

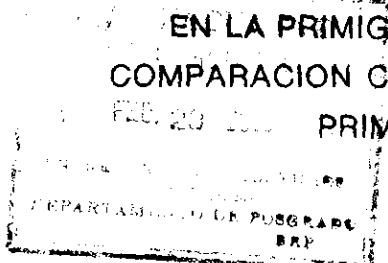
11217  
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO O. D

INDICACIONES DE LA OPERACION CESAREA  
EN LA PRIMIGESTA ADOLESCENTE Y SU  
COMPARACION CON LAS INDICACIONES EN LA  
PRIMIGESTA ADULTA.



SECRETARIA DE SALUD  
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO  
ORGANISMO DESCENTRALIZADO

TESIS DE POSTGRADO  
PARA OBTENER EL TITULO DE:  
LA ESPECIALIDAD DE  
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA  
P R E S E N T A :  
DR. ISMAEL ALARCON ALEJANDRI



DIRECCION DE ENSEÑANZA

TUTOR DE TESIS: DR. EDUARDO MOTTA MARTINEZ.  
JEFE DEL SERVICIO: DR. ANTONIO CARRILLO GALINDO.

HGM

Organismo Descentralizado

MEXICO, D. F. 1999.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

0274731



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

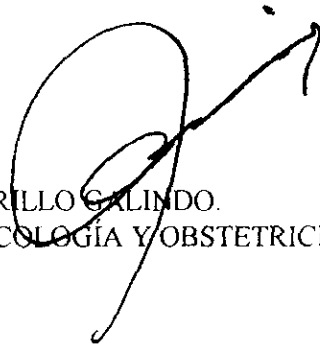
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## ÍNDICE.

|                                 |    |
|---------------------------------|----|
| 1.-DEDICATORIA                  | 1  |
| 2.-RESUMEN.                     | 2  |
| 3.-INTRODUCCIÓN.                | 3  |
| 4.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.  | 6  |
| 5.-JUSTIFICACIÓN.               | 6  |
| 6.-HIPÓTESIS.                   | 7  |
| 7.-OBJETIVOS.                   | 7  |
| 8.-MÉTODOLOGÍA.                 | 8  |
| 9.-DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES. | 9  |
| 10.-RESULTADOS.                 | 11 |
| 11.-DISCUSIÓN.                  | 16 |
| 12.-CONCLUSIONES.               | 18 |
| 13.-BIBLIOGRAFÍA.               | 19 |
| 14.-ANEXOS.                     | 22 |

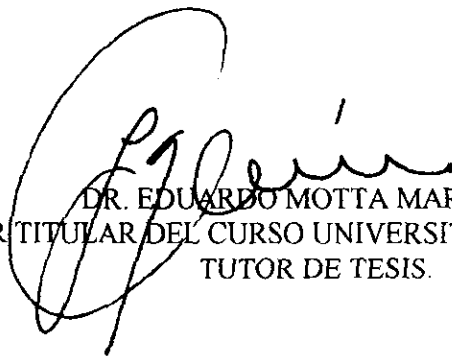
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO.  
SECRETARIA DE SALUD.  
SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA.



DR. ANTONIO CARRILLO GALINDO.  
JEFE DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA.



DR. ARMANDO VALLE GAY.  
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN DEL SERVICIO DE  
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA.



DR. EDUARDO MOTTA MARTÍNEZ.  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO UNIVERSITARIO DE POSTGRADO.  
TUTOR DE TESIS.

## DEDICATORIA.

A mis padres que me han apoyado a lo largo de toda la vida, ya que gracias a ellos he logrado llegar a este punto.

A mis hermanos que siempre han estado a mi lado.

A Connie, Yolanda, Enrique, Emma, Eduardo Rafael y Alejandro por ser parte de mi pequeña familia del hospital, e incluso fuera de el, pero, sobre todo, por ser mis amigos, les deseo éxito en su vida.

Al Dr. Serafin Romero Hernández por ser un excelente amigo y maestro, a quien debo mucho de lo que soy como profesionista y ser humano.

Al DR. Francisco Armada Obeso por ser un ser humano de calidad esepcional, dispuesto a la enseñanza y formación de médicos.

Al Dr. Antonio Carrillo Galindo por todo su apoyo y ejemplo, a lo largo de mi carrera como médico.

Al Dr. Eduardo Motta Martínez por ser mi maestro y amigo, siempre dispuesto a apoyarme durante la residencia.

Al Dr. Arturo Juárez Azpilcueta por impulsarme a seguir siempre hacia adelante y enseñarme el gusto por la Ginecología y Obstetricia.

Al Dr. Mauricio Cedillo Ley por la amistad que nos une desde hace 14 años y que siempre ha estado dispuesto a ayudarme, tanto en mi vida personal como el profesional, al que considero como parte de mi familia.

Al Hospital General de México por ser mi "segundo hogar" y del cual me considero ser su "hijo", ya que de el nací como médico y como especialista, y en donde aprendí el amor hacia los pacientes que a el acuden.

A las pacientes del servicio ya que sin ellas yo no podría haber llegado a ser lo que soy.

## RESUMEN.

La operación cesárea en la paciente adolescente se ve incrementada por múltiples factores secundarios al incompleto desarrollo biológico en que se encuentra, lo que favorece que se agreguen múltiples y variadas patologías.

En los países desarrollados el riesgo de operación cesárea en adolescentes es menor que en los países en desarrollo y las principales indicaciones en adolescentes son la desproporción cefalopélvica, el sufrimiento fetal agudo y la presentación pélvica.

El presente estudio, retrospectivo de casos y controles, pretendió conocer las indicaciones de cesárea en pacientes adolescentes primigestas, y demostrar que no existen diferencias con la probabilidad de realización de cesárea por cada indicación en relación a pacientes primigestas adultas.

Se revisaron 1452 expedientes, del periodo 1o de enero de 1996 al 31 de noviembre de 1998. El análisis estadístico fué mediante razón de momios y chi 2.

A 895 pacientes adultas y 557 adolescentes se les realizó cesárea durante dicho periodo, Las principales indicaciones fueron DCP, presentación pélvica, parto prolongado, SFA, desproporción fetal, EHIE, oligohidramnios, embarazo gemelar, presentación deflexionada y otras indicaciones, no encontrando riesgo incrementado para efectuar cesárea por dichas indicaciones, en el grupo de pacientes adolescentes comparándola con pacientes adultas, se encontró un riesgo mayor en la indicación por distocias de partes blandas, no siendo esto significativo.

La paciente primigesta adolescente presenta el mismo riesgo de realización de operación cesárea, por cada una de las indicaciones, que la paciente primigesta adulta. Las principales indicaciones para la realización de operación cesárea son las mismas en ambos grupos.

## INTRODUCCIÓN

La adolescencia es un periodo de transición que implica una serie de pasos sucesivos en un periodo de tensiones, de razones biológicas y culturales, en que la adolescente se enfrenta a una etapa crítica del desarrollo que implica cambios biológicos, físicos y psicológicos dentro de su vida, es dinámico y multideterminado. En donde se hacen necesarios un conjunto de ajustes del individuo para funcionar con respecto así mismo y con el medio y a su vez estos ajustes inciden y se matizan por el medio sociocultural en donde el individuo se desarrolla.(1).

La Organización Mundial de la Salud en su subdelegación del Comité para los problemas de Salud de la adolescente, divide a este grupo en adolescencia temprana la cual va de los 10 a 14 años y adolescencia tardía de los 15 a los 19 años.(2).

Se propone que la inestabilidad familiar y social en la que vive la adolescente es determinante para su estado general de salud, y los padecimientos obstétricos no escapan a esto, sin embargo hay diversos estudios en los cuales comparan el estado civil entre casadas y solteras en los cuales no se encuentra mayor riesgo de complicaciones obstétricas durante el embarazo. (3).

El control prenatal es fundamental para la detección oportuna de factores de riesgo obstétricos en todas las pacientes gestantes entre los cuales se puede detectar patologías maternas como enfermedad hipertensiva asociada al embarazo, diabetes gestacional, retardo en el crecimiento intrauterino, anemia materna, etc. En 1997 Van-winter en su estudio reporta que las pacientes sin control prenatal tiene un riesgo tres veces mayor de operación cesárea que las pacientes que durante todo su embarazo tuvieron control prenatal. Morris refiere que en las pacientes adolescentes con control prenatal habitual tienen mayor número de complicaciones durante el embarazo que en las pacientes con un control prenatal especializado en adolescentes.(4,5).

La operación cesárea en la paciente adolescente se ve incrementado por múltiples factores, entre los que se encuentra primordialmente, el incompleto desarrollo biológico en el que se encuentra, con esto se agregan diferentes y muy variadas patologías, entre las que se encuentran a nivel mundial, la desproporción cefalopélvica, el sufrimiento fetal agudo, y distocias del canal del parto secundarias, presentación pélvica, falta de progresión del trabajo de parto, cesárea previa, enfermedad hipertensiva asociada al embarazo, desprendimiento prematuro de placenta normoincorta y prolapso de cordón; las cuales van de la mano a menor edad de este tipo de población.(6,7)

Es una creencia común que las parturientas adolescentes presentan con mayor frecuencia desproporción cefalopélvica como resultado de un desarrollo incompleto de los huesos de la pelvis y es mayor el riesgo en quienes son menores de quince años, lo que se traduce en un incremento de anomalías del parto y por tal motivo un aumento en el número de operación cesárea. (8,9).

Dwyer, interesado en la causa de distocias obstétricas por inmadurez del desarrollo de la pelvis en las adolescentes, realizó un estudio en el cual se incluyeron 37 pacientes adolescentes, no encontrando un aumento en la incidencia de operación cesárea al comparar adolescentes entre 12 y 14 años con adolescentes entre 15 y 16 años. (10).

Andrew y cols en 1993 publican que de 16,512 pacientes las cuales las dividen por rangos de edad en adolescencia temprana y tardía así como en pacientes adultas, una obtención del producto por vía vaginal del 86% en pacientes adolescentes y 82% en pacientes adultas, no encontrando diferencias significativas al comparar las principales indicaciones de operación cesárea en pacientes con adolescencia temprana y adolescencia tardía, además realiza una clasificación por grupo étnico en el cual el 74% de las pacientes son latinas, por tal motivo es importante esta cita por asemejarse nuestra sociedad a este grupo.(11).

En un estudio realizado por Kondamudi y cols, en el cual participaron 613 adolescentes, observaron un porcentaje elevado de partos pretérmino, operación cesárea, enfermedad hipertensiva asociada al embarazo, peso bajo para la edad gestacional, asfixia perinatal y mortalidad perinatal en comparación con pacientes adultas(12).

Sin embargo Ahemed y cols, en un estudio similar concluyen que no hay diferencias estadísticas en el riesgo de operación cesárea entre ambos grupos (13).

En los países subdesarrollados el riesgo de la cesárea en las pacientes adolescentes es mayor en contraste de los países desarrollados en los cuales este evento quirúrgico es menor. (14).

Sin embargo en algunos países desarrollados como son los europeos Unfer refiere haber encontrado una alta incidencia de complicaciones obstétricas como retardo en el crecimiento intrauterino, sufrimiento fetal agudo y bajo peso al nacer en el grupo adolescente resultando directamente en un alto número de operaciones cesáreas.(15).



En la literatura nacional se refiere que el embarazo en la adolescente es un embarazo normal, en el cual no se encuentran ni mayor incidencia de operación cesárea así como misma morbilidad con respecto a la paciente adulta. Lo reportado en la indicación mas frecuente de operación cesárea en nuestro país no difiere con respecto a la literatura mundial, basándose en lo reportado por Toro en un estudio realizado en 302 pacientes adolescentes. El concluye que las complicaciones en el embarazo en la adolescente, se deben más a problemas sociales que a una inmadurez biológica.(16).

Herberth y col en un estudio realizado en Veracruz con 178 adolescentes concluye que la cesárea es mas frecuente en pacientes adultas primigestas por el mayor indice de complicaciones medicas que padecen. (17).

En las normas de procedimientos de ginecología y obstetricia del Hospital General de México se refiere como indicación relativa de cesárea el embarazo en adolescentes principalmente en pacientes menores de 15 años. (18)

Miranda y Cols en un estudio con 500 pacientes adolescentes, reporta un mayor número de embarazos entre los 15 y 18 años con un importante decremento en menores de 14 años. De las pacientes estudiadas el 62.4% la vía de resolución del embarazo fue el parto vaginal y la cesárea se realizó solo en un 37.6% y en los casos en que se realizó la operación cesárea las indicaciones de la misma mantiene el mismo porcentaje que en los de la población general, y en el 87.6% de los embarazos fueron de término entre 37 y 41 semanas.(19,20).

En estadísticas del servicio de Ginecología y obstetricia de nuestro hospital en el año de 1993, se obtuvo un total de 6958 nacimientos de los cuales 5110 fueron partos y 1848 cesáreas representando el 22.2 % en la población general. Mientras que en 1995 se reporta una frecuencia de partos vaginales de 74.6% y 25.3% de operación cesárea, en los que las principales indicaciones de la misma fueron la DCP (34.4%), presentación pélvica (14.7%) y cesárea iterativa (12.7%), parto prolongado (7%), sufrimiento fetal agudo (6.2%) y otras (25%) esto en la población general, con un rango de edad de 14 a 41 años encontrando que las pacientes primigestas fueron 101.(21).

Romero en el Hospital General de México durante el año de 1997, en un estudio realizado , con 144 primigestas adolescentes, reporta que no existen diferencias en lesiones del canal de parto ni en el trauma obstétrico así como en el peso del recién nacido con respecto de madres adultas primigestas.(22).

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La resolución del embarazo por operación cesárea se ha incrementado de manera significativa y la paciente adolescente no esta exenta de este evento, esto por múltiples razones, principalmente por el antecedente común de un incompleto desarrollo biológico lo cual repercute en el canal de parto.

En este estudio se desean conocer las indicaciones de la operación cesárea en paciente primigestas adolescentes de nuestro hospital comparándolo con el mismo evento con la paciente primigesta adulta, y con esto verificar que la probabilidad de cada indicación de operación cesárea es idéntico en los dos grupos.

## JUSTIFICACIÓN.

Durante mucho tiempo la paciente adolescente se ha contemplado dentro del grupo de embarazo de alto riesgo, lo que implica un aumento de la operación cesárea. Con el presente estudio se pretende verificar que las indicaciones de la operación cesárea en pacientes adolescentes primigestas no difieren con respecto de las pacientes primigestas adultas. Además de demostrar que la probabilidad de operación cesárea por cada una de las indicaciones de la misma es similar en ambos grupos. Con esto se pretende sensibilizar al personal de salud a un mejor razonamiento de la indicación de la operación cesárea, en la paciente adolescente, y por consiguiente no alterar su futuro obstétrico.

## **HIPÓTESIS.**

La edad en la paciente primigesta adolescente no influye en la indicación de operación cesárea.

H1 : La edad de la paciente primigesta adolescente influye en la indicación de la operación cesárea.

## **OBJETIVOS.**

### **OBJETIVO PRINCIPAL.**

Verificar que las indicaciones de operación cesárea en pacientes primigestas adolescentes, por cada una de sus indicaciones, no difiere de las pacientes primigestas adultas.

### **OBJETIVOS SECUNDARIOS.**

- A) Corroborar que en la paciente adolescente no aumenta la incidencia de operación cesárea.
- B) Conocer las principales indicaciones de operación cesárea en la paciente primigesta adolescente.
- C) Conocer las principales indicaciones de operación cesárea en paciente primigesta adulta.
- D) Corroborar que el peso del recién nacido de la madre adolescente primigesta no difiere del producto de la madre primigesta adulta.
- E) Corroborar que las principales complicaciones transoperatorias son similares en ambos grupos.

## **METODOLOGÍA.**

Mediante un estudio ,retrospectivo de casos y controles, longitudinal y analítico se revisaron los expedientes de pacientes primigestas adolescentes y primigestas adultas a las cuales se les realizó operación cesárea en el periodo comprendido entre el 1o de enero de 1996 al 30 de noviembre de 1998, se registraron los datos obtenidos en una hoja de recolección de datos.

El grupo 1 correspondió a los casos de pacientes primigestas adolescentes con edad de 10 a 19 años. El grupo 2 correspondió a los controles, las cuales son pacientes primigestas adultas con edades de 30 a 35 años. Se fijó como limite la edad de 35 años para eliminar la morbimortalidad del binomio que se asocia directamente al incremento de la edad materna.

El análisis estadístico se realizó mediante razón de momios para cada una de las indicaciones,  $\chi^2$ .

## **DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES.**

### **INDEPENDIENTES.**

Primigesta: paciente que se encuentra cursando su primer embarazo.

Edad materna: será la referida por la paciente en base a su fecha de nacimiento y se captará por años cumplidos.

Peso del producto: peso obtenido al momento del nacimiento del producto en gramos.

Edad gestacional: tiempo de embarazo la cual se valorará por capurro del producto al momento de nacer.

Hemorragia transoperatoria: cantidad de sangrado durante el acto quirúrgico en mililitros, la cual será valorada por el cirujano al momento de terminar la operación.

Tipo de anestesia: procedimiento específico con el que se realiza la operación cesárea el cual será elegido por el médico anesthesiólogo a cargo.

Tipo de cesárea: Se refiere al lugar de la incisión uterina ( histerotomía) la cual podrá ser corporal, segmentaria o segmentocorporal.

Tiempo quirúrgico : este inicia a partir de incidir piel y se da como finalizado al colocar el ultimo punto de sutura en piel.

### **DEPENDIENTES.**

Indicación de operación cesárea.

Desproporción cefalopélvica: disparidad entre las dimensiones del canal de parto (pelvis materna) en relación con el tamaño del producto.

Presentación pélvica: parte del producto que se aboca al estrecho superior de la pelvis, materna, y que tiene un mecanismo de parto propio y que en este caso corresponde a la porción de la pelvis fetal.

Sufrimiento fetal: es el estado crítico del feto debido a una alteración en el intercambio metabólico entre éste y la madre, que produce modificaciones bioquímicas, hemodinámicas y endócrinas, manifestadas por hipoxia, desequilibrio acido-base, alteraciones en la frecuencia cardiaca fetal que reflejan acidosis fetal y que puede o no estar presente meconio, pueden dividirse en taquicardia, mas de 160 latidos por minuto o bradicardias menos de 120 latidos por minuto.

Distocia de contracción: anomalía en la contracción uterina que puede ser por exceso , defecto o por incoordinación de la actividad uterina, las cuales serán valoradas por clínica, por el medico encargado de la paciente.

Enfermedad hipertensiva del embarazo: padecimiento que complica el embarazo generalmente después de las 20 semanas de gestación y que se caracteriza por hipertensión, proteinuria y edema. Y se divide en hipertensión inducida por el embarazo (preeclampsia, eclampsia) hipertensión arterial crónica, hipertensión arterial crónica mas preeclampsia sobreagregada e hipertensión transitoria.

**Desprendimiento prematuro de placenta normoinsera:** separación total o parcial de la placenta normalmente insertada cuando el feto se encuentra in-utero.

**Placenta previa.** Se agrupan bajo este calificativo todos aquellos casos en los que la placenta se encuentra implantada en el segmento inferior, del útero. Puede ser marginal (no cubre al orificio cervical interno), parcial (lo cubre parcialmente), total (lo cubre totalmente) o de inserción baja (se encuentra a menos de 10 cms del orificio cervical interno).

**Procúbito de cordón:** cuando el cordón umbilical se encuentra por delante de la presentación con membranas íntegras.

**Prolapso de cordón:** cuando el cordón umbilical se encuentra por delante de la presentación, rebasa la dilatación con membranas rotas.

**Corioamnionitis.** Es la infección de las membranas ovulares.

**Embarazo prolongado.** Es aquel que dura mas de 42 semanas o bien 294 días en adelante.

**Oligohidramnios.** Cantidad disminuida de líquido amniótico. Generalmente menor a 200 ml.

**Embarazo múltiple:** gestación con dos o mas productos.

**Ruptura prematura de membranas:** es la salida de líquido amniótico por una solución de continuidad de las membranas ovulares y ocurre por lo menos 2 hrs previas al inicio del trabajo de parto.

**Situación transversa:** condición en la que el eje longitudinal del producto es perpendicular al eje longitudinal de la madre.

**Distocia de partes blandas:** anomalías maternas no óseas o neoformaciones de tejidos desarrollados a expensas de órganos pélvicos que interfieren con el mecanismo normal del trabajo de parto.

## RESULTADOS.

Se realizó la revisión de 1456 expedientes de pacientes primigestas a las que se les realizó operación cesarea durante el periodo comprendido entre el primero de enero de 1996 y el 30 de noviembre de 1998. Se eliminaron 4 expedientes que correspondían a pacientes mayores de 35 años. Por lo que se analizaron 1452 expedientes de pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión.

De estos expedientes 557 correspondieron a grupo de pacientes adolescentes primigestas que se les realizó operación cesarea durante el periodo de estudio y 895 correspondieron a las pacientes adultas primigestas a las que se les realizó operación cesarea en dicho periodo de estudio.

Los datos de agruparon por año y posteriormente en total.

Durante el año de 1996 se realizaron 272 operaciones cesarea en el grupo de pacientes adultas y 137 en el grupo de pacientes adolescentes. La edad promedio de ambos grupos fué de  $24 \pm 4$  años y  $17 \pm 2$  respectivamente. El tiempo quirúrgico promedio fué de  $49 \pm 13$  minutos para las pacientes adultas y de  $50 \pm 17$  minutos para las pacientes adolescentes  $p=0.3$  no significativo. La cantidad de hemorragia calculada para las pacientes adultas fué de  $510 \pm 164$  y de  $485 \pm 95$  para las pacientes adolescentes,  $p=0.02$  la cual es significativa.

El peso promedio de los productos fué de  $3032 \pm 643$  para las pacientes adultas y de  $3003 \pm 665$  para las pacientes adolescentes  $p=0.5$  no significativa. La edad promedio calculada por capurro fue de  $40 \pm 2$  para las pacientes adultas y de  $40 \pm 3$  para las pacientes adolescentes  $p=1$  no significativa. El APGAR al minuto y a los 5 minutos fué idéntico en ambos grupos y corresponde a  $8 \pm 1$  y  $9 \pm 1$  respectivamente.

Los tipos de operación cesarea realizadas fueron los siguientes: Kerr 270 para el grupo de adultas y 136 para el grupo de pacientes adolescentes; segmentocorporal 1 para las pacientes adultas y 1 para las pacientes adolescentes; corporal 1 para las pacientes adultas y 0 para las pacientes adolescentes. El tipo de anestesia utilizada para la realización del procedimiento quirúrgico fueron bloqueo peridural 231 para las pacientes adultas y 125 para las pacientes adolescentes; bloqueo peridural + sedación 5 para las pacientes adultas y 3 para las pacientes adolescentes; anestesia general endovenosa 27 para las pacientes adultas y 9 para las pacientes adolescentes; anestesia general inhalatoria 9 para pacientes adultas y 0 para las pacientes adolescentes.

Durante el año de 1997 se realizaron 329 operaciones cesarea en el grupo de pacientes adultas y 220 en el grupo de pacientes adolescentes. La edad promedio de ambos grupos fué de 24+- 4 años y 17+- 1 respectivamente. El tiempo quirúrgico promedio fué de 49+-14 minutos para las pacientes adultas y de 48+- 13 minutos para las pacientes adolescentes  $p= 0.3$  no significativa. La cantidad de hemorragia calculada para las pacientes adultas fué de 466+- 192 y de 441+- 126 para las pacientes adolescentes  $p= 0.03$  la cual es significativa.

El peso promedio de los productos fué de 3064+- 577 para las pacientes adultas y de 3063 +-537 para las pacientes adolescentes  $p= 0.9$  no significativa. La edad promedio calculada por capurro fué de 40+-2 para ambos grupos  $p= 1$ . El APGAR al minuto y a los 5 minutos fué idéntico en ambos grupos y corresponde a 8+-1 y 9+-1 respectivamente.

Los tipos de operación cesarea realizadas fueron los siguientes: Kerr 324 para el grupo de adultas y 220 para el grupo de pacientes adolescentes; segmentocorporal para las pacientes adultas y 0 para las pacientes adolescentes; corporal 1 para las pacientes adultas y 0 para las pacientes adolescentes. El tipo de anestesia utilizada para la realización del procedimiento quirúrgico fueron bloqueo peridural 296 para las pacientes adultas y 197 para las pacientes adolescentes; bloqueo peridural + sedación 6 para las pacientes adultas y 4 para las pacientes adolescentes; anestesia general endovenosa 25 para las pacientes adultas y 17 para las pacientes adolescentes; anestesia general inhalatoria 2 para pacintes adultas y 2 para las pacientes adolescentes.

Durante el año de 1998 se realizaron 294 operaciones cesarea en el grupo de pacientes adultas y 200 en el grupo de pacientes adolescentes. La edad promedio de ambos grupos fué de 24+- 4 años y 17+- 1 respectivamente. El tiempo quirúrgico promedio fué de 52+-13 minutos para las pacientes adultas y de 52+- 12 minutos para las pacientes adolescentes  $p= 1$  no significativo. La cantidad de hemorragia calculada para las pacientes adultas fué de 475+- 377 y de 468+- 325 para las pacientes adolescentes  $p= 0.8$  no significativo.

El peso promedio de los productos fué de 3065+- 614 para las pacientes adultas y de 2900 +-595 para las pacientes adolescentes  $p= 0.003$  lo cual es significativo. La edad promedio calculada por capurro fué de 40+-2 para el grupo de pacientes adultas y de 39+-2 para el grupo de pacientes adolescentes  $p= 0.001$  lo cual es significativo. El APGAR al minuto y a los 5 minutos fué idéntico en ambos grupos y corresponde a 8+-1 y 9+-1 respectivamente.

Los tipos de operación cesarea realizadas fueron los siguientes: Kerr 293 para el grupo de adultas y 199 para el grupo de pacientes adolescentes; segmentocorporal 1 para las pacientes adultas y 0 para las pacientes adolescentes; corporal 0 para las



pacientes adultas y 1 en las pacientes adolescentes. El tipo de anestesia utilizada para la realización del procedimiento quirúrgico fueron bloqueo peridural 263 para las pacientes adultas y 183 para las pacientes adolescentes; bloqueo peridural + sedación 8 para las pacientes adultas y 6 en las pacientes adolescentes; anestesia general endovenosa 22 en las pacientes adultas y 11 en las pacientes adolescentes; anestesia general inhalatoria 1 para pacientes adultas y ninguna en pacientes adolescentes.

El total para el periodo de estudio de los datos es el siguiente:

Número total de pacientes estudiadas: 1452.

Durante el periodo de estudio se realizaron 895 operaciones cesarea en el grupo de pacientes adultas, y 557 en el grupo de pacientes adolescentes (tabla 1). La edad promedio de ambos grupos fué de 24+- 4 años y 17+- 2 respectivamente. El tiempo quirúrgico promedio fué de 50+-13 minutos para las pacientes adultas y de 50+- 14 minutos para las pacientes adolescentes. La cantidad de hemorragia calculada para las pacientes adultas fué de 483.6+- 244.3 y de 464.6+- 372 para las pacientes adolescentes (tabla 2), dichos datos no son significativos.

El peso promedio de los productos fué de 3053.6+- 611.3 para las pacientes adultas y de 2988.6 +-599 para las pacientes adolescentes. La edad promedio calculada por capurro fué de 40+-2 para el grupo de pacientes adultas y de 39.4+-2 para el grupo de pacientes adolescentes. El APGAR al minuto y a los 5 minutos fué idéntico en ambos grupos y corresponde a 8+-1 y 9+-1 respectivamente (tabla 3).

Los tipos de operación cesarea realizadas fueron los siguientes: Kerr 887 (99.1%) para el grupo de adultas y 555 para el grupo de pacientes adolescentes (99.6%); segmentocorporal 6 (0.7%) para las pacientes adultas y 1 (0.1%) para las pacientes adolescentes; corporal 2 (0.2%) para las pacientes adultas y 1 (0.1%) en las pacientes adolescentes (tabla 4). El tipo de anestesia utilizada para la realización del procedimiento quirúrgico fueron bloqueo peridural 790 (88.2%) para las pacientes adultas y 505 (90.6) para las pacientes adolescentes; bloqueo peridural + sedación 19 ( 2.1%) para las pacientes adultas y 13 (2.3%) en las pacientes adolescentes; anestesia general endovenosa 74 ( 8.3 %) en las pacientes adultas y 37 ( 6.6%) en las pacientes adolescentes; anestesia general inhalatoria 12 ( 1.3%) para pacientes adultas y 2 ( 0.3%) en las pacientes adolescentes (tabla 5).

El total de pacientes según indicación en orden decreciente de importancia es el siguiente, se realizó determinación de razón de momios en cada una de las indicaciones y por grupos los cuales se listan a continuación.

Desproporción cefalo-pélvica 268 (30%) para pacientes adultas y 171 (30.7%) para pacientes adolescentes, OR =1, p= 0.8; presentación pélvica 147 ( 16.4%) para pacientes adultas y 136 (24.4%) para pacientes adolescentes, OR= 1.6, p= 0.0002

lo cual es estadísticamente significativo sin mostrar riesgo elevado; parto prolongado 85 ( 9.5%) para pacientes adultas y 48 (8.6%) para pacientes adolescentes, OR= 0.89, p= 0.6; sufrimiento fetal agudo 75 (8.3%) para pacientes adultas y 41 (7.4%) para pacientes adolescentes, OR= 0.86, p= 0.5; desproporción fetal 60 (6.7%) para pacientes adultas y 24 (4.3%) para pacientes adolescentes, OR= 0.62, p= 0.7; enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo (preeclampsia / eclampsia) 47 (5.2%) para pacientes adultas y 25 (4.5) para pacientes adolescentes, OR= 0.84, p= 0.8; oligohidramnios 31 (3.5%) para pacientes adultas y 13 (2.3%) para pacientes adolescentes, OR= 0.6, p= 0.3; embarazo gemelar 26 (2.9%) para pacientes adultas y 14 (2.5%) para pacientes adolescentes, OR= 0.86, p= 0.9; presentación deflexionada 28 (3.1%) para pacientes adultas y 10 (1.8) para pacientes adolescentes, OR= 0.5, p= 0.2; indicaciones diversas 19 (2.1%) para pacientes adultas y 15 ( 2.7%) para pacientes adolescentes, OR= 1.2, p= 0.4 (tabla 6); embarazo prolongado 19 (2.1%) para pacientes adultas y 10 (1.8%) para pacientes adolescentes, OR= 0.84, p= 0.8; desprendimiento prematuro de placenta normoinsera 13 (1.4%) para pacientes adultas y 8 (1.4%) para pacientes adolescentes, OR= 1, p= 1; ruptura prematura de membranas 14(1.5%) para pacientes adultas y 8 (1.4%) para pacientes adolescentes, OR= 0.9, p= 0.9; retardo en el crecimiento intrauterino 13 (1.4%) para pacientes adultas y 5 (1%) para pacientes adolescentes, OR= 0.6, p= 0.5; fracaso de inducción 12 (1.3%) para pacientes adultas y 5 (1%) para pacientes adolescentes, OR= 0.6, p= 0.6; distocias de contracción 10 (1%) para pacientes adultas y 5 (1%) para pacientes adolescentes, OR= 0.8, p= 0.8; enfermedad materna 9 (1%) para pacientes adultas y 1 (0.2%) para paciente adolescente, OR= 0.1, p= 0.1; distocia de partes blandas 4 (0.4%) para pacientes adultas y 5 (1%) para pacientes adolescentes, OR= 2, p= 0.5; prolapso de cordón 4 (0.4 y 0.2% respectivamente) en cada uno de los grupos OR= 1.6, p= 0.7; situación transversa 5 (1%) en el grupo de las pacientes adultas y 3 (0.5%) en el de las pacientes adolescentes OR= 0.9, p= 0.7; corioamnionitis 4 (0.4%) en el grupo de pacientes adultas y 1 (0.2%) en las pacientes adolescentes, OR= 0.4, p= 0.7; placenta previa 2 en pacientes adultas( 0.2%) y 1 en pacientes adolescentes (0.2%) OR= 0.8 (tabla7). No se encontraron pacientes con indicación de operación cesarea en los grupos de trabajo de parto pretermino ni en el de feto supervalioso.

Al dividir la enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo en sus dos componentes se encontraron que las pacientes se distribuyeron de la siguiente forma: preeclampsia 36 (4%) en pacientes adultas y 15 (2.7%) en pacientes adolescentes, OR= 0.6, p= 0.2; pacientes con eclampsia 11 (1.2%) adultas y 10 (1.8%) adolescentes, OR= 1.4, p= 0.5 (tabla 8).

Se realizaron 12 (1.3%) operaciones cesarea en pacientes adultas por forceps fallidos y 3 (0.5%) en el grupo de pacientes adolescentes, dichas pacientes se incluyeron en el grupo de pacientes con indicación por trabajo de parto prolongado pero si se separan del mismo presentan OR= 0.3.

Durante el periodo de estudio se obtubieron 10 (1%) óbitos en el grupo de pacientes adultas y 4 (0.8%) en el grupo de pacientes adolescentes, OR= 0.6, p= 0.6 lo cual no es significativo.

No se encontraron diferencias significativas en ambos grupos a excepción de la indicacion de cesarea por distocia de partes blandas en la cual las pacientes adolescentes presentan un riesgo 2 veces mayor que las pacientes adultas, però no mostro ser estadisticamente significativo.

También se encontraron diferencias significativas en el peso de los productos y del capurro en madres adolescentes durante el año de 1998,  $p= 0.003$  y  $p= 0.001$  respectivamente, los cuales eran de menor peso que los hijos de madres adultas durante dicho año, pero que no tienen significación clínica ya que se encuentran dentro de los rangos de normalidad y no se presentaron en los años anteriores.

En las pacientes del presente estudio se presentaron 60 complicaciones, durante la realización de la operación cesárea, en pacientes adultas y 28 en pacientes adolescentes siendo las siguientes: desgarros segmentarios 18 en pacientes adultas y 14 en pacientes adolescentes; hipotonias uterinas revertidas 22 en pacientes adultas y 8 en pacientes adolescentes; dificultad para le extracción del producto 4 en cada uno de los grupos; útero de couvallier secundario a desprendimiento prematuro de placenta normoinserta 1 en cada uno de los grupos, (a dichas pacientes se les realizó cesarea-histerectomia); paro cardiorespiratorio revertido, secundario a complicaciones anestésicas (reflejo vagal durante la intubación) 1 paciente en el grupo de pacientes adolescentes y ninguna en las pacientes adultas; sangrado en capa a nivel de histerorrafia 4 en el grupo de pacientes adultas y ninguna en el grupo de pacientes adolescentes; laceración de cuerpo uterino 1 en el grupo de pacientes adultas y ninguna en las adolescentes; punción de duramadre 9 en las pacientes adultas y ninguna en las pacientes adolescentes; reacción transfusional 1 paciente en el grupo de adolescentes y ninguna en las adultas, absorción masiva de xylocaina 1 paciente adulta y ninguna adolescente (tabla 9).

Además durante los procedimientos quirúrgicos se obtuvieron los siguientes hallazgos transoperatorios: quiste paratubario 1 paciente en cada grupo; quiste seroso de ovario 1 paciente en el grupo de adultas y 0 en las adolescentes; leiomiomatosis uterina 1 paciente adulta y 0 adolescentes; desprendimiento prematuro de placenta normoinserta en 6 pacientes adultas y 4 adolescentes; absceso apendicular secundario a apendicitis aguda rota en paciente adolescente; productos malformados 7 en el grupo de pacientes adultas y 2 en el grupo de pacientes adolescentes; síndrome adherencial postquirúrgico en una paciente adolescente.

## DISCUSIÓN.

Se reporta que la operación cesárea se incrementa en el grupo de pacientes adolescentes por su incompleto desarrollo biológico y por las patologías y factores agregados, siendo las causas mas frecuentes para la realización del procedimiento quirúrgico la desproporción cefalo-pélvica, el sufrimiento fetal agudo, distocias del canal de parto, la presentación pélvica, la falta de progresión del trabajo de parto, la preeclampsia/ eclampsia, el desprendimiento prematuro de placenta normoinserta y el prolapso de cordón. (6,7).

En el presente estudio no se encontraron diferencias significativas entre las indicaciones para la realización de operación cesárea en las pacientes primigestas adolescentes comparado con las pacientes primigestas adultas, mostrando inclusive resultados de razón de momios iguales o menores de 1, dichos resultados son comparables a los realizados previamente en una muestra de población semejante. (11).

La desproporción cefalo-pélvica, que ha sido reportada como causa frecuente de operación cesárea, en adolescentes (8,9), no mostró significancia estadística con OR de 1 y  $p = 0.8$ , por lo que se deberá considerar que dicha indicación está siendo sobrestimada, como lo han demostrado otros autores (10).

La presentación pélvica mostró OR de 1.6 la cual no indica mayor riesgo para las madres adolescentes de realización de operación cesárea que en las madres adultas, ambas primigestas, este hecho resultó significativo  $p=0.0002$ , no se comprobó riesgo mayor en pacientes adolescentes pero quizá sea debido al número de pacientes, Dicha situación tiene mas relación con la ley de la acomodación de Pajot, en la que se menciona como resultado de una serie de fenómenos activos en la que confluyen varios factores y no únicamente uno, en este caso la edad de la paciente(23).

El sufrimiento fetal agudo se presentó, como causal de operación cesárea, en igual proporción en ambos grupos no mostrando mayor riesgo para las madres adolescentes OR de 0.8, lo cual es contrario a lo reportado en otros estudios (6,7,15).

La enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo tampoco mostró riesgo, aumentado, en las pacientes adolescentes, como indicación para la realización de operación cesárea OR 0.8 y  $p= 0.8$  ni aun desglosándola en sus dos grandes grupos: la preeclampsia OR= 0.6, ni en la eclampsia OR= 1.6, esto es contrario a lo reportado en otros estudios nacionales e internacionales (6,7,12,17).

El parto prolongado tampoco mostró riesgo aumentado como indicación de cesárea en pacientes adolescentes con relación a las pacientes adultas  $OR= 1$ ,  $p= 0.6$  aunque se menciona como una de las principales indicaciones en pacientes adolescentes (6,7).

La desproporción fetal se encontró con una  $OR= 1$  y  $p=0.7$ , no mostrando significancia estadística como causal de operación cesárea en pacientes adolescentes comparado con las adultas.

Así mismo las principales indicaciones de operación cesárea en adolescentes primigestas, de nuestro estudio, no difieren de las encontradas en las pacientes adultas de nuestro estudio como de lo reportado previamente (21) y sin mostrar mayor riesgo para las pacientes adolescentes.

Las distocias de partes blandas como indicación de operación cesárea si mostraron significancia estadística  $OR= 2$  lo cual se correlaciona con lo reportado a nivel mundial (6,7) pero esto puede ser atribuido a la inadecuada manipulación del canal de parto, realizada por médicos o parteras empíricas no calificados para el manejo obstétrico adecuado, la educación y el contexto social en que se desenvuelve la adolescente que incluso la orillan a ocultar su embarazo (16,19,20, 24).

No se encontraron diferencias significativas, entre ambos grupos, en lo relacionado al producto, es decir, en el peso, Apgar y Capurro, lo que difiere de lo reportado en estudios internacionales (15) y que puede ser atribuido mas a factores de orden social y económico, que a factores biológicos propiamente dichos (24).

Tampoco se encontraron diferencias significativas en lo referente a tiempo quirúrgico, tipo de anestesia utilizada y tipo de cesárea realizada.

La hemorragia trasoperatoria fue mayor durante los años de 1996 y 1997 en el grupo de pacientes adultas y esto demostró ser estadísticamente significativo durante dicho periodo de tiempo, comparado con el grupo de adolescentes, esto se contrapone con lo reportado previamente (3).

Las complicaciones durante la operación cesárea no difirieron de las presentadas en la paciente adulta y no representan un riesgo mayor para la paciente adolescente en comparación con la paciente adulta.

Se presentó un caso de paro cardiorespiratorio en paciente adolescente por complicaciones anestésicas durante la intubación orotraqueal, y otro de absorción masiva de xylocaina en paciente adulta, los cuales representan casos aislados y no atribuibles a la edad de la paciente sino a pericia y experiencia del médico anesthesiologo.

## CONCLUSIONES.

- 1.- Las paciente adolescente primigesta, presenta riesgo similar, que la paciente adulta primigesta, para la realización de operación cesárea por cada una de las siguientes indicaciones: desproporción cefalo pélvica, presentación pélvica, parto prolongado, sufrimiento fetal agudo, desproporción fetal, enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo ( preeclampsia/ eclampsia), oligohidramnios, embarazo gemelar, presentación deflexionada, embarazo prolongado, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, ruptura prematura de membranas, retardo en el crecimiento intrauterino, fracaso de inducción, distocias de contracción, prolapso de cordón, situación transversa, corioamnioitis, placenta previa, y misceláneas
- 2.- La paciente adolescente primigesta, presenta menor riesgo de realización de operación cesárea por enfermedades maternas que la paciente adulta primigesta.
- 3.- La paciente adolescente primigesta, presenta mayor riesgo de realización de operación cesárea por indicación de distocia de partes blandas secundario a manejo inadecuado de la paciente, que la paciente adulta primigesta..
- 4.- Las principales indicaciones de operación cesárea en paciente primigesta adolescente son las mismas que en la paciente primigesta adulta.
- 5.- Las indicaciones mas frecuentes de operación cesárea en paciente primigesta adolescente y primigesta adulta son las siguientes en orden decreciente de frecuencia: desproporción cefalo pélvica, presentación pélvica, parto prolongado, sufrimiento fetal agudo, desproporción fetal, enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo ( preeclampsia/ eclampsia), oligohidramnios, embarazo gemelar, presentación deflexionada, misceláneas, embarazo prolongado, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, ruptura prematura de membranas, retardo en el crecimiento intrauterino, fracaso de inducción, distocias de contracción, enfermedades maternas, distocias de partes blandas, prolapso de cordón, situación transversa, corioamnioitis, placenta previa.
- 6.- La paciente primigesta adolescente presenta menor hemorragia transoperatoria que la paciente primigesta adulta durante la operación cesárea.
- 7.- La paciente adolescente presentó productos de menor edad gestacional y peso al nacer durante el año de 1998 siendo estadísticamente significativo pero sin que esto sea clínicamente relevante.
- 8.- Las complicaciones transoperatorias de la paciente primigesta adolescente se presentan y son similares a las encontradas en la paciente primigesta adulta.

## REFERENCIAS.

- 1.- Monroy VA.  
Salud, sexualidad y adolescencia.  
Ed. CORA Mex 1984; 1: 52-8.
- 2.- Monroy VA, Morales GM, Velasco ML.  
Fecundidad en la adolescencia. Causas, riesgos y opciones.  
OMS, OPS 1988: 1-4.
- 3.- Lee ST, Chaudhuri P, Tay BL.  
Obstetrc outcome of the unwed adolescents.  
Sing Med J 1990; 31 (6): 553-7.
- 4.- Van-Winter JT, Harmon MC, Atkinson EJ.  
Young moms' clinic . A multidisciplinary approach to pregnancy education in  
teens and in young single women.  
J Pediatr Adolesc Gynecol. 1997; 10 (1): 28-33.
- 5.- Morris DL, Berenson AB, Lawson J.  
Comparison of adolescent pregnancy outcomes by prenatal care source.  
J Reprod Med 1993; 38 (5): 375-9.
- 6.- Sweeny P.  
A comparison of low birth, wheight, prerinatal mortality and infant mortality  
between first second birth to women 17 year old and younger.  
Am J obstet Gynecol 1989; 160: 1361-1370.
- 7.- Khwaja SS, Al-Sibai MH, Suleiman A.  
Obstetric implications of pregnancy in adolescence.  
Acta obstet Gynecol Scand 1986; 65:57-61.
- 8.- Lubarsky SL, Schiff E, Friedman SA.  
Obstetrc characteristics among nulliparas under age 15.  
Obstet Gynecol 1994; 84 (3): 365-8.
- 9.- Perry RL, Mannino B, Hediger ML.  
Pregnancy in early adolescence: are there obstetric risk?.  
J Matern Fetal Med 1996; 5 (6): 333-9.

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

- 10.- Dwyer JF.  
Teenage pregnancy.  
Am J Obstet Gynecol 1974; 118 (3): 373-6
- 11.- Satin AJ, Leveno KJ, Sherman ML.  
Maternal youth and pregnancy outcomes: Middle school versus High school age groups compared whit women beyond the teen years.  
Am J Obstet Gynecol 1994; 171 (1): 184-7.
- 12.- Kondamudi VK, Bhattacharyya A, Noah PK.  
Adolescent pregnancy in Grenada.  
Ann Trop Paediatr 1993; 13 (4): 379-83.
- 13.- Ahmed AR, Mourad ME, Reda AG.  
Teenage pregnancy: are de teenagers a risk control group?.  
EU J Obstet Gynaecol Rep Biol 1995; 59: 17-20.
- 14.- Scholl TO, Hediger ML, Belsky DH.  
Prenatal care and maternal health during adolescent pregnancy: a review and meta-analysis.  
adolesc health 1994; 15(6): 444-56.
- 15.- Unfer V, Piazze GJ, Di-Benedetto MR.  
Pregnancy in adolescents. A case-control study.  
Clin Exp Obstet Gynecol 1995; 22 (2): 161-4.
- 16.- Toro CR.  
Embarazo en adolescentes. Comparacion de peso, somatometria y calificacion de Apgar con la poblacion general.  
Gin Obs Mex 1992; 60: 291-5.
- 17.- Herbert NG, Gonzalez PE, Verduco RL.  
Embarazo y adolescencia.  
Gineco Obs Mex 1997; 65 sup 1:17.
- 18.- Hospital General de México.  
Normas y procedimientos en obstetricia.  
Mex 1994 397-406.
- 19.- Miranda GA, Contreras PA.  
Embarazo en adolescente. ¡Embarazo normal!.  
Rev Med Hosp Gral Mex 1987; 50 (4): 179-84.



- 20.- Contreras PA, Miranda GA, Chalita RK.  
Embarazo en adolescente. Reporte preliminar de 200 casos.  
Rev Med Hosp Gral Mex 1990; 53 (4): 209-13.
- 21.- Verde GR.  
Correlación diagnostica pre y post operatoria de la operación cesárea en el Hospital General de México.  
Tesis Hosp Gral Mex 1995: 1-26.
- 22.- Romero HS.  
Trauma obstétrico en los productos obtenidos por parto vaginal y lesiones del canal de parto en la paciente adolescente y su comparación con la paciente adulta.  
Tesis Hosp Gral Mex 1998: 1-23.
- 23.- Shwarcz, Duberges.  
Obstetricia.  
Editorial Ateneo.  
4a edición.  
Argentina: pp 32,33.
- 24.- Stern, Claudio.  
El embarazo en la adolescencia.  
Salud Pública de México 1997; 39 (2) pp 139-140.

## HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS ESTADÍSTICOS.

NOMBRE: \_\_\_\_\_

EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_ EDAD: ( años cumplidos) \_\_\_\_\_

ADOLESCENTE. \_\_\_\_\_ (0) ADULTA. \_\_\_\_\_ (1)

## INDICACIÓN DE OPERACIÓN CESÁREA.

SFA \_\_\_\_\_  
 DESPROPORCIÓN FETAL \_\_\_\_\_  
 DCP \_\_\_\_\_  
 DISTOCIA DE CONTRACCIÓN \_\_\_\_\_  
 DISTOCIA DE PARTES BLANDAS \_\_\_\_\_  
 PARTO PROLONGADO \_\_\_\_\_  
 PRESENTACIÓN PELVICA \_\_\_\_\_  
 SITUACIÓN TRANSVERSA \_\_\_\_\_  
 PRESENTACIÓN DEFLEXIONADA \_\_\_\_\_  
 GEMELAR \_\_\_\_\_  
 FRACASO DE INDUCCIÓN \_\_\_\_\_  
 RCIU \_\_\_\_\_  
 PLACENTA PREVIA \_\_\_\_\_  
 DPPNI \_\_\_\_\_  
 PRECLAMPSIA \_\_\_\_\_  
 TDP PRETERMINO \_\_\_\_\_  
 PROLAPSO DE CORDÓN \_\_\_\_\_  
 FETO SUPERVALIOSO \_\_\_\_\_  
 RPM \_\_\_\_\_  
 CORIOAMNIOITIS \_\_\_\_\_  
 EMBARAZO PROLONGADO \_\_\_\_\_  
 OLIGOHIDRAMNIOS \_\_\_\_\_  
 ENFERMEDAD MATERNA \_\_\_\_\_  
 OTRO \_\_\_\_\_

## TIPO DE OPERACIÓN CESÁREA

KERR \_\_\_\_\_ SEGMENTO CORPORAL \_\_\_\_\_ CORPORAL \_\_\_\_\_

## TIPO DE ANESTESIA UTILIZADA.

BPD \_\_\_\_\_ BPD + SEDACIÓN \_\_\_\_\_ AGE \_\_\_\_\_ AGI \_\_\_\_\_

TIEMPO QUIRÚRGICO. (En minutos). \_\_\_\_\_

HEMORRAGIA TRANSOPERATORIA. (En mililitros) \_\_\_\_\_

PESO DEL PRODUCTO. (En gramos). \_\_\_\_\_

EDAD GESTACIONAL. (Por Capurro) \_\_\_\_\_

APGAR AL MINUTO. \_\_\_\_\_ A LOS 5 MINUTOS \_\_\_\_\_

COMPLICACIONES \_\_\_\_\_

TABLA 1

|                     |             |
|---------------------|-------------|
| <b>ADULTAS</b>      | <b>895</b>  |
| <b>ADOLESCENTES</b> | <b>557</b>  |
| <b>TOTAL</b>        | <b>1452</b> |

TABLA 2

| <b>VARIABLE</b>                      | <b>ADULTAS</b>    | <b>ADOLESCENTES</b> |
|--------------------------------------|-------------------|---------------------|
| <b>EDAD (años)</b>                   | <b>24 +- 4</b>    | <b>17 +- 2</b>      |
| <b>TIEMPO QUIRÚRGICO (min)</b>       | <b>50 +- 13</b>   | <b>50 +- 14</b>     |
| <b>SANGRADO TRANSOPERATORIO (ml)</b> | <b>483 +- 244</b> | <b>464 +- 372</b>   |

TABLA 3

| <b>VARIABLE</b>        | <b>ADULTAS</b> | <b>ADOLESCENTES</b> |
|------------------------|----------------|---------------------|
| <b>PESO (grs)</b>      | <b>3053.6</b>  | <b>2988.6</b>       |
| <b>CAPURRO (sem)</b>   | <b>40 +- 2</b> | <b>39.4 +- 2</b>    |
| <b>APGAR 1 MINUTO</b>  | <b>8 +- 1</b>  | <b>8 +- 1</b>       |
| <b>APGAR 5 MINUTOS</b> | <b>9 +- 1</b>  | <b>9 +- 1</b>       |

**ANEXO 1: Total de pacientes, edad, tiempo quirúrgico, sangrado transoperatorio y datos de los productos.**

TABLA 4

| TIPO DE CESÁREA | ADULTAS | ADOLESCENTES |
|-----------------|---------|--------------|
| KERR            | 887     | 555          |
| BECK            | 6       | 1            |
| CORPORAL        | 2       | 1            |

TABLA 5

| TIPO DE ANESTESIA | ADULTAS | ADOLESCENTES |
|-------------------|---------|--------------|
| BPD               | 790     | 505          |
| BPD + SEDACIÓN    | 19      | 13           |
| AGE               | 74      | 37           |
| AGI               | 12      | 2            |
| TOTAL             | 895     | 557          |

ANEXO 2: tipo de cesárea y tipo de anestesia.

TABLA 6

| INDICACIÓN       | ADULTAS | ADOLESCENTES | OR   | P=     |
|------------------|---------|--------------|------|--------|
| DGP              | 268     | 171          | 1    | 0.8    |
| P PELVICA        | 147     | 136          | 1.6  | 0.0002 |
| P PROLONG<br>ADO | 85      | 48           | 0.89 | 0.6    |
| SEPA             | 75      | 4            | 0.86 | 0.5    |
| DESP FETAL       | 60      | 21           | 0.62 | 0.7    |
| EMF              | 47      | 2            | 0.84 | 0.8    |
| ORIGO            | 31      | 1            | 0.6  | 0.8    |
| CEMELAR          | 26      | 12           | 0.86 | 0.9    |
| REFLEXIÓN        | 28      | 10           | 0.85 | 0.2    |
| MISCELANE        | 19      | 15           | 1.2  | 0.4    |

ANEXO 3a: indicación de operación cesárea.

TABLA 7

| INDICACIÓN                 | ADULTAS | ADOLESCENTES | OR   | P=  |
|----------------------------|---------|--------------|------|-----|
| EMB. PROLONGADO            | 19      | 10           | 0.84 | 0.8 |
| DPPNI                      | 13      | 9            | 1.4  | 1   |
| RPM                        | 14      | 8            | 0.9  | 0.9 |
| RCIU                       | 13      | 5            | 0.5  | 0.5 |
| INDUCCIÓN FALLIDA          | 12      | 5            | 0.6  | 0.6 |
| DISTOCIA DE CONTRACCIÓN    | 10      | 5            | 0.8  | 0.8 |
| ENF. MATERNA               | 9       | 1            | 0.1  | 0.1 |
| DISTOCIA DE PARTES BLANDAS | 4       | 5            | 2    | 0.5 |
| PROLAPSO DE CORDÓN         | 4       | 4            | 1.6  | 0.7 |
| SITUACIÓN TRANSVERSA       | 5       | 3            | 0.7  | 0.7 |
| CORIOAMNIOITIS             | 4       | 1            | 0.7  | 0.7 |
| P. PREVIA                  | 2       | 1            | 0.8  | 0.4 |

ANEXO 3b: Indicación de operación cesárea.

TABLA 8

|              | ADULTAS | ADOLESCENTES | OR   | p=  |
|--------------|---------|--------------|------|-----|
| PREECLAMPSIA | 36      | 15           | 0.6  | 0.2 |
| ECLAMPSIA    | 11      | 10           | 1.4  | 0.5 |
| TOTAL        | 47      | 25           | 0.84 | 0.8 |

TABLA 9

| COMPLICACIONES                | ADULTAS | ADOLESCENTES |
|-------------------------------|---------|--------------|
| DESGARROS SEGMENTARIOS        | 18      | 14           |
| HIPOTONIAS                    | 22      | 8            |
| EXTRACCIÓN DIFÍCIL            | 4       | 4            |
| U. COUVALLIER                 | 1       | 1            |
| PARO CARDIO-RESPIRATORIO      | 0       | 1            |
| HEMORRAGIA EN CAPA            | 4       | 0            |
| LACERACIÓN DE CUERPO UTERINO  | 1       | 0            |
| PUNCIÓN DE DURAMADRE          | 9       | 0            |
| ABSORCIÓN MASIVA DE XILOCAINA | 1       | 0            |
| TOTAL                         | 60      | 28           |

ANEXO 4: enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo y complicaciones transoperatorias.