



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**“PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A PARTO POR
CESÁREA EN PACIENTES ADOLESCENTES ATENDIDOS
EN EL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA
VEGA ABANCA Y EN EL PERIODO 2019 Y 2020”**

TESIS

PRESENTADA POR:

Bach. ADDERLY VALERIANO PARI

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

MÉDICO CIRUJANO

PUNO – PERÚ

2022



DEDICATORIA

Este presente trabajo de investigación lo dedico principalmente a Dios, por ser el inspirador y por darme la fuerza para seguir adelante en el proceso de alcanzar una de mis anhelos más deseados.

A mis queridos padres, por todo el amor, trabajo y los sacrificios que han hecho a lo largo de estos años, gracias a ustedes hemos logrado llegar hasta aquí; en especial, quiero dar las gracias a mis padres porque las bendiciones que ha concedido a diario a lo largo de mi vida me mantienen protegido y me lleva por el camino del bien.

A mis hermanos por estar siempre presentes, acompañándome y por el apoyo moral, que me proporcionaron a lo largo de esta etapa de la vida.

A todas las personas que me han apoyado y han contribuido al éxito de este trabajo, especialmente a quienes me acogieron en sus casas y compartieron sus conocimientos y sus experiencias.

Adderly Valeriano Pari



AGRADECIMIENTO

A mi asesor y mis miembros del jurado por su inquebrantable apoyo.

A mis maestros por sus enseñanzas y compartir sus experiencias.

A mis compañeros y amigos por el compartir de cada día.

A todas y a cada una de las personas extraordinarias que me ayudaron en este trayecto.

Adderly Valeriano Pari



ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE DE TABLAS

ÍNDICE DE ACRÓNIMOS

RESUMEN	8
ABSTRACT.....	9

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	13
1.3. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN.....	13
1.4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO	14
1.5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	17

CAPÍTULO II

REVISIÓN DE LITERATURA

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	18
2.2. MARCO TEÓRICO.....	27
2.3. MARCO CONCEPTUAL.....	42

CAPÍTULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	44
3.2. LUGAR DE ESTUDIO	44



3.3. POBLACIÓN	46
3.4. MUESTRA	46
3.5. CRITERIOS DE SELECCIÓN	47
3.6. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	47
3.7. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	50
3.8. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS DE LOS DATOS	51

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

V. CONCLUSIONES	70
VI. RECOMENDACIONES	71
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73
ANEXOS	82

ÁREA: Ciencias Biomédicas

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: Ciencias Médicas Clínicas

FECHA DE SUSTENTACIÓN: 06 de diciembre del 2022



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Factores asociados a parto por cesárea en adolescentes atendidos en el Hospital Regional Guillermo Días de la Vega – Abancay en el periodo enero de 2019 a diciembre de 2020.	52
Tabla 2	Prevalencia de parto por cesárea en adolescentes atendidos en el Hospital Regional Guillermo Días de la Vega – Abancay en el periodo enero de 2019 a diciembre de 2020.	54
Tabla 3	Factores obstétricos asociados a parto por cesárea en gestantes adolescentes en el Hospital Regional Guillermo Días de la Vega – Abancay en el periodo enero de 2019 a diciembre de 2020.	56
Tabla 4	Factores maternos asociados a parto por cesárea en gestantes adolescentes en el Hospital Regional Guillermo Días de la Vega – Abancay en el periodo enero de 2019 a diciembre de 2020.	61
Tabla 5	Factores fetales asociados a parto por cesárea en gestantes adolescentes en el Hospital Regional Guillermo Días de la Vega – Abancay en el periodo enero de 2019 a diciembre de 2020.	64
Tabla 6	Factores ovulares asociados a parto por cesárea en gestantes adolescentes en el Hospital Regional Guillermo Días de la Vega – Abancay en el periodo enero de 2019 a diciembre de 2020.	67



ÍNDICE DE ACRÓNIMOS

- OMS:** Organización Mundial de la Salud
- OPS:** Organización Panamericana de la Salud
- MINSA:** Ministerio de Salud
- DIRESA:** Dirección Regional de Salud
- SFA:** Sufrimiento Fetal Agudo
- EG:** Edad Gestacional
- FUM/FUR:** Fecha de inicio de la Última Menstruación
- PPT:** Placenta Previa Total
- DPP:** Desprendimiento prematuro de placenta
- RU:** Rotura uterina
- GEG:** Grande para la edad Gestacional
- DCP:** Desproporción Céfalo Pélvica
- VIH:** Virus de la Inmunodeficiencia Humana
- VPH:** Virus del Papiloma Humano



RESUMEN

Objetivo: determinar la prevalencia y factores asociados a parto por cesárea en adolescentes atendidos en el Hospital Regional Guillermo Diaz de la Vega- Abancay periodo enero de 2019 a diciembre de 2020. **Metodología:** El tipo del estudio fue observacional, descriptivo correlacional, retrospectivo. Basado en revisión de historias clínicas, libro registro de partos del servicio Ginecología y Obstetricia, libro de reporte operatorio del centro quirúrgico del Hospital Regional Guillermo Diaz de la Vega- Abancay, en todas las pacientes gestantes adolescentes que dieron parto por cesárea. Se recogieron los datos de las historias clínicas, libro de partos y libro de reporte operatorio en el periodo enero de 2019 a diciembre de 2020 del área de Ginecología – Obstetricia del Hospital Regional Guillermo Diaz de la Vega- Abancay. **Resultados:** todos los factores se asocian a parto por cesárea obstétricas en adolescentes ($p:0.01$), factores maternos ($p:0.009$), factores fetales ($p:0.006$) y factores ovulares ($p:0.042$). Existe prevalencia alta, así en el año 2019 con 61.1% de 113 adolescentes. El grupo etario de adolescentes gestantes que dieron parto por cesárea es entre 17 y 19 años; la edad gestacional predominante fue de 37 a 40 semanas; de estas las primigestas ocupan el mayor índice. Los factores asociados a parto por cesárea en adolescentes fueron: factores fetales, el sufrimiento fetal agudo con 24.8% y en cuanto a los factores ovulares fueron: desproporción céfalo pélvica con 23%, desprendimiento prematuro con 11.5% y placenta previa total con 8% y en cuanto a los factores maternos fueron: pelvis estrecha con 8%, cesárea previa segmentada con 8% y preeclamsia severa con 7.1%. **Conclusión:** los factores asociados a parto por cesárea en adolescentes fueron (obstétricos, maternas, fetales, ovulares; $p=0.01$, $p=0.009$, $p=0.006$, $p=0.042$, respectivamente).

Palabra clave: Parto por cesárea en adolescentes, factores asociados a parto por cesárea.



ABSTRACT

Objective: To determine the prevalence and factors associated with cesarean delivery in adolescents attended at the Regional Hospital Guillermo Diaz de la Vega- Abancay from January 2019 to December 2020. **Methodology:** The type of study was observational, descriptive correlational, retrospective. Based on review of medical records, birth registry book of the Gynecology and Obstetrics service, operative report book of the surgical center of the Regional Hospital Guillermo Diaz de la Vega- Abancay, in all adolescent pregnant patients who gave birth by cesarean section. Data were collected from medical records, delivery book and operative report book in the period January 2019 to December 2020 from the Gynecology-Obstetrics area of the Regional Hospital Guillermo Diaz de la Vega- Abancay. **Results:** all factors are associated with obstetric cesarean delivery in adolescents ($p:0.01$), maternal factors ($p:0.009$), fetal factors ($p:0.006$) and ovarian factors ($p:0.042$). There is a high prevalence, thus in 2019 with 61.1% of 113 adolescents. The age group of pregnant adolescents who gave birth by cesarean section was between 17 and 19 years; the predominant gestational age was 37 to 40 weeks; of these, primigravidae had the highest rate. The factors associated with cesarean delivery in adolescents were: fetal factors, acute fetal distress with 24.8% and as for ovarian factors: cephalopelvic disproportion with 23%, premature detachment with 11.5% and total placenta previa with 8% and as for maternal factors: narrow pelvis with 8%, previous segmented cesarean with 8% and severe preeclamsia with 7.1%. **Conclusion:** the factors associated with cesarean delivery in adolescents were (obstetric, maternal, fetal, ovarian; $p=0.01$, $p=0.009$, $p=0.006$, $p=0.042$, respectively).

Key word: cesarean delivery in adolescents, factors associated with cesarean delivery.



CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La presente investigación se enfocó en el parto por cesárea en adolescentes: La adolescencia es una etapa que se desarrolla entre la infancia y la edad adulta. Se inicia cronológicamente con los cambios puberales y físicos, caracterizada por las profundas transiciones biológicas, psicológicas y sociales; muchas de estas transiciones producen crisis, conflictos y asimismo contradicciones, siendo; esencialmente positivas; no es sólo una época de adaptación a los cambios que se dan en lo corporal, sino también una etapa en la que se realizan importantes esfuerzos para aumentar la autonomía psicológica, social y económico.(1)

Es difícil instaurar límites cronológicas para este período; sin embargo, conforme a los conceptos aceptados por la Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, la adolescencia es la etapa que transcurre entre los 10 y los 19 años, con tres fases: la adolescencia temprana que ocurre de 10 hasta los 13 años, la adolescencia media que ocurre de 14 hasta los 16 años y la adolescencia tardía que se da entre los 17 a los 19 años.(2,3)

Debido a los efectos emocionales y biológicos que tiene tanto para la familia como para el adolescente, la OMS estima el embarazo adolescente como amenaza para la salud de la población y lo clasifica como un problema de salud pública. En gran parte de los países, las complicaciones que se presentan durante la gestación y el parto, son la principal causa de muerte entre las adolescentes.(4)



La tendencia a que la maternidad sea la mayor razón de mortalidad en adolescentes de 15 - 19 años a nivel mundial (por detrás del VIH/SIDA) no ha variado desde el año 2000. En este grupo de edad, la maternidad básicamente es considerada como la mayor causa de muerte materna en la Región del Mediterráneo Oriental, y también es el cuarto motivo de muerte materna en África, en Sudeste Asiático y América.(5)

La cesárea es uno de los procedimientos quirúrgicos que puede llevar a una serie de complicaciones ya sean en la madre o también en el feto. En un estudio de la OMS sobre los efectos secundarios en la madre y en el feto resultados entre 2004 y 2008 en 24 países mostraron que el parto por medio de la cesárea se vincula al incremento de riesgo que se da en la madre y en el niño, y que por lo tanto la cesárea solo debe realizarse cuando este claro obtener ventajas.(6,7)

El parto por cesárea innecesario aumenta los costos de salud del estado y de la gestante, como: ruptura uterina, placenta anormal, hemorragia, histerectomía y muerte materna. Estas condiciones aumentan considerablemente la morbimortalidad materna y también neonatal, y además ayudan a identificar los factores de riesgo modificables que acrecientan la probabilidad del parto por cesárea en todos los pacientes. Este riesgo es especialmente importante para los adolescentes, ya que la morbilidad y la mortalidad aumenta con cada parto por cesárea.(8,9)

La tasa global de partos mediante cesárea fue del 30,5%, de los cuales el 31,2% de las nulíparas nacieron por cesárea. El parto por cesárea anterior que presentan una cicatriz uterina previa contribuyó con el 30,9% de todas las cesáreas(10). En comparación con el parto vaginal, la tasa de complicaciones en el binomio de madre-hijo es mucho mayor en los casos de parto por vía cesárea en adolescentes, representando el 11% de todos los partos por cesárea en el mundo.(11)



En general, en un estudio se encontró que existe la mitad de probabilidades que una adolescente tenga un parto por cesárea primaria en general, y la probabilidad de que una adolescente tenga un parto mediante cesárea primario durante el trabajo de parto es menor a un 40%, incluso después de tener en cuenta múltiples características maternas, neonatales y del parto.(12)

En el Perú, según datos de natalidad publicados por el Ministerio de Salud, en 2017 se produjeron 1 453 nacimientos vivos en mujeres menores de 15 años; esto representa un aumento en comparación con la tasa de natalidad del año anterior. En el territorio peruano, 12 de 100 nacidos vivos en 2017 fueron de madres que tenían entre 15 y 19 años en el momento del parto de su último bebé vivo. Si se compara madres cesareadas de 15 y 19 años, con mujeres menores a 15 años, estas tienen una tasa mucho mayor de partos por cesárea (40,4% frente a 24,8% respectivamente). El porcentaje de partos vivos por cesárea no ha variado a nivel nacional en el transcurso de los cuatro años anteriores. Y según los departamentos con mayor prevalencia de partos mediante cesaría lideran Tacna (38,2%) e Ica (37,4%); seguido de Apurímac (22,2%). En los departamentos con un porcentaje mínima de partos por cesárea están Huánuco (16,6%) y Puno (16,7%). Por otro lado, se recurrió a la cesárea para dar a luz a bebés vivos en el 25,2% de todos los casos de mujeres de 12 a 19 años. Además, cabe mencionar en 2017, la duración gestacional del embarazo que dio lugar al nacimiento vivo más reciente fue, en promedio, de 38 semanas para el 85,0% de las mujeres, de 33 a 37 semanas para el 13,7% y menos de 32 semanas para el 1,3% de las mujeres. (13)

Los partos por cesárea están por encima del parámetro recomendado por la OMS en Brasil. El nordeste y en el sudeste se registró el mayor número total de partos normales y partos por cesárea, por lo tanto, la mayor reducción potencial de los costos estimados (69,6% del total de la reducción considerada).(14)



En el Perú las cifras últimas de los partos por cesárea se incrementaron por encima del parámetro recomendado por la OMS, así se registró desde el 2014 al 2018 un aumento de 28.6% a 34.5%, en Apurímac de 14.3% a 27% y en Puno de 10.1% a 21.5% (15), este aumento conllevó al acrecentamiento de riesgos tanto para la madre y su bebé. En el 2019, adolescentes de 11 a 17 años dieron a luz 21781 (madres adolescentes), se realizó 183641 partos mediante la cesárea de un total de 485269 partos según el ministerio de salud (cifras reportadas en: Repositorio Único Nacional de Información en Salud).

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. PROBLEMA GENERAL

¿Cuál será la prevalencia y cuáles serán los factores asociados a parto por cesárea en gestantes adolescentes en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega – Abancay en los años 2019 y 2020?

1.3. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. HIPÓTESIS GENERAL

La prevalencia de partos por cesárea en adolescentes en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega- Abancay, es alta; y los factores asociados son de tipo obstétricos, maternos, fetales y ovulares.

1.3.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

La prevalencia de parto por cesárea en gestantes adolescentes atendidos en el Hospital Regional Guillermo días de la Vega- Abancay en los años 2019 y 2020 serán superiores a los casos reportados a nivel nacional.

Los factores obstétricos asociados a parto por cesárea en gestantes



adolescentes atendidos en el Hospital Regional Guillermo Diaz de la Vega- Abancay en los años 2019 y 2020, son la paridad, edad gestacional, control prenatal.

Los factores maternos asociados a parto por cesárea en gestantes adolescentes atendidos en el Hospital Regional Guillermo Diaz de la Vega- Abancay en los años 2019 y 2020, son la estrechez pélvica, cesárea previa anterior, más de 2 cesáreas previas, preeclampsia, preeclampsia severa, dilatación estacionaria.

Los factores fetales asociados a parto por cesárea en gestantes adolescentes atendidos en el Hospital Regional Guillermo Diaz de la Vega- Abancay en los años 2019 y 2020, son la situación transversa, embarazo múltiple, sufrimiento fetal agudo, feto en presentación podálica, macrosomía, bienestar fetal alterado.

Los factores ovulares asociados a parto por cesárea en gestantes adolescentes atendidos en el Hospital Regional Guillermo Diaz de la Vega- Abancay en los años 2019 y 2020, son la desproporción céfalo – pélvica, placenta previa total, desprendimiento prematuro de placenta, ruptura prematura de membranas >6 horas, oligohidramnios severo, placenta previa parcial.

1.4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

La actual investigación tuvo como finalidad brindar conocimientos sobre la prevalencia y los factores asociados a partos por cesárea en adolescentes. En el país existe más adolescentes que adultos de sexo femenino, todo embarazo se produce y desarrolla sin conocimiento educacional como también por la carencia de las orientaciones por parte de los padres o por la ausencia de uno de ellos, aunado a la falta de información sobre la planificación (educación), generalmente, los adolescentes tienen poca orientación sobre



el embarazo y los factores de riesgo, por ende, piensan que todo es fácil, pero no ven el más allá de su realidad; a esto contribuye una falta de educación sexual al adolescente, inician sus relaciones sexuales sin precauciones, sin una planificación familiar, esto lleva al embarazo no planificado. Asimismo, en el transcurso de la gestación del adolescente se presentan factores que alteran el proceso del embarazo, porque aún continúan con el desarrollo anatómico y funcional a esto se agrega una mala nutrición, o a su vez no acuden regularmente a controles en el embarazo, que puede llegar a cesárea, dependiendo del riesgo que corre la paciente, teniendo presente el bienestar del binomio madre niño.

En Perú según el MINSA, informó que existe de 1453 bebés que nacieron vivos de mujeres con edades menores a 15 años; esto representa un aumento si se compara con la tasa de natalidad del año anterior. En el territorio peruano, 12 de cada 100 nacidos vivos en 2017 fueron de madres que tenían entre 15 y 19 años en el momento del parto de su último bebé vivo. Asimismo, en comparación con las madres de 15 y 19 años, las mujeres menores a 15 años tienen una tasa mucho mayor de partos por cesárea (40,4% frente a 24,8% respectivamente). El porcentaje de partos vivos por cesárea no ha variado a nivel nacional en el transcurso de los cuatro últimos años anteriores. Y según las regiones con mayor prevalencia de partos mediante cesaría lideran Tacna (38,2%) e Ica (37,4%); seguido de Apurímac (22,2%). En las regiones con un porcentaje mínima de partos por cesárea están: Huánuco (16,6%) y Puno (16,7%). Por otro lado, se recurrió a la cesárea para dar a luz a bebés vivos en el 25,2% de todos los casos de mujeres de 12 a 19 años. Además, cabe mencionar que en 2017, la duración gestacional del embarazo que dio lugar al nacimiento vivo más reciente fue, en promedio, de 38 semanas para el 85,0% de las mujeres, de 33 a 37 semanas de gestación para el 13,7% y menos de 32 semanas de gestación es de 1,3% de las mujeres.(13)



En Abancay existe casos de cesárea en adolescente en mayor cantidad, esto demuestra una ascendencia progresiva de los partos por el procedimiento de la cesárea y su relación con las patologías y muertes maternas perinatales constituyen un problema a nivel regional y nacional. Por ello, el incremento de los acontecimientos ha evidenciado resultados relacionados a la gestación y a las complicaciones perinatales. En las instituciones es un problema que se debe estudiar e investigar debido al aumento de costos realizados (gastos económicos) en cada parto de mujeres gestantes, pocas veces analizados por profesionales de salud, más ven el aspecto económico frente al bienestar social y de salud, lo cual es reflejado que si la gestante adolescente tiene una buena posición económica, de ser así, son mejores atendidos, frente a pacientes adolescentes de bajos recursos que no reciben el mismo trato, siendo a veces discriminados.

Para escoger el tipo de parto es complicado para la gestante adolescente, peor si es primípara, por que desconoce el procedimiento y ante la incertidumbre y mala información por profesionales de la salud, especialmente médicos y posibles complicaciones antes de tener un parto de tipo eutócico, prefieren el parto por cesárea siempre informando al paciente sobre su estado de salud. Por ello, el estudio nos ayudó a determinar la prevalencia y los factores asociados a partos por cesárea en la etapa adolescente atendidos en el Hospital de Guillermo Diaz, obteniendo evidencias que nos ayudaran a buscar estrategias para prevenir los factores que conllevan a una complicación en la gestación y que llegue a la cesárea. En la etapa adolescente la mayor parte de los jóvenes tienen más cuidado con su aspecto físico y anatómico, el procedimiento de una cesárea deja cicatriz abdominal, por lo que los adolescentes no suelen aceptar y esto lleva a tener baja autoestima.



1.5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.5.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia y factores asociados a parto por cesárea en adolescentes atendidos en el Hospital Regional Guillermo Diaz De La Vega- Abancay periodo enero de 2019 a diciembre de 2020.

1.5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar la prevalencia de parto por cesárea en gestantes adolescentes en el Hospital Regional Guillermo Diaz de la Vega- Abancay en el periodo enero de 2019 a diciembre de 2020.
- Identificar los factores obstétricos asociados a parto por cesárea en gestantes adolescentes en el Hospital Regional Guillermo Diaz de la Vega- Abancay en el periodo enero de 2019 a diciembre de 2020.
- Determinar los factores maternos asociados a parto por cesárea en gestantes adolescentes en el Hospital Regional Guillermo Diaz de la Vega- Abancay en el periodo enero de 2019 a diciembre de 2020.
- Determinar los factores fetales asociados a parto por cesárea en gestantes adolescentes en el Hospital Regional Guillermo Diaz de la Vega- Abancay en el periodo enero de 2019 a diciembre de 2020.
- Identificar los factores ovulares asociados a parto por cesárea en gestantes adolescentes en el Hospital Regional Guillermo Diaz de la Vega- Abancay en el periodo enero de 2019 a diciembre de 2020.



CAPÍTULO II

REVISIÓN DE LITERATURA

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. A NIVEL INTERNACIONAL

Briones (2018), tuvo como propósito: “Determinar las causas de primera cesárea en mujeres adolescentes primigestas y su relación con la etnia, en el servicio de ginecología del Hospital San Vicente de Paúl de la ciudad de Ibarra, en el período comprendido entre enero de 2017 a diciembre de 2017”. Metodicamente, empleó un estudio transeccional, analítico y no fue experimental, con un conjunto muestral de 145 adolescentes primigestas y que además eran menores de 19 años sometidos a cesárea. Según los resultados: se encontró que la edad concurrente era de 17 años, asimismo, más de la mitad pertenecían a la adolescencia tardía (62%). En comparación con otras etnias, afro ecuatorianas fueron las más numerosas en presentar la adolescencia tardía con 45%; en relación al número de controles prenatales, halló un promedio de 6.19 controles. Según la causa de la primera cesárea, las mujeres afroecuatorianas son las que tienen el mayor porcentaje, con un 25%. La eclampsia y preeclampsia, han sido las causas fetales. En conclusión, el principal motivo de la cesárea fue básicamente por las razones fetales, sobretodo el compromiso del bienestar fetal.

Elizabeth y Cajamarca (2019), en su trabajo de investigación tuvieron como propósito: “Determinar la prevalencia y factores asociados a primera cesárea en primigestas que asistieron a consulta en el departamento de obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, durante el año 2019”. Metodicamente



emplearon un estudio analítico y transeccional. Asimismo, entrevistaron y revisaron a 381 HCl de las embarazadas. Los resultados evidencian que las adolescentes constituyeron el grupo de edad con mayor frecuencia con 38,3%; la prevalencia de la cesárea fue de 38,1%; hubo significación estadística, pero no hubo relación con el estado fetal no tranquilizador, la distocia de presentación o los estados hipertensivos y no hubo asociación con la hipertensión. Conclusiones: La prevalencia de tener una primera cesárea fue alta con 38,1%; sin embargo, no se encontró ninguna relación entre tener un estado fetal no tranquilizador, tener distocia de presentación o tener hipertensiones en la gestación. Además, el sobrepeso o la obesidad fueron los factores relacionados con tener una primera cesárea, a pesar de que esta asociación no fue estadísticamente significativa.

Eduardo et al. (2015), en su trabajo de investigación tuvieron el propósito de “Identificar las características clínicas del embarazo adolescente, factores relacionados con la operación cesárea y mortalidad del recién nacido en el Hospital de alta especialidad de la mujer”. El método que usaron fue observacional, transeccional, retrospectivo y también analítico, con una muestra de 350 usuarias con eventos obstétricos que son secundarios al embarazo adolescente. Los resultados indicaron que, la totalidad de usuarias embarazadas tenían una edad media de entre 12 y 19 años, con un 75%, seguido de los 12 y 14 años, que tuvo un 25%. La EG estuvo entre 39 y 41 (47%), 36 y 38 (45,1%), y 32 y 35 (5,1%), y hubo muy pocos casos en la EG inferiores a 31 semanas o superiores a 41 semanas. El parto por la vía vaginal fue del 61% y el parto por cesárea del 39%; por otro lado, el 44% presentó un embarazo normal, 10% tuvieron preeclampsia, 9% tuvieron la desproporción cefalopélvica y 8% tuvo cervicovaginitis. Además, en su mayoría eran primigestas (79%), el 17% eran de



segunda gestación y solo el 4% de tercera. Los factores vinculados al parto por medio de la cesárea, fueron las patologías maternas al transcurso del embarazo, CP menor a 5 consultas y la EG menor a 35 semanas. Concluyen que hallaron el control del embarazo menor a 5 visitas y este era uno de los factores relacionados con el parto por cesárea. Hubo una clara correlación entre una edad gestacional inferior a 35 semanas de gestación y las enfermedades maternas, que llevaron a la interrupción del embarazo por cesárea. No hubo diferencias significativas en los acontecimientos de partos por cesárea en las mujeres de 20 a 34 años y las adolescentes.

Rocio y Andreina (2015), en su trabajo de investigación tuvieron como propósito de “Determinar la frecuencia e **indicaciones** de parto por cesárea en adolescentes atendidas en el Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia (HUMNSA) noviembre, 2016 – abril, 2017”. La metódica usada fue descriptiva, transeccional y prospectivo. En cuanto a los resultados obtenidos, de 1852 adolescentes gestantes al transcurso de los meses investigados mostraron que 896 de ellas fueron cesareadas con una tasa de 48,4%. Asimismo, las causas más significativas fueron la preeclampsia grave, seguida de cesárea previa, y el fracaso de la inducción del parto. Se concluye que gran parte de las adolescentes cesareadas se ubican en la adolescencia tardía, más de la mitad eran convivientes y más de la mitad no tenían los factores de riesgo.

Ferrales (2019), en su **trabajo** de investigación tuvo como objetivo de “Caracterizar los factores epidemiológicos relacionados con el parto en pacientes adolescentes en el Hospital Distrital de Poptún, el método que uso fue un estudio descriptivo retrospectivo, en el período de enero – mayo del 2019”. Tuvo una muestra de 222 usuarias adolescentes. Con respecto a los resultados, halló que la



edad predominante fue los 14 y los 16 años con 65.1%; además, el 50.4% de ellas fueron las nulíparas, lo cual hace entender que casi la mitad ya presentaban antecedentes de parto; por otro lado, la EG que tuvo mayor prevalencia fue de 37 a 39 semanas en un 67.1 %; asimismo, la causa predominante para realizar el parto por medio de la cesárea fue la desproporción céfalo pélvico con 23.8 %, seguida de la cesárea previa con 13 %. En este estudio se concluye que el embarazo en las adolescentes aún permanece siendo un dato prevalente en Guatemala.

Pirantika y Purwanti (2017), su estudio de investigación estuvo orientado a la “Búsqueda de los factores determinantes del parto por vía alta en el embarazo en un grupo etario de 11 a 19 años en el Hospital General Liborio Panchana Sotomayor”. Efectuaron un tipo de investigación descriptiva cuantitativa de estudio retrospectivo y transeccional. Con acorde a los resultados el total de gestantes atendidas en este Hospital en 2015 a 2016 fueron 687, y que 160 mujeres fueron pacientes menores de 19 años, de estas 687 pacientes confirmaron una prevalencia de 23% de parto por cesárea y que la media entre estas pacientes es de 17 a 19 años siendo 73.13%, en la cual se demostró que son varios los factores determinantes que influyen en esta decisión, el factor determinante con más frecuencia es en primer lugar la hipertensión gestacional con 22.5%, la estrechez pélvica con 19.37%, y la cesárea anterior con 16.8%, la desproporción céfalo pélvica y la ruptura de membranas demostraron una relación directa con la necesidad de realizar una cesárea en las adolescentes del hospital estudiado p menor a 0.05. En conclusión, con todos estos factores predisponentes se comprobó que en la provincia de Santa Elena existen varios factores determinantes para parto de vía alta que podrían ser prevenidos por un control natal adecuado y un manejo de información esencial durante el trayecto del embarazo, donde también el nivel



socio económico y de educación se involucran al momento de que las pacientes tengan una falta de preparación para poder manejar esta gran etapa de cada mujer como el de ser madre.

Yan y Duarte (2016), en su trabajo de investigación que tuvo como propósito de “Establecer los factores de **riesgo** que inciden en el aumento de los partos por cesárea en las adolescentes en el periodo de enero a agosto del 2016 en el Hospital Delfina Torres de Concha de la provincia de Esmeraldas”, donde realizaron un estudio de enfoque cuantitativa, transeccional, correlativa, lo cual no fue experimental. Según los resultados que obtuvieron, los factores de riesgo primordiales fueron la ITU y la rotura prematura de membranas con un 42,42%; seguida de la preeclampsia con un 29,54% y la placenta previa con un 13,63%; el 44,69% tenían controles prenatales esperados y un 29,55% tenían controles mínimos, la edad más predominante para la efectuación de la cesárea es de 15 y 17 años los cuales predominan entre el 23,48% y de 19,69% respectivamente, y las edades menos frecuentes son de 12 y 13 años con 3,78% y 6,81% respectivamente. Por otro lado, el origen de los partos mediante la cesárea son los antecedentes patológicos con 60%. Concluyen: la gestación en la adolescencia es un verdadero problema de tipo sociocultural y familiar.

Portela (2019), en un trabajo de investigación tuvo como propósito “Determinar los factores clínicos asociados a parto por cesárea en gestantes adolescentes atendidas en la Clínica de Maternidad Rafael Calvo de la ciudad de Cartagena en el año 2019”. Según la metódica se efectuó un tipo de estudio analítico, empleando el método de casos y controles, donde se tuvo un conjunto muestral de 94 casos y 188 controles. Con acorde a los resultados, 309 adolescentes en estado de embarazo constituyeron el estudio, de ellos 110 tuvieron



cesárea, donde el 50% tuvo la edad de 17 años o menor, asimismo, las afecciones más comunes fueron la desproporción céfalo pélvica con 21,8%, seguido de bajo peso al nacer con 18,2%, la RPM con 17,3% y los trastornos hipertensivos de la gestación con 15,5%. Los investigadores llegan a la conclusión de que la desproporción céfalo pélvica y los problemas de hipertensión de la gestación fueron los factores de riesgo más comunes.

Angela (2018), en su trabajo de investigación tuvo el propósito de “Analizar la morbimortalidad asociada a parto por cesárea”. El estudio fue: analítica, correlativa, retrospectivo y de corte transversal, que incluyó a 169 gestantes adolescentes. Los datos obtenidos con acorde a los resultados, evidencian una asociación entre la efectuación de la cesárea y el mayor riesgo de morbilidad y muerte materna y neonatal. Asimismo, la edad prevalente fue de 14 y los 16 años con 60%. La cesárea se indicó principalmente por la desproporción cefalopélvica en un 30% de los acontecimientos, por la cicatriz uterina previa en el 17,5% de los acontecimientos y también por la distocia dinámica del parto. Se concluye que existe una asociación de dependencia entre: la morbimortalidad materna y neonatal con la efectuación del parto por cesárea en las adolescentes gestantes menores de 19 años ($p < 0.05$). Asimismo, la desproporción cefalopélvica, los antecedentes de cicatrización uterina y la distocia dinámica del parto fueron las principales razones por las que se realizó un parto por cesárea. Tanto el tromboembolismo pulmonar mayor como el shock séptico fueron las causas fundamentales de la mortalidad materna entre las embarazadas adolescentes que tuvieron un parto por cesárea. Por último, la prematuridad, la deformidad fetal grave y la enterocolitis necrotizante fueron las principales causas de mortalidad neonatal.



2.1.2. A NIVEL NACIONAL

Cristhian (2018), en su trabajo de investigación tuvo la finalidad de “Determinar la frecuencia de factores maternos, fetales y mixtos en la terminación de parto por cesárea en parturientas del Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen” Huancayo 2014-2017”. En la metodología se empleó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal. En la muestra se incluyó la revisión de 370 HCl. de las usuarias con cesarea del servicio de obstetricia. Con acorde a los resultados, los factores que inducieron a la cesarea fueron la preeclampsia con un porcentaje de 11,9%, luego estuvo la cesárea previa con 7,8%; asimismo, los factores fetales que predominaron fueron el sufrimiento fetal agudo con un porcentaje de 7,3%, seguida de la presentación podálica con 5,9%; así también, los factores mixtos de mayor frecuencia fueron la ausencia de descenso de la presentación con un porcentaje de 4,6%, seguida de la desproporción céfalo pélvica con 2,7%, y finalmente el 0,3% pertenecía a otros factores de minima proporción. En conclusión, la preeclampsia, el sufrimiento fetal agudo y la desproporción cefalopélvica/PIC resultaron ser las variables maternas, fetales y mixtas más comunes cuando se analizaron según la edad cronológica.

Elmer (2020), en su trabajo de investigación tuvo como propósito “Determinar los factores sociodemográficos y obstétricos asociados al parto por cesárea en primíparas en el Perú”. Metodologicamente se empleó un estudio no experimental, analítico y ademas de transeccional, que incluyó a 19824 primiparas. Conforme a los resultados, la prevalencia de la cesárea fue del 35.6%. Asimismo, los factores sociodemograficos resaltantes fueron la edad de 35 a 49 años, residencia en el erea urbana y la instrucción superior. Por otro lado, los



factores obstetricos prevalentes fueron la atención prenatal en el sector privado y presencia de complicaciones en el parto. En conclusión, existe una tasa bastante alta de partos por cesárea entre las madres primerizas en Perú. Existe una correlación entre la prevalencia del parto mediante la cesárea en madres primerizas y los factores como la edad (34-49 años), la instrucción superior, vivir en zonas urbanas, tener control prenatal o tener parto en el sector privado, y experimentar complicaciones durante el proceso de trabajo de parto.

Allison (2019), en su trabajo de investigación tuvo como propósito: “Determinar la prevalencia de cesárea y sus complicaciones en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital III Iquitos de EsSALUD entre 2017 al 2018”. En la metódica se empleó un tipo de estudio cuantitativo, el diseño observacional, transeccional, retrospectivo, analítico y correlativo; se incluyeron la revisión de 98 HCl de las usuarias adolescentes embarazadas y a la vez cesareadas. Con acorde a los resultados, se evidencia que la prevalencia de la cesárea fue de un 46,2%; el 70,4% se indicaron de emergencia; el 98% de las pacientes tenían entre 17 y 19 años; la EG prevalente fue de 37 y 42 semanas (73,5%); respecto a los controles, predominó de 6 a más controles prenatales (70,4%); en cuanto a las indicaciones fundamentales para efectuar el parto por medio de la cesárea primeramente fue el SFA (37,8%), seguida de la desproporción cefalopélvica (23,5%), luego se dieron por la prematuridad (18,4%), la HIE (6,1%) y la preeclampsia con 4,1%; por otro lado, el 32.7% tuvieron complicaciones. En conclusión: las embarazadas adolescentes tienen índices elevados de cesáreas y más del 33% de ellas experimentan problemas después de someterse a una cesárea.

Toledo (2020), en su trabajo de investigación tuvo como propósito de



“Determinar las características y factores asociados en gestantes adolescentes del Hospital Camaná 2019”; metodológicamente se revisó a 106 HCl de las embarazadas adolescentes. Los resultados de sus hallazgos mostraron que, entre las características sociodemográficas de las adolescentes embarazadas, el 55,7% se encontraba en la adolescencia que pertenece a la tardía, 43,4% que se encontraba en la adolescencia media; el motivo de la cesárea en el 8,5% de los casos fue el parto disfuncional. Conclusión: gran parte de las gestantes conformaban parte de la adolescencia tardía.

2.1.3. A NIVEL LOCAL

Chambi (2019), en su trabajo de investigación tuvo el propósito de “Analizar los factores asociados a complicaciones obstétricas y perinatales en gestantes adolescentes en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca entre junio a diciembre 2018”; la metódica que se empleó fue el tipo de estudio transeccional, analítica y no fue experimental. Con acorde a los resultados, solamente 2.1% de la población estudiada se encontraba en la adolescencia que pertenece a la temprana, el 38.7% se encontraba en la adolescencia que pertenece a la media y el 59% pertenecía a la adolescencia tardía; asimismo, se determinó que las complicaciones obstétricas y/o perinatales se asocian a los controles prenatales inferiores a 6 (OR=4.85, p=0.02) y (OR=6.25, p=0.001) respectivamente. Por lo cual, se llegó a la conclusión de que la anemia fue el problema obstétrico más común, y el control prenatal en menos de 6 semanas fue un riesgo relacionado con dificultades tanto obstétricas como perinatales. El mayor número de embarazadas eran adolescentes tardías de 17 a 19 años.

Ajahuana (2019), en su trabajo de investigación tuvo como propósito de



“Determinar la tasa de cesáreas aplicando el modelo de clasificación Robson en el Hospital Regional de Ayacucho Enero-junio 2018”; su metodología empleada fue la observacional, descriptiva, retrospectiva y transeccional; se incluyeron las HCl. de las gestantes que tuvieron el parto mediante la cesárea. Los resultados que obtuvo fueron: la proporción de pacientes que tuvieron cesárea fue del 48.75%. El porcentaje de menores de 14 años de enero a junio de 2018 fue de 0,88%. En conclusión, casi la mitad de las gestantes atendidas en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena tuvieron cesárea.

Yanapa (2019), en su trabajo de investigación tuvo como objetivo “Determinar los factores asociados a la indicación de parto por cesárea en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega – Abancay en el periodo enero - diciembre 2018”; metodología: en este estudio se empleó el enfoque cuantitativo, la descriptiva, retrospectiva y de corte transeccional; el conjunto poblacional era de 694 usuarias que efectuaron su parto por medio de una cesárea. En cuanto a los hallazgos, se obtuvo que la edad de las usuarias que realizaron su parto mediante cesárea en Abancay válido ≤ 19 años fue de 13.7%. Se concluye: el número de cesáreas efectuadas en el Hospital HRGDV excedió la tasa de cesárea recomendada por la OMS ($<15\%$). Por otro lado, la ocurrencia de una cesárea previa fue el indicador que se presentó con mayor frecuencia durante este periodo de tiempo.

2.2. MARCO TEÓRICO

2.2.1. CESÁREA

Se define como la operación quirúrgica obstétrica habitualmente realizadas en mujeres gestantes. Es el procedimiento más antiguo y moderno de



los procedimientos operatorios que cada día fue perfeccionándose e incrementándose. Asimismo se trata de un nacimiento distócico donde se debe realizar un procedimiento quirúrgico mediante el corte en zona abdominal y en ocasiones se llega a la histerectomía y el proceso puede ser diferente según la institución de salud y patología 16 – 17%.(31)

2.2.2. CLASIFICACIÓN

- **Primaria:** se da por una primera vez y el procedimiento también es el mismo.
- **Iterativa:** es cuando se realiza el procedimiento en una mujer que tenga como antecedentes más de una cesárea previa.

2.2.3. TIPOS DE CESÁREA

- **La cesárea electiva:** es aquel que procede en las embarazadas con factores de riesgo materno o fetal que tengan una contraindicación de un parto vaginal (eutócico) y por ello se da previa programación para su intervención.
- **La cesárea en curso del parto:** se da mediante el transcurso del parto por diferentes dificultades, por lo general, es por una distocia fetal- materna, para ello se toma en cuenta la desproporción pélvica del feto, la inducción fallida del parto, la dilatación o distocia descendente y el estancamiento del parto son algunas de las complicaciones que pueden surgir de esta condición.
- **La cesárea urgente:** es aquel que procede en consecuencias a una enfermedad aguda grave del binomio madre y niño que básicamente pone en riesgo en este caso la vida del feto con un pronóstico neurológico del feto en el futuro y ante ello se finaliza el embarazo, ya que se sospecha el sufrimiento fetal, el DPP, el prolapso de cordón, la RU y también se sospecha de una



embolia de líquidos.

2.2.4. TÉCNICAS QUIRÚRGICAS

- **Clásica o también llamada corporal:** se trata de la incisión que se efectúa en el lado anterior del cuerpo del útero cerca del fondo, ello puede conllevar a un riesgo hemorrágico e infecciones y ruptura uterina en gestaciones posteriores.
- **Incisión segmentaria longitudinal de Krönig:** este se da en el momento en que se ha hecho incisión longitudinal a nivel del segmentario uterino inferior, siendo la mayor ventaja de este procedimiento es ampliar el campo operatorio más amplio al ampliar la incisión hacia la parte superior del segmento, a su vez existe el peligro de la prolongación de la herida hacia la parte inferior y así dificultar la sutura.(32)
- **Incisión segmentaria transversal de Kerr:** se trata de un procedimiento de la incisión transversal de forma semilunar a nivel de la parte baja del segmento uterino y esta tiene ventajas tales como, se realiza en la zona más delgada del otero y así facilitando el corte y la reparación, las disociaciones de las fibras del útero son fáciles de efectuar en esa área ya que la masa muscular es menor, por ello no existe hemorragia alguna en el momento de la operación. La laxitud y la facilidad de disección caracterizan el peritoneo de esta región. Hay una marcada reducción en la incidencia de adherencias postquirúrgicas. Como resultado de la reducción de la dinámica uterina a nivel del segmento inferior, la cicatrización del útero se asocia con una menor probabilidad de dehiscencia en embarazos posteriores.(32)



2.2.5. ADOLESCENTE

La palabra es proveniente del latín “adolescere” el que tiene como significado como crecer hacia la etapa adulta. A su vez es la etapa que se encuentra entre la infancia y la adultez, a su vez es el transcurso de la adolescencia significa cambios físicos, psicológicos, hormonales y sociales que difiere en cada persona para llegar a la etapa adulta, a su vez en ello ocurre cambios repentinos como en el ámbito biológico, psicológico y social, ante esta etapa de madurez puede llevar o iniciar formas capaces de vivir en forma libre sin depender de otra persona (entorno familiar). Para ello en el desarrollo psicosocial tienen como resultado entre el desarrollo alcanzado y la etapa anterior de la infancia (33). La OMS lo define como la etapa básicamente comprendida de 10 a 19 años, pero en los últimos años los diferentes autores dan a conocer que a partir de los 20 y 24 años son una población joven debido al cambio biológico y el proceso de cambios en roles sociales que se definido en la historia.(34)

2.2.6. FASES DE LA ADOLESCENCIA

No hay un esquema del desarrollo psicosocial que pueda indicar como llegar a la etapa joven, debido a que son inestables por la relación al crecimiento y el proceso biológico. Y por la edad los adolescentes tienen un inicio y un fin, a su vez sus aspectos variables emocionales, biológicos, intelectuales y sociales, estos cambios son progresivos y no estables, en relación a los factores como el sexo, etnia, cultura, educación, joven y el ambiente. Para ello las fases del adolescente son los siguientes (33):

- **Adolescencia temprana:** comprende desde los 10 años y culmina a los 13 años de la vida adolescente. En esta etapa las hormonas sexuales despiertan y



comienzan a funcionar produciendo cambios fisiológicos como aumento de talla “pegan el estirón” y también cambio de voz y la aparición de cambios sexuales secundarios como: aparición de bellos púbicos y axilares, olor corporal, incremento de la sudoración y la aparición de acné por consiguiente surge la enemistad entre amigos y la separación del nexos familiar.(34)(35)

- **Adolescencia media:** es comprendida a partir de los 14 años y finaliza a los 16 años de la vida adolescente. En esta etapa se observa los cambios a nivel psicológico, físico (corporal) y acostumbramiento a estos cambios y construcción de su propia identidad, y surgen las amistades y son vulnerables en correr peligros o riesgos que le puede afectar a nivel psicológico, cultural y social.(34,35)
- **Adolescencia tardía:** es la etapa que empieza desde los 17 años a 19 años, en ello se empieza a verse la conformidad de su cuerpo, su aceptación, y empiezan a preocuparse por el futuro como; profesión, trabajo, independización y sus decisiones están en relación a elegir interacciones individuales o en equipo de gran tamaño o poco.(34,35,36)

2.2.7. FACTORES OBSTÉTRICOS

Los factores que van relacionados para la cesárea son los siguientes:

- **Las presentaciones distócicas como:** podálicas, transversas u oblicuas, estas se dan cuando existe la posibilidad que se presente factores de riesgo fetal como versión cefálica que se presenta en el final de gestación entre las 36 - 38 semanas.(37)
- **Macrosomía fetal:** se evidencia por la presencia de un feto mayor a 4000g o



talla mayor de 52 cm y esto se da en pacientes que presentan diabetes de tipo I.(37)

- **Antecedentes de rotura uterina:** es el riesgo para repetir la cesárea entre 6-40%. Para ello se realiza el procedimiento de la cesárea en 38 semanas de la gestación.(38)
- **Placenta previa:** se da cuando la placenta se implanta en lugar anormal demasiado cerca al orificio interno del canal cervical. Para ello, generalmente hay un sangrado vaginal sin dolor con presencia de sangre roja brillante a partir de las 20 semanas de gestación previa y ante ello se realiza el procedimiento a partir de las 36 – 37 semanas. Los factores que llevan a ello son: multiparidad, cesárea anterior, anomalías del útero; que inhiben la implantación normal tales como: miomas, legrado previo, etc.(38)
- **Vasa previa:** son los vasos de orígenes fetales que recorren las membranas, sin el resguardo del cordón umbilical o de la misma placenta el cual se encuentra por delante del orificio cervical interno.(39)
- **Infecciones maternas:** estas infecciones se dan por la presencia de condilomas que se encuentran en el canal del parto, VIH, herpes genital en zona genital. Prematuridad, gestaciones múltiples. (39)

2.2.8. PARIDAD

Tenemos que diferenciar la paridad adecuada (3) y multiparidad más de 4 gestaciones y la cantidad de partos puede ocurrir desde 20 semanas del embarazo y por ello se da por 3 componentes.

Antes definimos:



- **Nacimientos a término:** el cual consiste dentro de las 37 a 41 semanas.
- **Nacimientos prematuros:** feto expulsado fallecido o con vida menor a 37 semanas y tenemos: prematuros leves, moderados o severos (que este tenga un peso de 500 gramos a más, o que haya cumplido las 20 semanas a más en relación a su última menstruación de la mujer).(40)
- **Abortos:** termino de embarazo antes de 20 semanas que puede ser inducido o accidental.

Los partos múltiples se incluyen como un único evento de gravidez y cada niño se incluye en el total de paridad cuando la gravidez y la paridad se determinan como parte de la historia obstétrica.(40)

2.2.9. EDAD GESTACIONAL

Son los días transcurridos, empieza el primer día del último del ciclo menstrual de la fecha reciente del paciente. Evaluado en semanas y días, para lo cual contamos con FUR o FUM operacional lo que indica que es creada para un cálculo correcto para la edad gestacional, y la FUM operacional en relación a la ecografía, si existe diferencia entre ellos se realiza la ecografía. Una gestación dura en un promedio de 40 semanas a su vez esta puede ser de 37 semanas +/- 6 días a 41 semanas +/- 6 días.(41)

Para calcularlo se realiza la anamnesis en la historia clínica, esta será corroborado por las ecografías. Para realizar la anamnesis se tendrá en cuenta el FUM, FUR segura es cuando la paciente da a conocer la fecha exacta de su última fecha de menstruación, FUM confiable es cuando la paciente predice con confianza su última menstruación hasta su ovulación donde hay un periodo de 15



días, esto donde no será fiable en pacientes con ciclos menstruales irregulares, manejo de ACOS en los últimos 3 meses y amenorrea.(41)

2.2.10. CONTROL PRENATAL

Son actividades que se brinda mediante un conjunto de procedimientos que ofrece el personal de salud: licenciados en obstetricia, médicos, licenciadas en enfermería, cuyo objetivo es detectar factores de riesgos maternos que podrían afectar al feto y dificultar en el proceso del embarazo. Los controles prenatales son de 6 a 7 visitas, dependiendo si es embarazo de bajo o alto riesgo y para los pacientes con algún riesgo, como: presión arterial alta, peso inadecuado, infección del tracto urinario, anemia, se evalúa la evolución de la gestante, incentivar a tener una vida saludable, prevención de complicaciones, identificar patologías, preparar a los padres física y psicológicamente para el parto y nacimiento.(42)

2.2.11. FACTORES MATERNOS

Los factores maternos son las que se muestran a continuación:

- **La desproporción cefalopélvica por pelvis estrecha:** es cuando la presentación es grande y el feto no puede atravesar la pelvis materna, son casos de malformación pélvica.
- **Trastornos hipertensivos de la gestación:** en esta se incluye la preeclampsia o preeclampsia severa (eclampsia) gestacional y otros; se da por la presencia de una hipertensión y el cual afecta el estado de la madre y el feto produciendo alteraciones múltiples como: neurológicas.
- **Herpes genital activo:** son riesgos que han sido contagiados por otra persona, e infectan a la gestante, pudiendo comprometer al producto. Entre los virus



más frecuentes se tiene el virus del herpes humano (HHV) y el virus del papiloma humano (VPH), pueden causar infecciones en el recién nacido y también obstrucción en el canal del parto.

- **Rotura uterina:** básicamente se trata del daño que podría tener el útero durante el embarazo o cuando la mujer da a luz. Las contracciones uterinas podrían comprometer la cicatriz uterina previa, el legrado uterino, las anomalías o los tumores son algunas de los factores de riesgos más comunes de una ruptura uterina.
- **Miomas obstructivos y fibromas:** estas básicamente se convierten en una indicación absoluta al tratarse de una mioma o quistes enormes que obstaculizan la salida del feto por el útero.
- **Precedente de 2 cesáreas a más:** en este caso, es recomendable efectuar la operación cesárea que ya sea programada, para poder prevenir el riesgo de una rotura uterina.(32)

2.2.12. MACROSOMIA

Se refiere al recién nacido cuyo peso al nacer supera el rango recomendado, para ello no hay un estándar que dé a conocer sobre los límites de un peso, pero si hay estudios que refieren que los pesos superiores a 4000, 4100, 4500 o 4536 gramos son representantes a una macrosomía, asimismo, se considera la talla mayor de 52 cm. De la misma manera, American College of Obstetricians and Gynecologist (ACOG) indica que 4500 gramos es perteneciente a una macrosomía (43), a su vez Cutié Bressler realiza el diagnóstico que el peso ≥ 4000 g. representa macrosomía (44). Por su parte, P. Portella, aboga por utilizar el



percentil 90 del peso del feto para la edad gestacional como umbral de un diagnóstico de macrosomía fetal (45). A su vez es esencial distinguir entre macrosomía fetal y fetos grandes para la edad gestacional (GEG), ya que los fetos GEG son aquellos que superan el percentil 90 (46), por lo cual se llega a la conclusión que, no todos los GEG son macrosómicos (47).

La macrosomía, se clasifica en dos: la simétrica o constitucional, que está influenciada genéticamente al interactuar con el ambiente, donde su índice de peso varía entre el percentil 90 y 97 y no desarrollan ninguna anomalía; sin embargo, hay factores que las condicionan a un parto por cesárea. Por otro lado, se tiene la macrosomía asimétrica o metabólica, afectada por un entorno alterado, definida por superar el percentil 97 del índice de peso y tener un desarrollo fetal rápido y asimétrico, el cual es muy común en las mujeres con diabetes y el cual no tiene su control en el tratamiento (48).

2.2.13. PREECLAMPSIA

Es parte del trastorno neurohipertensivo en relación al embarazo, el incremento de la PA es igual o mayor a una presión de la sístole 140 mmHg y a la diástole de 90 mmHg, o mayor de 40 mmHg de la presión diastólica ante ello aparece la hipertensión, acompañada de proteinuria en las 20 semanas de la gestación (49). En ciertas ocasiones aparece luego del parto, ante ello, la presión alta se desarrolla lentamente y aparece impredeciblemente, para ello se observa los siguientes signos y síntomas: aumento de proteinuria o algún problema renal, cefalea intensa, alteración de la vista, náuseas. Las causas son: insuficiente flujo sanguíneo en el útero, daños en los vasos sanguíneos, alteraciones en el sistema inmunitario y determinados genes (50).



2.2.14. PREECLAMPSIA SEVERA

Es la complicación que básicamente se desarrolla con anterior a 34 semanas del embarazo en relación a la existencia de aumento de mortalidad perinatal. Para su manejo ante una presión arterial de 140/90 mmHg en dos tomas en un mismo brazo en un intervalo de 15 minutos entre ambos brazos ante una presión diastólica mayor de 90mmHg se da por la ascendencia de la enfermedad perinatal siendo uno de los indicadores que resalta en el embarazo, ante ello la HA grave es la PAS mayor a 160 mmHg o una PAD mayor a 110 mmHg y proteinuria > 3gr/24 horas o más de 3 cruces en orina. Por ello la HA severa se vincula al incremento de los riesgos de los accidentes cerebrovasculares el cual inicia con: dolor de cabeza intensa, ceguera temporal, dolor abdominal intenso (hipocondrio derecho), edema pulmonar, oliguria o insuficiencia renal, náuseas y vómitos, coagulopatía, trombocitopenia (51).

2.2.15. DILATACIÓN ESTACIONARIA

Es la detención de la dilatación que ocurre en la primera etapa del parto (periodo de dilatación y borramiento) en la fase activa, cuando no ocurre cambios del cuello uterino, en un periodo: nulíparas 6 horas y en multíparas 4 horas.

2.2.16. FACTORES FETALES

La capacidad del feto para su nutrición adecuada metaboliza los nutrientes que recibe de la madre, además de oxígeno, depende de hormonas prenatales y las genéticas.

- **Hormonas:** son las insulinas los cuales son responsables del crecimiento luego de 26 semanas de gestación, por ello, la insulina tiene la capacidad de



estimular la capacitación celular de los aminoácidos para sintetizar de proteínas y la concentración de grasas y de glucógenos en el hígado, corazón, tejidos musculares y tejidos subcutáneos. Y estas insulinas se relacionan al nivel de glucosa materna y fetal. Por ello, el factor encargado del crecimiento de insulina de tipo 2 IGF-2, que es una hormona peptídica de una sola hebra con una estructura similar a la insulina, es un elemento crucial en el desarrollo fetal.

- **Factores genéticos:** estas son responsables de los fetos, ya que el 15% están relacionados con el peso al nacer, asimismo, para el crecimiento del feto los genes de las madres son importantes en relación a los padres, también se relaciona con enfermedades vinculadas a las cromosomas, con el retraso de crecimiento uterino y se ve en las trisomías 21, 18 y 31 y en algunas alteraciones en el cromosoma sexual (síndrome de Turner) (52).

2.2.17. SUFRIMIENTO FETAL AGUDO

Es la alteración del metabolismo del oxígeno que la madre proporciona al feto el cual se produce en consecuencia de la hipoxemia, acidosis hipercapnia, hipoxia y daño celular fetal, y origina lesión en las células del feto que varían en gravedad. Por ello se clasifica en agudo y crónico, en el primero se evidencia la complicación del cordón umbilical y en el segundo es por la asociación en alteración en la función placentaria en determinación básica por enfermedades de la madre que altera en el intercambio de madre y feto por ello el agudo puede sumarse al crónico y así empeorar el pronóstico. Fisiopatológicamente existe 2 causas fundamentales de acidosis fetal: alteración en la eliminación del dióxido de carbono y la deficiencia del aporte del O₂ al feto, ante ello, en la disminución

a aporte de oxígeno existe la disminución de oxígeno y el aumento de hidrogeniones y así aumenta el dióxido de carbono, el PCO₂ produce el aumento de hidrogeno y con ello disminución de PH. Todo el desarrollo del feto depende netamente de una buena función placentaria que proporcione nutrientes y oxígeno y de un balance normal del estado acido- base fetal. (53)

Las causas de S.F. en relación a maternas y fetales.

MATERNAS.	FETALES
Enfermedades cardíacas.	Malformaciones.
Enfermedades respiratorias.	Hidrops.
Diabetes Mellitus.	Sepsis.
Trastornos hipertensivos.	Anemia (aguda y crónica).
Trauma.	Daño neurológico.
Abuso de sustancias.	
Hipercontractilidad uterina.	

2.2.18. FETO EN PRESENTACIÓN PODÁLICA

Se da cuando la posición del feto es podálica, donde la pelvis del feto está en situación longitudinal y en contacto con la pelvis estrecho superior de la madre; también se denomina presentación de nalga o pelviana.

Existen diferentes formas de parto por presentación podálica(54):

- **Las nalgas puras simples o francas:** los pies se evidencian a la altura del hombro y las piernas se evidencian extendidas por delante, presentándose en un 70% de casos.
- **Las nalgas completas:** feto totalmente sentado, con rodillas flexionadas y los pies juntos a las nalgas; ello se presenta alrededor de un 5%.



- **Las nalgas incompletas:** feto con uno o los dos pies en la vagina. Las complicaciones se dan en el parto al momento de la expulsión de las extremidades y representa el 30% de los casos (54).

2.2.19. DESPROPORCIÓN CÉFALO – PÉLVICA

Es la presentación donde la cabeza del feto es mayor a la pelvis materna, generalmente se da mediante una malformación de la pelvis o accidente que haya provocado dicha alteración o malformación en el feto. Se trata de las malas posiciones anti fisiológicas del feto y ello hace que se den contracciones de formas artificiales y los pujos dirigidos a destiempo son la razón de una intervención de las cesáreas.(55)

2.2.20. PLACENTA PREVIA TOTAL (PPT)

Se da por la implantación de la placenta en el segmento inferior del útero, fuera de lo normal total o parcialmente, el cual obstruye el orificio cervical interno perjudicando la salida del feto. Para una cesárea debe de existir una gestación a término y una frecuencia de una obstrucción parcial o completa del canal cervical o mediante el sangrado significativo en la gestación.(31)

Para ello se clasifica en:

- **Placenta previa lateral (primer grado):** se da cuando el borde de la zona placentaria está a 2 centímetros del OCI.
- **Placenta previa marginal (segundo grado):** se da por la presencia del borde de la placenta a 2 centímetros del OCI.
- **Placenta previa parcial (tercer grado):** es cuando la placenta ocluye una parte del OCI.



- **Placenta previa total (cuarto grado):** se da cuando la placenta ocluye en general todo el OCI.

2.2.21. DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA

También llamado abrupcio placentae, se produce cuando la placenta se separa parcial o totalmente de la pared uterina interna antes del parto, por lo general ocurre a partir de las 20 semanas de la gestación, los signos y síntomas que se presentan son el sangrado vaginal, acompañado con el dolor uterino al momento de la palpación, asimismo puede presentar shock hemorrágico y una coagulación intravascular diseminada.(56)

2.2.22. OLIGOHIDRAMNIOS SEVERO

Es la cantidad deficiente de líquidos amnióticos que puede estar asociado a complicaciones materna y fetales, ante ello, se debe recurrir a la ecografía seriada para ver el volumen del líquido amniótico.(57)

Las causas son:

- Insuficiencia útero-placentaria resultante de preeclampsia, HTA persistente, DPP, trastorno trombótico u otra condición materna.
- Productos farmacéuticos, concretamente inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina y antiinflamatorios no esteroideos.
- Gestación postérmino.
- Anomalías fetales, especialmente las que inhiben la producción de orina.
- RCIU (restricción del crecimiento intrauterino).
- Óbito fetal.



- Aneuploidías (alteraciones cromosómicas fetales).
- Rotura de las membranas, cuando son prematuros o a términos.
- Idiopática.

2.3. MARCO CONCEPTUAL

2.3.1. FACTORES OBSTÉTRICOS

Son aquellos factores que se asocian a los aspectos de control prenatal, paridad, muerte del feto previo, estado de nutrición, hemorragias antes del parto, DPP, PP, cordón en forma circular y trauma materna.(58)

2.3.2. FACTORES MATERNOS

Son diversos factores que se relacionan a las alteraciones de la madre, como la pelvis estrecha, cesárea previa segmentaria, más de dos cesáreas previas, preeclampsia severa, preeclampsia, dilatación estacionaria.(59)

2.3.3. FACTORES FETALES

Son factores de riesgo y alteraciones presentes al transcurso del desarrollo fetal, donde se puede presentar: situación transversa, embarazo múltiple, sufrimiento fetal agudo, feto en presentación podálica, macrosomía, riesgo de pérdida de bienestar fetal (60).

2.3.4. FACTORES OVULARES

Son factores que tienen indicaciones absolutas, entre estos se tiene: la placenta previa oclusiva, prolapso de cordón el cual presenta procidencia de cordón, al presentar cuando existe la ruptura de la bolsa y el cordón se sale



mediante la vulva y así se puede evidenciar una compresión del cordón principalmente de los vasos sanguíneos que están directamente adherido al feto, acretismo placentario; en indicaciones relativas se encuentra el abruptio de placenta con feto vivo, placenta previa no oclusiva sangrante y RPM con cuello desfavorable para la inducción.(32)



CAPÍTULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Este presente estudio fue observacional, cuantitativo, descriptivo, retrospectivo, con un diseño no experimental y correlacional.

Observacional, ya que se efectuaron revisiones de historias clínicas y de libros de registro de partos del servicio de ginecología del HRGDV. Cuantitativo, debido a que se obtuvo la respuesta mediante un coeficiente y mediante la tabulación de los datos por el procesamiento en la aplicación SPSS el cual tiene formulas ya característicos. Descriptivo correlacional debido a que se midieron dos variables. Retrospectivo debido a que se evaluó y se analizó los eventos que ya se presentaron, transversal de diseño no experimental por que se obtuvo datos en un momento, con el fin de describir las variables y analizar la incidencia.

3.2. LUGAR DE ESTUDIO

Este trabajo de investigación se desarrolló en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega que se encuentra en el departamento de Apurímac, provincia y distrito de Abancay que se encuentra a una altitud de 2500 m.s.n.m., en la vertiente oriental de los andes, al norte de la cuenca del río Pachachaca, cerca de la base del nevado Ampay. Asimismo, la ciudad cuenta con una población de 104895 habitantes, 10531 tienen de 10 a 14 años y 9686 tienen 15 a 19 años conforme a los datos del Censo Nacional 2018 (15).

3.2.1. ÁMBITO DEL ESTUDIO SE REALIZÓ EN

El Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega que se sitúa en el



departamento de Apurímac, en la provincia de Abancay y en el distrito de Abancay, exactamente en la localidad de Patibamba Alta, al sur de la ciudad de Abancay.

3.2.2. LIMITES

- Limita al este con la Dirección Regional de Salud de Apurímac y con Cáritas.
- Limita al oeste con la avenida Huáscar.
- Limita al norte con el Seminario Mayor y las localidades del Banco de la Nación.
- Limita al sur con la avenida Daniel Alcides Carrión.

Asimismo, el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, es una entidad descentralizada y Unidad Ejecutora de la Dirección Regional de Salud de Apurímac (DIRESA), es un centro de salud de referencial que ofrece servicios integrales y especializados de consulta externa, hospitalización, emergencia general y cuidados críticos. De la misma manera, el Hospital, es diseñado de acuerdo con las normas de la época, era una estructura cuadrangular con amplios pasillos en un área de 10.548,25 m²; esta construcción esta comprendía del área del hospital, el área del terreno y una parte del edificio que actualmente utiliza la Dirección Regional de Salud. La superficie total del terreno de la institución es de 1,97 hectáreas (19.748,25 m²), de las cuales 1,01 hectáreas corresponden a edificios, calzadas, paseos y aparcamientos y 0,92 hectáreas corresponden a espacios verdes. En particular, el área del Hospital contiene la Dirección Regional de Salud de Apurímac, la Residencia de las Madres de la Divina Providencia y la capilla del Hospital. En la actualidad el hospital tiene una superficie de 37.559,80 metros cuadrados, un perímetro de 783,21 metros lineales y una superficie construida de 13.657,89 metros



cuadrados.(61)

- **Establecimiento:** Guillermo Díaz De La Vega
- **Clasificación:** Hospitales o Clínicas de Atención General
- **Tipo:** Con Internamiento
- **Categoría:** II-2
- **Dirección:** Av. Daniel Alcides Carrión S/N Apurímac - Abancay
- **Ubigeo:** 030101
- **Teléfono:** 321108
- **Horario:** 24 Horas
- **DIRESA:** Apurímac
- **Red:** No Tiene Asignado Ninguna Red
- **Micro red:** Establecimiento Que No Pertenece A Ninguna Micro red
- **Unidad Ejecutora:** Hospital Guillermo Diaz De La Vega – Abancay

3.3. POBLACIÓN

El estudio estuvo conformado por una población de 113 mujeres cuyo parto por cesárea se atendió en el Hospital Regional Guillermo Diaz de la Vega- Abancay en el servicio de Ginecología y Obstetricia durante los años 2019 y 2020.

3.4. MUESTRA

Del total de partos ocurridos en el Hospital Regional Guillermo Diaz de la Vega



Abancay durante el periodo de estudio se ha considerado como muestra a los partos por cesárea en adolescentes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. El método maestra es no probabilístico o a criterio propio.

3.5. CRITERIOS DE SELECCIÓN

3.5.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes adolescentes a quienes se les haya realizado cesárea desde el mes enero del 2019 al mes de diciembre del 2020, en el Hospital Regional Guillermo Diaz de la Vega - Abancay durante el año 2019 y 2020.
- Paciente con historia clínica y datos completos para el estudio.

3.5.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Paciente con inferiores de 22 semanas de embarazo y con feto menos de 500gramos.
- Pacientes mayores a 19 años 11 meses y 30 días de edad.
- Pacientes menores a 10 años de edad.
- Pacientes que culminaron su gestación en otras instituciones diferente al Hospital Regional Guillermo Diaz de la Vega Abancay.

3.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE

- Prevalencia de parto por cesárea en adolescentes.



VARIABLES INDEPENDIENTES

- **Factores obstétricos:** edad de la madre, paridad, edad gestacional, control prenatal.
- **Factores maternos:** estrechez pélvica, cesárea previa segmentaria, más de 2 cesáreas previas, preeclampsia, preeclampsia severa, dilatación estacionaria.
- **Factores fetales:** situación transversa, embarazo múltiple, sufrimiento fetal agudo, feto en presentación podálica, macrosomía, feto con factores de riesgo, presentación distócica.
- **Factores ovulares:** desproporción céfalo – pélvica, placenta previa total, desprendimiento prematuro de placenta, ruptura prematura de membranas >6 horas, oligohidramnios severo, placenta previa parcial.

3.6.1. VARIABLE DEPENDIENTE

variable	Indicador	Unidad/categoría	Escala	Tipo de variable
Parto por cesárea en adolescentes	N° de partos por cesárea	- Una vez - Dos a mas vez	Nominal	cualitativa



3.6.3. VARIABLES INDEPENDIENTES

VARIABLES	Tipo de variable	Indicadores	Escala
Factores obstétricos			
Edad de la madre	Cuantitativa	10 a 13 años 11 meses y 30 días	Ordinal
		14 a 16 años 11 meses y 30 días	
		17 a 19 años 11 meses y 30 días	
Edad gestacional	Cuantitativa	< 37 semanas	Intervalo
		37 a 40 semanas	
		> 40 semanas	
Paridad	Cuantitativa	Primigestas	Nominal
		Segundigestas	
		Multigestas	
Controles prenatales	Cuantitativa	ninguna	Razón
		Menor a 6	
		Mayor a 6	
Factores maternos			
Pelvis estrecha	Cuantitativa	Si No	Nominal
Preeclampsia severa	Cuantitativa	Si No	Nominal
Dos + cesáreas	Cuantitativa	Si No	Nominal
Preeclampsia	Cuantitativa	Si No	Nominal
Cesárea previa segmentaria	Cuantitativa	Si No	Nominal
Dilatación estacionaria	Cuantitativa	Si No	Nominal
Factores fetales			
Situación transversa	Cuantitativa	Si No	Nominal
Embarazo múltiple	Cuantitativa	Si No	Nominal



Continúa...

Sufrimiento fetal agudo	Cuantitativa	Si No	Nominal
Feto en presentación podálica	Cuantitativa	Si No	Nominal
Macrosomía	Cuantitativa	Si No	Nominal
Feto con factores de riesgo.	Cuantitativa	Si No	Nominal
Presentación distócica	Cuantitativa	Si No	Nominal
Factores ovulares			
Desproporción cefalopélvica	Cuantitativa	Si No	Nominal
Placenta previa total	Cuantitativa	Si No	Nominal
Desprendimiento prematuro	Cuantitativa	Si No	Nominal
RPM > 6 h	Cuantitativa	Si No	Nominal
Oligohidramnios severo	Cuantitativa	Si No	Nominal
Placenta previa parcial	Cuantitativa	Si No	Nominal

3.7. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

En el presente estudio, como se trata de un análisis de datos secundarios, se dispuso como fuentes: historias clínicas de las gestantes adolescentes que dieron parto



por medio de cesarea, libro de registro de partos, libro donde estan registrados las operaciones. Asimismo, en el proceso de recopilación de datos se usaron cuadernillos de apuntes, medios digitales como computadora, fotocopidora y cámara fotográfica. Para el procesamiento de datos se usó hoja de cálculos Excel y paquetes estadísticos.

- Ficha de recolección de datos (Anexo 1).
- Historia clínica de gestantes adolescentes del Hospital Regional Guillermo Diaz de la Vega – Abancay.
- Libro de registro de parto del Hospital Regional Guillermo Diaz de la Vega – Abancay.
- Reporte operatorio del centro quirúrgico.

3.8. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS DE LOS DATOS

Los datos obtenidos de las historias clínicas, libro de registro de partos y reporte operatorio fueron registrados en Microsoft Excel 2019 y a su vez fueron ordenados y tabulados en el programa IBM SPSS vs 22 para ejecutar el análisis estadístico. Además, estos datos se codificaron para su interpretación.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 1. Factores asociados a parto por cesárea en adolescentes atendidos en el Hospital Regional Guillermo Días de la Vega – Abancay en el periodo enero de 2019 a diciembre de 2020.

Factores	P
Obstétricos	0.01
Maternas	0.009
Fetales	0.006
Ovulares	0.042

En la tabla 1, se observa respecto a factores asociados a parto por cesárea en adolescentes atendidos, donde se encontró asociación con factores obstétricos ($p:0.01$), también se encontró asociación con factores maternas ($p:0.009$), de igual manera, se encontró asociación con factores fetales ($p:0.006$) y asimismo si se encontró asociación con factores ovulares ($p:0.042$).

En este estudio se tuvo como propósito principal determinar los factores asociados a parto por cesárea en adolescentes atendidos en el Hospital Regional Guillermo Diaz De La Vega- Abancay periodo enero de 2019 a diciembre de 2020; a las dimensiones encontradas se asemejan como antecedentes el estudio de Elmer (2020), donde llegó a la conclusión de que las complicaciones durante el parto están asociados con la prevalencia de parto por cesárea en mujeres primíparas del Perú. Asimismo, en la realidad de la ciudad



de Abancay, se observa que, en el resultado del propósito principal se obtuvo asociación de los factores obstétricos con parto por cesárea.

En los demás factores (maternas, fetales y ovulares) también se encontraron asociados con partos por cesáreas, estos resultados son similares al estudio realizado por Pirantika y Purwanti (2017), donde demuestran que la desproporción céfalo pélvica y la ruptura de membranas (factores ovulares) tienen una asociación directa con la necesidad de realizar una cesárea en las adolescentes con valor p menor a 0.05.

Analizando estos datos obtenidos, se puede ver que estos factores están asociados al parto por cesárea. Por ello se debe intervenir con mayor empeño en los factores ya sean obstétricos, maternos, fetales y ovulares, ya que estos se asocian directamente. Así poder reducir los altos casos de prevalencia en partos por cesárea en los adolescentes gestantes.

Tabla 2. Prevalencia de parto por cesárea en adolescentes atendidos en el Hospital Regional Guillermo Días de la Vega – Abancay en el periodo enero de 2019 a diciembre de 2020.

Año	N	%
2019	69	61,1
2020	44	38,9
Total	113	100,0

En la tabla 2, se determina la prevalencia de parto por cesárea en adolescentes atendidos, donde se observa que, del total, en el año 2019 la prevalencia fue de 69 pacientes siendo un 61,1% de la población y en el año 2020 fue de 44 pacientes ocupando el 38% de la población.

En la presente investigación se tuvo como propósito de determinar la prevalencia de parto por cesárea en adolescentes atendidos en el Hospital Regional Guillermo Diaz de la Vega- Abancay periodo enero de 2019 a diciembre de 2020; la dimensión planteada tiene como estudio anterior a Ajahuana Condori (2019) donde menciona que la prevalencia de partos por cesárea es de 49%, la cual supera las cifras indicadas por la OMS, este estudio es casi similar al presente estudio, ya que la prevalencia en la ciudad de Abancay es más del 50% en el año 2019 y casi 40% en el año 2020. Asimismo, se asemeja al estudio de Yanapa (2019) donde muestra que las gestantes cesareadas atendidas en el HRGDV - Abancay de menor o igual a 19 años superaron a la tasa de cesárea recomendada por la OMS que es menor a 15%. De la misma manera, Allison (2019) en su trabajo de investigación, encontró que la prevalencia de cesáreas fue del 46%; estos resultados se asemejan a los datos obtenidos en el presente estudio ya sea en el año 2019 o en el año 2020, aparte que están elevadas estos casos.



Analizando estos resultados podemos mencionar que la prevalencia de parto por cesárea en los adolescentes sigue siendo alto, ello hace pensar que los controles prenatales necesitan ser más estrictos de lo habitual para disminuir los casos. Además, que ello nos hace reflexionar en la calidad de atención brindada a los adolescentes gestantes, que debe ser preferencial y de calidad.

Tabla 3. Factores obstétricos asociados a parto por cesárea en gestantes adolescentes en el Hospital Regional Guillermo Días de la Vega – Abancay en el periodo enero de 2019 a diciembre de 2020.

Factores obstétricos	Parto por cesárea						OR	IC	P
	Una vez		Dos a más veces		Total				
	N	%	N	%	N	%			
Edad materna									
10 a 13 años	2	1.8%	9	7.9%	11	9.7%	0.17	0.03 – 0.82	0.03
14 a 16 años	26	23.0%	15	13.3%	41	36.3%	1.57	0.70 – 3.53	0.27
17 a 19 años	32	28.3%	29	25.7%	61	54.0%	0.95	0.45 – 1.99	0.88
Total	60	53.1%	53	46.9%	113	100.0%			
Edad gestacional									
<37 semanas	15	13.3%	6	5.3%	21	18.6%	2.61	0.93 – 7.32	0.07
37 a 40 semanas	34	30.1%	43	38.0%	77	68.1%	0.29	0.08 – 0.98	0.05
>40 semanas	11	9.7%	4	3.6%	15	13.3%	2.75	0.82 – 9.23	0.10
Total	60	53.1%	53	46.9%	113	100.0%			
Paridad									
Primigestas	40	35.4%	46	40.7%	86	76.1%	0.30	0.12 – 0.79	0.02
Segundigestas	18	15.9%	5	4.5%	23	20.4%	3.60	0.40 – 32.37	0.25
Multigestas	2	1.8%	2	1.8%	4	3.5%	0.88	0.12 – 6.47	0.90
Total	60	53.1%	53	46.9%	113	100.0%			

Continúa...

Controles

prenatales

Sin control	16	14.2%	4	3.5%	20	17.7%	4.45	0.38 – 14.34	0.01
Menor a 6	18	15.9%	17	15.1%	35	31.0%	1.30	0.56 – 3.02	0.54
Mayor a 6	26	23.0%	32	28.3%	58	51.3%	0.50	0.24 – 1.06	0.07
Total	60	53.1%	53	46.9%	113	100.0%			

En la tabla 3, se identifica los factores obstétricos asociados a parto por cesárea en gestantes adolescentes, donde, analizamos en el factor obstétrico en relación a la edad materna, encontrando que los adolescentes de 10 a 13 años, 2 (1.8%) de ellas tuvieron una vez parto por cesárea, 9 (7.9%) de ellas evidenciaron tener dos a más veces, además se observa que se encontró asociación significativa de este factor obstétrico en relación al parto por cesárea con un valor $p=0.03$. Con respecto a la edad materna de 14 a 16 años, se observa que 26 (23.0%) de ellas presentaron tener parto por cesárea una vez, 15 (13.3%) de ellas tuvieron parto por cesárea dos a más veces y se observa que no hubo asociación significativa con un valor $p=0.27$. En cuanto a la edad materna de 17 a 19 años, se puede observar que, 32 (28.3%) adolescentes tuvieron parto por cesárea una vez, 29 (25.7%) de ellas tuvieron parto por cesárea dos a más veces, así mismo se observa que no se encontró asociación significativa con un valor $p=0.88$.

En el factor obstétrico de edad gestacional, se visualiza que los adolescentes con <37 semanas, 15 (13.3%) pacientes manifestaron tener parto por cesárea una vez, solo 6 (5.3%) de ellas tuvieron parto por cesárea dos a más veces, por lo que no se encontró asociación significativa, ya que tiene un valor $p=0.07$. En cuanto a la edad gestacional con 37 a 40 semanas, se visualiza que 34 (30.1%) adolescentes presentaron parto por



cesárea una vez, 43 (38.0%) de ellas tuvieron parto por cesárea dos a más veces y se observa que si se encontró la asociación significativa con un valor $p=0.05$. En la edad gestacional con >40 semanas, se visualiza que 11 (9.7%) adolescentes manifestaron tener parto por cesárea una vez, solo 4 (3.6%) de ellas tuvieron parto por cesárea dos a más veces, con respecto a la asociación significativa, no se encontró del mismo con un valor $p=0.10$.

En el factor obstétrico de paridad, se observa que los adolescentes primigestas, 40 (35.4%) de ellas presentaron tener parto por cesárea una vez, 46 (40.7%) tuvieron parto por cesárea dos a más veces, observándose que si se encontró la asociación significativa con un valor $p=0.02$. Con respecto a las adolescentes segundigestas, 18 (15.9%) manifestaron tener parto por cesárea una vez y solo 5 (4.5%) manifestaron tener parto por cesárea dos a más veces. Sin embargo, no se encontró asociación significativa ya que el valor $p=0.25$. En cuanto a las adolescentes multigestas, solo 2 (1.8%) tuvieron parto por cesárea una vez, y también 2 (1.8%) tuvieron parto por cesárea dos a más veces y se observa que no se encontró asociación significativa con un valor $p=0.90$.

En factores obstétricos de controles prenatales, se evidencia que los adolescentes sin controles, 16 (14.2%) de ellas manifestaron haber tenido parto por cesárea una vez y solamente 4 (3.5%) tuvieron parto por cesárea dos a más veces. Asimismo, encontrándose asociación significativa con un valor $p=0.01$. En relación a las adolescentes con controles menores a 6, 18 (15.9%) evidenciaron haber tenido parto por cesárea una vez y 17 (15.1%) manifestaron tener parto por cesárea dos a más veces. Sin embargo, no se encontró asociación significativa con valor $p=0.54$. En cuanto a las adolescentes con controles mayores a 6, 26 (20.0%) de ellas tuvieron parto por cesárea una vez y 32



(28.3%) tuvieron parto por cesárea dos a más veces, se observa que no se encontró asociación significativa con un valor $p=0.07$.

Con el propósito de identificar los factores obstétricos asociados a parto por cesárea en gestantes adolescentes en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de la ciudad de Abancay; los resultados reflejan que la edad media que prevalece fue de 17 a 19 años con una cifra de 54%, esto quiere decir que en estas edades son más frecuentes los partos por cesáreas y al igual que en el presente estudio, Briones (2018) en la ciudad de Ibarra, manifestó que la edad más frecuente es de 17 años, donde el 62% de la población analizada pertenece a la adolescencia tardía. Asimismo, Elizabeth y Cajamarca (2019) encontraron que las consultas efectuadas en el departamento de obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso fueron por adolescentes primigestas (38%). De la misma manera, el estudio de Rocio y andreina (2015) concluyen que el 74% de las adolescentes cesareadas corresponden a adolescencia tardía. De igual manera, Portela (2019) evidencia que el 50% de casos cesárea tenían la edad menor o igual a 17 años. Igualmente el estudio de Chambi (2019) muestra que hubo más casos en la adolescencia tardía (17 a 19 años) con 59%. De la misma forma, el estudio realizado por Allison (2019) evidencia que el 98% de los adolescentes con cesárea tienen edades de 17 a 19 años.

Los resultados encontrados en los factores obstétricos, evidencia que la edad materna prevalente de 17 a 19 años, estos resultados no se asemejan a los resultados hallados por Ferrales (2019) quien encontró en las pacientes con cesárea la edad prevalente de 14 a 16 años con 65%; sin embargo, en los resultados con respecto al factor obstétrico según edad gestacional si se asemejan al presente estudio donde hubo más casos en la EG de 37 a 40 semanas, ya que Ferrales evidencia casos elevados en la edad gestacional de 37 a 39 semanas con 67%. A esto se suma los hallazgos encontrados por



Eduardo et al. (2015) quienes en su trabajo de investigación hallaron que el grupo con mayor frecuencia según la edad gestacional fue de 39-41 semanas (47%) y menos de 31 semanas o más de 41 semanas de gestación tuvieron muy baja ocurrencia; sin embargo los datos de factores asociados para la indicación de parto por cesárea (enfermedad materna durante el embarazo, evidenciaron que no llevaron un control prenatal adecuado por lo que tuvieron menos de 5 consultas y tuvieron la edad gestacional menor de 35 semanas), no son semejantes con los resultados del presente estudio ya que se halló muy pocos casos con respecto a adolescentes con controles inferiores a 6, al contrario, se encontró que los casos de cesárea fueron efectuados en adolescentes con controles prenatales mayores a 6 veces, sin embargo, no se halló asociación significativa, a esto si se suma el estudio de Allison (2019) que encontró la prevalencia de cesáreas con 6 a más atenciones prenatales (70%). Asimismo, Elmer (2020), señaló que la prevalencia ponderada de parto por cesárea en primíparas (36%) es elevada, así como sufrir complicaciones durante el parto están asociados con la prevalencia de parto por cesárea en mujeres primíparas del Perú. Estos datos reales y son importantes para poner atención en la promoción y prevención del embarazo en adolescentes, para de esa forma disminuir estos casos elevados de prevalencia.

Tabla 4. Factores maternos asociados a parto por cesárea en gestantes adolescentes en el Hospital Regional Guillermo Días de la Vega – Abancay en el periodo enero de 2019 a diciembre de 2020.

Factores Maternos	Parto por cesárea					
	Una vez		Dos a más veces		Total	
	N	%	N	%	N	%
Pelvis estrecha	9	8.0%	7	6.2%	16	14.2%
Preeclampsia severa	8	7.1%	1	0.9%	9	8.0%
Dos + cesáreas	35	31.0%	23	20.4%	58	51.3%
Preeclampsia	2	1.8%	2	1.8%	4	3.5%
Cesárea previa segmentaria	4	3.5%	9	8.0%	13	11.5%
Dilatación estacionaria	1	0.9%	10	8.8%	11	9.7%
Otro	1	0.9%	1	0.9%	2	1.8%
Total	60	53.1%	53	46.9%	113	100.0%

P = 0.009

En la tabla 4, se determinan a los factores maternos asociados a parto por cesárea en gestantes adolescentes, en lo que es el factor de pelvis estrecha, 9 (8.0%) de estos pacientes manifestaron haber tenido el parto por cesárea una vez y 7 (6.2%) de ellas tuvieron de dos a más veces. Asimismo, con respecto a la preeclampsia severa que, 8 (7.1%) adolescentes evidenciaron haber tenido parto por cesárea una vez y solo 1 (0.9%) de los adolescentes tuvieron dos a más veces. En relación al factor dos + cesáreas, 35 (31.0%) de estos pacientes evidenciaron tener parto por cesárea una vez y 23 (20.4%) presentaron tener dos a más veces. En el factor de preeclampsia, se evidencia que solo 2 (1.8%) adolescentes manifestaron tener parto por cesárea una vez y de igual manera 2



(1.8%) de ellas presentaron dos a más veces. En cuanto al factor de cesárea previa segmentaria, solo 4 (3.5%) pacientes adolescentes manifestaron haber tenido parto por cesárea una vez y 9 (8.0%) de ellas evidenciaron tener parto por cesaría dos a más veces. En el factor de dilatación estacionaria, se visualiza que solo 1 (0.9%) paciente adolescente manifestó haber tenido parto por cesárea una vez y 10 (8.8%) adolescentes manifestaron haber tenido parto por cesárea dos a más veces. Por último, se visualiza en otros factores maternos, que solo 1 (0.9%) adolescente manifestó haber tenido parto por cesárea una vez y también 1 (0.9%) adolescente evidenció tener dos a más veces el parto por cesárea. En cuanto a la asociación, se observa que hay una asociación significativa con un valor $p=0.009$.

Con el propósito de determinar los factores maternos asociados a parto por cesárea en gestantes adolescentes en Abancay los resultados reflejaron que los factores más predominantes fueron el de pelvis estrecha, preeclamsia severa, preeclamsia y cesárea previa segmentaria. Estos resultados son similares a los resultados obtenidos por Rocio y Andreina (2015) quienes manifestaron que las causas más importantes fueron la preeclampsia severa con 140 casos, seguido por la cesárea anterior con 141 casos, y la inducción de parto fallido con 140 casos; de igual manera, son semejantes los resultados encontrados por Pirantika y Purwanti (2017) donde mencionan que el diagnóstico de parto por cesárea corresponde a cesárea anterior en el 16.8% y al pelvis estrecho en el 19.37%; también se asemeja al trabajo de investigación de Yan y Duarte (2016) quienes evidenciaron que uno de los factores más relevantes para parto por cesárea es la preeclampsia con 30%; de igual manera, el estudio de Eduardo et al. (2015) es similar al presente estudio, porque encontraron que la preeclampsia en el 10% se asocia a los partos por cesárea en las adolescentes; Cristhian (2018) también encontró en su estudio como factor asociado que inducen al parto por cesárea a la preeclampsia con 11,9%, seguido de



cesárea anterior con 7,8%; Allison (2019) encontró como uno de los principales indicaciones de cesáreas la preeclampsia con 4.1%.

Analizando estos resultados podemos ver que los factores maternos que más inciden a un parto por cesárea son los de pelvis estrecha, preeclampsia severa, preeclampsia, además del parto por cesárea anterior, estas causas no solo existen en la ciudad de Abancay sino también en otros departamentos y en otros países, por lo cual se debe tener presente en la atención a la gestante adolescente y actuar oportunamente en casos de preeclampsia.

Tabla 5. Factores fetales asociados a parto por cesárea en gestantes adolescentes en el Hospital Regional Guillermo Días de la Vega – Abancay en el periodo enero de 2019 a diciembre de 2020.

Factores Fetales	Parto por cesárea					
	Una vez		Dos a más veces		Total	
	N	%	N	%	N	%
Situación transversa	5	4.4%	10	8.8%	15	13.3%
Embarazo múltiple	12	10.6%	4	3.5%	16	14.2%
Sufrimiento fetal agudo	18	15.9%	28	24.8%	46	40.7%
Podálico	7	6.2%	4	3.5%	11	9.7%
Macrosomía	4	3.5%	5	4.4%	9	8.0%
Perdida de bienestar fetal	4	10.6%	1	0.9%	13	11.5%
Otro	2	1.8%	1	0.9%	3	2.7%
Total	60	53.1%	53	46.9%	113	100.0%

P = 0.006

En la tabla 5 se determinaron a los factores fetales asociados a parto por cesárea en gestantes adolescentes, donde se observa en el factor situación transversa, 5 (4.4%) de estas pacientes tuvieron parto por cesárea una vez y 10 (8.8%) presentaron de dos a más veces. En cuanto al factor de embarazo múltiple, 12 (10.6%) de estas pacientes presentaron haber tenido parto por cesárea una vez y solo 4 (3.5%) evidenciaron tener dos a más veces. Asimismo, en el factor de sufrimiento fetal agudo, se visualiza que 18 (15.9%) pacientes adolescentes manifestaron haber tenido parto por cesárea una vez y 28 (24.8%) de ellas evidenciaron tener parto por cesárea dos a más veces. En factor fetal podálico, se evidencia que 7 (6.2%) adolescentes manifestaron haber tenido parto por cesárea una vez y solamente 4 (3.5%) tuvieron parto por cesárea dos a más veces. Con



respecto al factor de macrosomía, 4 (3.5%) de estas adolescentes tuvieron parto por cesárea una vez y 5 (4.4%) tuvieron parto por cesárea dos a más veces. Asimismo, en relación al feto con pérdida de bienestar fetal, 4 (10.6%) adolescentes evidenciaron haber tenido parto por cesárea una vez y 1 (0.9%) manifestó tener parto por cesárea dos a más veces. Por último, en otros factores fetales se observa que solo 2 (1.8%) de estas pacientes manifestaron haber tenido parto por cesárea una vez y 1 (0.9%) presentó de dos más veces. Además, se observa que se encontró asociación significativa con un valor $p=0.006$.

Con el propósito de determinar los factores fetales asociados a parto por cesárea en gestantes adolescentes en la ciudad de Abancay, los resultados reflejan que los factores fetales más predominantes para incidir a parto por cesárea fue el sufrimiento fetal agudo con porcentaje de 40.7%; al igual que los resultados encontrados en el presente estudio, Allison (2019) en su trabajo de investigación encontró que las principales indicaciones de cesáreas fueron SFA con 37.8%; asimismo, los resultados encontrados por Cristhian (2018) en Huancayo también se asemejan, donde evidenció que el factor fetal más frecuente es el sufrimiento fetal agudo con 7.3%, seguido de presentación podálica con 5,9%.

En cambio, Briones (2018) en la ciudad de Ibarra, encontró que la causa principal de cesárea es por razones fetales, siendo la más frecuente el compromiso de bienestar fetal. Asimismo, los resultados encontrados por Elizabeth y Cajamarca (2019) en Moscoso no concuerdan con los resultados de asociación encontrados en el presente estudio, ya que no encontraron asociación significativa de la prevalencia de primeras cesáreas con el estado fetal.



Analizando estos resultados podemos afirmar que el sufrimiento fetal agudo para inducir al parto por cesárea es más prevalente, no solo en el ámbito del estudio actual, sino también, en otros departamentos y hasta en otra nación que es Moscoso – Ecuador.

Tabla 6. Factores ovulares asociados a parto por cesárea en gestantes adolescentes en el Hospital Regional Guillermo Días de la Vega – Abancay en el periodo enero de 2019 a diciembre de 2020.

Factores Ovulares	Parto por cesárea					
	Una vez		Dos a más veces		Total	
	N	%	N	%	N	%
Desproporción céfalo pélvica	26	23.0%	15	13.3%	41	31.3%
Placenta previa total	7	6.2%	9	8.0%	16	14.2%
Desprendimiento prematuro	7	6.2%	13	11.5%	20	17.7%
RPM > 6 h	5	4.4%	7	6.2%	12	10.6%
Oligohidramnios severo	5	4.4%	8	7.1%	13	11.5%
Placenta previa parcial	8	7.1%	1	0.9%	9	8.0%
Otro	2	1.8%	0	0.0%	2	1.8%
Total	60	53.1%	53	46.9%	113	100.0%

P = 0.042

En la tabla 6, se identificaron los factores ovulares asociados a parto por cesárea en gestantes adolescentes; donde se observa respecto al factor ovular: desproporción céfalo pélvica, 26 (23.0%) adolescentes gestantes tuvieron parto por cesárea una vez y 15 (13.3%) de ellas presentaron parto por cesárea de dos a más veces. Respecto al factor ovular de desprendimiento prematuro, solo 7 (6.2%) evidenciaron tener parto por cesárea una vez y 13 (11.5%) adolescentes gestantes evidenciaron tener parto por cesárea de dos a más veces. En relación al factor de placenta previa total, 9 (8.0%) de estas adolescentes gestantes manifestaron haber tenido parto por cesárea de dos a más veces y solo 7 (6.2%) evidenciaron tener parto por cesárea una vez. Asimismo, en relación al factor ovular de RPM>6h se observa que 7 (6.2%) gestantes adolescentes expresaron haber tenido parto



por cesárea de dos a más veces y solo 5 (4.4%) expresaron presentar parto por cesárea solo una vez. En el factor ovular de oligohidramnios severo se observa que 8 (7.1%) adolescentes declararon presentar parto por cesárea de dos a más veces y 5 (4.4%) declararon presentar parto por cesárea solo una vez. En el factor ovular de placenta previa parcial, 8 (7.1%) de estas pacientes manifestaron haber tenido parto por cesárea una vez y solo 1 (0.9%) manifestó de dos a más veces. Por último, en otros factores ovulares, 2 (1.8%) de estas pacientes mostraron tener parto por cesárea solo una vez y nadie tuvo parto por cesárea de dos a más veces. Cabe mencionar que se encontró asociación con un valor de $p=0.042$.

Con el propósito de identificar los factores ovulares asociados a parto por cesárea en gestantes adolescentes en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega – Abancay; los resultados reflejaron que los más frecuentes en los factores ovulares son: Desproporción céfalo pélvica, placenta previa total y desprendimiento prematuro; estos datos obtenidos de asemejan a los datos obtenidos por Ferrales, (2019) quien mencionó que la causa más frecuente para indicar el parto por cesárea es la desproporción céfalo pélvica con un 23.8 %, donde el embarazo en adolescentes sigue siendo un problema prevalente en Guatemala. De igual manera, Portela (2019) en la ciudad de Cartagena encontró que las enfermedades más habituales que inciden al parto por cesárea fueron desproporción céfalo pélvica (21,8%), seguido de ruptura prematura de membranas (17,3%). Angela (2018) también halló en su estudio que las principales indicaciones de parto por cesárea son: desproporción céfalo pélvica (30%), cicatriz uterina previa (17.5%) y distocia dinámica del trabajo de parto (13.13%). Asimismo, en el estudio de Allison (2019) también se encontró que una de las principales indicaciones de las cesáreas a la desproporción cefalopélvica con 23.5%.



Pero los estudios de Pirantika y Purwanti (2017) encontraron que el diagnóstico de parto por cesárea corresponde a 9% de incompatibilidad céfalo pélvica; también Cristhian (2018) halló una baja prevalencia de desproporción céfalo pélvica/ICP con 2,7%.

En cambio, Yan y Duarte (2016) evidenciaron que uno de los factores más relevantes es la ruptura prematura de membrana con 42% seguido de placentas previas con 14%.

Analizando los resultados se puede ver que los factores ovulares más predominantes son los siguientes: Desproporción céfalo pélvica, placenta previa total y desprendimiento prematuro; además de que estos datos obtenidos no solo son prevalentes en Abancay sino en otras ciudades; aparte que esto nos indica que se deben de realizar los controles prenatales estrictas, mayor acompañamiento a los adolescentes gestantes y solo realizar parto por cesárea a quienes verdaderamente lo necesiten.



V. CONCLUSIONES

1. La prevalencia y los factores asociados a parto por cesárea en adolescentes atendidos con más tasas prevalentes fueron en el año 2019 seguido del 2020 y respecto a los factores asociados, todos los factores (obstétricos, maternas, fetales, ovulares; $p=0.01$, $p=0.009$, $p=0.006$, $p=0.042$, respectivamente) se asocian a parto por cesárea.
2. La prevalencia de parto por cesárea en gestantes adolescentes fue más prevalente en el año 2019.
3. Los factores obstétricos asociados a parto por cesárea en gestantes adolescentes con más frecuencia son; la edad materna en el que resalto entre los 17 a 19 años, en la edad gestacional fue predominante entre las semanas 37 a 40, en la paridad predomino las primigestas, con respecto a los controles prenatales predominaron los que tuvieron mayores a 6 controles.
4. Los factores maternos asociados al parto por cesárea en gestantes adolescentes predomino más de dos cesáreas.
5. Los factores fetales asociados a parto por cesárea en gestantes adolescentes con más frecuencia fue el sufrimiento fetal agudo.
6. Los factores ovulares asociados a parto por cesárea en gestantes adolescentes más predominantes son desproporción céfalo pélvica, placenta previa total y desprendimiento prematuro.



VI. RECOMENDACIONES

1. A la región de Abancay, debe fomentar a través de los profesionales de la salud la realización de promoción y educación para la salud, hacia la población de los adolescentes en temas de sexualidad para disminuir su el embarazo en dicha edad, así como decidir sobre tener o no su hijo.
2. Al Hospital Regional Guillermo Diaz de la Vega de Abancay, debe mejorar las estrategias promocionales y preventivos de la salubridad para disminuir la prevalencia de partos por cesáreas en gestantes adolescentes, teniendo a consideración los factores más predominantes obtenidos en el actual estudio.
3. A los profesionales sanitarios del Hospital Regional Guillermo Diaz de la Vega de Abancay debe tener en cuenta y conocer los principales factores obstétricos, factores maternos, factores fetales y factores ovulares asociados al parto por cesárea para que puedan estar preparados para atender a adolescentes gestantes y el recién nacido.
4. Con este estudio se aconseja al Hospital Regional Guillermo Diaz de la Vega, a la Universidad Nacional del Altiplano, y a las distintas instituciones formadoras, estimular a los estudiantes a realizar estudios del tema de manera que se pueda mejorar la atención de las gestantes adolescentes, teniendo en cuenta las conclusiones obtenidas en el actual estudio.
5. A las instituciones de salud como: postas, centros de salud, hospitales contar con los recursos, técnicas necesarias y recursos humanos para atender a este tipo de pacientes.
6. Capacitar a los recursos humanos para atención prenatal de cantidad mayor (06)



pero principalmente calidad en controles prenatales que debe incluir: antropometría (peso, talla); signos vitales principalmente presión arterial; exámenes auxiliares como: examen completo de orina, hemoglobina, glicemia, descarte de sífilis, VIH si es posible.

7. Al sector educación incluir educación sexual desde inicial primaria y secundaria.



VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pineda S, Aliño M. El concepto de adolescencia. Man Prácticas clínicas para la atención Integr a la Salud en la Adolesc [Internet]. 2013;15–23. Available from: <https://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/adolescencia/Capitulo I.pdf>
2. Caffé S, Dick B, Calle M. La Aplicación de la estrategia y el plan de acción regionales sobre la salud de los adolescentes y jóvenes (2010-2018) Informe Resumido. 2018;2- Available from: <https://bibliotecavirtual.insnsb.gob.pe/estrategia-y-plan-de-accion-regional-sobre-los-adolescentes-y-jovenes-2010-2018/>
3. Ministerio de Salud. Programa nacional de salud integral de adolescentes y jóvenes: Nivel especializado de atención abierta y cerrada. 2018;14. Available from: https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/12/2018.12.13_programa-adolescentes_web.pdf
4. Flores M, Nava G, Arenas L. Embarazo en la adolescencia en una región de México: un problema de Salud Pública. Rev Salud Pública. 2017;19(3):374–8. Available from: <https://www.scielosp.org/article/rsap/2017.v19n3/374-378/>
5. Secretaría de Salud. Salud del adolescente informe de la secretaría de Salud. 2014; Available from: <http://www.who.int/adolescent/second-decade>
6. Souza J, Gulmezoglu A, Lumbiganon P, Laopaiboon M, Carrin G, Fawole B, et al. Who Global Survey on Maternal and Perinatal Health. BMC Med. 2010;8(71):1–10. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21067593/>
7. Mylonas I, Friese K. Indikationen, Vorzüge und Risiken einer elektiven Kaiserschnittoperation. Dtsch Arztebl Int. 2015;112(29–30):489–95. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26249251/>



8. Oben A, Batiste O, Fokong K, Davidson S, Acosta O. Identifying risk factors for cesarean delivery in a predominantly hispanic teenage population: A 5-Year Retrospective Study. *J Pediatr Adolesc Gynecol* [Internet]. 2018;31(5):485–9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2018.05.001>
9. Walsh J, Hehir M, Robson M, Mahony R. Mode of delivery and outcomes by birth weight among spontaneous and induced singleton cephalic nulliparous labors. *Int J Gynecol Obstet* [Internet]. 2015;129(1):22–5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2014.10.029>
10. Zhang J, Troendle J, Reddy U, Laughon S, Branch D, Burkman R, et al. Contemporary cesarean delivery practice in the United States. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2010;203(4):326.e1-326.e10. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2010.06.058>
11. Alava A. Morbimortalidad de la cesárea en adolescentes, resultante materno-neonatal [Internet]. <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/39067/1/CD%20157-%20ALAVA%20RODR%c3%8dGUEZ%20ANGELA%20GABRIELA.pdf>: Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Graduados; 2018. Available from: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/39067>
12. Katz J, Melamed A, Clapp M, Little S, Zera C. Cesarean Delivery in Adolescents. *J Pediatr Adolesc Gynecol* [Internet]. 2016;29(5):443–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpag.2016.01.123>
13. Setiyawan. maternidas en la adolescencia 2017. *J Chem Inf Model*. 2013;53(9):1689–99.
14. Dalmoro C, Rosa R, Bordin R. Normal delivery and cesarean section: Cost per brazilian regions, 2015. *Rev Assoc Med Bras*. 2018;64(11):1045–9.



15. Institución Nacional de Estadística e Informática. Perú: Indicadores de resultados de los programas presupuestales, primer semestre 2019 (Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - Resultados preliminares año 50% de la muestra). [Internet]. 2019;1–154. Available from: https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2019/ppr/Indicadores_de_Resultados_de_los_Programas_Presupuestales_ENDES_Primer_Semestre_2019.pdf
16. Briones G. Causas de primera cesárea en mujeres adolescentes primigestas y su relación con la etnia, en el servicio de ginecología del hospital san vicente de paúl de la ciudad de ibarra, en el período comprendido entre enero del 2017 a diciembre del 2017. 2018;10(2):1–15. Available from: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/15418>
17. Elizabeth J, Cajamarca B. Prevalencia y factores asociados a primera cesárea, Hospital Vicente Corral Moscoso. 2019; Posgrado en Ginecología y Obstetricia.
18. Eduardo M, Patricia J, Hernández C, Borbolla M, Ramírez M. Características clínicas del embarazo adolescente, factores relacionados con la operación cesárea y mortalidad del recién nacido en el Hospital de Alta Especialidad de la Mujer. Salud en Tabasco. 2015;21(2–3):85–92.
19. Gomez R, Estevez A. Frecuencia e indicadores de parto por cesárea en adolescentes atendidas en el Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia (HUMNSA) noviembre, 2016 – abril, 2017. Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña. 2015;1–7. Available from: [https://repositorio.unphu.edu.do/bitstream/handle/123456789/994/Indicaciones de cesárea en adolescentes del hospital universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia %28HUMNSA%29%2C noviem](https://repositorio.unphu.edu.do/bitstream/handle/123456789/994/Indicaciones_de_cesarea_en_adolescentes_del_hospital_universitario_Maternidad_Nuestra_Se%C3%B1ora_de_la_Altagracia_%28HUMNSA%29%2C_noviem)



20. Ferrales A. Embarazo en la adolescencia. Factores epidemiológicos relacionados con el parto. Hospital Distrital de Poptún. Rev médica (Colegio Médicos y Cir Guatemala). 2019;158(2):71–5.
21. Pirantika, A. Purwanti R. Factores determinantes del parto por via alta en embarazo dentro de un grupo etario de 11 a 19 años en el periodo 2015-2016 en el Hospital General Liborio Panchana Sotomayor. Univ Nusant PGRI Kediri [Internet]. 2017;01:1–7. Available from: <http://www.albayan.ae>
22. Yan T, Duarte C. Factores de riesgo que inciden en los partos por cesareas en las adolescentes. 2016; Universidad de Guayaquil
23. Portela K. Factores clínicos asociados a parto por cesárea en gestantes adolescentes atendidas en la E.S.E Clínica de Maternidad Rafael Calvo de la ciudad de Cartagena en el año 2019. 2019;1–112.
24. Cristhian G. Factores determinantes en la terminacion de parto por cesarea en parturientas del hospital regional docente materno infaltin “El Carmen” Huancayo 2014 - 1017. Univarsidad Peru los andes esc Posgrado [Internet]. 2018;2:227–49. Available from: http://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/UPLA/1472/TI037_40213320_S.pdf?sequence=1&isAllowed=y
25. Elmer S. Prevalencia de parto por cesárea en primíparas en el Perú y factores asociados : análisis de la ENDES 2018. Universidad Nacional Mayor de San Marcos 2020; Available from: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/11769/Soto_me.pdf?sequence=1&isAllowed=y



26. Allison R. Prevalencia de cesarea y sus complicaciones en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital III Iquitos de Essalud, 2017 - 2018. Esc Med Humana [Internet]. 2019;8(5):55. Available from: <http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/handle/UNAP/6306>
27. Toledo A. Características y factores asociados del embarazo en gestantes adolescentes del Hospital Camaná 2019. Osteoarthr Cartil [Internet]. 2020;28(2):1–43. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1120700020921110%0Ahttps://doi.org/10.1016/j.reuma.2018.06.001%0Ahttps://doi.org/10.1016/j.arth.2018.03.044%0Ahttps://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1063458420300078?token=C039B8B13922A2079230DC9AF11A333E295FCD8>
28. Chambi F. Factores asociados a complicaciones obstetricas y perinatales en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el periodo de Junio a Diciembre 2018. 2019; Available from: <http://repositorio.unap.edu.pe/handle/UNAP/11151>
29. Ajahuana C. Tasa de cesáreas aplicando el modelo de clasificación de Robson en el Hospital Regional de Ayacucho enero-eunio 2018. Repos Tesis- Un [Internet]. 2019;1–70. Available from: <http://repositorio.unap.edu.pe/handle/UNAP/9723>
30. Yanapa M. Factores asociados a la indicación de cesáreas en el Hospital Regional Guillermo Diaz de la Vega - Abancay periodo Enero - Diciembre 2018. 2019; Available from: http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/9408/Rosa_Enriquez_Yuca.pdf?sequence=1&isAllowed=y
31. Greysy C. adolescentes atendidas en el Hospital Regional de. 2019.



32. Huamán GM. Factores maternos, fetales y ovulares asociados a partos por cesárea en gestantes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia. Hospital PNP Luis N. Saenz. junio 2017 – junio 2018. coreacuk. 2017;
33. Gaete V. Adolescent psychosocial development. Rev Chil Pediatr. 2015;86(6):436–43. Available from: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0370-41062015000600010&script=sci_abstract
34. UNICEF. Que es la adolescencia. 2020; Available from: <https://www.unicef.org/uruguay/que-es-la-adolescencia>
35. Luzuriaga J. Diseño de un protocolo de intervención psicoterapéutica focalizado en la Personalidad en adolescentes víctimas de violencia sexual. 2013; Available from: <https://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/3307/1/10081.PDF>
36. Adrian J, Rangel E. Tema 1. La transición adolescente y la educación. :1–16. Available from: <https://www3.uji.es/~betoret/Instruccion/Aprendizaje%20y%20Personalidad/Curso%20123/Apuntes%20Tema%201%20La%20transicion%20adolescente%20y%20la%20educacion.pdf>
37. Hernández S, Basteiro E, Meler E, Cobo T, Figueras F, Parra J, et al. Medicina Materno Fetal, Barcelona. Protocolo de Cesárea. Hosp Clínic, Hosp St Joan Déu , Univ Barcelona. 2020;1–26.
38. Antonette T. Dulay. Placenta previa. 2020; Available from: <https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-del-embarazo/placenta-previa>
39. Rivera J, Bachs S, Vilarmau M, Capdevila J, Pérez F. Vasa previa: diagnóstico



- prenatal ecográfico y conducta obstétrica. *Progresos Obstet y Ginecol.* 2009;52(11):643–7. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-vasa-previa-diagnostico-prenatal-ecografico-S030450130972802X>
40. Helene B; George M. Embarazo normal y cuidados prenatales. 2018. Available from: <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1494§ionid=98123785>
41. Carvajal J, Ralph C. Manual Obstetricia y Ginecología. Novena Edición. Manual de Obstetricia y Ginecología. 2018. p. 636. Available from: <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2018/08/Manual-Obstetricia-y-Ginecologi%CC%81a-2018.pdf>
42. Susana P, Peter M. Control prenatal. *Rev Médica Clínica Las Condes.* 2017;25(6):880–6. Available from: Susana P, Peter M. Control prenatal. *Rev Médica Clínica Las Condes.* 2017;25(6):880–6
43. Stanirowski P, Majewska A, Lipa M, Bomba D, Wielgoś M. Ultrasound evaluation of the fetal fat tissue, heart, liver and umbilical cord measurements in pregnancies complicated by gestational and type 1 diabetes mellitus: potential application in the fetal birth-weight estimation and prediction of the fetal macr. *Diabetol Metab Syndr.* 2021;13(1):22.
44. Llaca H. Deteccion ecografica de macrosomia fetal y resultados perinatales de enero a diciembre del 2014. *Hospital Marino Molina Scippa-Comas.* 2015;39.
45. Raio L, Ghezzi F, Di Naro E, Buttarelli M, Franchi M, Dürig P, et al. Perinatal outcome of fetuses with a birth weight greater than 4500 g: an analysis of 3356 cases. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2003;109(2):160–5.



46. Chauhan S, Grobman W, Gherman R, Chauhan V, Chang G, Magann E, et al. Suspicion and treatment of the macrosomic fetus: A review. *Am J Obstet Gynecol.* 2005;193(2):332–46.
47. Barth W. Fetal Macrosomia. *Am Coll Obstet Gynecol.* 2016;16–22. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27776071/>
48. Yantaco B, L. S. Complicaciones materno perinatales ocurridas durante la atención de parto vaginal en recién nacidos macrosómicos atendidas en el instituto nacional materno perinatal, periodo enero- diciembre 2016. 2017;
49. Pereira J, Pereira Y. Actualización en preeclampsia. vol.5. Available from: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/340>
50. Pérez R, Arturo L, Cruz R, Arturo L, Vega V, Daniela M, et al. Preeclampsia - eclampsia diagnóstico y tratamiento. 2019;13. Available from: <https://www.redalyc.org/journal/5728/572861392011/572861392011.pdf>
51. Rosinger J, Soldatti L, Perez A. Manejo en preeclampsia severa. Revisión de la literatura. *Arch Ginecol Obstet.* 2018;56(2):87–98. Available from: <https://ago.uy/descargar/adjunto/24-v3datj-ago2018-56-2-articulo4-preclampsia.pdf>
52. Paris E. factores que influyen en el crecimiento fetal. 2021; Available from: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/download/259/297/942>
53. Vélez A. Sufrimiento fetal. Un tema siempre actual. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 1996;47(4):225–9. Available from: <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/1460>
54. Rodríguez L, Fernández F, García J, Gómez J, Vázquez J. Atención al parto en presentación podalica. 2020;94:1–12.



55. AIMS. Desproporción cefalo pélvica. 2020;1–80. Available from:
<http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v66n2/2304-5132-rgo-66-02-00004.pdf>
56. Antonette T. Desprendimiento de placenta. 2020; Available from:
[https://www.msmanuals.com/es-pe/hogar/salud-femenina/complicaciones-del-embarazo/desprendimiento-de-placenta#:~:text=Antonette%20T.&text=La%20abrupci%C3%B3n%20placentaria%20es%20el,entrar%20en%20choque%20\(shock\)](https://www.msmanuals.com/es-pe/hogar/salud-femenina/complicaciones-del-embarazo/desprendimiento-de-placenta#:~:text=Antonette%20T.&text=La%20abrupci%C3%B3n%20placentaria%20es%20el,entrar%20en%20choque%20(shock)).
57. Antonette T. Dulay. Oligohidramnios. 2020; Available from:
<https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-del-embarazo/oligohidramnios>
58. Martínez A, Vargas J, Mini E. Asociación entre los factores sociodemográficos, obstétricos y patológicos con la muerte fetal tardía: estudio de casos y controles en un hospital de Perú. *An la Fac Med.* 2019;80(3):322–6.
59. Sinchitullo A, Roldán L, Arango P. Factors associated with cesarean delivery in a Peruvian Hospital. *Rev la Fac Med Humana.* 2020;20(3):452–9.
60. Jiménez S, Pentón R, Cairo V, Cabrera R, Chávez L, Álvarez M. Factores de riesgo maternos y fetales en recién nacidos con macrosomía TT - Maternal and fetal risk factors in neonates with macrosomia. *Medicentro (Villa Clara).* 2015;19(3):142–8.
61. *Epidemiología O De. Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay.* 2013; Available from:
https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/322885/Análisis_de_la_situación_de_salud_2013__Hospital_Regional_Guillermo_Díaz_de_la_Vega_de_Abanca_y20190621-17253-1gj7kvw.pdf



ANEXOS

ANEXO 1: Ficha de recolección de datos

PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A PARTO POR CESÁREA EN PACIENTES ADOLESCENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA ABANCAY EN EL PERIODO 2019 al 2020

Variables		indicadores	método	total	estadística	
Factores obstétricos						
Edad de la madre	10 a 13 años 11 meses y 30 días		Por método observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo por conveniencia		Se utilizará la estadística descriptiva, frecuencia, promedios a través de medidas de tendencia central como la media, mediana, moda, dicha información serán vertidos en tablas y figuras por medio del programa SPSS 22.	
	14 a 16 años 11 meses y 30 días					
	17 a 19 años 11 meses y 30 días					
Edad gestacional	<37 semanas					
	38 a 40 semanas					
	>40 semanas					
Paridad	Primigestas					
	Segundigestas					
	Multigestas					
Controles prenatales	ninguna					
	Menor a 6					
	Mayor a 6					
Factores asociados a parto por cesárea	Maternos	absolutas		Pelvis estrecha		
				Preeclampsia severa		
		dos + Cesáreas anteriores				
	relativos	Preeclampsia				
		Cesárea previa segmentaria				
		Dilatación estacionaria				
	Fetales	absolutas	Situación transversa			
			Embarazo múltiple			
			Sufrimiento fetal agudo			
		relativos	podálico			
			Macrosomía			
			Perdida de bienestar fetal			
	Ovulares	absolutas	Desproporción céfalo pélvica			
			Placenta previa total			
			Desprendimiento prematuro de placenta			
		relativas	RPM >6h.			
			Oligohidramnios severo			
			Placenta previa parcial			
	Otros					



ANEXO 2: Base de datos

	Año	Partopcesare	EMaterna	EGestacional	Paridad	CPrenatales	MAbsolutas	MRelativas	FAbsolutas	FRelativas	OAbsolutas	ORelativas	ICM	ICF	ICO
1	1	1	2	2	2	2	3	0	0	0	0	0	3	2	6
2	1	1	2	2	2	2	0	0	0	0	0	0	1	1	6
3	1	1	3	1	3	1	3	0	1	0	0	0	1	3	5
4	1	2	2	1	1	2	3	0	0	0	0	1	6	1	5
5	2	2	2	2	3	2	3	0	0	0	1	0	6	3	5
6	1	1	3	1	2	1	3	0	0	0	0	0	3	2	1
7	2	2	2	2	1	2	0	0	0	0	0	0	5	2	3
8	2	2	3	2	1	3	3	0	0	1	0	0	6	1	3
9	1	2	2	1	1	2	3	0	0	3	1	0	6	3	1
10	1	1	3	1	2	3	3	0	2	0	0	0	3	2	1
11	1	1	3	3	2	1	3	0	0	2	1	0	3	2	1
12	1	2	3	2	1	3	3	0	0	0	0	1	6	1	1
13	1	2	3	2	1	3	2	0	0	0	0	0	6	2	3
14	1	2	3	3	1	2	3	3	0	0	0	0	6	1	3
15	1	1	2	2	2	1	1	0	0	0	0	0	4	2	1
16	1	2	2	2	1	2	3	0	3	0	0	0	6	3	1
17	1	1	3	2	2	1	3	0	3	0	0	1	3	2	1
18	2	1	3	3	1	1	3	0	3	0	0	0	3	3	1
19	1	2	3	2	1	1	3	0	0	0	1	0	3	2	1
20	1	1	3	3	1	1	3	0	0	0	1	0	3	2	1
21	1	1	2	2	2	3	1	0	0	0	0	0	1	2	4
22	2	2	2	2	1	3	3	0	0	0	0	0	5	3	1
23	2	2	3	1	1	2	3	0	2	0	0	0	6	2	3
24	2	1	2	2	1	3	1	0	0	0	0	0	1	3	1
25	1	2	2	3	1	1	3	0	0	0	1	0	3	1	1
26	1	1	3	1	1	1	3	0	3	0	0	0	3	3	1
37	2	2	3	2	1	3	3	0	1	0	0	0	3	1	2
38	2	2	2	2	1	3	3	0	0	0	0	2	3	3	2
39	2	1	2	2	2	3	3	0	0	0	1	0	3	3	1
40	2	2	1	2	1	3	1	0	0	0	0	0	1	3	2
41	2	2	1	2	1	2	0	0	0	0	0	0	1	3	4
42	2	1	2	2	1	3	2	0	0	0	0	0	2	3	1
43	2	2	3	2	1	2	0	0	0	0	0	0	1	3	4
44	2	1	2	1	1	2	3	0	1	0	0	0	3	1	4
45	2	2	3	2	1	3	3	1	0	0	0	2	4	3	2
46	1	1	3	2	1	2	0	0	0	0	0	0	1	3	2
47	1	2	3	1	1	2	3	0	0	0	1	0	3	3	1
48	1	2	2	2	1	3	3	0	0	0	1	0	3	3	1
49	1	2	3	2	2	3	3	2	0	0	0	0	5	3	2
50	1	2	2	2	1	2	0	0	0	0	0	0	0	3	1
51	1	2	3	1	1	2	3	0	0	0	0	1	3	3	1
52	1	1	2	1	1	2	3	0	0	0	0	3	3	3	3
53	1	2	2	2	1	3	3	0	0	0	0	0	3	3	3
54	1	2	3	2	1	3	3	3	0	0	0	0	6	3	2
55	1	1	2	2	1	2	0	0	0	0	0	0	2	3	2
56	1	2	1	2	1	3	3	0	0	0	0	1	3	3	1
57	1	2	2	2	1	3	1	0	0	0	0	0	1	3	2
58	1	2	1	3	1	3	3	0	0	1	0	0	3	1	5
59	2	1	2	2	2	2	0	0	0	0	0	0	2	3	2
60	1	2	3	2	1	3	2	0	0	0	0	0	2	3	5
61	2	1	3	2	1	2	0	0	0	0	0	0	2	3	5
62	2	1	2	2	1	2	0	0	0	0	0	0	2	3	2
63	2	2	1	2	1	2	3	0	0	0	1	0	3	3	5
64	1	2	1	2	1	2	0	0	0	0	0	0	5	3	3
65	1	2	1	2	1	2	0	0	0	0	0	0	5	3	5
66	1	1	2	2	1	3	3	0	0	0	2	0	3	5	4
67	2	1	3	2	2	3	3	1	0	0	0	0	4	5	5
68	1	1	2	2	1	3	3	0	0	0	1	0	3	5	6
69	2	2	1	2	1	3	1	0	0	0	0	0	1	5	5
70	2	2	3	2	1	3	3	0	0	0	1	2	3	5	3
71	2	2	2	2	1	3	3	0	0	0	1	0	3	5	4
72	2	2	1	3	1	3	3	0	0	0	0	0	3	5	5



73	2	2	3	2	1	3	1	0	0	0	0	0	1	5	3
74	2	1	3	2	1	3	3	0	0	0	0	0	3	5	5
75	1	1	3	2	1	3	3	0	0	1	0	0	3	1	4
76	1	1	2	3	1	3	3	0	0	0	1	0	3	6	1
77	1	1	3	2	1	3	2	0	0	0	0	0	2	6	5
78	2	1	3	3	1	3	3	0	0	0	0	0	3	6	3
79	1	1	3	1	1	3	3	0	0	0	0	1	3	6	1
80	1	1	1	3	1	3	1	0	0	0	0	0	1	6	3
81	1	1	2	2	1	3	1	0	0	1	0	0	1	1	3
82	1	1	2	3	1	3	1	0	0	0	0	0	1	6	3
83	1	2	2	2	2	1	0	0	0	0	0	0	5	3	3
84	1	1	2	2	1	3	3	0	0	0	1	0	3	6	1
85	1	1	2	3	1	2	3	0	0	0	1	0	3	4	1
86	1	2	3	2	2	2	0	0	0	0	0	0	5	4	3
87	2	1	3	1	2	2	2	0	0	0	0	0	2	4	3
88	2	1	3	2	1	1	0	0	0	0	0	0	5	2	1
89	1	1	3	2	2	3	3	0	0	0	0	0	3	4	3
90	1	1	3	1	2	2	3	0	3	0	0	0	3	3	6
91	1	1	3	1	1	1	3	0	0	0	1	1	3	4	2
92	2	2	2	2	1	1	0	0	0	0	0	0	5	1	4
93	1	1	2	2	1	2	0	0	0	0	0	0	5	4	6
94	1	2	3	2	1	3	3	0	0	0	1	0	3	4	1
95	1	2	3	2	1	3	3	0	0	0	0	0	3	4	6
96	1	2	3	2	1	3	3	0	0	0	0	2	3	4	2
97	1	1	2	2	1	2	0	0	0	0	0	0	5	4	6
98	1	1	1	2	1	2	3	0	0	0	1	0	3	4	1
99	1	2	3	2	1	3	3	0	0	0	0	0	3	6	4
100	1	1	3	2	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1
101	1	1	2	3	1	1	3	0	0	2	1	0	3	2	1
102	1	1	2	2	1	3	3	0	3	0	0	0	3	3	6
104	2	1	3	2	2	3	3	0	0	0	0	0	3	6	0
105	2	1	3	2	1	3	3	3	0	0	0	0	6	6	0
106	2	1	3	3	1	1	3	0	0	0	0	0	3	6	4
107	2	2	3	2	2	3	3	0	0	1	0	0	3	1	4
108	1	1	3	2	1	3	3	0	0	0	1	1	3	6	2
109	1	1	2	1	3	3	3	0	0	2	1	0	3	2	1
110	1	1	2	2	1	3	3	0	0	0	1	0	3	6	1
111	1	2	3	1	1	3	3	0	3	0	0	1	3	3	1
112	1	2	3	2	3	3	3	0	0	0	0	0	3	0	3
113	2	1	3	3	1	2	3	0	0	0	1	0	3	0	6
114															
115															
116															
117															
118															
119															
120															
121															
122															
123															
124															
125															
126															
127															