujer con embarazo de riesgo a las unidades de salud.

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; 3) se da una transición de un estado de total dependencia económica y social a un estado relativo de independencia en estas áreas (WHO, 2002). En general, la adolescencia está definida por un rango de edad lo suficientemente amplio: de 10 a 19 años. Dado que durante este periodo se dan cambios físicos y psicológicos profundos, la mayoría de los investigadores dividen el periodo de adolescencia en tres estadios: adolescencia temprana, intermedia y avanzada (Elliott y Feldman, 1991; Crockett y Petersen, 1994). Según Smetana et ál. (2006), el primer estadio corresponde a las edades entre los 10 y los 13 años, cuando los profundos cambios físicos y sociales coinciden con la pubertad. El estadio intermedio va de los 14 a los 17 años y corresponde a un periodo de creciente independencia de los padres y la familia; la deserción escolar y el embarazo temprano pueden acortar este periodo. El último estadio, la adolescencia avanzada, va hasta los 19 años, pero puede extenderse hasta más allá de los 20 para aquellos 10 jóvenes que permanecen en el sistema escolar y posponen su entrada al mercado laboral y la formación de una nueva familia. Este estudio adopta esta definición de adolescencia en términos de edad (de 10 a 19 años), con los tres estadios mencionados.

Factores globales asociados al embarazo en adolescentes

De acuerdo con la extensa literatura sobre el tema, la fecundidad, global y adolescente, está determinada por factores próximos y por factores distales. Davis y Blake (1956) identificaron tres grupos de determinantes próximos: aquellos relacionados con la exposición al riesgo de embarazo (relaciones sexuales heterosexuales dentro o fuera de una unión estable), con la concepción (uso eficiente de métodos de control natal) y con la gestación (terminación exitosa o no del embarazo). Desarrollos posteriores han incluido la infertilidad posparto y se han centrado en aquellos factores que son determinantes importantes de la fecundidad y que, al mismo tiempo, varían entre grupos poblacionales, a saber: inicio de las relaciones sexuales/matrimonio/unión, anticoncepción, aborto e infertilidad posparto (Moreno y Singh, 1996).

Se esperaría que el efecto de la exposición al riesgo de embarazo sea menos importante entre mayor sea la aceptación y el uso de métodos de planificación familiar. Igualmente, entre mayor sea la exposición al riesgo de embarazo y menor sea el acceso a métodos de planificación familiar, mayor sería la importancia del aborto. Sin embargo, Guzmán, Hakkert y Contreras (2000) afirman que en la mayoría de los países latinoamericanos es más probable que el embarazo previo a una unión estable termine en matrimonio que en aborto.

Los determinantes distales afectan directa o indirectamente la fecundidad a través de los determinantes próximos. Bajo el enfoque ecológico, los factores distales están presentes en diversos niveles de influencia: factores intrapersonales o individuales (variables socioeconómicas, demográficas y psicológicas), interpersonales (variables de los grupos primarios de referencia como la familia, los pares y la red de apoyo social) y contextuales (variables comunitarias, institucionales y políticas).

Perfil epidemiológico

Con pocas excepciones, a nivel mundial la tendencia al ascenso en la prevalencia de cesárea es generalizada. En 1985, el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano de la OPS/OMS, inicio un estudio sobre la epidemiología de la cesárea. La primera fase comprendió 178 instituciones de 17 países y se descubrió que

la tasa de nacimientos por cesárea entre 9.3% en Honduras y 29.1% en México. Además, se señaló que la mayor prevalencia se encontraba en los servicios privados y de pago de instituciones dependientes del Ministerio de Salud y las Fuerzas Armadas. En el estudio se observó que el periodo medio de hospitalización era de 2.1 días cuando el parto era normal y de 4.5 cuando se efectuaba una cesárea. No se identificó ninguna correlación entre la frecuencia de cesárea y la morbilidad y perinatal.

En Chile la tasa de cesáreas asciende a 40%; en Puerto Rico 30.0%: y en Brasil más del 30% de los nacimientos son cesáreas, con una gran variedad de riesgos, mientras que en Sao Paulo es de 51.1% en Rio de Janeiro se han identificado maternidades con tasas de 32 y 81%. En los Estados Unidos de América los nacimientos quirúrgicos pasaron de 5% en 1988 a 23% en al 2000.

Contexto global del embarazo en adolescentes

El embarazo en adolescentes se da con frecuencia en los estratos socio-económicos más pobres, pero no es exclusivo de este sector, extendiéndose su frecuencia a todos los estratos de la sociedad. Según estudios realizados por Rojas e Hidalgo (1990), la frecuencia y consecuencia de los embarazos en adolescentes, varían de país en país, pero siempre se repite la constante de las consecuencias en la vida de la adolescente, comenzando por el abandono de sus estudios y terminando por su inserción en la pobreza, pobreza extrema y dependencia, en muchos casos, de la beneficencia pública.

La problemática del embarazo en adolescentes urge de intervenciones efectivas, pues conlleva a una cadena de complicaciones en el orden físico, psíquico y social que afecta a las adolescentes, a sus hijos, a las familias y a la sociedad en general. La cifras actuales, según Aparco y Guevara (2005), muestran que la población de adolescentes representa el 20% de la población mundial y que el 85% de la misma, vive en países en vías de desarrollo, como lo es La República Dominicana.

El número de las adolescentes que se embarazan cada año es difícil de determinar, ya que, sólo se reflejan las que van a los centros de salud. Esta experiencia difícil y, muchas veces traumática, es mucho más frecuente de lo que todos quisiéramos

aceptar y, afecta la salud integral tanto de la madre, como del hijo, los familiares y la sociedad en general, ya que por sus secuelas posteriores, se han convertido en un problema social y de salud, en vista de que no sólo se manifiesta en trastornos orgánicos, sino que implica factores socio-culturales, psicológicos y económicos, que afectan tanto a los padres adolescentes como a sus hijos. Las adolescentes embarazadas corren mayor riesgo de padecer ciertos problemas médicos (como alta presión arterial o anemia que las mujeres embarazadas mayores). También tienen mayores probabilidades de un parto prematuro. Estos riesgos son aún mayores para adolescentes menores de 15 años de edad o las que no obtienen atención prenatal. Las adolescentes también tienen mayores probabilidades de tener enfermedades de transmisión sexual. Es posible que tengas una enfermedad de transmisión sexual y no lo sepan.

Nunca como hasta ahora ha sido mayor la preocupación que genera el embarazo en adolescentes y, esto no es exclusivo de La República Dominicana, un país del tercer mundo. Los Estados Unidos de Norteamérica, un país desarrollado, por ejemplo, donde según los datos de la Oficina de Justicia Juvenil y Prevención de la Delincuencia (2007), afirma que más de 175,000 de las adolescentes norteamericanas que dan a luz cada año, terminan en extrema pobreza y en asistencia social y, que sus hijos tienen 2.7% más de probabilidades de terminar en prisión que los hijos de mujeres de más de 20 años.

El incremento de los embarazos en adolescentes está siendo seguido muy de cerca por los estudiosos de las ciencias médicas y de los de la conducta. De igual manera, los organismos internacionales responsables de la prevención y atención a este segmento de la población, están dedicando gran parte de sus recursos destinados al gasto social a esta situación, dado las consecuencias que los embarazos en adolescentes generan. Esta atención y caudal de recursos, hace que cada año se dupliquen los estudios y consecuentemente, la bibliografía sobre el tema.

Cada día se incrementa el porcentaje de la población adolescente en el mundo. Según estadísticas del Almanaque Mundial (2001), en la actualidad la población adolescente

representa el 20% de la población mundial. Bonal, Bonal, Made, Martínez, Silva y Zuñigas (2003), citan que “la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización de Naciones Unidas (ONU), afirman que “hay más de 1,000 (mil) millones de adolescentes en el mundo y de estos, aproximadamente el 83% (ochenta y tres) corresponde a países en desarrollo”. En el informe de la United Nations Populations Fund. UNFPA (2005), se informa que “la actual generación de jóvenes es la mayor registrada en la historia de la humanidad, ya que casi la mitad de la población mundial (más de 3,000 millones de personas) tienen menos de 25 años.

Viendo por separado las realidades de la incidencia de la población adolescente en los países que nos ocupan de manera especial en este trabajo, la sociedad en general enfrenta grandes retos en el camino de lograr la disminución de los embarazos en adolescentes, ya que cada día son más las jóvenes que son madres antes de los 19 años de edad. “Haciendo Redes en América el Norte” (2003), revela que “el 15% de los embarazos de El Caribe pertenecen a adolescentes”. Estos datos son reiterados por UNICEF, la cual asegura que el porcentaje real es entre 15 y 26%.-Continuará.

Causas del Embarazo en adolescentes en Honduras.

Son causas de embarazo en adolescentes, entre otras, las escasas oportunidades educacionales y la explotación sexual, así como las presiones sociales a que se exponen los/las jóvenes. En este caso, el comportamiento sexual es el resultado de la inhabilidad de manejar esas presiones conflictivas que dejan a los/las jóvenes en una situación ambivalente, induciéndolos a relaciones sexuales anticipadas. La pobreza es, por consiguiente, otro factor determinante e importante, para una fecundidad adolescente temprana y posiblemente para una educación más baja.

La maternidad a edad muy temprana implica un riesgo de muertes maternas muy superior a la media, y los hijos de madres jóvenes tienen niveles más elevados de morbilidad y mortalidad. Es un impedimento para mejorar la condición educativa, económica y social de la mujer en todas partes del mundo. Es probable que produzca efectos negativos a largo plazo sobre la calidad de vida de las jóvenes y de sus hijas. El embarazo adolescente en la mayoría de las veces no es planeado y provoca

consecuencias biológicas, psicológicas y sociales que afectan en primera instancia a la mujer y también a su hija/o:

- Niñas/os abandonados/as,
- Educación interrumpida
- Rechazo social,
- Complicaciones médicas,
- Aborto ilegal,
- Muertes maternas,
- Suicidios.

Los problemas clínicos durante el embarazo adolescente, están relacionados generalmente con deficiente cuidado prenatal e inadecuada atención en el parto y el puerperio.

Situación en el Área de la Educación

La Secretaría de Educación tiene presencia en todo el país a través de las escuelas primarias y supervisiones departamentales, y colegios de educación secundaria. En Tegucigalpa y el Distrito Central hay 9,000 maestras(os), que coordinan con el Departamento de Salud Mental y las maestras participan en los Comités Locales para la prevención del maltrato infantil y la violencia contra la mujer, recibiendo capacitación para la promoción de estilos de vida saludable. La Secretaría de Educación no está realizando ninguna actividad específica con relación a explotación sexual comercial de niñas y adolescentes.

Tampoco se han implementado mecanismos para la prevención e identificación del abuso sexual en la población escolar, ni sistemas de detección y referencia de los casos. La violencia contra las niñas y los niños sigue siendo un tema secundario y esta práctica sigue siendo ejercida en las mismas escuelas, como estrategia de enseñanza-aprendizaje. El factor alentador es que se ha incorporado en las escuelas la educación en derechos, y que en términos generales, el país ha logrado universalizar la educación primaria.

Según las Normas Generales de absceso de cuidado obstétrico y neonatal prenatal de la secretaria de salud de honduras define los siguiente:

ATENCIÓN PRENATAL DEFINICIÓN

Es la atención integral y de calidad que se brinda a través de una serie de visitas programadas de la embarazada con proveedores de servicios de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y el puerperio. Además debe permitir identificar y prevenir complicaciones así como detectar oportunamente signos de peligro en la madre o en el feto. La atención prenatal con calidad debe ser cumplir con los requisitos básicos:

- Precoz
- Sistemática
- Periódico
- Completo
- De amplia cobertura

Los objetivos generales de la atención prenatal:

1. Detectar enfermedades maternas subclínicas
2. Prevenir, diagnosticar y tratar las complicaciones del embarazo
3. Vigilar el crecimiento y vitalidad
4. Educar a la mujer y su familia en temas de auto cuidado, señales de peligro, cuidados del recién nacido y otros.

Objetivos Específicos y Actividades Propuestas para la Atención Prenatal Los objetivos específicos y actividades propuestas para la atención prenatal se describen en el cuadro No. 1. Se han considerado todas las actividades necesarias para lograr una atención prenatal adecuada, siempre que las características del embarazo continúen siendo de bajo riesgo. Estas mismas actividades se describen en la Historia Clínica Perinatal Base que utilizamos en nuestro país. **El carné perinatal** Es un instrumento

que integra las acciones que el equipo de salud realiza durante el embarazo, parto y puerperio. Al llenarlo de forma completa se asegura que los datos de mayor importancia:

- Relativos a la atención prenatal (al ser registrados sistemáticamente en cada consulta) lleguen a manos de quien atiende posteriormente a la embarazada, ya sea en otro consultorio externo o en algún lugar que sea hospitalizada
- Los vinculados a un ingreso durante el embarazo, parto y postparto, para que sean conocidos por quien tiene a su cargo el control del puerperio.
- Para el seguimiento del recién nacido, lleguen a conocerse por quien tiene a su cargo el control del niñoⁱⁱⁱ.

Las tasas de cesáreas en América Latina y el Caribe fueron superiores a las de otros países en desarrollo, pero menores que la de los países desarrollados en conjunto. La tasa media fue de 29,2%, con los valores menores en Haití (1,7%) y Honduras (7,9%) y los mayores en México (39,1%), Brasil (36,7%), República Dominicana (31,3%) y Chile (30,7%).

Con la excepción de los países latinoamericanos y caribeños, así como de algunos asiáticos, la mayoría de los países con elevadas tasas de mortalidad tenían tasas de cesáreas por debajo del valor recomendado de 10–15%, lo que refleja una fuerte asociación ecológica entre el incremento de las tasas de cesáreas y la disminución de la mortalidad. El conjunto de evidencias presentado en este trabajo respalda la hipótesis de que cuando la tasa de cesáreas sobrepasa mucho el valor de 15%, los riesgos para la salud reproductiva comienzan a sobrepasar los beneficios. El análisis de los resultados indica que las tasas de cesáreas responden ante todo a determinantes económicos: se eleva lentamente en el estrato de bajos ingresos, se incrementa rápidamente en el de ingresos intermedios y vuelve a aumentar lentamente a medida que se alcanza el nivel de saturación con los mayores ingresos. A pesar de que los ingresos y la mortalidad muestran una correlación lineal indiscutible, no hay indicios de que haya una relación inversa entre los ingresos y la tasa de cesáreas, incluso cuando los ingresos son muy elevados.

Honduras es el 2do país con más embarazo en adolescente donde 1 de cada 4 partos es una menor. Lo que indica que en el sector público el porcentaje de cesáreas es de un 38% aproximadamente. En el sector privado, las cesáreas se realizan en un 70%

Pasando las recomendaciones de OMS. En el departamento de Comayagua no se han realizado estudios específicos, En relación a factores que conllevan a la práctica de cesáreas solamente se encuentra totales y porcentajes de cesáreas estadísticamente.

El 32 por ciento de los embarazos atendidos en las instituciones de salud del municipio de Comayagua son de adolescentes menores de 19 años.

En el municipio de Comayagua también se encuentra un elevado porcentaje de embarazo en adolescentes con una terminación parto cesárea. La investigación realizada [población de estudio] “cesáreas y factores de Riesgo en adolescentes” en el municipio de Comayagua periodo 2012 nos revela los resultados siguientes: De(614) partos, 102 fueron cesáreas con un porcentaje de 16.6% aparte que solo es la población del municipio es un porcentaje alto; Observamos que el factor principal para realizar cesárea fueron *factores maternos* con un 69.2% Desproporción céfalo pélvica, y talla un 80% menor de 149 seguida de un 10% preclamsia y otros menores , también factores fetales con 10% de sufrimiento fetal agudo^{iv}

DISEÑO METODOLÓGICO

Área de estudio

Hospital Regional Santa Teresa en el

Municipio de Comayagua Honduras C.A. Periodo 2012

Tipo de estudio

Retrospectivo corte transversal

Unidad de estudio

Población en estudio que dieron a luz por cesárea.

Población en estudio

El total de adolescentes embarazadas que se les realizó cesárea en el Hospital Santa Teresa, Comayagua periodo 2012.

Fuente de datos

Secundaria

Por registro y expedientes clínicos, técnicas e instrumentación de recolección de datos revisión documental usada como instrumento de guía.

Criterios de inclusión

- Edades de adolescente entre 10 y 19 años
- Adolescentes embarazadas por parto cesárea procedentes del Municipio de Comayagua. Periodo 2012 y Todos los expedientes con Información Completa

.Criterios de exclusión

- Expediente con información incompleta.
- No residentes en el municipio.

CONSIDERACIONES ETICAS

Se inicia la investigación primero con la autorización ejecutiva hospitalaria con el debido consentimiento informado, tomando en cuenta la confidencialidad de datos encontrados en la investigación; sin intervenir directamente con el paciente respetando las normas hospitalarias.

GUIA DE REVISION DE EXPEDIENTES

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua
Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud

Instrumento de recopilación de datos estadísticos sobre Frecuencia de cesáreas en adolescentes en el Municipio de Comayagua, Honduras, año 2012.

Datos Generales: _____

Edad:

- 10 a 14 años _____
- 15 a 19 años _____

Escolaridad:

- Analfabeto _____
- Primaria _____
- Secundaria _____
- Universidad _____

Procedencia:

- Rural _____
- Urbano _____

Estado civil:

- Casada _____
- Unión libre _____
- Soltera _____
- Viuda _____

Controles prenatales:

1er trimestre _____

2do. trimestre _____

3er. trimestre _____

Talla > 150 _____ < 149 _____

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

| Variable | Información | Valores y categorías | Indicador | Escala |
|---|---------------------------------------|-----------------------------|---|---------------------------|
| Edad | Frecuencia de Cesarea en adolescentes | Menores de 19 años | - 10-14 años - 15-19 años | Cuantitativa |
| Nivel educativo | Escolaridad | - Alfabeto - Analfabeto | - Analfabeta - Primaria - Secundaria - Universidad | Ordinal |
| Estado civil | Estado Civil | | - Casada - Soltera - Unión libre - Viuda | Ordinal |
| Procedencia | Lugar de procedencia | Rural Urbano | - Lo observado en expediente | NOMINAL |
| # De Adolescentes que fueron intervenidas | Tipo de partos | Cesáreas | - Lo observado en expediente | Nominal |
| Procedencia | Lugar de procedencia | - Rural - Urbana | - Casada - Soltera - Unión libre - viuda | Nominal |
| | Talla | Centímetros | Mayor de 150 cm Menor de 150 cm | Observación de expediente |
| | Controles prenatales | No. De controles prenatales | - Trimestrales | Lo observe en expediente. |

| | | | | |
|---------------------------------|------------------|-------------------------|---------------------------|---------|
| Causas que conllevan a Cesáreas | Tipo de problema | - Maternas - Fetales | Lo observe en expediente. | Nominal |
|---------------------------------|------------------|-------------------------|---------------------------|---------|

RESULTADOS

9.1 Características Demográficas y Socioculturales

Edades:

Las edades de las adolescentes del municipio de Comayagua durante el periodo de estudio que tuvieron más relevancia en el parto cesárea, **oscila entre los 15 a 19 años con un 95% que es la tercera etapa de la adolescencia**; de 10 a 14 años un 5% que no es significativa.

Escolaridad:

De las adolescentes del municipio de Comayagua durante el estudio que se les realizo **un parto por cesárea revela un porcentaje del 80% de (de 82 de 102), realizadas a un nivel de primaria**, el resto aplicados en secundaria 17% de (3 de 102) terminando con un analfabetismo del 3% de (3 de 102) y con nivel universitario con el 0%.

Estado Civil

El estado de civil de las adolescentes del municipio de Comayagua durante el estudio fueron intervenidas por parto cesárea **el 80% (de 82 de 102) adolescentes su estado civil de Unión Libre**, seguidas de un 17% de (17 de 102) con soltería, 2% estado civil casadas de (2 de 102) y por ultimo un 1% de (1 de 102 viudas).

Procedencia.

Las adolescentes del municipio de Comayagua durante el periodo de estudio que se les realizo parto por cesárea obteniendo un resultado del 54% área urbana de (55 de 102) y el 46% de área rural de (47 de 102)

Control Prenatal

El número de controles prenatales que recibieron las adolescentes en el municipio de Comayagua durante el periodo de estudio que se les realizó cesarea fueron los siguientes:

El 45% de (46 de 102 adolescentes) recibieron 5 controles y el 25% de (26 de 102) recibieron de 3 a 4 controles, el 19% cumplieron de 1 a 2 controles de (19 de 102) adolescentes seguido por un 11% de (11 de 102) adolescentes que no recibieron control alguno.

Talla

La talla en Centímetros de estatura de las adolescentes en el municipio de Comayagua durante el periodo de estudio que se les realizó cesarea fueron :

El 78% (de 80 de 102) adolescentes es menor de 150 cm, seguida del 22% de (22 de 102) que es mayor a 150 cm

Causas maternas

Los factores de riesgo materno que influyeron en la realización de cesáreas en las adolescentes del municipio de Comayagua durante el periodo de estudio son:

69% de (54 de 78) madres adolescentes del municipio de Comayagua el cual el mayor factor fue Desproporción céfalo Pélvica (DCP) ; seguido por el 10% de (8 de 78) madres que sufrieron Pre eclampsia, 5% de (4 de 78) madres adolescentes revela la Enfermedades de transmisión sexual como es Condilomastosis, los factores como Ruptura prematura de membrana y Cesárea anterior dieron como resultado en un 4% de (3 de 78) cada uno de los factores, el factor Periodo intergenesico corto con un 3% de (2 de 78) adolescentes concluyendo con los factores de cardiopatía controlada, Inducción Fallida, Distocia en partes blandas y VIH con 1% cada factor del (1 de 78) cada uno.

CAUSAS FETALES

Los factores fetales que influyeron en la realización de cesáreas en las adolescentes menores de 19 años del municipio de Comayagua de la población en estudio tenemos los siguientes resultados:

El 42% de (10 de 24) el factor fue el sufrimiento fetal agudo en los embarazos de las adolescentes, seguida por el 21% de (5 de 24) por factor pélvico, el 13% de (3 de 24) por parto gemelar, el 8% de (2 de 24) por prolapso de cordón y oligohidranios cada uno y por último el 4% de (1 de 24) por circular de cordón y macrosomía cada uno.

ANALISIS DE RESULTADOS

Características Sociodemográficas.

Edad:

Las cesáreas realizadas en el municipio de Comayagua oscilan entre las edades de 15 a 19 años, que es la tercera etapa de la adolescencia la mayoría ya ha pasado por la pubertad y durante esta etapa llegan a su altura y tienen el concepto de si mismo, experimentando distintos aspectos, valores, amigos, afecciones, a veces equivocadas con mucha vulnerabilidad a depresiones y con mucha influencia al círculos sociales que les concierne.

La edad de 10 a 14 años no es representativa es la segunda etapa de la adolescencia.

Escolaridad

El nivel educativo de la adolescentes que se les realizo cesárea en el municipio de Comayagua durante el estudio, se puede observar que el más relevante fue el de primaria con mayor porcentaje del 80% de las adolescentes son jóvenes que no tienen una formación académica o cortaron sus aspiraciones a la educación con la limitante de un embarazo a corta edad.

Seguido está el nivel de secundaria con el 17% al igual son pocas las posibilidades de superación.

El 3% se encuentra en las adolescentes analfabetas y ninguna en las nivel universitarias, por lo que en el municipio de Comayagua hay un bajo nivel de educación pero por circunstancias o factores sociales, económicos y culturales.

Estado Civil:

A las adolescentes que se les realizó cesárea en el hospital Regional Santa Teresa de este municipio de Comayagua durante el estudio se observó que el estado civil de unión libre alcanzó el mayor porcentaje de un 80% de la población en estudio el 17% solteras y con menos significatividad el estado casado y viuda. Lo que significa que las jóvenes no tienen una relación de pareja estable ni un compromiso matrimonial porque en esta época las personas son muy pocas las que se comprometen mediante la ley del matrimonio o por su edad no se les permite legalmente.

Procedencia:

A las adolescentes que se les practicó cesaría en el Hospital Regional Santa Teresa del municipio de Comayagua durante el periodo de estudio el casco urbano es la más relevante con un 54% de la población en estudio pertenecen a las áreas urbanas de la ciudad, y el 46% pertenecen a las áreas rurales, es un dato curioso porque se cree que el área rural por carecer de muchos aspectos y recursos en la vida diaria en comparación con el urbano que es donde hay más oportunidades para el desarrollo del mismo.

Controles Prenatales:

Los controles prenatales de las jóvenes a quienes se les realizó cesárea en el municipio de Comayagua en el periodo de estudio se puede observar que el 45% de las jóvenes cubrieron su control prenatal con más de cinco controles seguida con un 26% de tres a cuatro controles prenatales, y de uno a dos a ninguno control siendo de poca relevancia significativa, la mayor parte cubrió sus controles prenatales respectivos no siendo un factor para acudir a la realización de una cesárea.

La Talla

De las adolescentes que se les realizó cesárea en el municipio de Comayagua durante el periodo de estudio que se obtuvo con mayor relevancia la talla menor de 150 cm con un 79% seguido con una talla de 21% mayor de 150cm

Se entiende que el mayor porcentaje de las jóvenes que se les realizó cesárea eran de talla menor por lo que, por lo que esto llevaría a ocasionar a un factor materno para la realización de cesaría en adolescentes.

Causas Maternas:

causas que llevaron a la determinación a la cesárea a las adolescentes del municipio de Comayagua durante el periodo de estudio fueron:

Desproporción Cefálica Pélvica (DCP) con un 70% de 54 mujeres, Pre eclampsia con 11% de 8 mujeres, ETS 5%, luego un bajo y con cesárea anterior de un 4% cada una, Periodo Intergenesico corto del 2% terminando con Cardiopatía controlada, Inducción Fallida, disloca de partes blandas, y VIH con el 1% cada uno. Se muestra que el mayor porcentaje está en DCP que se dirige a la talla ya que son jóvenes de baja estatura y no hay una pelvis adecuada para tener un parto vaginal.

Causas Fetales:

Conllevan a la realización de partos por cesárea a las adolescentes del municipio de Comayagua durante el periodo de estudio que son las causas como el sufrimiento fetal agudo (SFA) es la primer causa para la realización de cesárea con un 42% seguida del parto pélvico con un 21% seguido por parto gemelar con un 13%, prolapso de cordón y oligohidrinios con un 8% cada uno circulo de cordón y macrosomico con un 4% cada uno.

El sufrimiento fetal agudo es un término comúnmente empleado para identificar una emergencia obstétrica (SFA) es aquella asfixia fetal progresiva que si no es corregida o evitada provoca la descompensación de la respuesta fisiológica desencadenando un daño permanente del SNC o muerte.

CONCLUSIÓN

- De las 102 casos de adolescentes con indicación cesárea con una prevalencia de 17% cantidad que supera lo establecido por la(OMS) Organización mundial de la salud
- La mayoría en relevancia Edad fue el grupo 15—19 años con in 97% Seguido de un menor porcentaje de un 5% grupo 10---14 años
- Siendo el casco urbano de mayor procedencia, con un nivel educativo bajo que refleja una primaria completa con un 80%
- Las causas maternas presentes por lo que las adolescentes fueron intervenidas quirúrgicamente fueron: Desproporción cefalopelvica (DCP) con un 69% secundaria a una talla pequeña menor de 150 cm con un 78% seguida de preclamsia con un 10%
- Y las causas fetales que conllevaron a las adolescentes a parto por cesárea fue: sufrimiento fetal agudo(SFA) con un 42% seguido de parto pélvico con un21%

RECOMENDACIONES

1. Para reducir las tasas altas de cesáreas deberían de comprometerse acciones de las autoridades de salud pública, gerentes de servicios, asociaciones médicas, facultades de medicina, profesionales de la salud para fortalecer los programas responsables a promover la educación sexual en los grupos vulnerables que son los jóvenes.
2. Elaborar estrategias políticas de salud que sean específicas para ejecutar los proyectos en bien de estos grupos. Ya que en la actualidad no son prioridad
3. Elaborar documentos de modos de guías clínicas que permitan acceder a la información actualizada periódicamente y fácil de abordaje y que brinde una herramienta útil para la toma de decisiones.
4. abogar por una estrecha vigilancia de los programas encargados de promover la educación sexual en las escuelas colegios y otros. Para que estos sean ejecutados y se cumplan para lo que fueron creados ,
5. Socializar esta investigación y sus resultados a la coordinación del Programa de “Apoyando al Adolescentes “ que funciona en dicha institución para que se tome en cuenta y se incorpore y sirva para una toma de decisiones

BIBLIOGRAFÍA

- *Cesare Segura, Lineamiento Técnico* (2002), Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud, Dirección General de Salud Reproductiva. México D.F
- *Embarazo en Adolescentes en México: Una visión desde Promajoven* (2002) Secretaria de Educación, México. Subsecretaria de Educación Básica, Dirección General de Educación Indígena.
- ESQUIVEL, ROBERTO ANTONIO (1987), *Morbilidad puerperal en el Hospital Regional de Occidente* (tesis): Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras.
- FLOREZ CARMEN ELIZA, SOTO VICTORIA EUGENIA (2013), Factores protectores y de riesgo del Embarazo Adolescente en Colombia: Serie de Estudios a profundidad ends 1990-2010.
- GONZÁLEZ C. JOSÉ, GONZALEZ G. RILKE (2009), *Indicaciones de cesárea segmentaria en adolescentes; hospital universitario "Dr. Luis Razetti", Barcelona. estado Anzoátegui en el año 2007*: Universidad de Oriente.
 - <http://www.euroresidentes.com/adolescentes/etapas-adolescencia.htm>.
 - Leer más: <http://www.monografias.com/trabajos78/parto-cesarea-cirugia/parto-cesarea-cirugia2.shtml#ixzz2jGBMoqcB>
- LEÓN PAULA, MINASSIAN MATÍAS, BORGOÑO RAFAEL, BUSTAMANTE FRANCISCO (2008), *Embarazo Adolescentes*, Revista Pediátrica Electrónica: Facultad de Medicina, Universidad de Chile.
- SAUCEDA DELGADO MARCELO (2006), *Adolescencia, ¿Es un riesgo para la cesárea?* (tesis de grado) Maestría Médico Especialista en ginecología y obstetricia:
 - Universidad de Colina
- VILLANUEVA EGAN LUIS ALBERTO (2003), *Operación Cesárea: una Perspectiva Integral* (monografía): Subdirección de ginecología y obstetricia.

ANEXO

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
(UNAN- Managua)
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
CIES
FRECUENCIAS DE“CESÁREAS EN ADOLESCENTES
EN EL MUNICIPIO DE COMAYAGUA, DEPARTAMENTO DE
COMAYAGUA HONDURAS 2012”**

ANEXO: 8 TABLAS

TABLA N° 1

Frecuencia y porcentaje de cesáreas según **Edad**. “Frecuencias de Cesáreas en adolescentes, en el municipio de Comayagua, Departamento de Comayagua Honduras periodo 2012”

| EDAD | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------|------------|------------|
| 10 a 14 años | 5 | 5% |
| 15 a 19 años | 97 | 95% |
| TOTAL | 102 | 100% |

Fuente: expediente clínico

TABLA # 2

Frecuencia y porcentaje según **escolaridad**. en “Frecuencias de Cesáreas en adolescentes”, en el municipio de Comayagua, Departamento de Comayagua Honduras periodo 2012”

| ESCOLARIDAD | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-------------|------------|------------|
| ANALFABETA | 3 | 3% |
| PRIMARIA | 82 | 80% |
| SECUNDARIA | 17 | 17% |
| UNIVERSIDAD | 0 | 0% |
| TOTAL | 102 | 100% |

Fuente: expediente clínico

TABLA No.3

Frecuencia y porcentaje según **Estado Civil**:

“Frecuencias de Cesáreas en adolescentes, en el municipio de Comayagua, Departamento de Comayagua Honduras periodo 2012”



| ESTADO CIVIL | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------|------------|------------|
| CASADA | 2 | 2% |
| SOLTERA | 17 | 17% |
| UNION LIBRE | 82 | 80% |
| VIUDA | 1 | 1% |
| TOTAL | 102 | 100% |

Fuente: Expediente clínico

TABLA No.4

Características Demográficas y socioculturales de:

“Frecuencias de Cesáreas en adolescentes, en el municipio de Comayagua, Departamento de Comayagua Honduras periodo 2012”



| PROCEDENCIA | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-------------|------------|------------|
| URBANO | 55 | 54% |
| RURAL | 47 | 46% |

Fuente: expediente clínico

TABLA No. 5

“Frecuencias y porcentaje de Cesáreas según **controles prenatales**” Frecuencias de cesáreas en adolescentes” en el municipio de Comayagua, Departamento de Comayagua Honduras periodo 2012”

| CONTROL PRENATAL | CANTIDAD | PORCENTAJE |
|------------------|-----------|------------|
| 1 A 2 | 19 | 19% |
| 3 A 4 | 26 | 25% |
| 5 A 7 | 46 | 45% |
| NINGUNO | 11 | 11% |
| TOTAL | 102 | 100% |

Fuente: expediente clínico

TABLA No. 6

“Frecuencias y porcentaje de Cesáreas según **talla** en “Frecuencia de cesáreas en adolescentes,” en el municipio de Comayagua, Departamento de Comayagua Honduras periodo 2012”

| TALLA | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-----------------|------------|------------|
| MAYOR DE 150 cm | 22 | 22% |
| MENOR DE 150 cm | 80 | 78% |
| TOTAL | 102 | 100% |

Fuente: expediente clínico

TABLA No. 7

“Frecuencias y porcentaje de Cesáreas según causas **maternas** en” Frecuencia de cesáreas en adolescentes”, en el municipio de Comayagua, Departamento de Comayagua Honduras periodo 2012”

| CAUSAS | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|------------------------------------|------------|------------|
| DCP (DESPROPORCION CEFALO PELVICA | 54 | 69% |
| PREECLAMPSIA | 8 | 10% |
| CONDILOMAS | 4 | 5% |
| CESARIA ANTERI | 3 | 4% |
| RPM (ROPTURA PREMATURA DE MEMBRANA | 3 | 4% |
| PERIODO INTERGENESICO CORTO | 2 | 3% |
| CARDIOPATIA CONTROLADA | 1 | 1% |
| INDUCCION FALLIDA | 1 | 1% |
| DISTOCIA PARTES BLANDAS | 1 | 1% |
| VIH (SIDA) | 1 | 1% |
| TOTAL | 78 | 100% |

Fuente: expediente clínico

TABLA # 8

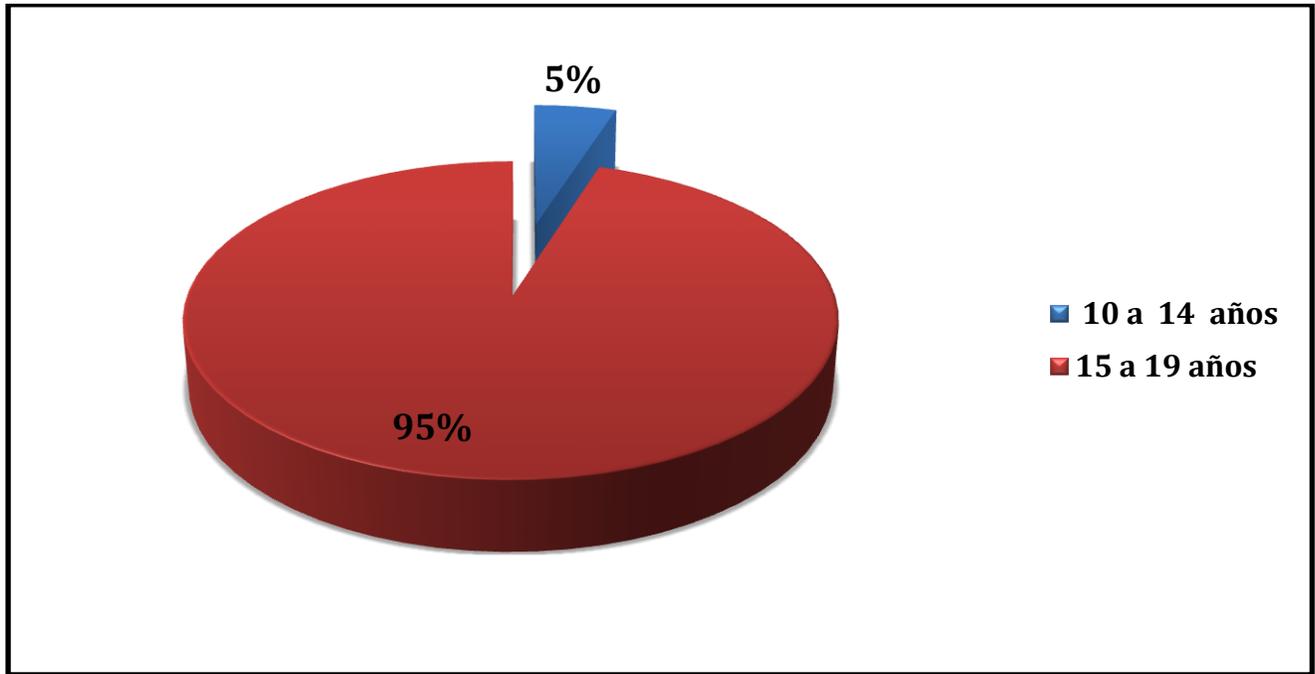
“Frecuencias y porcentaje de Cesáreas según **causas Fetales** “Frecuencias de cesáreas en adolescentes,” en el municipio de Comayagua, Departamento de Comayagua Honduras periodo 2012”

| CAUSAS | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-------------------------|-------------------|-------------------|
| SUFRIMIENTO FETAL AGUDO | 10 | 42% |
| PELVICO | 5 | 21% |
| GEMELAR | 3 | 13% |
| PROLAPSO | 2 | 8% |
| OLIGOHIDRANNIOS | 2 | 8% |
| CIRCULAR DE CORDON | 1 | 4% |
| MACROSOMICO | 1 | 4% |
| TOTAL | 24 | 100% |

Fuente: expediente clínico

Grafico No. 1

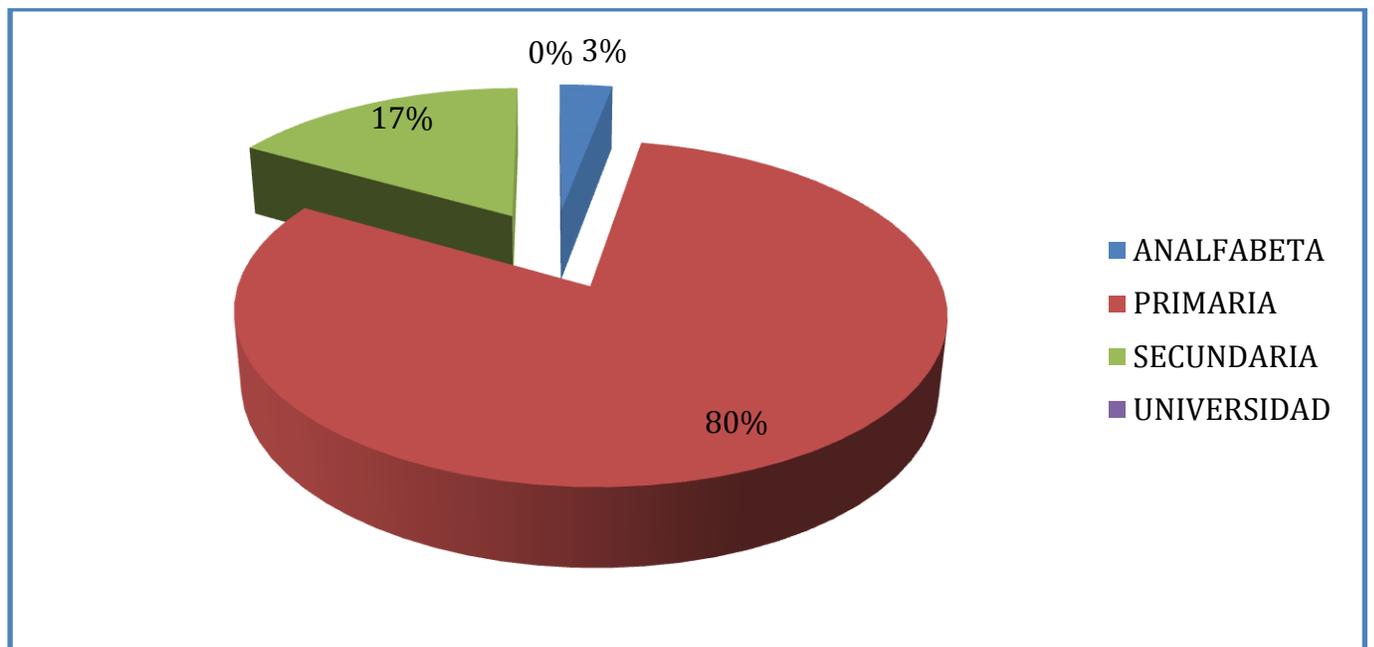
“Frecuencias y porcentaje según edad “Frecuencias de cesáreas en adolescentes,” en el municipio de Comayagua, Departamento de Comayagua Honduras periodo 2012”



Fuente: Tabla 1

Grafico No.2

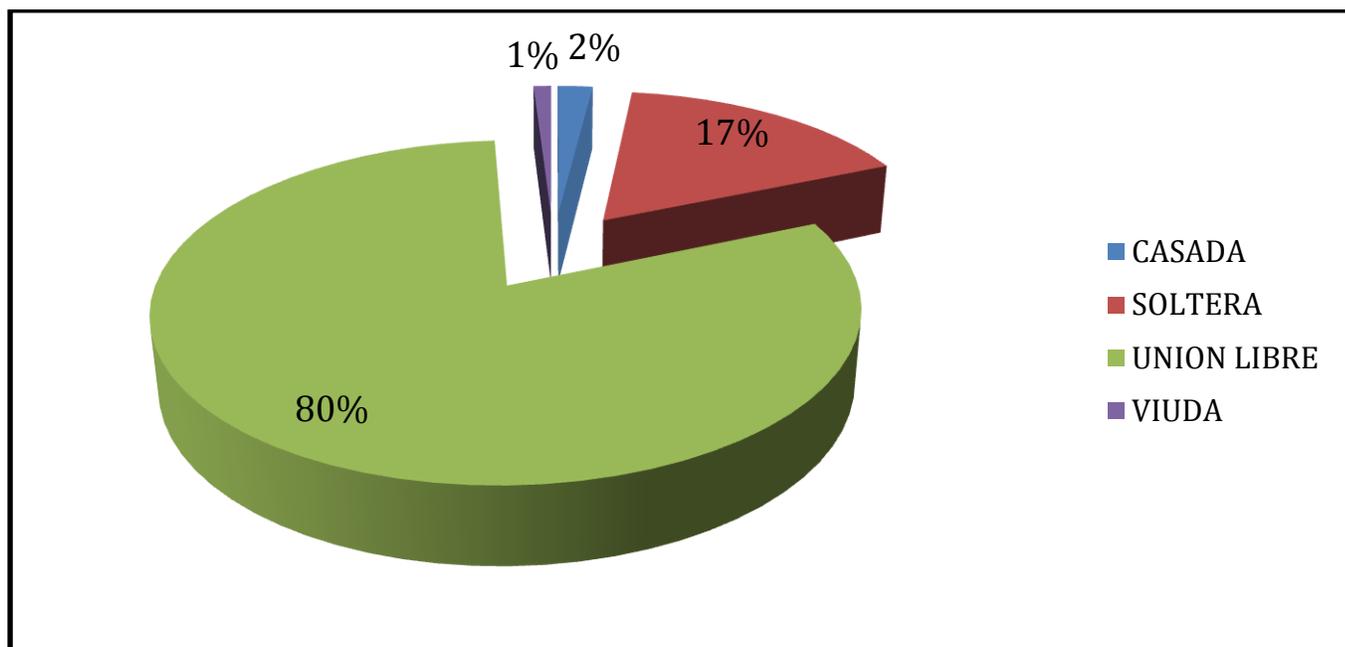
“Frecuencias y porcentaje según **escolaridad** en “Frecuencia de Cesáreas en Adolescentes,” en el municipio de Comayagua, Departamento de Comayagua Honduras periodo 2012”



Fuente: tabla 2

Grafico No. 3

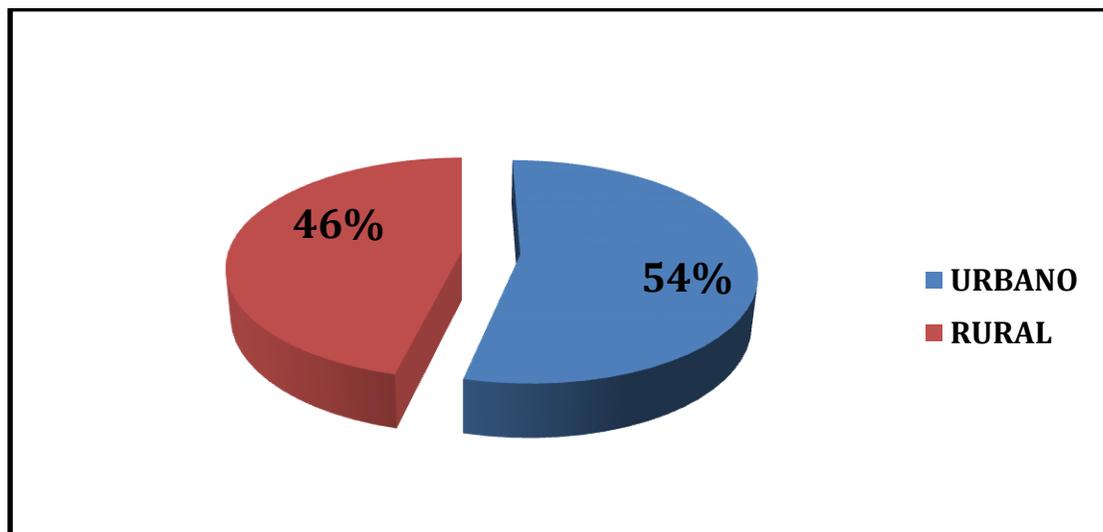
“Frecuencias y porcentaje según **estado civil** en” Frecuencia de Cesáreas en adolescentes”, en el municipio de Comayagua, Departamento de Comayagua Honduras periodo 2012”



Fuente: Tabla 3

Grafico No. 4

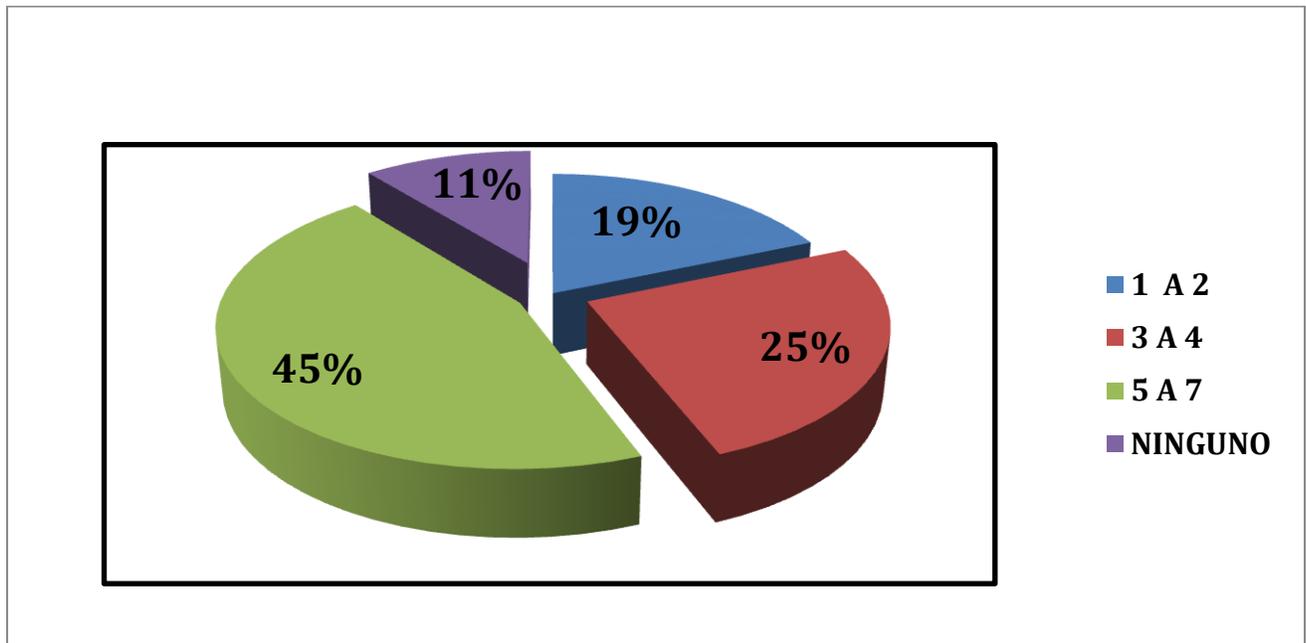
“Frecuencias y porcentaje según **procedencia** “Frecuencia de cesareas Cesáreas en adolescentes”, en el municipio de Comayagua, Departamento de Comayagua Honduras periodo 2012”



Fuente: Tabla 4

Grafico No.5

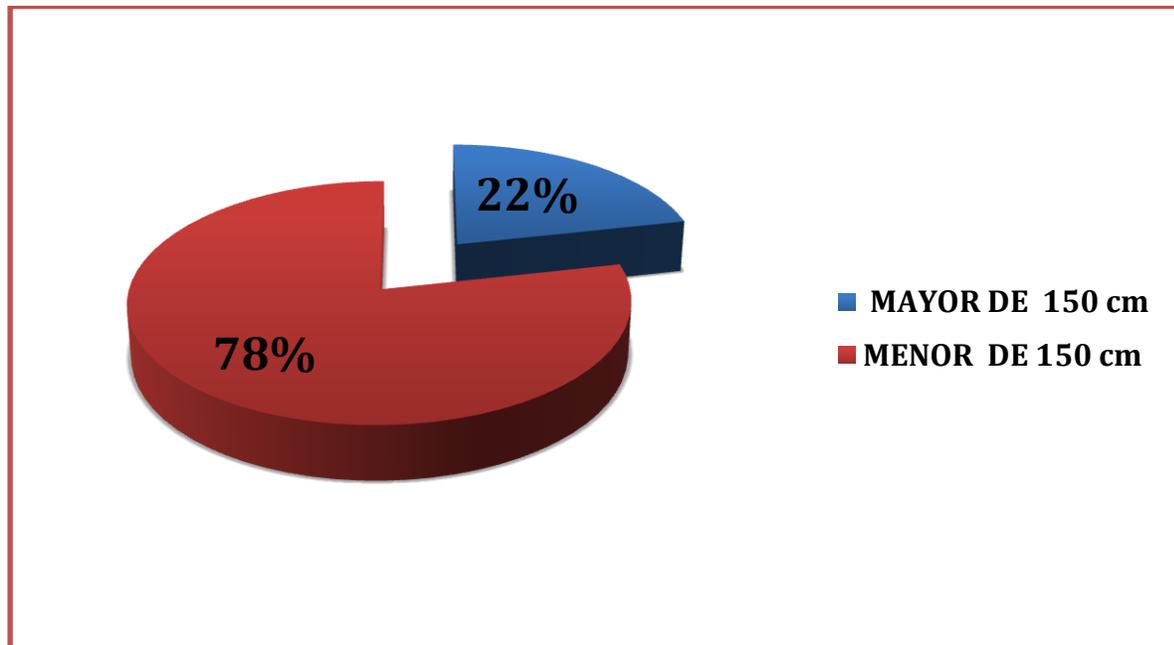
“Frecuencias y porcentaje según **controles prenatales** en “**Frecuencia** de Cesáreas en adolescentes”, en el municipio de Comayagua, Departamento de Comayagua Honduras periodo 2012”



Fuente: tabla 5

Grafico No. 6

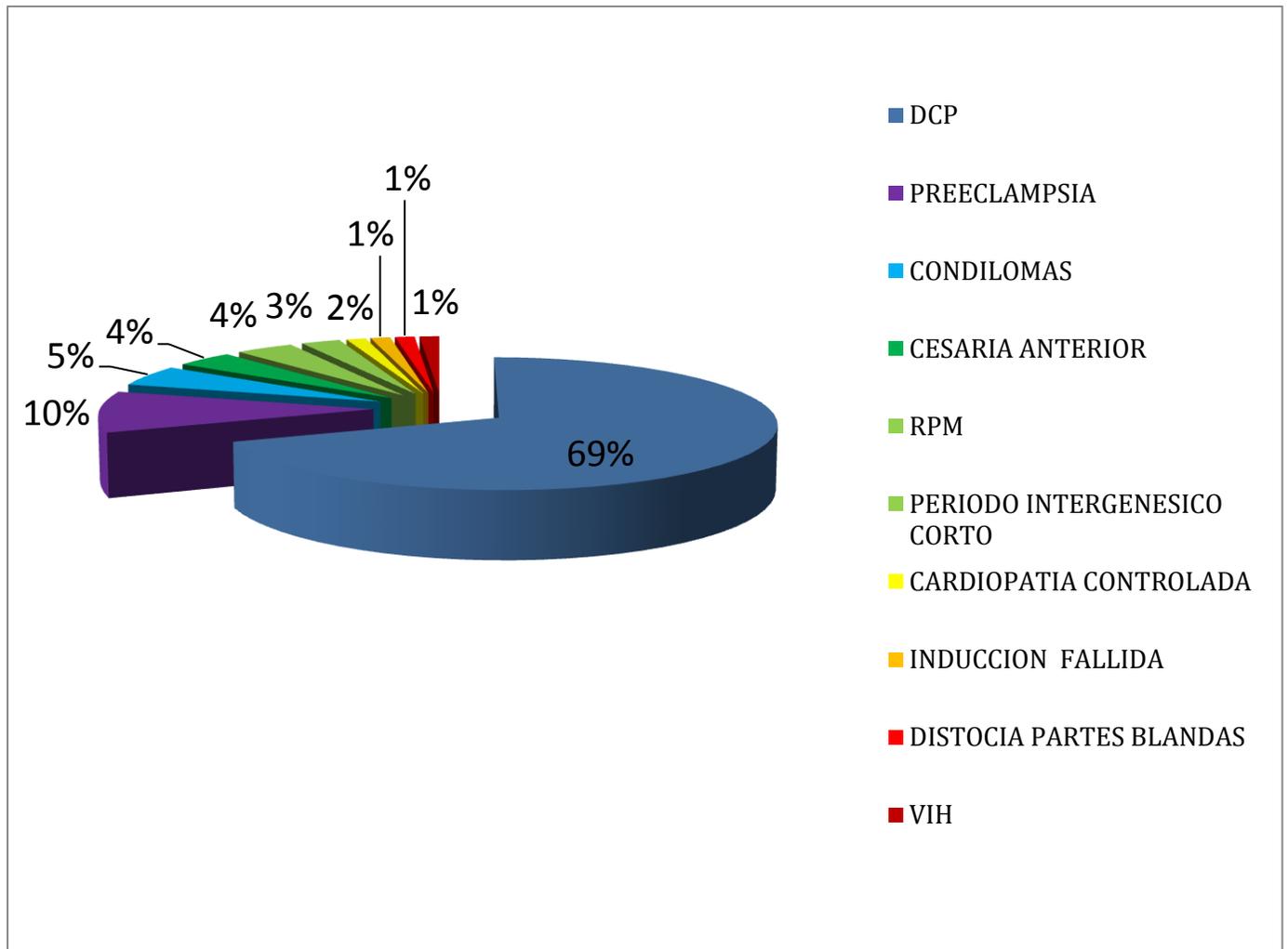
“Frecuencias y porcentaje según **Talla en “Frecuencia** de Cesáreas en Adolescentes”, en el municipio de Comayagua, Departamento de Comayagua Honduras periodo 2012”



Fuente: tabla 6

Grafico No 7

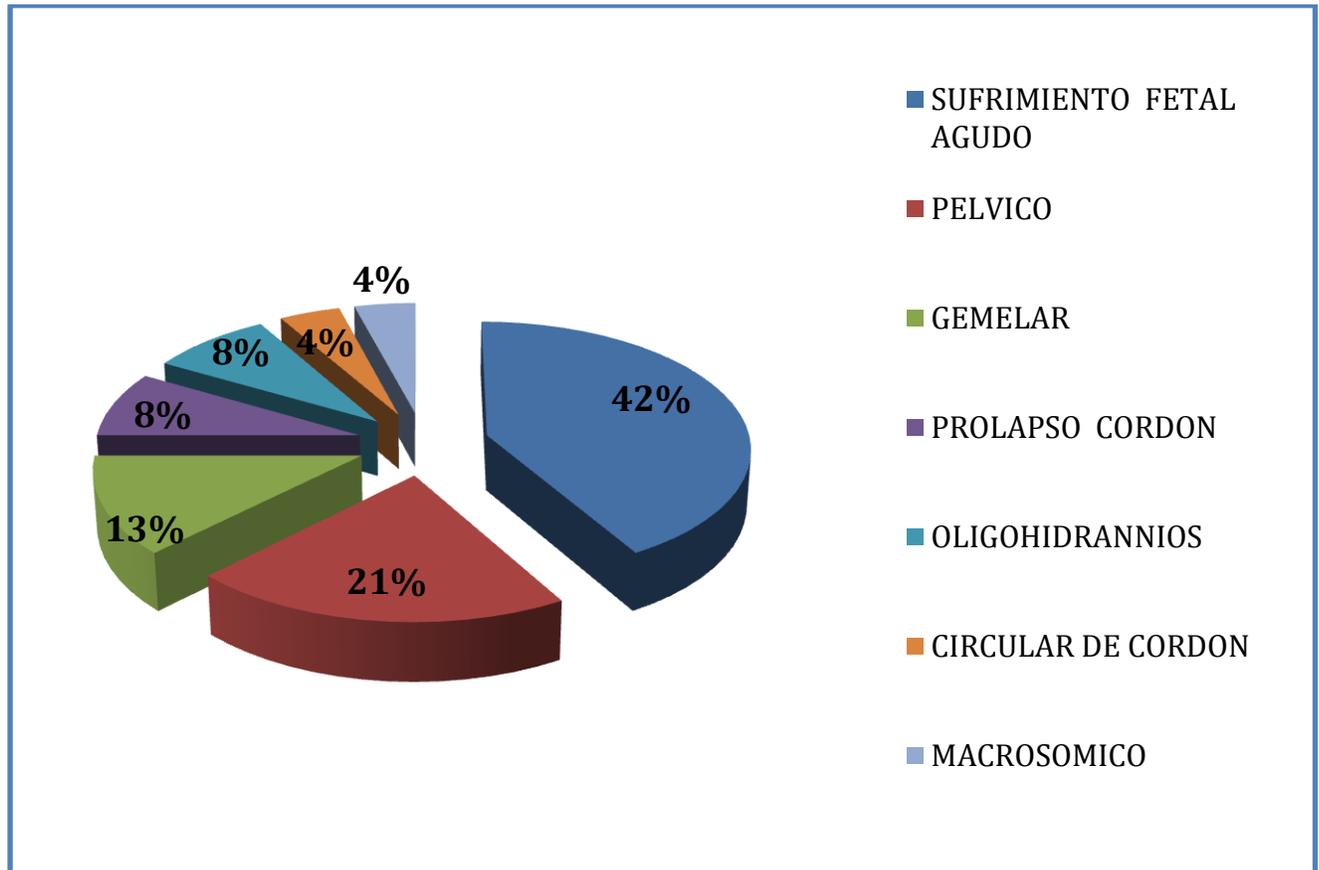
“Frecuencias y porcentaje según **causas maternas** de” Frecuencia de Cesáreas en adolescentes,” en el municipio de Comayagua, Departamento de Comayagua Honduras periodo 2012”



Fuente: tabla 7.

Grafico No. 8

“Frecuencias y porcentaje según **causas fetales** en Frecuencias de Cesáreas en adolescentes, en el municipio de Comayagua, Departamento de Comayagua Honduras periodo 2012



Fuente tabla 8

Fuente

ⁱ www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2317/1/

ⁱⁱ <http://www.mancia.org/foro/noticias/102902-epidemia-cesareas-latinoamerica.html>

ⁱⁱⁱ Normas nacionales de cuidados Obstétricos y <neonatales de la Secretaria de salud de Honduras,

^{iv} <http://www.paho.org/hon/>